

Masivní krvácení jako časná pooperační komplikace

Miriam Valchářová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Miriam VALCHÁŘOVÁ**
Osobní číslo: **H10132**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Masivní krvácení jako časná pooperační komplikace**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury na dané téma.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti masivního krvácení jako časné pooperační komplikace.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace průzkumu formou rozhovoru se sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a přínos pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

LARSEN, Reinhard. Anestezie. 7, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0476-5.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. ISNN 978-80-247-1830-9.

VALENTA, Jiří et al. Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003. ISBN 80-246-0644-5.

ADAMUS, Milan et al. Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2996-0.

DYLEVSKÝ, Ivan. Somatologie - Učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium. Praha: Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zuzana Sousedíková**
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **23. ledna 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 23. ledna 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



L.S.



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.3. 2019

.....
Kubáčeková Miroslava

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy, nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo;*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce se zaměřuje na masivní krvácení v pooperačním období na chirurgickém oddělení.

Teoretická část obsahuje rozdělení krvácení, předoperační přípravu před chirurgickým výkonem, pooperační péči, kontrolu operační rány, drénů a možnost vzniku pooperačních komplikací. Zaměřuje se na léčbu krvácení, krevní transfuze a náhradu ztrát krve při masivním krvácení.

Praktická část se zaměřuje na průzkumné šetření na chirurgii. Formou rozhovoru se sestrami na chirurgické JIP a standardním oddělení chirurgie, srovnávám četnost masivního krvácení v pooperačním období na daných odděleních, znalosti, zkušenosti a reakce sester pokud se s touto život ohrožující komplikací setkají.

Klíčová slova: chirurgický výkon, krevní ztráty, krvácení, operační rána, pooperační péče.

ABSTRACT

My thesis examines the issue of the massive bleeding in the postoperative period at the surgical department.

The theoretical part deals with various types of bleeding, preoperative preparation, postoperative care, wound control, drains and the possibility of postoperative complications.

It focuses on the treatment of bleeding, blood transfusion and the reimbursement of massive blood loss.

The practical part presents the results of my research. I interviewed the nurses in the surgical ICU and standard surgical department and attempted to compare the frequency of massive hemorrhage in postoperative period in ICU and standard surgical department. I also analyzed the level of knowledge and experience of nurses working in both of the departments as well as their reactions in case of encountering this life-threatening emergency

Keywords: bleeding, blood loss, postoperative care, surgical wound, surgery.

Poděkování

Chtěla bych upřímně poděkovat své vedoucí Mgr. Zuzaně Sousedíkové za odborné vedení, připomínky, cenné rady a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce.

Velký dík také patří všem zúčastněným sestřám z chirurgického oddělení Vsetínské nemocnice a.s., kterým děkuji za jejich čas, ochotu a vstřícnost při realizaci rozhovorů, na jejichž základě jsem získala mnoho cenných informací k danému tématu.

Na závěr bych chtěla poděkovat mé rodině, především manželovi a dcerám, za veškerou podporu a pomoc, kterou mi během studia poskytovali.

Motto

„ Každý z nás má své chyby, ale právě ty dělají náš život zajímavým a hodnotným. “

(autor neznámý)

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 KRVÁCENÍ.....	13
1.1 ROZDĚLENÍ KRVÁCENÍ	13
1.2 ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ KRVÁCENÍ	15
1.3 ŠOK.....	16
1.3.1 Dělení šoku.....	16
1.3.2 Hlavní příznaky hemoragického šoku.....	17
1.3.3 Kompenzační mechanizmy	17
1.3.4 Jednotlivá stádia šokových změn	18
1.4 SRÁŽENÍ KRVE – HEMOKOAGULACE	19
1.4.1 Koagulopatie	19
1.4.2 Diseminovaná intravaskulární koagulace (dále DIC)	19
2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	21
2.1 AUTOTRANSFUZE	22
2.2 PERIOPERAČNÍ HEMODILUCE	22
2.3 PERIOPERAČNÍ REKUPERACE	23
2.4 LÉKY OVLIVŇUJÍCÍ KRVÁCENÍ	23
2.4.1 Antikoagulační léčba.....	24
2.4.2 Salicyláty.....	24
3 POOPERAČNÍ PÉČE A OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	26
3.1 MONITORACE FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ.....	26
3.2 KONTROLA DRÉNŮ, OPERAČNÍ RÁNY A LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	27
3.3 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	28
3.3.1 Poruchy hemostázy	30
3.3.2 Oběhová komplikace.....	30
3.3.3 Komplikace v operační ráně.....	31
4 LÉČBA KRVÁCENÍ	32
4.1 OPERAČNÍ VÝKON	32
4.2 ÚČELNÁ HEMOTERAPIE A VOLUMOTERAPIE.....	32
4.2.1 Podávání krevních derivátů a transfuzních přípravků.....	33
4.2.2 Náhradní koloidní roztoky	34
4.2.3 Ukončení teoretické části	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
5 METODIKA PRÁCE.....	37
5.1 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	38
5.2 METODY POUŽITÉ K PRŮZKUMNÉMU ŠETŘENÍ.....	39
5.2.1 Rozhovor	39
5.3 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH RESPONDENTŮ	40
5.4 ORGANIZACE SAMOTNÉHO ŠETŘENÍ	41
6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	42

6.1	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	42
6.1.1	Otázky obecné.....	43
6.1.2	Otázky týkající se zkušeností sester.....	45
6.1.3	Otázky týkající se znalostí sester.....	48
6.1.4	Otázky týkající se pocitů sester.....	51
6.1.5	Otázky zaměřené na názory sester.....	55
6.2	DISKUZE.....	58
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	67
	SEZNAM GRAFŮ A SEZNAM TABULEK.....	69
	SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Masivní krvácení jako časná pooperační komplikace“ jsem si vybrala zcela záměrně. Pracuji už jedenáct let jako všeobecná sestra na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče. Dříve jsem pracovala na standardním oddělení chirurgie, a také na oddělení ARO. Urgentní medicína je mi velmi blízká a stále je pro mě velice fascinující a zajímavá. Mnohdy vypjaté situace, kdy jde o lidský život, mě utvrzují v tom, že moje práce je důležitá, prospěšná a dává mému životu smysl.

Věda i technika ve zdravotnictví v poslední době pokročily velice kupředu, a to i v intenzivní péči o pacienty. V dnešní uspěchané době se ve zdravotnictví zvyšují nároky nejen na lékaře, ale také na všeobecné sestry a ostatní zdravotnický personál. Zdravotnickým pracovníkům přibývá administrativních úkonů a povinností v péči o pacienty, a tím ubývá času, během kterého by se mohli o tyto pacienty starat. Přesto, že se s komplikací masivního krvácení po operaci setkávám ojediněle, vždy je to výjimečná a často i stresující situace nejen pro mne, ale i pro ostatní členy zdravotnického týmu.

V teoretické části mé bakalářské práce rozdělují krvácení, soustřeďuji se na předoperační, pooperační péči o pacienty a také zmiňuji možnost vzniku pooperačních komplikací. Závěr teoretické části je věnován léčbě této pooperační komplikace. Informace k problematice jsem čerpala z tištěných knih a časopisů, případně dostupných validních informací na internetu.

V praktické části bakalářské práce jsem se zaměřila na všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení, které se nejčastěji s touto komplikací mohou setkat.

Cílem mé práce je zmapovat zkušenosti, znalosti, pocity a názory sester jak na chirurgické jednotce intenzivní péče (dále JIP), tak na standardním oddělení chirurgie Vsetínské nemocnice a.s., pokud se s komplikací masivního krvácení setkají. Stanovila jsem si čtyři cíle vztahující se k tématu a zároveň ke každému cíli i korespondující hypotézu. Průzkumné šetření probíhalo formou rozhovorů. Sestry mi mnohdy sdělily velice cenné informace a také své pocity stresu, který u nich tato situace vyvolává. Závěrem práce hodnotím vytyčené cíle a korespondující hypotézy.

Na základě mého průzkumného šetření jsem připravila powerpointovou prezentaci pro sestry chirurgického oddělení. V prezentaci zhodnocuji nejdůležitější aspekty v péči o pacienta s komplikací masivního krvácení. Uvádím obecné body a postupy, podle kterých by

sestry měly postupovat ve své praxi. Nabízím jim jednoduchá doporučení, jak zvládat mnohé stresující situace, se kterými přicházejí do styku. Také pooperační komplikace s krvácení, patří mezi vyčerpávající situace a mohou vést i k syndromu vyhoření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KRVÁCENÍ

Krev patří mezi nejcennější tekutiny v lidském těle. Lidé mají od pradávna o krvi mystické představy. Například přátelství se pečetilo krví nebo se krev obětovala bohům na usmíření, a také smlouva s ďáblem se pečetila krví. Lidská krev je vzácná. Neexistuje za ni žádná náhrada a ani způsob, jak ji vyrobit mimo tělo. (Blood History, © 2013; Larsen, 2004, s. 718)

Veřejnost se při zmínce krev, krvácení zalekne, neboť ví, že člověk může na vykrváčení zemřít. Pro nás zdravotníky to znamená rychle jednat, protože pokud bychom neposkytli první pomoc, je život člověka ohrožen. Pod pojmem krvácení si představíme ztrátu krve z tepen, žil, kapilár, nebo se může kombinovat krevní ztráta z cév různého druhu.

1.1 Rozdělení krvácení

- Při tepenném krvácení krev pulsuje a je světlejší. Toto krvácení je nejnebezpečnější. Často se kombinuje se žilním krvácením.
- Při žilním krvácení je krev tmavší barvy a vytéká volně z rány.

Krvácení dělíme do několika skupin.

1. Dle časového nástupu na prvotní a druhotné.
2. Podle toho, kde krev uniká, na zevní krvácení a vnitřní krvácení.
 - Zevní krvácení, kdy krev opouští tělo ranou nebo tělním otvorem. Například epistaxe, hematurie, meléna. Toto krvácení je viditelné (prosáknutí operační rány) a je lépe ovlivnitelné.
 - Při vnitřním krvácení krev opouští cévy, ale zároveň zůstává uvnitř těla. Je obtížně diagnostikovatelné, hůře ovlivnitelné a záludné, neboť ztráta není na venek zřejmá.

Krvácení podle intenzity se může projevit místními změnami jako je například hematom, petechie, hemothorax, hemoperikard, hemoperitoneum atd., nebo změnami celkovými, které mohou vést až k hemoragickému šoku a smrti z vykrváčení. Proto je nesmírně důležité krvácení včas odhalit. (Zeman, 2003, s. 326)

V publikaci Patologie je uvedeno, že následky krvácení jsou:

- ztráta krve;
- vykrvácení;
- poškození orgánů;
- druhotné komplikace - mohou být infikované hematomy, kdy se v krvi pomnoží mikroorganismy. (Mačák, Mačáková, Dvořáčková, 2012, s. 78)

Adams a Harold (1999, s. 245 - 246) dále klasifikují krvácení do čtyř tříd:

- I. třída - ztráta do 15 % celkového objemu krve. Jedná se o krevní ztrátu do 750 ml. Tato ztráta bývá dobře snášena a probíhá většinou asymptomaticky nebo mírným vzestupem tepu, neklidem a závratěmi.
- II. třída - ztráta 15 – 30 % celkového objemu krve. Krevní ztráta 750–1500 ml je provázena tachykardií, strachem, slabostí, pocením a poklesem systolického krevního tlaku na 80 – 100 mmHg.
- III. třída – ztráta 30 – 40 % celkového objemu krve. Krevní ztráta 1500–2000 ml způsobuje oligurii, bledost, neklid, zmatenost a pokles systolického krevního tlaku na 70 – 80 mmHg.
- IV. třída – ztráta větší než 40 % celkového objemu. Krevní ztráta nad 2000 ml způsobuje anurii, dušnost, kolaps a pokles systolického krevního tlaku na 50–70 mmHg.

Masivní krvácení je velké krvácení, které se řadí do třídy číslo III. a IV.

Krvácení může být způsobeno poraněním, ale ke krvácení může dojít i při invazivních zákrocích jako je chirurgický výkon. Proto se ve své práci zabývám pooperačním krvácením.

Krvácení jako časná pooperační komplikace je krvácení bezprostředně po operaci nebo do 24 hodin po operačním výkonu, kdy je pacient ohrožen na životě.

Krvácení je také závislé na tom, z jakého zdroje pochází, jak je masivní, jaký operační výkon byl proveden a jaký je celkový stav pacienta.

U krvácení z operační rány v pooperačním období se většina autorů shoduje, že může být důsledkem nedostatečného stavění krvácení při operačním výkonu, sklouznutí ligatury

nebo narušení cévní stěny, ale také u pacientů s poruchou hemokoagulace a jejich nedostačnou předoperační přípravou. Jde o nepřijemnou, většinou i závažnou a někdy bohužel i smrtící komplikaci operačního výkonu. (Kasal et al., 2004, s. 83)

Pacient je při masivním krvácení ohrožen na životě. Časná pooperační komplikace se nejčastěji vyskytuje v prvních hodinách po operaci, proto je velmi nutné důsledné pooperační sledování pacientů.

Většinou jsou zřizovány tzv. zotavovací pokoje, které jsou v blízkosti operačního sálu, aby byl anesteziolog a chirurg poblíž nemocnému v případě výskytu nějaké komplikace krátce po operačním výkonu. (Larsen, 2004, s. 763).

Důležitá je také zástava krvácení, na kterém se podílejí cévy, krevní destičky a fyzikálně - chemické procesy srážení krve. Cévy reagují jako první na poškození tkáně tím, že se zúží a poklesne tlak v místě, kde krev vytéká z poraněné oblasti. Jako druhé se podílejí na zástavě krvácení krevní destičky, které vytváří dočasnou – destičkovou zátku (trombus) a zahajují srážení krve. Třetím krokem je tvorba definitivního trombu. Hemokoagulace neboli srážení krve, je velice složitý proces, na kterém se podílí řada činitelů a látek uvolňovaných z krevní plazmy, krevních destiček a cévní stěny. Důležitou úlohu hrají i srážlivé faktory, které jsou označovány římskými čísly I až XIII. Nejznámější jsou faktory VIII a IX nazývané jako antihemofilní globulíny. Krvácivost je spojena s poruchou srážlivosti krve. (Dylevský, 2000, s. 162–164)

1.2 Život ohrožující krvácení

Život ohrožující krvácení (dále ŽOK) je charakteristické ztrátou jednoho celého krevního objemu během 24 hodin. Je-li krevní ztráta větší než 50 % objemu krve za tři hodiny, nebo krevní ztráta přesahuje objem 150 ml za minutu, jedná se rovněž o ŽOK. Jde o krvácení, které se mnohdy nezastaví, ani pokud je správně léčeno. (Adamus et al., 2012, s. 196–197)

Při krvácení vzniká nepoměr mezi kapacitou cévního řečiště a jeho náplní. Toto krvácení vede k ohrožení životních funkcí tím, že organismus není schopen kompenzovat krevní ztráty vlastními autoregulačními mechanismy. Dochází tak k hypoperfuzi tkání, poklesu krevního tlaku až k hemoragickému šoku a k poruchám orgánových funkcí neboli multiorganovému selhání a smrti. Nejčastějším zdrojem krvácení je trauma a krvácení spojené s porodnickými komplikacemi. Jak postupovat při řešení ŽOK, je uváděno podle nejnovějších doporučení ČSARIM. (Seidlová, 2010, s. 13-19; Binder, 2009, s. 192-200)

Já se ve své práci zaměřuji na krvácení v pooperačním období na chirurgickém oddělení. Touto problematikou se zabývá také Adamus (Adamus et al., 2012, s. 197), který uvádí: „Při ŽOK v důsledku traumatu jsou prioritou postupy zahrnující tzv. **damage control surgery** k dosažení chirurgické kontroly zdroje krvácení.“ Také zmiňuje včasné podání krevních derivátů.

1.3 Šok

Šok definuje řada autorů v publikacích pro intenzivní medicínu, anestezii či chirurgii. Také je definován v řadě skript a studijních materiálů. Po prostudování literatury k danému tématu bych shrnula, že ŠOK vede k tkáňové hypoperfuzi, laktátové acidóze a orgánové dysfunkci. Já jsem si vybrala definici šoku od Navrátila (Navrátil et al., 2008, s. 189): „*Šok je stav ohrožení života, který se vyvíjí jako odezva organismu na náhle vzniklý podnět (velká ztráta krve, popálenina, těžký úraz, alergie, silná bolest, psychický stres apod.) – podstatou je selhání krevního oběhu ve tkáních životně důležitých orgánů.*“

V Chirurgické propedeutice od Zemana (Zeman et al., 2011, s. 365) je šok definován: „*Jako porucha mezi potřebou a nabídkou kyslíku tkáním organismu, vznikající jako následek nedostatečné perfúze vitálně důležitých orgánů, jehož výsledkem je tkáňová hypoxie.*“ Dochází při něm k poruše makro – či mikrocirkulace a snížení intravazálního objemu krve.

1.3.1 Dělení šoku

- Hypovolemický šok – je způsobený nedostatečným objemem cirkulující tekutiny například u popálenin, dehydratace či při zvracení a průjmech. Patří zde také hemoragický šok, což je šok z krevní ztráty.
- Normovolemický šok – poruchu cirkulace vyvolávají jiné faktory a tento šok se dále dělí:
 - septický šok;
 - kardiogenní šok;
 - neurogenní šok;
 - anafylaktický, alergický šok.

Pro krvácení, které je spojeno s chirurgickým výkonem, je nejvýznamnější hypovolemicko – hemoragický šok. (Valenta et al., 2003, s. 45)

1.3.2 Hlavní příznaky hemoragického šoku

Při masivním zevním či vnitřním krvácení dochází k hemoragickému šoku. Mezi jeho hlavní příznak patří velká krevní ztráta krvácením, tachykardie, která je 100–120/min a nitkovitý tep. Někdy jsou pacienti zmatení až agresivní, jindy mohou být apatičtí a dochází u nich až k poruše vědomí. Typická je bledá, chladná a opocená kůže. Je viditelná cyanóza na periferii = snížený kapilární návrat, který můžeme zhodnotit kompresí nehtu na pět sekund. Pacienti mají povrchní a tachypnoické dýchání. Při měření krevního tlaku (dále TK) zjistíme hypotenzi s poklesem systolického TK od 90 mm Hg a níže nebo pokles o 30 – 40 % výchozích hodnot. Následkem hypotenze dochází k oligurii až anurii. Organismus reaguje na ztrátu krve kompenzačními mechanismy. Snaží se udržet prokrvené a okysličené nejdůležitějších orgány – srdce, plíce, ledviny a mozek. Tato centralizace oběhu omezuje průtok krve kapilárním systémem. (Larsen 2004, s. 832–834)

1.3.3 Kompenzační mechanismy

Kompenzační mechanismy jsou spouštěny organismem z nejrůznějších příčin, například při šokových stavech, po transfuzní hemolytické reakci, septickém stavu nebo u popálenin. Pokud tyto kompenzační mechanismy přetrvávají delší dobu, dochází ke změnám, kdy se šokový stav zhorší a vyústí v dekompenzaci šoku. Při velké ztrátě objemu zprostředkovávají baroreceptory signály do nervového systému a stimulují tím dýchání. Kompenzační mechanismy způsobují:

- zúžení periferních cév – vazokonstrikci, a tím zrychlují srdeční akci (efekt katecholaminů);
- zvýšení srdeční kontrakce;
- snížení produkce moče (efekt antidiuretického hormonu a aldosteronu);
- situaci, kdy, cévy nasávají tekutinu z tkání.

Pokud trvá vazokonstrikce delší dobu, dochází v tkáních k hypoxii. Kapiláry začnou ochaňovat a tekutina začne unikat zpět do tkání. (Kasal et al., 2004, s. 141; Valenta et al., 2003, s. 45–46)

Při závažné poruše homeostázy se uplatňují mechanismy, kdy se masivně uvolňují tromboplastické látky, například u velkého traumatu nebo operace. Také šokové stavy s porušenou mikrocirkulací a rozsáhlým poškozením cévní stěny při sepsi spouštějí kompenzační mechanismy. Dochází k agregaci trombocytů vlivem působení biologicky aktivních látek.

Publikace Chirurgická propedeutika od Zemana (Zeman et al., 2011 s. 290) uvádí: „*Uvedené mechanismy se často sdružují. Porucha probíhá ve třech stádiích:*

1. *hyperkoagulace – diseminovaná intravaskulární aktivace srážení krve;*
2. *hypokoagulace z konzumpce řady koagulačních faktorů (spotřebovaných při předchozím srážení), zejména fibrinogenu a destiček, v tomto stadiu se ukládá fibrin v drobných cévách celé řady orgánů, což provokuje další stadium;*
3. *fibrólýza se vznikem cirkulujících inhibitorů srážení krve antitrombinové povahy a degradačních produktů fibrinu a fibrinogenu.“*

Následkem těchto změn vzniká krvácivý stav, který ohrožuje pacienta na životě a končí smrtí. Dochází ke změnám na orgánech, což se projevuje například hematurií nebo příznaky krvácení do zažívacího traktu.

1.3.4 Jednotlivá stadia šokových změn

- Fáze kompenzace

V této fázi jsou stimulovány nadledviny (adrenalin) a dochází k vazokonstrikci kapilárních svěračů a centralizaci oběhu. Tekutina z extravazálního prostoru se nasává do intravazálního prostoru (do krve). Jsou zde typické klinické známky na periférii.

- Fáze dekompenzace

Nastává tehdy, pokud šok přetrvává. Kapiláry už nereagují na katecholaminy a dochází k dilataci prekapilárních svěračů, kde stagnuje krev. Vznikají mikrotromby, stoupá, TK v kapilárách a tekutina (ionty, bílkoviny) uniká do intersticiálního prostoru, vzniká intersticiální edém. V této fázi dochází k poruchám hemokoagulace až k diseminované intravaskulární koagulopatii (dále DIC). Selhávají parenchymatózní orgány (játra, ledviny) vlivem buněčné hypoxie a odumření buněk.

- Fáze ireverzibilní

Následky této fáze jsou již nezvratné. Jsou poškozeny kapiláry a také postkapilární dilatace vede k selhání mikrocirkulace a těžké tkáňové hypoxii, acidóze, odumrtí buněk a smrti. (Valenta et al., 2003, s. 45–46; Kasal et al., 2004, s. 140–143; Adamus et al. 2012, s. 186–191)

1.4 Srážení krve – hemokoagulace

Na srážení krve se podílejí dva systémy. Vnitřní systém a zevní systém. Vnitřní systém tvoří 13 koagulačních faktorů krevní plazmy, které zvyšují srážlivost krve. Některé faktory se tvoří v játrech a je pro ně nezbytný vitamín K. Zevní systém, je tvořen koagulační kaskádou dějů při poranění cévy, které se účastní srážení krve. Při hemoragickém šoku dochází k poruchám krevní srážlivosti a spotřebě koagulačních faktorů až k DIC. (Mačák, Mačáková a Dvořáková 2012, s. 79)

1.4.1 Koagulopatie

Koagulopatie jsou krvácivé stavy, při kterých je přítomna porucha plazmatických koagulačních faktorů. Projevují se spontánním krvácením do tkání a kůže. U pacientů jsou viditelné hematomy a sufúze. V publikacích dělíme koagulopatie na získané a dědičné.

- Mezi dědičné koagulopatie patří známá nemoc hemofilie. Projevuje se zpomalením krevní srážlivosti. Jde o recesivně dědičné onemocnění vázané na pohlavní chromozom X. Hemofilie typu A je porucha faktoru VIII, hemofilie typu B je porucha faktoru IX a u hemofilie typu C jde o poruchu faktoru XI. Nemocní často silně krvácí i z nepatrného poranění nebo i bez poranění, a to do kloubů.
- Získané koagulopatie jsou poruchy vstřebávání a využití vitamínu K. Často bývají spojené s onemocněním jater, poruchami střevní resorpce a předávkováním antikoagulancii při tromboembolické léčbě. (Navrátil et al., 2012, s. 230 - 232)

1.4.2 Diseminovaná intravaskulární koagulace (dále DIC)

Další označení DIC je defibrinační syndrom, defibrinogenační syndrom a konzumpční koagulopatie. Jde o velice závažný a život ohrožující stav, syndrom komplexní poruchy krevního srážení. K DIC dochází vždy v souvislosti s jiným onemocněním nebo s poraněním. Dojde k narušení hemokoagulační rovnováhy s ohrožením života. (Penka et al., 2003, s. 21)

DIC začíná jako zvýšené srážení krve, ale následně se projeví jako krvácivý stav. Při DIC dochází k tvorbě mikrotrombů uvnitř cév, což vede ke zhoršenému prokrvení a následné ischemii tkání a orgánů. Při zvýšeném srážení krve dojde ke spotřebě koagulačních faktorů a trombocytů v nadměrném množství, což vede k jejich vyčerpání.

Pak dochází k významnému krvácení, při kterém nemocní krvácejí například i z malých vpichů, incizí či starších poranění. Adams a Harold (Adams a Harold, 1999, s. 103) ve své publikaci uvádějí, že úmrtnost při DIC je 50–80 %, proto je nutné včasné odhalení a co nejrychlejší účinný zákrok.

Jiné závažné stavy, u kterých se vyskytuje DIC:

- porodnické a gynekologické komplikace – embolie plodovou vodou a další;
- těžké infekce – meningokokové sepse, septikémie a jiné;
- úrazy – popáleniny, polytraumata, crush syndrom a další;
- anafylaktický šok, podání inkompatibilní transfuze;
- intoxikace – hadí jed;
- mimotělní oběh, srdeční infarkt, plicní embolie.

„Všechny tyto závažné stavy mohou z ne zcela jasných příčin aktivovat mechanismy srážení krve.“ (Adams a Harold, 1999, s. 103)

Pacienti bývají umístěni na oddělení ARO nebo JIP, neboť vyžadují intenzivní péči. Podávají se antikoagulancia, trombocyty a plazmatické faktory, například antitrombin III – faktor, bez něž heparin nemůže správně působit. (Kapounová, 2007, s. 82)

2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Cílem předoperační přípravy je vytvoření takových vhodných podmínek, aby bylo sníženo riziko operačního výkonu na minimum. Podle toho, jak je operační výkon naléhavý, dělíme operační výkony na odkladné, to jsou plánované operace, a neodkladné operační výkony, bez možnosti komplexního vyšetření a úpravy stavu pacienta. Neodkladné výkony znamenají pro nemocného vyšší nebezpečí, neboť předoperační příprava bývá snížena na minimum. Zeman (Zeman et al., 2011, s. 134-135) uvádí: „*Zvláštní kategorií neodkladných výkonů jsou výkony z vitální indikace, kdy jen neprodleně provedený operační výkon – byť s podstoupením většího rizika – nabízí možnost záchrany života pacienta.*“

Vždy je důležité zhodnocení celkového stavu nemocného. Pacient má před operačním výkonem provedené předoperační vyšetření, které zahrnuje příslušná laboratorní vyšetření k danému výkonu, EKG, RTG srdce a plic a anesteziologickou přípravu (dle klasifikace ASA – *American Society of Anesthesiologists*), která řadí pacienty do pěti rizikových skupin. Pro neodkladné operace se schéma rozšiřuje o kategorii číslo 6, zvýšené riziko u akutních pacientů první a druhé kategorie. Také rozšíření na kategorii číslo 7, což jsou akutní pacienti třetí až páté kategorie, u kterých je vysoké a velmi vysoké riziko. V neposlední řadě patří do předoperačního vyšetření i psychologická příprava. Ač je velmi důležitá, je také mnohdy opomíjena a podceňována. (Kasal et al., 2004, s. 45; Zemanová, 2005, s. 31; Zeman et al., 2011, s. 136)

Selingerová v publikaci *Ošetrovatelská perioperační péče* stanovuje rizika ASA, uvedená ve věstníku Ministerstva zdravotnictví 1997/8: „*U urgentních výkonů radíme k označení ASA ještě písmeno E, riziko se zvyšuje 1,2x.*“ (Jedličková et al., 2012, s. 234)

Doba platnosti vyšetření u zdravých pacientů (ASA I) je jeden měsíc. U pacientů s ASA II – III, což jsou stabilizovaní pacienti s lehkým komplikujícím onemocněním, je platnost vyšetření 14 dnů. Pacienti s ASA III – IV – V – nestabilní a vysoce riziková pacienti, proto je nutné interní a laboratorní vyšetření mít aktuální, to je 12–24 hodin před výkonem. (Málek et al., 2011, s. 71)

Všeobecná příprava se provádí u všech pacientů. Jde o přípravu operačního pole, vyprázdnění a očistu nemocného. Před některými operačními výkony, jako je například operace na střevě a podobně, je nutná speciální předoperační příprava. Neméně důležitá je i interní příprava, jejímž cílem je kompenzace interního onemocnění (například ICHS, CHOPN) a také prevence tromboembolických komplikací. Z hlediska možného krvácení po operaci

se soustředíme na pacienty s komplikujícím onemocněním, jako je anémie a koagulopatie. (Larsen 2004, s. 305–311)

Koutná a Gabrhelík uvádějí dosažení předoperačních laboratorních hodnot hematokritu 0,29 u mužů a 0,27 u žen, hodnoty hemoglobinu 90–100 g/l. (Adamus et al., 2012, s. 63)

2.1 Autotransfuze

Jde o způsob předoperačního dárcovství, při kterém si pacient hradí krevní ztráty vlastní krví. Jedná se o tzv. autologní odběr. Snižují se tím hlavně popsaná rizika krevních převodů a potransfuzní reakce. Krev se odebírá na transfuzním oddělení s dostatečným časovým odstupem před velkým plánovaným operačním výkonem, při kterém hrozí větší krevní ztráty. (Larsen, 2004, s. 74)

Na speciální tiskopis se uvádí počet požadovaných jednotek a datum operace. Kapounová (Kapounová, 2007, s. 84) uvádí odebrání maximálně tři transfuzních jednotek (dále TU) plné krve.

V publikaci Chirurgie v kostce se doporučují odběry v rozmezí 3–10 dnů, a minimální interval mezi posledním odběrem a operací jsou tři dny. (Ferko et al., 2002, s. 159)

Jednorázově lze odebrat 400–450 ml krve u dospělého člověka, záleží na hmotnosti pacienta. (Slezáková et al., 2010, s. 34)

2.2 Perioperační hemodiluce

Normovolemická hemodiluce se provádí u pacientů bezprostředně před operačním výkonem, většinou až na operačním sále. Odebraný objem krve je pak doplněn infuzními koloidními a krystaloidními roztoky. Tuto odebranou krev lze pak transfundovat během operačního zákroku. Larsen ve své publikaci z roku 2004 uvádí: „*Odebraná krev je kvalitní autologní čerstvá krev, která obsahuje vedle erytrocytů také všechny trombocyty a koagulační faktory.*“ (Larsen 2004, s. 749)

Pacient by měl mít před odběrem vyšetřeny parametry krevního obrazu, především hematokrit a hemoglobin. Pokud jsou hodnoty vysoké, můžeme provést hemodiluci. (Kasal et al., 2004, s. 131; Valenta et al., 2003, s. 35)

2.3 Perioperační rekuperace

Jde o sběr krve z nekontaminované operační rány, pokud jsou očekávány krevní ztráty větší než 1000 ml krve. Většina publikací se shoduje na tom, že je prováděna v cévní a srdeční chirurgii, traumatologii, ortopedii, chirurgii jater a v transplantační chirurgii. (Larsen 2004, s. 751; Kasal et al., 2004, s. 131)

Rekuperace, tzv. „*cell - saver*“ odsává speciálním přístrojem s pumpou a filtry krev do vaků s fyziologickým roztokem a malým množstvím antikoagulačního přípravku, dále se centrifuguje a upravuje před samotným podáním nemocnému. **Retransfuze** a její techniky zmiňují i autorky Jízdná a Jenyšová (Jízdná, Jenyšová, 2007, s. 30). Definují jí takto: „*Retransfuze – technika spočívá ve sběru krve z operačního pole pomocí drénu do speciální drenážní lahve, ze které se krev pacientovi vrátí pomocí retransfuzního setu. Jedná se o krev sterilní bez jiných sekretů, exsudátů, příměsí.*“

Většinou je všude uváděn interval podání **retransfuze** do šesti hodin od začátku sběru. Velkou výhodou je podání vlastní odsáté krve, finanční úspora a také náboženské hledisko u pacientů, kteří odmítají aplikaci transfuze. (Kapounová 2007, s. 85)

2.4 Léky ovlivňující krvácení

Poruchu krevního srážení mohou vyvolat léky, jako jsou antikoagulanty. Proto je třeba zhodnotit u pacientů podstupující chirurgický zákrok riziko krvácení proti riziku trombózy. Larsen doporučuje profylakticky nebo léčebně podávat nefracinovaný nebo nízkomolekulární heparin v nižších dávkách, například Fraxiparin, Zibor a jiné. (Larsen, 2004, s. 295)

Je důležité zmenšit riziko krvácení před operačním výkonem, a proto upravujeme podávání některých léků souvisejících s hematologickými poruchami. Vysazují se perorální antikoagulační a antiagregační léky. Vysazení antikoagulační léčby je vždy individuální a je třeba se řídit pokyny daného pracoviště. (Málek et al., 2011, s. 73)

Také u pacientů s jaterním onemocněním hrozí riziko krvácení v pooperačním období. Játra potřebují vitamín K pro syntézu koagulačních faktorů. Došlo-li k poškození jaterní buňky, je vitamín K neúčinný. Nemocní mají nedostatek vitamínu K, který je nezbytný pro normální srážení krve. Mnohá závažná orgánová onemocnění vedou k oslabení účinku vitamínu K, a tím k prodloužení aktivovaného parciálního tromboplastinového času (dále aPTT). Proto podáváme u pacientů před operačním výkonem čerstvě mraženou plazmu, dle potřeby můžeme podat i antitrombin III. (Larsen, 2004, s. 294–295)

Perlík (Perlík, 2005, s. 155 - 157) udává: „*Některé léky zvyšují riziko krvácení, aniž by ovlivňovaly INR.*“ Poukazuje na to, že hodnoty INR mohou ovlivňovat jiná onemocnění

Proto před operací vyšetřujeme laboratorní hodnoty krevního obrazu (dále KO) a koagulace. Zaměřujeme se na rodinnou anamnézu, dědičná onemocnění a užívání léků, které by mohly způsobovat interakce antikoagulační léčby.

2.4.1 Antikoagulační léčba

U pacientů s antikoagulační léčbou (například kumariny – Warfarin) je doporučováno vysadit tyto léky pět dní před operací a převést pacienta na nízkomolekulární heparin (LMWH). Vitamin K patří mezi antagonisty kumarinů. (Adamus et al., 2012, s. 67)

Larsen doporučuje udržovat hodnotu Quickova času výše než 20 %, jinak bývá riziko perioperačního a pooperačního krvácení významně zvýšeno (Larsen, 2004, s. 345).

Skalická (Skalická, 2007, s. 95) uvádí v publikaci optimální pokles účinku antikoagulační léčby na hodnotu INR pod 1,5. K rychlejší úpravě poklesu INR před semiurgentním operačním výkonem je podání vitamínu K v dávce 5–10 mg. Vitamin K se používá jako antidotum kumarinových antikoagulancií. Pokud jde o urgentní operační výkon, je třeba upravit antikoagulační léčbu ihned podáním faktorů protrombinového komplexu (například Prothromplex total NF), nebo můžeme podat i mraženou krevní plazmu.

Nejznámějším a nejdéle používaným antikoagulanciem je Heparin. Jeho účinek v léčbě kontrolujeme stanovením – aPTT (Perlík, 2005, s. 155).

U pacientů, kteří užívají heparin a musí být urgentně operováni, můžeme jeho účinek neutralizovat pomocí Protamin sulfátu, který jak uvádí Šafránková a Nejedlá, účinkuje během minuty. (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 114)

2.4.2 Salicyláty

Pacienti užívající salicyláty (kyselina acetylsalicylová) by měli dle doporučení ASA sedm až deset dní před operací léky vysadit. V publikaci Praktická anesteziologie od Málka (Málek et al., 2011, s. 73) se uvádí, že vysazení preparátů obsahujících kyselinu acetylsalicylovou sedm dnů před výkonem již není nutné, jen s výjimkou některých operačních výkonů např. neurochirurgických.

V případě akutního výkonu uvádí publikace Chirurgie v kostce podání desmopresinu – DDAVP. Je to syntetický analog vasopresinu a jeho podání vede k rychlému vyplavení faktoru VIII. (Ferko et al., 2002, s. 169; Roztočil et al., 2008, s. 201)

Dále autoři uvádějí poruchy trombocytopenie a trombocytopenie. Trombocytopenie – jde o snížení počtu trombocytů (jejich snížená tvorba, zvýšené odbourávání nebo jejich spotřeba), objevuje se při poklesu počtu trombocytů pod $30\text{--}50 \times 10^9/l$. Trombocytopenie – jde o poruchy funkce trombocytů, což je shlukování a tvorba trombů. Trombocyty nejsou schopny zajistit řádnou ochranu před krvácením. Tyto poruchy doprovázejí jiná, těžší onemocnění a také se vyskytují při užívání léků s antiagregačním působením. Před operací se postupuje dle doporučení hematologa. Můžeme podat trombocytární náplav. (Vokurka et al., 2005, s. 97–98)

3 POOPERAČNÍ PÉČE A OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Tato péče je rozdělena na fázi bezprostřední, intermediární a rekonvalescenci. Bezprostřední péče po operaci je poskytována na dospávacím – zotavovacím pokoji (*recovery rooms*), kde je pacient zpravidla přivezen po operačním výkonu. Tyto pokoje jsou situovány co nejbližše operačnímu sálu. Kasal (Kasal et al., 2004, s. 85) uvádí: „*Péče na zotavovacím pokoji má charakter časově limitované intenzivní péče a dokumentuje těsné sepětí anesteziologie s intenzivní péčí.*“

Pacienti zde zůstávají dvě hodiny po výkonu. Nejsou-li indikováni k déle trvající intenzivní péči a riziko bezprostředních komplikací je minimální, jsou převezeni zpět na lůžkové oddělení. Kdežto pacienti po náročných operacích nebo ti, u nichž hrozí selhání životních funkcí, jsou i s ponechanou intubací trachey a řízeným dýcháním, přeloženi na chirurgickou jednotku intenzivní péče (dále JIP) nebo na anesteziologicko-resuscitační oddělení (dále ARO). Pacienti jsou předáni na dané oddělení s příslušnou dokumentací, operačním, anesteziologickým záznamem a doporučením další léčby. (Adamus et al., 2012, s. 82–83; Valenta et al., 2003, s. 39–40)

Součástí ošetrovatelské péče je předcházení komplikacím v pooperačním období. Podporujeme včasnou mobilizaci pacienta. Dále zde patří péče o pacienta s UPV, NGS a PMK. Sestra by měla znát příznaky jednotlivých komplikací a umět na ně včas a vhodně reagovat. (Slezáková et al., 2012, s. 101)

V Chirurgii v kostce (Ferko et al., 2002, s. 172 - 173) se uvádí, že pooperační péče je dána podle toho:

- o jaký operační výkon se jedná, jeho charakter a rozsah;
- jaká přidružená onemocnění má pacient;
- jak probíhal operační výkon a anestezie.

3.1 Monitorace fyziologických funkcí

Po operačním výkonu jsou monitorovány životní funkce – dýchání, puls, krevní tlak a teplota u všech nemocných jak na standardním oddělení, tak na JIP. Fyziologické funkce jsou kontrolovány v pravidelných intervalech, které určí lékař. V prvních hodinách po 15, 30 a 60 minutách. Do druhého dne se na oddělení intenzivní péče měří, TK, P, SaO₂ co jednu

hodinu. Po stabilizaci nemocného se prodlužuje interval monitorace na 3–4 hodiny. (Valenta et al., 2003, s. 39–40)

Na standardním oddělení by měli být umístováni nemocní po lehčích výkonech, například po apendektomii, operaci kýly, varixů dolních končetin, po operaci prsu, hemeroidů a jednoduchých laparoskopických operacích (Zeman, 2002, s. 296).

Na chirurgickou jednotku intenzivní péče jsou umístováni, pacienti, u kterých vyžaduje jejich zdravotní stav zvýšené sledování životních funkcí. Je zde řada přístrojové techniky k monitoraci fyziologických funkcí, používají se zde lineární dávkovače, infuzní pumpy a ventilátory. U pacientů se provádí řada diagnostických a léčebných výkonů, a to pomocí invazivních či neinvazivních technik. Od standardního oddělení se JIP liší v menším počtu nemocných. Sýkorová ve svém článku v časopise *Diagnóza*, krásně zhodnotila pokrok techniky a práci sester na JIP, uvádí: „*Nejlepším monitorem na chirurgické JIP je sestra*“, která s pacientem tráví nejvíce času. Zná jeho stesky, když má bolesti, zvrací nebo se mu hůře dýchá. Proto je práce sester nezastupitelná a velmi důležitá. (Sýkorová, 2010, s. 6-7)

3.2 Kontrola drénů, operační rány a laboratorní vyšetření

Neméně důležité je sledování operační rány, prosakování obvazu a odpadů z drénů, bledost a zbarvení sliznic. Proto je zkušená sestra nenahraditelná při odhalení možné komplikace krvácení. Pravidelně kontroluje operační ránu, sleduje bolestivost a napětí v ráně nebo zvýšení teploty a také odpady z drénů. Sestra reaguje na jakékoliv změny a hlásí vše lékaři. Malé prosáknutí obvazu krví bývá po některých výkonech běžné. V tomto případě dáme pouze další vrstvu sterilního krytí, která postačí. Při větším prosakování rány krví, kdy přidané krytí nepostačuje, sejmeme obvaz a ránu zkontrolujeme, popřípadě lékař zastaví krvácení z okrajů rány nebo rozhodne o revizi operační rány. (Zeman et al., 2011, s. 275; Slezáková et al., 2010, s. 36–38)

Máme nejrůznější druhy drénů – hrudní, břišní, spádové a Redonovy drény. Kontrolujeme jejich napojení, odsávání, volbu podtlaku a množství odváděného sekretu. Pokud drény odvádí krev více než 200 ml/hod jde o známku život ohrožujícího krvácení. Toto krvácení vyžaduje zpravidla urgentní chirurgickou revizi. (Jedličková et al., 2012, s. 241)

Po operačních výkonech, kde byly větší krevní ztráty nebo jsou značné krevní odpady z vývodných drénů, většinou lékař indikuje odběry krve – krevní obraz a koagulace. Nacházíme zde pokles v KO a změny v koagulačním vyšetření. Ztrátu krve 550 ml zvládne-

organismus bez větší zátěže. Při náhlé ztrátě krve 1500 ml dochází k přímému ohrožení života. (Kapounová, 2007, s. 79)

Před operačním výkonem, kde se předpokládají krevní ztráty, vyšetřujeme krevní skupinu pacienta v systému, A, B, O a Rh faktor. Dále se na transfuzní stanici provádí křížová zkouška (crossmatch) a test na přítomnost protilátek u dárce a příjemce. Křížová zkouška je závazně předepsaná směrnicemi pro krevní převody. (Larsen, 2004, s. 721)

Při pooperačním krvácení lékař indikuje transfuze, které objednáváme telefonicky pro daného pacienta. Záměna krve by mohla mít fatální následky pro pacienta, a to v důsledku hemolytické reakce. Proto je nesmírně důležité soustředit veškerou pozornost na provedení odběru u pacienta, kterému je indikován krevní převod. Také věnujeme pozornost správnému vypsání žádanky a objednání ordinovaného množství TU. Podávání transfuzí dále zmiňuji v kapitole 4.2.

3.3 Pooperační komplikace

Komplikace v pooperačním období jsou v souvislosti s operačním výkonem a narušují normální průběh pooperačního období. Vzniku pooperačních komplikací můžeme předejít důslednou přípravou pacienta před operačním výkonem. Jeho edukací týkající se rehabilitace v pooperačním období, to znamená nacvičit s pacientem správné dýchání. Prevencí tromboembolické nemoci je správné přiložení bandáží. Pooperační komplikace zhoršují pooperační průběh a prodlužují délku léčení. (Slezáková et al., 2012, s. 101)

Pooperační komplikace dle časového hlediska dělíme na časně a pozdní.

- Časně komplikace vznikají nejčastěji do 2 nebo 24 hodin po operaci. Tyto komplikace souvisí s operací, jsou život ohrožující a vyžadují okamžitý zásah ze strany anesteziologa a operujícího lékaře.
- Pozdní komplikace nastávají obvykle 4–5 dní po operaci. Postihují nejrůznější tělní systémy.

Komplikace lze ještě rozlišit dle postižení a rozsahu.

- Místní komplikace spojené s operační ránou a jejím okolím. Mezi ně patří serom, hematom, absces nebo dehiscence rány.
- Celkové komplikace, které postihují jednotlivé orgánové systémy a mají vliv na celý organismus. Jsou to komplikace respirační, oběhové, poruchy vědomí. Může do-

jít k poruchám funkce zažívacího traktu, močového systému, tromboembolické poruše nebo k infekci spojené s hojením ran či druhotnému krvácení v ráně.

Flajšingrová v publikaci Ošetrovatelská perioperační péče uvádí, že prevencí časných komplikací je provedení co nejšetrnějšího operačního výkonu. Také správně vedená perioperační péče s vhodnou anestezií a obnovením obranných reflexů po operačním výkonu, popřípadě podáním antidot, může předejít pooperační komplikaci. Pozdním komplikacím lze předejít, jestliže operujeme pacienta v co nejlepším zdravotním stavu a dbáme na udržení homeostázy organismu. Při výskytu pooperačních komplikací léčíme jejich vyvolávající příčinu. Také je důležité časně vstávání po operaci a rehabilitace. Pooperační komplikace jsou rozděleny následujícím způsobem:

- poruchy dýchání;
- poruchy kardiovaskulární (hypotenze, hypovolemie);
- poruchy vědomí;
- pooperační nauzea a zvracení;
- podchlazení a svalový třes, hypertermie;
- poruchy vodního a elektrolytového hospodářství;
- centrální anticholinergní syndrom;
- pozdní krvácení. (Jedličková et al., 2012, s. 243–245)

Ve většině publikací se v pooperačních komplikacích shodují, pouze jsou jinak pojmenovány. Například Krška klasifikuje jednotlivé komplikace takto:

- pooperační nemoc;
- pooperační komplikace respirační;
- pooperační komplikace kardiální;
- pooperační komplikace tromboembolické;
- alergická komplikace;
- poruchy funkce močového systému;
- poruchy hemostázy;
- poruchy trávicího ústrojí;

- psychické změny a nervové poruchy;
- komplikace v operační ráně.

Každá skupina komplikací je v knize *Chirurgická propedeutika* podrobně rozebrána. (Zeman et al., 2011, s. 277–302)

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na komplikace, které souvisejí s krvácením v pooperačním období, a to jsou poruchy hemostázy a oběhové komplikace a komplikace v operační ráně.

3.3.1 Poruchy hemostázy

Hemostáza neboli zástava krvácení. Jejím úkolem je udržet krev v tekutém stavu, zabránit trombózám a abnormálnímu krvácení a zajistit normální zástavu krvácení. Podílejí se zde funkční parametry jako koagulační systém, trombocyty, fibrinolytický systém a výstelka cévní stěny. Vliv na hemostázu má operační výkon. Dochází při něm k porušení cév a ke zvýšené srážlivosti krve, pokud jsou ztráty krve při operaci úměrné, dojde k normalizaci v průběhu 24 hodin. Také způsob vedení anestezie má vliv na koagulaci. Zejména povrchní a nedostatečná anestezie s hypoxií vede k hypokoagulaci. Také některé léky ovlivňují koagulaci například Atropin, Morfin a diuretika ji zvyšují. Léky snižující koagulaci jsou podrobněji popsány v kapitole 2.4. (Larsen, 2004, s. 284–285; Zeman et al., 2011, s. 288)

3.3.2 Oběhová komplikace

Mezi oběhové komplikace patří hypotenze, hypertenze, porucha srdečního rytmu a srdeční nedostatečnost. V souvislosti s krvácením je významná hypotenze, proto se o ní ve své práci zmiňuji. Hypotenze patří k nejčastějším komplikacím po operačním výkonu. Je jedním z indikátorů šokového stavu. Příčinou bývá hypovolémie, která je způsobena nedostatečným hrazením krevních ztrát při operaci nebo protrahovaným krvácením v pooperačním období. Pacienti, kteří krvácejí, jsou hypotenzní, bledí, opocení, mají tachykardii a můžeme vidět známky prosáknutí v obvaze. Někdy je viditelný i náhlý, velký krevní odpad z drénů. Následkem krevních ztrát je také v laboratorním vyšetření viditelný pokles KO. Nejdůležitější je zástava krvácení a okamžitá objemová náhrada podáním krve, krevních derivátů nebo tekutin jako jsou koloidy a krystaloidy. Podrobněji léčbu popisují v kapitole 4.2. (Larsen, 2004, s. 838–839; Kasal et al., 2004, s. 82)

3.3.3 Komplikace v operační ráně

Zde můžeme zařadit hlavně krvácení v operační ráně, které se projevuje prosakováním krve mezi kožními stehy a do obvazu. Pacient může pociťovat tlak v ráně, protože se pod kůží tvoří hematoma. Proto jsou preventivně do podkoží vkládány odvodné drény například Redonův. Častěji se krvácení vyskytuje u pacientů s poruchou hemokoagulace, dále uvádím v kapitole 1.3. U krvácivých stavů je důležitá předoperační příprava a úprava *hemokoagulace*. (Zeman et al., 2011, s. 299)

Pokud krev prosakuje hned po operaci, je vhodná mírná komprese sterilními čtverci. Jestliže krvácení neustává, jedná se nejspíše o krvácení z větší cévy a pak je na místě operační revize. Zastavení krvácení se provádí ligaturou či opichem rány. Hematom v ráně se buď může vstřebat, nebo se provede jeho drenáž. Této komplikaci je dobré předcházet šetrným operačním výkonem a důsledným stavěním krvácení během operačního výkonu. Mezi další komplikace, v souvislosti s operační ránou patří infekce v ráně, rozestup rány, nekróza rány a záněty kůže v okolí operační rány. (Slezáková et al., 2010, s. 55–56)

4 LÉČBA KRVÁCENÍ

Léčbu krvácení lze vést různými způsoby. Pokud jde o masivní krvácení, je důležité jednat okamžitě. Cílem léčby je udržet průtok krve v cévách a okysličení tkání, zastavit krvácení, zabránit hypovolemickému šoku, zkorigovat koagulopatii a hradit krevní ztráty. Při léčbě šokového stavu je důležité podávání léků, infuzí a transfuzí pouze intravenózně, protože vstřebávání látek z podkoží a svalů je značně omezeno. (Řeháček, Masopust et al., 2013, s. 93; Valenta et al., 2003, s. 46)

4.1 Operační výkon

Při masivním krvácení z operační rány, které se projeví výrazným prosakováním krytí nebo značnými odpady z drénů, je nezbytná revize rány. Je nutné co nejdříve nalézt zdroj krvácení, aby se zabránilo rozvoji hemoragického šoku. Larsen popisuje, že v pooperačním období často krvácí pacienti po ortopedických operacích, například totální endoprotéza kyčle a kolena. Proto je u těchto výkonů vhodné, v rámci předoperační přípravy, provést autologní odběr krve. Dále mezi krvácivé operační výkony patří radikální prostatektomie, transuretrální resekce a operace na močovém traktu. Tito pacienti jsou směřováni na oddělení s intenzivní pooperační péčí. (Larsen, 2004, s. 1288–1289)

4.2 Účelná hemoterapie a volumoterapie

Hlavní zásadou hemoterapie je podání pouze těch složek krve, které pacient nezbytně potřebuje. Každá jiná složka krve je kontraindikována z důvodů možných rizikových reakcí při jejich podání. Rozlišujeme transfuzní přípravky a krevní deriváty.

- Transfuzní přípravky jsou vyrobeny z lidské krve na transfuzních odděleních nejčastěji centrifugací, filtrací a promýváním. Transfuzní přípravky rozdělujeme na přípravky z erytrocytů, trombocytů a plazmy. Z erytrocytů se jedná o přípravky resuspendované bez buffy coatu a deleukotizované erytrocyty. Z trombocytů podáváme trombocytární koncentrát. Plazma se používá mražená a čerstvě mražená (antihemofilická).
- Krevní deriváty jsou farmakologické produkty vyráběné z lidské krve nebo jejich složek. Mezi krevní deriváty patří albumin 5 % a 20 %, gamaglobulin, antitrombin III a koncentráty koagulačních faktorů jako fibrinogen, faktor VIII, IX. Dále se používá kryoprecipitát, který se získává frakcionací plazmy a také rekombinantní

aktivovaný faktor VII (rFVIIa) – NovoSeven®, který je indikován u ŽOKU. (Adamus et al., 2012, s. 240; Kasal et al., 2004, s. 127–134; Kapounová, 2007, s. 79–83)

4.2.1 Podávání krevních derivátů a transfuzních přípravků

Podání transfuze znamená převod krve od dárce do krevního oběhu příjemce. Indikaci k podání transfuze je nutné přísně uvážit vzhledem k souvisejícím rizikům a možností vzniku potransfuzních reakcí. Ztráty krve od 40 % je nutné hradit. Lidský organismus není schopen tyto ztráty kompenzovat. Gabrhelík udává, že tolerujeme hladinu Hb asi 80g/l a Htk 0,25, vždy je však nutné individuální posouzení daného pacienta. (Adamus et al., 2012, s. 238)

Kapounová (Kapounová, 2007, s. 82) popisuje: „ *Před aplikací transfuze je nutná řádná edukace pacienta a podpis informovaného souhlasu, je-li to možné.* “

Jestliže pacient odmítne transfuzi z nejrůznějších důvodů – například náboženských, měli bychom respektovat jeho právo na svobodnou volbu. Při podávání transfuze je důležité zkontrolovat kompatibilitu krve dárce s krví příjemce předtransfuzním vyšetřením (křížová zkouška – crossmatch). Podávány jsou stejnoskupinové krve, A, B, O, AB, s Rh faktorem. Mezi univerzální krevní deriváty patří Ery masa O Rh- a mražená plazma AB, které můžeme podávat v případě ohrožení života pacienta. (Adamus et al., 2012, s. 238)

Za podání krve je plně zodpovědný lékař. Sestra však má povinnost dodržet předepsaná pravidla a zásady. Samotný postup a aplikace transfuze vyžaduje vzájemnou spolupráci. Lékař indikuje podání krevního přípravku. Sestra zajišťuje řádné vypsání žádanky na odběr vzorku krve danému pacientovi a jeho transport na transfuzní oddělení. (Vokurka et al., 2005, s. 130)

Po vyzvednutí přípravku z transfuzní stanice je krevní vak přinesen na oddělení. Zde kontrolujeme neporušenost obalu, datum expirace, krevní skupinu přípravku a pacienta. Provedeme negativní křížový pokus, pomocí diagnostické soupravy ABO (sangvitest), identifikujeme pacienta u lůžka a zaznamenáváme všechny údaje do dokumentace. Sestra měří fyziologické funkce – TK, P, TT, provádí se také vyšetření moče na bílkovinu. Před podáním krve pacientovi se doporučuje nechat ohřát transfuzi na pokojovou teplotu. Při napojení transfuze se provádí biologická zkouška. U urgentních krvácivých stavů, kdy je nutný rychlý krevní převod, dáváme kapat přetlakovou transfuzi, při které používáme tlakovou manžetu. (Slezáková et al., 2010, s. 33)

Jestliže se při aplikaci transfuze vyskytnou komplikace s příznaky jako je nauzea, zvracení, zimnice, třesavka, bolest v bederní krajině, tachykardie, oligurie až anurie, je třeba transfuzi okamžitě zastavit a volat lékaře, který rozhodne o dalším postupu. Podávají se nejčastěji léky intravenózně, jako jsou kortikoidy, antihistaminika a Calcium gluconikum. (Vokurka et al., 2005, s. 131)

Po ukončení transfuze opět kontrolujeme fyziologické funkce pacienta. Vak s malým množstvím krve skladujeme 24 hodin v lednici pro případ vzniku potransfuzních komplikací.

Mezi nejčastější potransfuzní reakce patří:

- hemolytická reakce;
- alergická reakce;
- pyretická reakce;
- oběhové přetížení;
- bakteriálně toxická reakce;
- přenos infekčních chorob.

Kasal (Kasal et al., 2004, s. 133-134) uvádí: „*Při masivním krvácením dochází ke ztrátě koagulačních faktorů.*“ Následkem toho může dojít až k rozvoji DIC.

Podávání transfuzí se řídí klinickým stavem a pravidelnými kontrolami KO, hemokoagulačním vyšetřením a vyšetřením acidobazické rovnováhy dle Astrupa. Důležité je dosáhnout normovolémie. Jde o léčbu masivními krevními náhradami s léčbou hemokoagulačních poruch, která vede k záchraně života nemocného.

4.2.2 Náhradní koloidní roztoky

Důležitá je také volumoterapie, což je hrazení krevních ztrát a stabilizace vnitřního prostředí. Roztoky, které se používají k hrazení krevních ztrát, jsou vysokomolekulární látky, sloužící k náhradě objemových ztrát v cévách. Mají velkou molekulu, zůstávají déle v cévním řečišti, jsou schopny na sebe vázat vodu a zvyšují onkotický tlak. (Adamus et al., 2012, s. 241)

Adamus je rozděluje podle původu na endogenní a exogenní roztoky a podle onkotické aktivity a objemového účinku na plasmasubstituenty a plazmaexpandéry. Další roztoky

jsou dextransy, které se už nepoužívají, neboť vyvolávají alergické až anafylaktické reakce. Místo dextranů jsou vhodnější hydroxyetylškrobové roztoky jako je HES 6% a HES 10%. Jako krátkodobá náhrada krevních ztrát se využívají roztoky želatiny, mezi které patří Haemacel, Gelafusin, Voluven. Zůstávají v cévním řečišti kratší dobu a mají menší objemový účinek, působí krátkodobě. (Adamus et al., 2012, s. 242)

Larsen (Larsen, 2004, s. 839) uvádí, že náhrada objemu musí být rychlá a v dostatečném množství, aby bylo zajištěno správné prokrvení orgánů.

4.2.3 Ukončení teoretické části

Samozřejmě je také nesmírně důležitá správná komunikace s nemocnými. Pacienti se nacházejí v náročné životní situaci, jsou úzkostliví, neboť mají obavy o svůj život. Musíme dát za pravdu rčení, že: „*dobré slovo léčí*“. Vhodná komunikace s nemocnými nám umožní dobrou spolupráci, zlepšuje psychické rozpoložení pacienta, a tím urychluje jeho uzdravení. Nezůstat lhostejným k pocitům smutku, úzkosti a zklamání je v profesi zdravotníků velmi důležité. (Kapounová, 2007, s. 170-172; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 30)

„*Když se dotýkáte duše, léčíte nejen tím, co víte, ale tím čím jste.*“

(Freud)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Ve své praktické části bakalářské práce jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je nestatistická metoda, která pracuje se slovy nikoliv čísly a s malým počtem respondentů. Jednou z technik používaných v kvalitativním výzkumu je například rozhovor. Výzkum se týká života lidí, jejich příběhů, chování, ale také chodu organizací nebo vzájemných vztahů. V ošetrovatelství se používá k zjištění kvality ošetrovatelských činností a ošetrovatelské péče. Bártlová (Bártlová, 2005, s. 13 – 18) uvádí: „*Analýza dat se provádí vyhodnocováním jednotlivých případů aplikací metod kvalitativní analýzy. Cílem kvalitativního výzkumu není odhalit zdánlivě nekonečnou rozmanitost jedinečných lidských bytostí, ale osvětlit život několika dobře vybraných lidí.*“

Prováděla jsem průzkumné šetření. Průzkum je účelný k dosahování poznatků o určitém jevu. „*Je méně náročný na přísnost dodržování pravidel výzkumné práce.*“ (Bartlová, 2005, s. 11)

Zaměřila jsem se na sestry pracující na chirurgii, které se s pooperační komplikací masivního krvácení mohou nejčastěji setkat. Ve své práci jsem zkoumala, jestli se sestry s touto komplikací za svou profesní praxi setkaly, jak na ně situace působila a jakým způsobem ji zvládly. Také jsem zjišťovala, zda sestry umí správně a pohotově reagovat na vzniklé potřeby pacienta. Při rozhovoru jsem se dotazovala, co by jim pomohlo zvládnout nebo zmírnit tyto náročné a stresující situace spojené s krvácením. Ke svému průzkumnému šetření jsem si nejprve stanovila následující čtyři cíle. Ke každému cíli byla vytvořena korespondující hypotéza, která byla po vyhodnocení všech dat v závěru průzkumu buď potvrzena, nebo vyvrácena.

5.1 Cíle práce a hypotézy (H)

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty při komplikaci masivního krvácení v pooperačním období na standardním chirurgickém oddělení a na JIP.

H 1. *Domníváme se, že všechny všeobecné sestry na chirurgickém oddělení dokáží vhodně reagovat na potřeby pacienta vzniklé z důvodů masivního krvácení v pooperačním období.*

Cíl 2: Zjistit znalosti a zkušenosti všeobecných sester týkající se komplikace masivního krvácení.

H 2. *Domníváme se, že všeobecné sestry pracující na chirurgické JIP jsou více zkušené v oblasti masivního krvácení, než sestry standardního oddělení, a to z důvodu častějšího výskytu této časné pooperační komplikace.*

Cíl 3: Zjistit, zda při komplikaci masivního krvácení u pacienta je míra psychické a fyzické zátěže sester větší na standardním oddělení chirurgie nebo na chirurgické JIP.

H 3. *Předpokládáme, že míra psychické i fyzické zátěže je větší u sester na standardním oddělení chirurgie nežli u sester na chirurgické JIP z důvodů většího počtu pacientů a nemožnosti kontinuálního měření fyziologických funkcí na standardním oddělení.*

Cíl 4: Zjistit nejtěžší aspekty péče o pacienty s komplikací masivního krvácení v pooperačním období.

H 4. *Předpokládáme, že nejtěžším aspektem ošetrovatelské péče pro respondenty je psychické vypětí při záchraně lidského života.*

5.2 Metody použité k průzkumnému šetření

K získání potřebných informací pro kvalitativní průzkumné šetření jsem si zvolila metodu rozhovoru (interview).

5.2.1 Rozhovor

O rozhovoru můžeme říct že: „*jde o vzájemnou interakci, která probíhá mezi uvedenými partnery tváří v tvář (face to face).*“ Jde o slovní kontakt mezi tazatelem a dotazovaným. Tazatel se snaží co nejvíce proniknout k dotazovanému a jeho problému. Je důležité navázání osobního kontaktu s dotazovaným tak, aby umožnil tazateli zachytit fakta, proniknout hlouběji a porozumět výsledkům chování, hodnotám a přesvědčením. (Bártlová, 2005, s. 41)

Žiaková rozdělila rozhovor na tyto fáze.

1. *Úvod* zahrnuje představení a navození motivace ke spolupráci. Seznámíme tazatele s cílem rozhovoru a výsledky zveřejní. Důležité je nastolení přátelského vztahu a vhodné, otevřené atmosféry.
2. *Střední část* rozhovoru se zabývá podstatou zkoumaného problému. Otázky klade podle typu zvoleného rozhovoru. Projevujeme zájem o odpovědi a jejich spontánnost tím, že dáváme doplňující otázky nebo přitakáváme.
3. *Závěrečná fáze* nastává ve chvíli, kdy rozhovor ukončíme vhodným způsobem a v přátelské atmosféře. Poděkujeme a respondenta ubezpečíme, že jeho odpovědi nebudou zneužity, ale využity pro výzkumný cíl, a tím vyjádříme předpoklad pro další spolupráci. (Žiaková et al., 2009, s. 153–154)

Zvolila jsem si individuální, polostandardizovaný (semistrukturovaný) rozhovor, který je v ošetřovatelských výzkumech nejvíce rozšířen. Nejprve jsem připravila základní strukturu rozhovoru, patnáct otázek rámcových a některé doplňující otázky. Jednotlivé rozhovory jsem nahrávala na diktafon značky *Olympus*. Postupně byly všechny rozhovory doslovně přepisovány, dále dokládám v přílohách P I až P VI.)

5.3 Charakteristika jednotlivých respondentů

K získání potřebných dat jsem si zvolila záměrný výběr respondentů, zaměřila jsem se na všeobecné sestry pracující na oddělení chirurgie Vsetínské nemocnice a.s. Průzkumné šetření bylo z hlediska právního ošetřeno a schváleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči ve Vsetínské nemocnici a.s., paní Mgr. Jaroslavou Hrabíkovou. Pro rozhovory byly vybrány sestry standardního oddělení chirurgie (dále OD) a chirurgické jednotky intenzivní péče (dále JIP). Oslovila jsem několik sester, ale ne všechny byly ochotné se k danému tématu vyjádřit. Některé odmítly z důvodů pracovního vytížení, jiné projevovaly obavy z nahrávaného rozhovoru. Všechny sestry, které se zúčastnily rozhovoru, vyslovily přání, aby byla zachována jejich anonymita. Zároveň mi však poskytly písemný souhlas s nahrávaným rozhovorem. Z důvodů zachování anonymity nedokládám v přílohách. Vrchní sestra chirurgického oddělení Vsetínské nemocnice mne v rozhovorech podpořila a byla i velice ochotná. Společně jsme se dohodly na prezentaci týkající se masivního krvácení pro sestry chirurgie.

Kritérium pro výběr respondentek jsem nijak blíže nespecifikovala. Sestry, které jsem oslovila, jsou nejrůznějších věkových kategorií. Nezaměřovala jsem se ani na jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Jediným společným kritériem dotazovaných respondentek je práce na chirurgickém oddělení. Z důvodů zachování anonymity a pro lepší orientaci při vyhodnocování výsledků jsem sestry označila následujícím způsobem, sestry JIP 1, 2, 3 a sestry OD 1, 2, 3.

Sestra JIP 1 – délka praxe 39 let, délka rozhovoru 10 minut 30 vteřin

Sestra JIP 2 – délka praxe 13 let, délka rozhovoru 8 minut 10 vteřin

Sestra JIP 3 – délka praxe 8 let, délka rozhovoru 6 minut 10 vteřin

Sestra OD 1 – délka praxe 1 rok, délka rozhovoru 8 minut 5 vteřin

Sestra OD 2 – délka praxe 25 let, délka rozhovoru 14 minut 33 vteřin

Sestra OD 3 – délka praxe 8 let, délka rozhovoru 15 minut 20 vteřin

5.4 Organizace samotného šetření

Před začátkem průzkumného šetření jsem si spolu s vedoucí práce připravila otázky, pomocí kterých jsem si odpověděla na stanovené cíle a hypotézy. Průzkumné šetření formou rozhovoru jsem realizovala od prosince 2012 do ledna 2013. Rozhovory probíhaly vždy individuálně.

- Dva z šesti rozhovorů jsem realizovala v kavárně nedaleko nemocnice, kdy si dotazované respondentky udělaly čas ve svém osobním volnu, za což jim patří můj osobní dík. S dotazovanými jsem si při rozhovoru tykala. Tyto rozhovory byly vedeny v přátelském duchu a sestry byly více uvolněné, otevřené a vstřícné k jednotlivým otázkám.
- Jeden rozhovor jsem pořizovala v domácím prostředí dotazované respondentky. Příjemná a přátelská atmosféra nám oběma přinesla mnoho zajímavých, diskutabilních poznatků co se týče těchto situací spojených s péčí o pacienta s masivním krvácením po operaci. Tento rozhovor byl veden také společenskou formou tykání, neboť se s respondentkou osobně známe.
- Tři rozhovory jsem uskutečnila na pracovišti chirurgie v odpočinkových místnostech pro sestry, vždy většinou v odpoledních a večerních hodinách. Jeden z těchto rozhovorů byl přerušen, z důvodů péče o pacienta a asistenci lékaři při výkonu. Jednalo se o sestru z JIP. Tyto tři rozhovory jsem vedla společenskou formou vykání. Jedna respondentka je profesně starší, a tak si vykáme. Zbylé dvě dotazované pracují na chirurgii krátce, takže si zatím netykáme. Nicméně atmosféra při těchto rozhovorech byla pohodová a příjemná pro obě strany. Společně jsme se i zasmály.

Délka rozhovorů byla od nejkratšího šestiminutového rozhovoru až po nejdelší patnáctiminutový rozhovor.

6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

V následující kapitole popisuji zpracování průzkumného šetření.

6.1 Zpracování získaných dat

V této kapitole popisuji, jakým způsobem jsem zpracovávala získaná data. Postupně jsem vyhodnocovala jednotlivé rozhovory.

Celkem bylo realizováno šest polostandardizovaných rozhovorů. Vybrala jsem si tři sestry OD a tři sestry JIP. Jednotlivé průzkumné otázky jsem rozdělila do pěti kategorií:

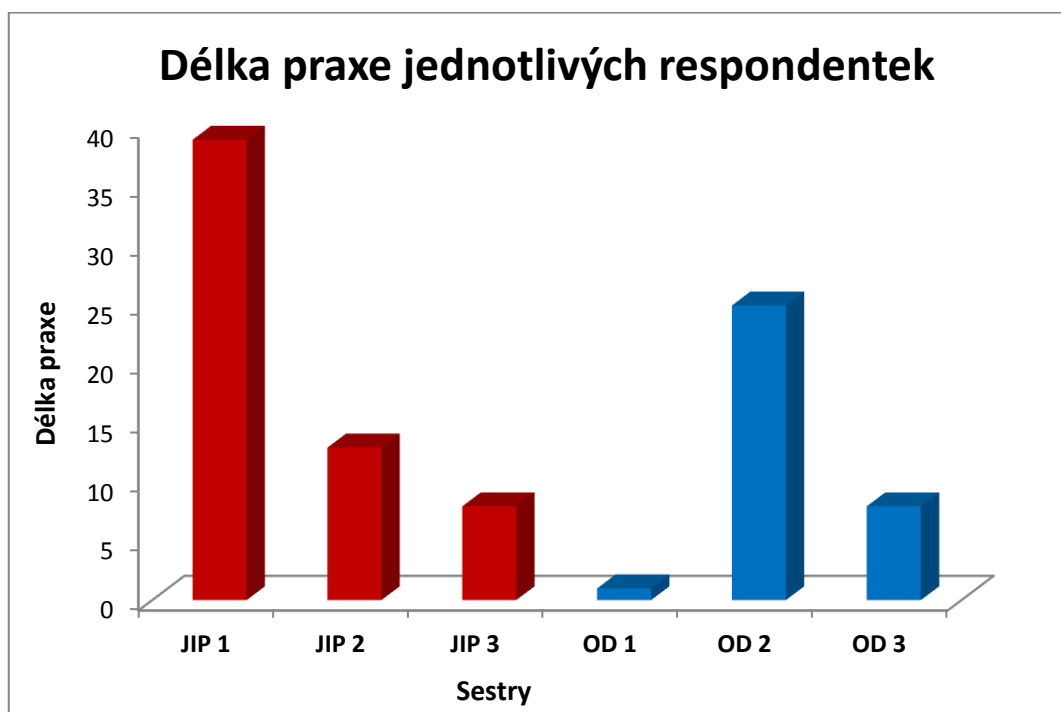
- otázky obecné;
- otázky týkající se zkušeností sester;
- otázky týkající se znalostí sester;
- otázky týkající se pocitů sester;
- otázky týkající se názorů sester.

Vybrala jen nejdůležitější a nejzajímavější odpovědi od každé respondentky. V kategorii obecných otázek jsem použila grafické znázornění a znázornění pomocí tabulky vytvořené v Microsoft Excelu 2010. Dále v kategorii otázek týkající se znalostí sester jsem jednu z otázek zaznačila do tabulky pro lepší orientaci a přehlednost. Celkový počet otázek je patnáct. U některých rozhovorů jsou i doplňující otázky, které vyplynuly z realizovaného rozhovoru.

6.1.1 Otázky obecné

První otázka: 1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Profesní praxi ve zdravotnictví jsem znázornila do následujícího grafu. Je zajímavé zdůraznit, že jedna z respondentek pracuje ve zdravotnictví již 39 let. Naopak nejkratší dobu praxe má respondentka OD1, konkrétně jeden rok. Povedlo se mi tedy do vybraného vzorku respondentů zařadit sestry s širokým spektrem praktických zkušeností, což přidává výzkumu na zajímavosti.



Graf č. 1. Délka praxe jednotlivých respondentek.

Druhá otázka: 2. Pracujete na chirurgické JIP nebo na standardním oddělení chirurgie?

Tuto položku jsem znázornila do grafu s první položkou. Pro lepší orientaci jsem sestry pracující na JIP znázornila v grafu červeně a sestry pracující na OD modře. Můžeme tedy vyčíst, že tři respondentky pracují na chirurgické JIP a tři sestry na chirurgickém OD.

Třetí otázka: 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Otázka nejvyššího dosaženého vzdělání je znázorněna v následující tabulce. Sestry se středoškolským vzděláním, sestry s vyšším odborným vzděláním, sestry se specializací ARIP a sestry s vysokoškolským vzděláním (titul Bc.). Střední zdravotnickou školu vystudovaly dvě respondentky, sestra JIP 1 (profesní praxe 39 let) a sestra OD2 (profesní praxe 25 let), obě jsou všeobecné sestry. Vyšší odborné vzdělání vystudovaly opět dvě respondentky, sestra JIP 3 a sestra OD 3. Specializační vzdělání ARIP si rozšířila pouze jedna respondentka JIP 2. Vysokoškolské vzdělání dokončila respondentka OD 1, jejíž profesní praxe je pouze jeden rok.

Sestry	SZŠ	VOŠ	Spec. ARIP	Bc.
JIP 1				
JIP 2				
JIP 3				
OD 1				
OD 2				
OD 3				

Tabulka č. 1. Nejvyšší dosažené vzdělání jednotlivých respondentů.

Dále následuje podotázka: *Jaká je Vaše motivace dál se vzdělávat?* Otázka týkající se motivace sester dál se vzdělávat, mně přinesla zajímavé a různorodé poznatky.

Sestra JIP 1 – preferuje semináře, stačí jí to, je spokojená, plánuje odchod do důchodu.

Sestra JIP 2 – zajímá se o nové poznatky ve zdravotnictví, o dalším studiu neuvažuje:

„Asi tak, mám ráda nové věci a zajímám se o ně, vysokou školu určitě nechci studovat a titul nepotřebuji.“

Sestra JIP 3 – ano, sestra ví, že je potřeba mít dostatek informací, ale spíše pociťuje nutnost vzdělávání, odpovídá: *„No tak potřebuji to prostě pro svoji práci a myslím si, že čím víc člověk ví, tak se mu lepší pracuje.“* Sestra počítá s tím, že pokud bude chtít nadále pracovat na JIP, bude si muset specializaci dodělat.

Sestra OD 1 – bakalářské vzdělání je pro ni dostačující. Zvažuje absolvování neurologického kurzu, protože chce pracovat u svojí maminky, která je dětská neuroložka.

Sestra OD 2 – ano, sestra má motivaci dál se vzdělávat. Nevylučuje ani možnost studia na vysoké škole, svěřila se mi, že přemýšlí o změně pracoviště. Uvádí: „*Když k tomu budu mít podmínky, dodělám si nějakou školu.*“ Sestra podmínkami myslí toto: „*Pokud se dostanu na jiné pracoviště, myslím tím kliniku, nebo někde do nemocnice ve větším městě.*“

Sestra OD 3 – se zajímá o novinky ve zdravotnictví a semináře. Motivaci dál se vzdělávat ve škole nemá, uvádí: „*Motivaci k dalšímu vzdělání teď momentálně nenalézám, nevidím, že by se mi to v praxi nějak zúročilo, dělala bych víceméně stejnou práci, co dělám.*“ Dotazovaná respondentka se nechce stresovat učením.

Z rozhovorů je patrné, že se sestry zajímají o novinky ve zdravotnictví a preferují specializační kurzy. Překvapilo mne, že pouze jedna sestra připustila možnost studia na vysoké škole.

6.1.2 Otázky týkající se zkušeností sester

V těchto otázkách zjišťuji, jestli se sestry s komplikací masivního krvácení setkaly, jak při této komplikaci postupovaly a zda byl dosažitelný lékař.

První otázka: 4. *Setkala jste se někdy ve své profesní praxi s pooperační komplikací masivního krvácení? Pokud ano, jak často?*

Sestra JIP 1 – ano, sestra se s touto komplikací setkala. Připouští, že bezprostředně po operaci jsou to výjimečné situace, vzpomíná na dobu, kdy sloužily na JIP po jedné sestře: „*Musela jsem si kolikrát poradit, jak to šlo, a sama.*“

Sestra JIP 2 – ano, sestra má s touto komplikací v pooperačním období také své zkušenosti. Respondentka zmínila i některé operační výkony, po kterých pacienti masivně krváceli. Uvádí: „*Až tak často se to nestává. Naposledy tu krvácela prostata. To jsme mu vyměnili skoro celý krevní oběh. Také TEP kolene hodně krvácí.*“

Sestra JIP 3 – ano, sestra se s touto komplikací setkala. Opět jmenuje některé operační výkony, udává: „*No, přímo po operaci to není tak často, snad při operaci TUR a jednou krvácela nějaká amputace.*“

Sestra OD 1 – ne, sestra nemá osobní zkušenost s touto komplikací, ale je si vědoma, že se na oddělení komplikace vyskytla. „*Vím, že tu byl pacient po prostatektomii, který hodně*

krvácel, ale ten se překládal hned na JIP. Tady na standardním oddělení to naštěstí tak často nebývá.“ Z rozhovoru vyplynulo, že sestra tuto zkušenost postrádá a má obavy z možného výskytu této komplikace na její směně.

Sestra OD 2 – zkušenosti má, dokázala i specifikovat, u kterých pacientů se tato komplikace vyskytuje. *„Ano, není to nějak pravidelně, ale určitě jednou za měsíc se to vyskytne, záleží, jaké operační výkony se provádějí a jak nemocné pacienty máme na oddělení. Myslím tím ty pacienty, kteří mají antikoagulační léčbu a sklony ke krvácení.“*

Sestra OD 3 – ano, sestra se s komplikací setkala. Udává, že jde spíše o výjimečnou situaci, kdy pacienti masivně krvácejí. *„Nejčastěji po urologických výkonech u mužů, při operaci prostaty.“*

Z této části rozhovorů plyne, že pooperační komplikace s masivním krvácením je výjimečná situace, která není běžná a její výskyt bývá ojediněle. Myslím si, že sestry s delší profesní praxí mají alespoň jednu zkušenost s touto komplikací. Mnohé z nich si i vzpomněly, o jaký typ operačního výkonu se jednalo, když jim pacient krvácel.

Druhá otázka: 5. Jaká byla vaše reakce při výskytu této komplikace na oddělení? Jaká byla spolupráce sester a rozdělení úkolů?

Sestra JIP 1 – srovnává dobu dřívější a současný stav, kdy slouží na JIP dvě sestry. Uvádí: *„Tak, jedna volá a shání lékaře, druhá sestra se věnuje pacientovi.“* Respondentka také zmiňuje: *„Je dobré nepanikařit. Působit na pacienta klidným dojmem.“* Za svou praxi se setkala s různým přístupem svých kolegyně, proto dodává: *„Spolupráce sester je nesmírně důležitá.“*

Sestra JIP 2 – opět zmiňuje přivolání lékaře a uvádí: *„Prvořadě bylo zachránit pacienta, snažit se zvrátit ten stav.“* Ohledně spolupráce zmiňuje: *„Každá z nás už ví, co má dělat.“* Zdůrazňuje, že spolupráce s ostatními kolegyněmi je na dobré úrovni.

Sestra JIP 3 – respondentka pracovala na standardním oddělení chirurgie, a tak jej srovnává s chirurgickou JIP. Situaci hodnotí takto: *„Na noční, kdy jsem byla sama, jsem měla co dělat. Při situaci na JIP, je to mnohem lepší díky přístrojovému vybavení a spolupráci. I na noční jsme dvě sestry. Je to větší jistota, že tu nejsem sama a navzájem si pomůžeme.“* Dotazovaná respondentka také zmínila, že tato komplikace zasáhla do chodu oddělení. Myslela tím nejspíš, že se všichni personál soustředí převážně na pacienta, který krvácí

a ostatním pacientům po operaci není věnována taková péče, jak by si dotazovaná představovala.

Sestra OD 1 – s touto situací osobní zkušenost nemá, říká: „*Za svoji praxi jsem tuto situaci nezažila. Ale vím, že tu měly holky pacienta na noční, kdy tu byla jedna sestra, dávala celou noc transfuze a převážně se věnovala jednomu pacientovi. Pak ráno jí bylo skoro do breku, protože měla i ostatní operanty, na které neměla čas.*“ Na sestře bylo evidentně znát, že se takové situace bojí a zkušenost její kolegyně v ní zanechává obavy.

Sestra OD 2 – hodnotí situaci, kdy je na směně sester víc a situaci, kdy je na noční sama. „*Tak jedna sestra se věnuje pacientovi, řeší to dané krvácení, například proplachuje PMK a pokud je krvácení značné tak volá lékaře. Většinou se ta zkušená sestra věnuje pacientovi a organizuje práci sestře, která je na oddělení krátce a s komplikací se nesešla.*“ Dotazovaná respondentka také hodnotila přístup mladších kolegyně. „*Při prvním nějakém problému radši opouští zaměstnání. Prostě nedokáží tu míru zodpovědnosti unést, nejsou zvyklé pracovat samostatně.*“

Sestra OD 3 – respondentka opět rozlišuje situaci, kdy je na oddělení více personálu a kdy je sestra sama na celé oddělení. „*Když nás bylo na směně víc, rozdělily jsme si úkoly. Tato situace nebyla tak stresující, jako když jsi na noční sama a máš ještě i ostatní operanty. Tak toto je pro mne psychicky velmi náročné.*“ Dotazovaná si uvědomuje, že jde mnohdy o život ohrožující stav a konstatuje. „*Proto si myslím, že by tito pacienti, kterým hrozí riziko krvácení, by měli mít intenzivní péči a být umístováni na JIP.*“

Z toho plyne, že sestry, které se s touto komplikací setkaly vícekrát za svou profesní praxi, dokáží rychleji reagovat a zhodnotit danou situaci. Svou roli hraje i doba výskytu této komplikace a ze své zkušenosti vím, že pokud je na směně více personálu, tato situace se daleko lépe zvládne.

Třetí otázka: 6. Je vždy při této komplikaci dosažitelný lékař? Co když ano? Co když ne?

Sestra JIP 1 – má za svou dlouholetou praxi hodně zkušeností, a tak se setkala i se situacemi, kdy byl problém sehnat lékaře. Připouští, že v současné době jsou služby daleko lépe zajištěny: „*Ted, to není už takový problém, většinou je dosažitelný, pokud je právě na sále tak voláme toho, který slouží na ambulanci.*“

Sestra JIP 2 – uvádí pouze pozitivní zkušenost. „*Jo, většinou je. Alespoň já ze své zkušenosti jsem ho měla vždy blízko a přišel okamžitě.*“

Sestra JIP 3 – také nemá negativní zkušenost. *„Vždycky se mi stalo, že lékař přišel.“* Zmiňuje i možnost, kdy je sloužící lékař na operačním sále. *Zejména v odpoledních a nočních hodinách, když se něco závažného děje, voláme většinou ambulantního lékaře.“*

Sestra OD 1 – nemá negativní zkušenost, lékař byl vždy dosažitelný.

Sestra OD 2 – uvádí, že lékař je vždy dosažitelný. *„A pokud je to odpoledne nebo v noci, kdy může být třeba na sále, tak se volá ambulantní lékař.“*

Sestra OD 3 – má opět pozitivní zkušenost a zná možnosti zajištění služby. *„Dochází k případům, kdy musí být volán lékař ambulantní, a to zejména v noci, kdy sloužící lékař je nucen odejít na sál. Že bych nikoho nesehnala, nemohu říct.“*

Mile mne překvapilo, všechny respondentky uvedly jen pozitivní odpovědi. Došla jsem tedy ke kladnému a správnému zjištění, že lékař je v této situaci dosažitelný a dostupný vždy. Z rozhovorů vyplynulo, že služba je zajištěna i v případě, kdy lékař urgentně operuje, a to zejména v odpoledních a nočních hodinách, jak již zmínily dotazované respondentky. Žádná z respondentek neuváděla v současné době negativní zkušenost. Pouze jedna sestra má negativní zkušenost s dostupností lékaře, a to z minulosti, její profesní praxe je 39 let.

6.1.3 Otázky týkající se znalostí sester

V této části se dotazuji sester na znalosti týkající se hlavních příznaků krvácení. Také zjišťuji, na co se jako sestry v ošetrovatelské péči zaměřují a zda vědí, jaké možné komplikace hrozí.

První otázka: 7. Dokážete vyjmenovat hlavní příznaky masivního krvácení?

Sestra JIP 1 – zmiňuje: *„Bledost z anémie, tachykardie, krvácení do obvazu, kolaps, šok.“*

Sestra JIP 2 – říká: *„Náhlá hypotenze, je bledý, zpocení, zívá, udává, že je mu divně a kolabuje na posteli, můžeme vidět i prosáknutí obvazu krví.“*

Sestra JIP 3 – uvádí: *„Je to hypotenze, tachykardie, zhoršený stav vědomí a někdy i povrchní dýchání a samozřejmě krvácení do obvazu v operační ráně.“*

Sestra OD 1 – udává: *„Je to bledost, hypotenze, tachykardie prostě ten hypovolemický šok.“*

Sestra OD 2 – popisuje, k čemu dochází u pacienta: „Ke snížení tlaku, zvýšení pulsu, pacienti mohou mít bolesti břicha, pokrvácenou operační ránu.“

Sestra OD 3 – uvádí: „Asi prvočním příznakem je krvácení, které zjistím vizuálně, kdy krev prosakuje do obvazu, operační rána krvácí nebo v moči můžu pozorovat masivní hematurii. Pacient je bledý, má pocit slabosti, je opocení, někdy je neklidný, má zvýšený puls a mnohdy také neměřitelný krevní tlak.“

Pro zhodnocení této části jsem k lepší přehlednosti vytvořila tabulku. Jednotlivé příznaky jsou znázorněny barevně a vždy je křížkem označeno, která sestra zmínila daný příznak. Na konci tabulky je značeno, kolik příznaků jednotlivé sestry uváděly. Poslední řádek dole hodnotí, kolikrát byl celkem příznak krvácení zmiňován. Nejvíce dotazované respondentky zmiňovaly tyto tři příznaky – hypotenzi, tachykardii a krvácení do obvazu. Celkem byly všechny tři příznaky zmíněny 5krát. Z rozhovoru tedy vyplynulo, že všechny sestry znají hlavní příznaky pooperačního krvácení. Dokáží zhodnotit a posoudit stav pacienta, kterému hrozí riziko krvácení.

SESTRY	TACHYKARDIE	BLEDEST	KRVÁCENÍ DO OBVAZU	KOLAPS, ŠOK	PORUCHA VĚDOMÍ, NEKLID	OPOCENOST	HYPOTENZE	POČET PŘÍZNAKŮ ZMIŇOVANÝCH SESTRAMI
JIP 1	X	X	X					3
JIP 2		X	X	X		X	X	5
JIP 3	X		X		X			4
OD 1	X	X		X			X	4
OD 2	X		X				X	3
OD 3	X	X	X		X	X	X	6
POČET PŘÍZNAKŮ CELKEM	5x	4x	5x	2x	2x	2x	5x	

Tabulka č. 2 Hlavní příznaky krvácení.

Druhá otázka: 8. Co jako sestra sledujete po operačním výkonu? Na co se zaměříte, co by mohlo nasvědčovat pro krvácení?

Sestra JIP 1 – odpovídá: „Sleduji vitální funkce, měří se tlak co hodinu, puls a samozřejmě se prohlíží operační rána, zda neprosakuje (nesákne), to je asi to základní.“

Sestra JIP 2 – opět na prvním místě uvedla: „Hlavně sleduji fyziologické funkce jako tlak. Vidím na monitoru puls, jestli není tachykardie, no a často sleduji operační ránu, odpady z drénů a sond, jestli tam nárazově nehrklo hodně krve.“

Sestra JIP 3 – srovnává opět situaci na JIP a oddělení: „Takže sleduji fyziologické funkce. Tady na jipce je pacient na monitoru. Je to mnohem snadnější než na oddělení, kde nemají monitory. No, a pak jestli prosakuje operační rána a jaké jsou odpady z drénů.“

Sestra OD 1 – uvádí: „Tak sleduji hlavně fyziologické funkce jako krevní tlak, plus, jestli pacient není opocený nebo má problémy s dýcháním.“ Usměje se a dodává: „No, a samozřejmě krvácející operační ránu nebo velký odpad z drénu.“

Sestra OD 2 – odpověděla: „Sledují se fyziologické funkce, záleží, o jakou jde operaci.“ Zaměřila se na operace na močovém ústrojí a situaci při sledování moče a proplachování PMK.

Sestra OD 3 – řekla: „Tak samozřejmě sleduji celkový stav pacienta, hlavně fyziologické funkce, TK, P, dýchání, popřípadě saturaci, zda močí nebo je moč hematurická, jestli operační rána neprosakuje a jak velké jsou odpady z drénů. Vždy záleží, o jaký typ provedeného operačního výkonu se jedná. Od toho se odvíjí ošetrovatelská péče.“

Z jednotlivých rozhovorů opět vyplynulo pozitivní zjištění, že sestry mají teoretické znalosti v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta v pooperačním období. Všechny dotazované respondentky uvedly jako prvořadé sledování fyziologických funkcí a kontrolu operační rány. Myslím si, že sledování pacienta na JIP je pro sestry mnohem snadnější při odhalení pooperačního krvácení, jak též zmínila jedna z dotazovaných sester. Dvě z respondentek se zaměřily na sledování moče, zda není hematurická. Tyto sestry se soustředily na operační výkony prováděné na močovém systému, zřejmě proto, že mají obě zkušenosti s krvácením u pacientů po těchto výkonech.

Třetí otázka: 9. Jaké závažné komplikace hrozí při masivním krvácení u nemocného?

Sestra JIP 1 – odpovídá: „Mohlo by dojít až k vykrvácení a smrti, pokud by se s tím nic nedělalo.“

Sestra JIP 2 – odpovídá: „*Nejde jenom o krvácení, ale o celkové multiorgánové selhání a šokové stavy, může dojít až k rozvoji DIC. Pak už je to dost závažný stav.*“

Sestra JIP 3 – odpovídá: „*Tak v podstatě může dojít až k infarktu myokardu. Já bych to asi shrnula, že může dojít až k zástavě, pokud se nic nedělá.*“

Sestra OD 1 – odpovídá: „*Jak jsem říkala ten hypovolemický šok a asi celkové selhání životních funkcí a vykrvácení, pokud se krvácení a jeho příčina nezastaví.*“

Sestra OD 2 – odpovídá: „*Dochází ke ztrátě tekutin a rozvoji hypovolemického a hemoragického šoku, v nejhorším případě i k zástavě až smrti pacienta.*“

Sestra OD 3 – odpovídá: „*Je to rozvoj hemoragického šoku a následně multiorgánové selhání.*“

V této části se většina respondentek shodla, že jde o velice závažný stav, kdy pacientovi hrozí rozvoj šoku, multiorgánové selhání a následně smrt. Z toho plyne, že si sestry uvědomují závažnost této pooperační komplikace a mají znalosti, které se vztahují ke krvácení v pooperačním období. Všechny dotazované vědí na co se zaměřit v pooperačním období a dokáží vyjmenovat příznaky i možné komplikace vztahující se k masivnímu krvácení v pooperačním období. Chtěla bych zde podotknout, že jediná sestra JIP 3 uvádí jako, možnou komplikaci infarkt myokardu. Domnívám se, že respondentka myslela i na to, že pokud by došlo k velké ztrátě krve, okysličení srdce by nebylo dostatečné, hlavně u pacientů se zúžením věnčitých tepen, a následkem toho by mohlo dojít až k infarktu myokardu.

6.1.4 Otázky týkající se pocitů sester

Tato část otázek se vztahuje k tomu, co tato situace u sester vyvolává, zda na sobě pozorují známky stresu, pokud jim pacient po operaci krvácí. Jak se dokáží se stresujícími situacemi vyrovnat a jak je efektivně zvládají.

První otázka: 10. Je pro Vás situace při masivním krácení po operaci nějak výjimečná a proč?

Sestra JIP 1 – uvádí, že je to výjimečná situace, která se často nevyskytuje. Popisuje své konání: „*Člověk musí reagovat okamžitě, hodně rychle. A tato situace naruší běžnou práci na oddělení.*“

Sestra JIP 2 – také připouští, že jde o výjimečnou situaci, kdy se musí rychle rozhodovat, co je v daný moment důležité a úplně klidná není: „*Naruší to práci okolo těch ostatních pacientů. Musíš se věnovat tomu pacientovi, který krvácí. I ta druhá sestra ti musí jít pomoci, obě běháme, kolem jednoho člověka. Co ti ostatní pacienti?*“ Pokrčí rameny a zamyslí se. „*V takové situaci nemáš čas na ostatní pacienty.*“

Sestra JIP 3 – si myslí, že jde o výjimečné situace. Uvádí, že ji tento stav nenechává klidnou: „*Snažím se reagovat rychle a efektivně. Věnuji se tomu pacientovi a plním to, co lékař ordinuje.*“

Sestra OD 1 – se s takovou situací nesetkala, má obavy a strach, ale myslí si: „*Určitě by to pro mě bylo stresující a výjimečné. Nevím, jestli bych se uměla správně zachovat. Myslím ohledně té organizace práce.*“

Sestra OD 2 – uvádí, že jde o výjimečnou situaci, ale při své dlouholeté praxi si dokáže poradit a zavčas reagovat na potřeby nemocných. Z rozhovoru vyplynulo, že má svou práci ráda: „*To mě na práci na chirurgii baví, že se něco děje. Tyto zajímavé a také akční situace jsou i pro mě přínosem, neboť se na nich mnohdy naučím něčemu novému.*“

Sestra OD 3 – jednoznačně poukazuje na to, že pacient s masivním krvácením nepatří na standardní oddělení a dodává: „*Je to více stresující situace. Sestra nemá vzdělání v intenzivní péči. Často bývá na odpoledních a nočních směnách sama a nemá možnost stálé monitorace pacienta.*“

Došla jsem tedy k závěru, že jde o výjimečnou situaci. Respondentky zmiňují, že tato situace naruší ostatní práci na ošetrovací jednotce, protože se převážně věnují krvácejícímu pacientovi a plnit ordinace lékaře. Dvě sestry OD uvádějí, že je to pro ně stresující situace. Důvod vidí v tom, že jsou často na odpoledních a nočních směnách samy a nemají možnost kontinuální monitorace pacienta. Jedna sestra OD odpověděla, že i tato akční a někdy i adrenalinová situace k povolání sestry patří. Z rozhovoru je patrné, že se sestra o tyto stavy zajímá a díky svým dlouholetým zkušenostem z praxe si umí poradit. Pro sestry je důležité rychle reagovat, nezmatkovat dobře si zorganizovat práci a uvědomit si, co je v danou chvíli prioritou číslo jedna.

Druhá otázka: 11. Pozorujete na sobě známky stresu nebo emocí v této situaci, a pokud ano, jaké? Jak se stresu zbavujete? Co u Vás dokáže zmírnit stres?

Sestra JIP 1 – hodnotí tuto otázku: „*Jako jsi ve větším stresu, snažíš se cíleně jednat, udělat to a ono a hlavně nezmatkovat. Nedělat víc rozruchu, než je na tom oddělení v danou chvíli. Člověk se potí, určitě má strach a chce, aby to dobře dopadlo. Já sama se do takových hodně stresových situací nechci dostat, ale když to přijde, snažím se vnitřně uklidnit.*“ Na dotaz, co u ní zmírní stres, se vyjádřila, že dobrá spolupráce týmu, kdy každý ví, co má dělat. „*Zbavit se stresu v daný moment moc dobře nejde. Pak je dobré si o tom povykládat s ostatními kolegyněmi a hlavně nechat to v práci, netahat si to domů.*“

Sestra JIP 2 – uvádí některé momenty: „*Že bych byla hned ve stresu to asi ne, ale potom se ten nápor nějak vyplaví.*“ Dotazem na to, jak se nápor vyplaví, sestra říká: „*To začneš automaticky pracovat, a jakmile se ten stav zvládne, pak si to zpětně přehráváš, jestli jsi postupovala správně, co se všechno mohlo udělat, jestli jsem mohla být v něčem lepší a jestli jsem neměla postupovat jinak. V tom nám asi všem pomůže, když si tu danou situaci mezi sebou rozebereme.*“ A dodala, co u ní zmírní stres: „*Asi, když je po ruce lékař a další sestra. No, a mám čím hradit ty krevní ztráty.*“

Sestra JIP 3 – na tuto část otázek odpověděla: „*Jo, já se přiznám, že mě to vyburcovává k rychlému jednání. Asi někdy hodně běhám a na některé mé kolegyně to nepůsobí nejlíp. Zmírnit stres mi pomůže moje kolegyně.*“ (usmívá se). Na dotaz, jak u ní může kolegyně zmírnit stres, dodala: „*Nenechá mě v té situaci samotnou. Pomůže mi a můžu se na ni spolehnout, snaží se mě v té situaci uklidnit.*“

Sestra OD 1 – přesto, že nemá zkušenost s masivním krvácením, uvedla: „*Já jsem ve stresu vždycky, když se něco děje. Musím, ale dělat a nějak to zvládnout. A až potom to na mě dolehne. Zmírnit ten stres dokáže asi to, když to dobře dopadne a můžu si říct, že jsem to zvládla. Doma mám celkem dobré zázemí a dokážu se většinou toho stresu zbavit sama. On tak postupně odejde.*“

Sestra OD 2 – míní, že vzhledem k její dlouholeté praxi, ji tyto situace již nestresují. Zdůvodňuje, proč jsou mladší kolegyně ve stresu. Vyjádřila se takto: „*Za ty roky praxe již známky stresu na sobě nepozoruji, dokáži se ho zbavit celkem snadno a vím, že to k mému povolání patří. Jsem zvyklá pracovat samostatně a umět se rozhodovat. Myslím si, že moje mladší kolegyně nestresuje ta práce kolem lidí, ale spíše strach, protože nejsou zvyklé pracovat samy a umět se rozhodovat.*“

Sestra OD 3 – sestra odpověděla jednoznačně: „*Samozřejmě, že pozoruji. Jsou to emocionálně vypjaté situace. Zbavit se stresu mi asi pomůže následné rozebrání té situace.*“

Takové to vymluvení se navzájem. Zmírnit stres u mě dokáže přístup ošetřujícího lékaře, jeho rozhodnost, odbornost, profesionalita a hlavně slušné jednání vůči nám sestram.“

Otázky týkající se stresu bych zhodnotila následujícím způsobem. Z šesti dotazovaných respondentek v pěti případech sestry stres připouštějí, pouze jedna udává, že za ty roky na sobě stres nepozoruje. Respondentka zastává názor, že tyto situace k povolání všeobecné sestry pracující na chirurgii patří. Tři z šesti dotazovaných uváděly, že jim pomůže si situaci následně rozebrat a tzv. „*vypovídat se*“. Co se týče mírnění stresu, většina sester uvedla dobrou spolupráci, vzájemnou pomoc a podporu od ostatních členů týmu. Zde bych nejmírně ocenila to, že sestry na chirurgii mají takový kolektiv, kdy si navzájem pomohou a mohou se na své kolegyně spolehnout. Zbavit se stresu většina sester dokáže sama. Musím velice pozitivně hodnotit, jak se sestry dokáží stresu zbavit a také to, že vědí, co jim pomáhá stres zmírnit. Sestra JIP 3 uvedla, že zbavit se stresu jí pomůže, když ji její kolegyně uklidní. Také sestra OD 3 uvedla zajímavou odpověď, že stres dokáže u nás sester zmírnit i přístup lékaře k nám samotným. Já osobně si myslím, že chování lékaře v takové situaci dokáže hodně ovlivnit nejen naše pocity, ale i práci kolem pacientů a celkovou atmosféru. Možnou pomoc od specialistů neuváděla žádná sestra.

Třetí otázka: 12. Máte pocit, že situace s masivním krvácením Vás vyčerpává a čím?

Sestra JIP 1 – odpověděla takto: „*Je to zátěž především na psychiku, když vím, že jde člověku o život. Fyzicky jde spíše o tu rychlost, jednat pohotově, dávají se třeba přetlakem transfuze (zamyslí se a dodá) a v mém věku je to i po té stránce fyzické náročnější, než pro ty mladší kolegyně.*“ Sestra připouští, že s přibývajícím věkem je tato situace náročná i po fyzické stránce.

Sestra JIP 2 – odpovídá, že: „*Je to strach o toho pacienta, ten lidský život. Po té psychické stránce tě to nenechá úplně klidnou. Fyzicky mě to asi nějak nevyčerpává. Kdyby to bylo nějak často, tak nevím (pokrčí rameny). Možná bych tu zátěž snášela hůř.*“

Sestra JIP 3 – necítí, že by jí tato situace natolik ovlivnila, aby nemohla pracovat, ale dodává: „*Asi by mě to vyčerpalo, kdybych nemohla tomu pacientovi pomoci. Hodně mě uklidňuje, když má pacient zajištěnou kvalitní periferní kanylu, to mě opravdu uklidní. Dřív po škole, když jsem nastoupila do práce, přenášela jsem všechno domů, ale teď kolikrát zavřu dveře a prostě jdu domů.*“

Sestra OD 1 – udává pouze, co si myslí, nemá zkušenosti s masivním krvácením po operaci: „*Já si myslím, že to asi spíš odnáší ta psychika. Neměla jsem tu nikoho, kdo by nějak*

masivně krvácel.“ (zkříží ruce a povzdechne si) „*Ještě, že tak našťestí!*“ Na sestře bylo evidentně vidět, že má z této situace obavy.

Sestra OD 2 – připouští možnost, že pokud by situace s krvácením trvala příliš dlouhou dobu nebo by se často opakovala, tak by ji vyčerpala, jak psychicky, tak fyzicky.

Sestra OD 3 – tato ojedinělá situace sestru vyčerpává, udává: „*Hlavně to vědomí, že je pacient ohrožen na životě, také stres a velká zodpovědnost neudělat chybu. Také to množství ordinací, podávání léků, krevních převodů, odběrů a podobně.*“

Sestry připouští možnost vyčerpání, pokud by byly této situaci vystaveny příliš dlouho. Pět z šesti dotazovaných zmiňovalo na prvním místě spíše psychické vypětí. Čtyři sestry zmínily strach o život pacienta. Mohu pouze shrnout, že všechny sestry bez rozdílu jednotlivých oddělení, tato situace vyčerpává, a to hlavně po psychické stránce. Překvapilo mne, že sestry fyzickou stránku nezmínily s výjimkou jedné respondentky. Fyzické vyčerpání udávala starší sestra, která jak již zmiňovala, je v důchodovém věku a má zdravotní problémy. Domnívám se, že tato situace je náročná nejen po psychické stránce, jak uváděly dotazované respondentky, ale také po fyzické stránce.

6.1.5 Otázky zaměřené na názory sester

Co by sestry uvítaly ke zmírnění stresu při vypjatých situacích. Jak by se jim dalo pomoci při výskytu komplikace s masivním krvácením u nich na oddělení.

První otázka: 13. *Co byste uvítala v případě, že se s touto komplikací setkáte na Vašem oddělení?*

Sestra JIP 1 – uvádí, že na JIP pracují dvě sestry, což je oproti oddělení výhodou: „*Asi bych uvítala tu dobrou vzájemnou spolupráci a to nejen mezi námi sestrami, ale i se sloužícím lékařem. Nikdo z nás neví, jak to v tu chvíli dopadne.*“

Sestra JIP 2 – zmiňuje hlavně rychlost podání krevního převodu, které mnohdy ona nemůže ovlivnit, uvádí situace: „*Tak to, aby nebyly tak velké časové prodlevy při podání krve. Než se to kolikrát na transfúze nachystá a nakříží, než ti to donáška donese a než se to dá kapat tak to někdy trvá. Ty jsi ve stresu, protože doktor chce tu krev podat ihned.*“

Sestra JIP 3 – uvádí permanentní přítomnost lékaře na JIP. Považuje přítomnost lékaře za jakousi jistotu.

Sestra OD 1 – odpověděla, že by jí pomohla přítomnost dvou sester i na noční službě v případě velkého počtu pacientů po operaci: *„Mohla bych se tak s někým poradit. To by mi určitě pomohlo.“* Dále zmiňuje: *„Asi bych uvítala, kdyby rizikový pacient byl hned po výkonu odvezen na jipku.“*

Sestra OD 2 – má zkušenosti a z praxe ji napadlo: *„Jsme tu na noční samy a máme někdy i závažné stavy, takže dobíhat k telefonu je celkem zatěžující. Určitě bych uvítala přenosný telefon na oddělení.“*

Sestra OD 3 – se také nad touto otázkou zamyslela a dodala: *„Uvítala bych asi možnost monitorace pacienta. Pořízení alespoň jednoho přenosného monitoru pro standardní oddělení, pro tyto závažné stavy. A hlavně možnost přivolání další sestry, když jsem na oddělení sama a něco podobného se vyskytne.“*

Je zajímavé vidět a slyšet, jaké často i maličkosti – jako je například přenosný telefon či monitor by sestřám pomohly zmírnit stres v často náročných situacích. Sestřám OD by pomohly praktické věci jako přenosný telefon na oddělení nebo možnost kontinuálního měření FF přes monitor. Sestra JIP 2 uvedla lepší a rychlejší spolupráci s transfuzním oddělením. Sestry také zmiňovaly personální zajištění jak lékařem, tak další sestrou v případě většího počtu pacientů po operaci. A chtěla bych také zdůraznit, jak je nesmírně důležité klidné a profesionální jednání sloužícího lékaře. Z toho plyne, že vzájemná spolupráce celého týmu určitě ovlivňuje i stres, který tato situace vyvolává.

Druhá otázka: 14. Co si myslíte, že by Vám pomohlo, aby míra fyzické a psychické zátěže nebyla tak velká?

Sestra JIP 1 – odpovídá: *„Tak, aby byl člověk dobře odpočatý a měl čas na sebe a na to, co dělá rád. No, a pokud je služba špatná tak, aby tu byla kolegyně, se kterou se dobře spolupracuje a zbytečně nezmatkuje.“*

Sestra JIP 2 – uvádí: *„Mně osobně pomůže, když je to doma všechno v pohodě a mám čas na děti. Takže mít volno a možnost nějak relaxovat a odpočinout si.“*

Sestra JIP 3 – řekla: *„Asi by mě pomohla pochvala a uznání od nadřízených, které se mi opravdu moc nedostává. Stačilo by třeba, jen slovní ohodnocení, nemuselo by to být finanční ohodnocení, třeba to slovo povzbuzení jo, že jsme tu těžkou situaci zvládly (zamyslí se). Jenže od nás se očekává, že to zvládnout musíme. Nikdo si neuvědomuje, že jsme také*

lidé, kteří mají city a také dělají chyby. Každý vidí radši jen ty chyby. Také se snáze kritizuje, než chválí.“

Sestra OD 1 – odpověděla, že si nepřipadá fyzicky vyčerpaná, i když sestry na chirurgii, jak uvedla, mají dost pohybu: *„Spíš ta psychika. Abychom si tu danou situaci nějak rozebraly a někdo nás povzbudil, že jsme udělaly všechno, co jsme mohly.“*

Sestra OD 2 – uvádí: *„Mně osobně pomůže volno, kdy si odpočinku a mám čas na své koníčky, pak můžu i v práci fungovat a nějaká stresová situace mně nějak závažně nerozhodí. Pro mé mladší kolegyně by bylo určitě přínosné, kdyby se mohly poradit s někým, takže konzultace od zkušenější sestry nebo nějaký seminář k daným operačním výkonům, které se na chirurgii nejčastěji operují, stručný postup jak a na co se sestra zaměřuje, při péči o pacienta po určitém operačním výkonu.“*

Sestra OD 3 – odpovídá: *„Určitě přítomnost alespoň dvou sester na směně, možnost toho kvalitního monitoringu i na oddělení při takové situaci. Mít i více osobního volna na odpočinek a relaxaci.“*

Většina sester uvádí možnost relaxace, více osobního volna, mít čas na svoje koníčky a pobyt s rodinou. Sestra JIP 3 uvedla, že by jí pomohla pochvala a uznání od vedoucích pracovníků. Pociťuje, že je spíše kritizována, nežli chválena. Myslím si, že mladší kolegyně potřebuje občas i povzbuzení a také ocenění od vedoucích pracovníků, kterého se jí nedostává. Určitě by jí to povzbudilo sebevědomí, cítila by se prospěšná a užitečná. Sestra OD 2 uvedla pořádání semináře pro mladší kolegyně. Je zajímavé sledovat, jak sestry s delší profesní praxí myslí i na mladší kolegyně a na to, jak by jim zlehčily a usnadnily některé náročné situace, aby na ně byly připraveny.

Třetí otázka: 15. Domníváte se, že Vaše jednání je pohotové při výskytu této komplikace? Jak by se dalo zlepšit?

Sestra JIP 1 – *„Za ty roky už vím, co asi bude následovat a co mám dělat. Myslím si, že moje jednání je uspokojivé. V dnešní době je daleko víc možností a technik při záchraně toho pacienta, který krvácí a jde mu o život. Samozřejmě, že by se vždy dalo něco zlepšit, ale jak? Nad tím už nějak nepřemýšlím.“*

Sestra JIP 2 – *„Myslím si, že pohotová jsem dost, že ty zkušenosti, které mám, jsou nenahraditelné, spíše ta bezmocnost mi mnohdy vadí. Nevím však, jak by se to dalo zlepšit.“*

Sestra JIP 3 – „*Já se snažím vždycky reagovat pohotově. Ale to by asi měl zhodnotit někdo jiný z mých kolegů nebo třeba lékař, se kterým spolupracuji. Já si myslím, že vždycky se dá něco zlepšit.*“

Sestra OD 1 – „*Já si myslím, že je vždycky co zlepšovat (směje se). Pohotová to zas tak asi nejsem. Spíše nemám tolik zkušeností. A hraje tam roli ten strach z těch doktorů.*“ Na to, proč se bojí lékařů, odpověděla: „*Já se bojím, jim někdy volat, jsem takový posera, mám prostě blbý pocit. Asi ten respekt z doktorů. Nakonec zavolám, to jo, ale vždycky mě to vydeptá. Chtěla bych se naučit tolik se nebát.*“

Sestra OD 2 – „*Vždycky se dá něco zlepšit, ale já jsem se sebou spokojená. Zkušenosti s výskytem komplikací mně mnohdy hodně poučí.*“

Sestra OD 3 – „*To nedokážu dost dobře posoudit. Ale vždy se snažím postupovat rozhodně a rychle. Jak by se dalo zlepšit moje jednání? Je dobré na sobě pracovat a umět navrhnout, že by se dalo ještě něco zlepšit. Například více zkušeností s touto komplikací. Tak tím bych uvítala například stáže pro sestry ze standardu na JIP nebo ARO, kde se zabývají intenzivní péčí.*“

Všechny dotazované respondentky potvrdily, že vždy je na svém jednání co vylepšovat. Sestra OD 3 uvedla, že by uvítala i více zkušeností. Proto by navrhovala sestram stáže na JIP či ARO. Z toho plyne, že sestry chtějí na sobě pracovat a také vítají možnost jak zlepšovat svoje chování a jednání.

6.2 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty při komplikaci masivního krvácení v pooperačním období na standardním chirurgickém oddělení a na chirurgickém oddělení JIP Vsetínské nemocnice a.s. Všechny sestry na chirurgii jsou zvyklé pečovat o pacienty po operačním výkonu a na situaci s komplikací masivního krvácení jsou připraveny. Vědí, že taková situace může kdykoliv po operačním výkonu nastat. Vyhodnotila jsem tedy jednotlivá data, získaná z rozhovorů od vybraných respondentek.

Jako první cíl své bakalářské práce jsem si stanovila zjistit, zda respondentky znají specifika ošetrovatelské péče u pacienta s masivním pooperačním krvácením. Z průzkumných rozhovorů vyplynulo, že sestry dokáží vhodně reagovat na individuální potřeby pacienta a snaží se pohotově, rychle a efektivně zvládnout danou situaci. Většina z nich uvedla na

prvním místě informovat lékaře a převážně se věnovat potřebám pacienta. Došla jsem k závěru, že sestry mají znalosti vztahující se k ošetřování nemocných s touto komplikací. Na základě rozhovorů jsem zhodnotila, že tato komplikace patří mezi ojedinělé, výjimečné a neseťkáváme se s ní často. Jde o stresovou situaci, kdy se snažíme o záchranu lidského života. První hypotéza, zda dokážou dotazované sestry vhodně reagovat na potřeby pacienta vzniklé z důvodu masivního krvácení, potvrdila. Ano, sestry, které se s touto situací setkaly, reagují pohotově a rychle. Je zajímavé, že sestra, která zkušenost s touto komplikací nemá, přesto dokázala odpovědět na všechny otázky. Podle mého názoru i ze zkušenosti ostatních kolegyně si tato mladá kolegyně odnesla mnoho poznatků. Stav, který u pacienta může nastat v souvislosti s krvácením, nenechává sestry bez emocí.

Druhým cílem bylo zjistit znalosti a zkušenosti všeobecných sester, týkající se komplikace masivního krvácení. Dotazované respondentky se většinou shodly, alespoň na třech hlavních příznacích krvácení, kterými jsou hypotenze, tachykardie a krvácení v operační ráně. Udávaly však i další příznaky jako bledost, opocenost, kolapsový stav a porucha vědomí. Dotazované respondentky zmínily celkem sedm příznaků. Jen jedna sestra pracující na JIP uvedla infarkt myokardu jako možnou komplikaci krvácení. Druhá hypotéza, že sestry na JIP jsou více zkušené, neboť se komplikace s krvácením na JIP vyskytuje častěji, se tedy nepotvrdila. Některé sestry standardního oddělení, zejména ty, které mají delší profesní praxi, uváděly častou zkušenost s pooperační komplikací masivního krvácení. Vyšší četnost výskytu této komplikace potvrdily převážně sestry JIP, sestry OD uvedly, že komplikovaný pacient s krvácením se překládá na JIP či ARO.

Třetím cílem bylo zjistit, na které ošetřovací jednotce je míra psychické a fyzické zátěže při komplikaci masivního krvácení u pacienta větší. Jestli u sester OD nebo sester JIP. Z průzkumu jasně vyplynulo, že je tato situace vyčerpává psychicky, a to bez rozdílu, jestli se jednalo o sestry OD nebo sestry JIP. Sestry JIP připustily, že je pro ně práce ve dvou sestrách na směně snadnější. Došla jsem k závěru, že pokud tato stresující situace trvala delší dobu, vyčerpává sestry i po fyzické stránce. Na standardním oddělení mají více pacientů po operaci a situace s masivním krvácením je zatěžuje z důvodů pocitu bezmoci při péči o ostatní nemocné. Třetí hypotéza, že pro sestry OD je míra psychické zátěže větší než u sester na JIP se taktéž nepotvrdila. Jeden ze stresových faktorů, který zmínily respondentky, je přítomnost pouze jedné sestry na oddělení v odpoledních a nočních hodinách nebo nemožnost kontinuálního měření fyziologických funkcí. Z toho vyplývá, že zakoupení přenosného telefonu na oddělení či přenosného monitoru, který by byl využit, i na ostat-

ních standardních jednotkách chirurgie, by sestřám pomohlo v péči o nemocné. Myslím, že tyto praktické věci by usnadnily nejen práci sester, ale ulehčily by i jiné závažné situace. Měli bychom se zamyslet, jestli v případě, kdy se provádí více operačních výkonů, by nebylo na škodu například posílení služby. Domnívám se, že i sebemenší povzbuzení od nadřízených a uznání, že v takto vypjaté situaci jsme jednaly co nejlépe, dokáže ovlivnit pocity a psychiku i nás sester.

Čtvrtým cílem bylo zjistit nejtěžší aspekty péče o pacienty s komplikací masivního krvácení v pooperačním období. Nejtěžším aspektem v péči o pacienta je pro sestry prvotní moment zjištění masivního krvácení, kdy je sestra nucena se rozhodnout k prvnímu kroku při záchraně pacienta, kterému jde o život. Snaží se správně postupovat a reagovat na vzniklou situaci. Nejtěžším momentem pro sestry je určitě pocit, že krvácející pacient může i zemřít. Tato situace vede mnohdy k jejímu psychickému vypětí. Poslední, čtvrtá hypotéza se potvrdila, všechny respondentky uváděly, že nejtěžším aspektem je psychické vypětí. Pro ostatní kolegyně jsem připravila prezentaci týkající se masivního krvácení, jako výstup své bakalářské práce. Chtěla bych tak zdůraznit nutnost pečovat samy o sebe jak po psychické, tak fyzické stránce.

Na závěr chci ještě podotknout, že krvácením se také zabývaly i jiné bakalářské práce. Například, je zmíněno v ortopedické oblasti při využití rekuperačního systému a jeho výhod. (Koláčková, 2012, s. 16 – 18) Rovněž je krvácení zmiňováno v oblasti porodnictví, kde se soustřeďuje na ŽOK v peripartálním období u rodiček. (Keková, 2012, s. 17 – 18)

Já jsem se zaměřila na krvácení, které se vyskytuje na chirurgickém oddělení po operačním výkonu. Soustředila jsem se na sestry, které se mohou, nebo se již s touto komplikací setkaly. Zajímala jsem se o jejich pocity, jak na ně situace s krvácením působila a zda jsou na takové situace připravené. Zjišťovala jsem, co by jim pomohlo ke zmírnění stresu v péči o pacienta s masivním krvácením. Získaná data jsem popsala výše.

ZÁVĚR

Masivní krvácení v pooperačním období je velice závažný stav. Z provedeného průzkumu vyplývá, že k masivnímu krvácení po operaci dochází velmi ojediněle, jsou to pouze výjimečné případy, které se bohužel mohou vyskytnout. Pro další vývoj zdravotního stavu nemocného hraje významnou roli zkušenost a odbornost zdravotnického personálu. Při psaní bakalářské práce jsem se dozvěděla hodně zajímavých poznatků z literatury, které jsem využila v teoretické části. Teoretická část je tedy rozdělena na čtyři oblasti. V první rozdělují krvácení a dále se zmiňují o život ohrožujícím krvácení a šokových stavech, které velice úzce s touto pooperační komplikací souvisejí. Také jsem rozepsala stavy s poruchou srážení krve, jako je koagulopatie a DIC. Druhá část zahrnuje předoperační přípravu jako autotransfuze, hemodiluce, rekuperace a také předoperační přípravu u pacientů, kteří užívají léky ovlivňující krvácení a srážení krve. V třetí části se věnuji pooperační ošetrovatelské péči, ke které patří monitorace fyziologických funkcí, kontrola operační rány, drénů a laboratorní vyšetření. Zmiňuji zde některé možné pooperační komplikace a soustřeďuji se na ty, které souvisejí s krvácením. Závěrem teoretické části bakalářské práce uvádím léčebné metody při krvácení, kterými jsou operační výkon, podávání transfuzí a infuzních roztoků k udržení krevního oběhu.

V praktické části bakalářské práce jsem prováděla průzkumné šetření se sestrami, které se s komplikací masivního krvácení po operaci mohou setkat nejčastěji, a to jsou sestry chirurgického oddělení. Formou rozhovoru jsem zjišťovala, zda se dokáží vypořádat s touto těžkou a náročnou situací, zda umí pohotově jednat a co v nich tato stresující situace vyvolává. Z provedeného průzkumu je patrné, že práce sester na chirurgickém oddělení je velice vyčerpávající, jak po stránce fyzické, tak psychické. Sestry řeší nejrůznější krizové situace a jsou na ně kladeny vysoké nároky, kdy musí pracovat rychle, efektivně a umět se včas rozhodnout. Masivní krvácení v pooperačním období, patří mezi komplikace, které mohou způsobit i smrt pacienta, a jsou to sestry, kdo tuto situaci odhalí jako první. Právě proto, jsem se zabývala jejich pocity.

Pacienti při krvácení v pooperačním období jsou v přímém ohrožení života, proto je velmi důležité, aby měli co nejrychleji zajištěnu intenzivní péči. Současná medicína je velice vyspělá a technika ji posouvá neustále kupředu. Proto i v menších nemocnicích jsou lůžka intenzivní péče a pacienti s masivním krvácením po operaci by měli být umístováni právě zde. Může jim být tedy zajišťována stálá monitorace fyziologických funkcí a vysoce spe-

cializovaná péče. Dochází však i k situacím, kdy je pacient po operaci umístěn na standardní oddělení a pak následně u něj dojde k masivnímu krvácení. Sestry pak tato situace značně psychicky vyčerpává a některé se s touto situací těžce vyrovnávají. Je tedy nesmírně důležité, aby u nich nedocházelo k syndromu vyhoření.

Výstupem mé bakalářské práce je prezentace na téma komplikace s masivním krvácením v pooperačním období. Prezentaci mám připravenou pro sestry z chirurgie. Budu ji realizovat koncem měsíce června, až po obhajobě bakalářské práce, z důvodů uveřejnění některých průzkumných poznatků. Dle domluvy s vrchní sestrou chirurgie paní Mgr. Pavlínou Lefkovou ve Vsetínské nemocnici a.s., přednesu prezentaci v rámci provozní schůze. Zmiňuji v ní nejdůležitější body v péči o pacienty s masivním krvácením a také některé výsledky z mého průzkumného šetření. Závěrem nabízím sestrám rady a možnosti, jak předcházet syndromu vyhoření. Prezentaci dokládám v příloze P VIII a na CD.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] ADAMS, Beth Lothrop a Catherine E. HAROLD 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. české vyd., Praha: Grada. ISBN 80-7169-893-8.
- [2] ADAMUS, Milan et al., 2012. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2. upr. a dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-244-2996-0.
- [3] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-416-X.
- [4] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-439-9.
- [5] DYLEVSKÝ, Ivan, 2000. *Somatologie: učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. Praha: Epava. ISBN 80-86297-05-5.
- [6] FERKO, Alexander et al., 2002. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0230-4.
- [7] JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-543-3.
- [8] KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [9] KASAL, Eduard et al., 2004. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-246-0556-2.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0784-5.
- [11] LARSEN, Reinhard et al., 2004. *Anestezie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0476-5.
- [12] MAČÁK, Jirka, Jana, MAČÁKOVÁ a Jana, DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. 2., dopl. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.
- [13] MÁLEK, Jiří et al., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.

- [14] NAVRÁTIL, Leoš et al., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [15]] PERLÍK, František, 2005. *Základy farmakologie*. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-7262-374-5.
- [16] PENKA, Miroslav et al., 2003. *Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC)*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0341-6.
- [17] ROZTOČIL, Aleš et al., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
- [18] ŘEHÁČEK, Vít et al., 2013. *Transfuzní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4534-3.
- [19] SKALICKÁ, Hana et al., 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1079-2.
- [20] SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.
- [21] SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy: pediatrie, chirurgie. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978- 80-247-3602-0.
- [22] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1777-8.
- [23] VALENTA, Jiří et al., 2003. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-246-0644-5.
- [24] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- [25] VOKURKA, Samuel et al., 2005. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-299-4.
- [26] ZEMAN, Miroslav et al., 2002. *Chirurgická propedeutika. 2. přep.vyd.* Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.
- [27] ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk et al., 2011. *Chirurgická propedeutika. 3. přeprac. a doplň. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978- 80-247-3770-6.

[28] ZEMANOVÁ, Jitka, 2005. *Základy anesteziologie*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-374-0.

[29] ŽIAKOVÁ, Katarína a kol., 2009. *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*. Vyd. 2. Martin: Osveta. ISBN 978- 80-8063-304-2.

Sborník:

[30] BINDER, Tomáš, 2007. Diagnostika a léčba akutního peripartálního život ohrožujícího krvácení. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, roč. 72, č. 3, s. 192-200. ISSN 1210-7832.

[31] BINDER, Tomáš. 2009. Akutní peripartální život ohrožující krvácení (ŽOK). *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: LEVRET s. r. o., roč. 18, č. 4, s. 627-643. ISSN 1211-1058.

[32] SEIDLOVÁ, Dagmar et al., 2010. Rekombinantní aktivovaný faktor VII (rFVIIa) v léčbě závažného poporodního krvácení; Data z registru UniSeven v České republice. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, roč. 75, č. 4, s. 297-305. ISSN 1210-7832.

[33] SÝKOROVÁ, Věra, 2010. Nejlepším monitorem na chirurgické JIP je sestra. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: roč. 6, č. 2. ISSN 1801-1349.

Elektronické a jiné zdroje:

[34] Blood History, © 2013. *Blood Centers of the Pacific* [online]. [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: <http://www.bloodcenters.org/blood-donation/blood-history/>

[35] JÍZDNÁ, Markéta a Radka JENYŠOVÁ, 2007. Naše zkušenosti s pooperačním retransfuzním systémem. *Sestra* [online]. 10. 1. 2007, č. 1 [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nase-zkusenosti-s-poperacnim-retransfuznim-systemem-285314>

[36] KOLÁČKOVÁ, Martina, 2012. *Výhody rekuperačního systému při náhradách krevních ztrát v pooperační péči* [online]. Olomouc [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: http://theses.cz/id/jvdhzo/kolackova-martina-vhody_rekuperacniho_systemu_pri_nahradac.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Hana Reichelová.

[37] KEKOVÁ, Tamara, 2012. *Krvácení v peripartálním období* [online]. Olomouc [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: http://theses.cz/id/b05wir/Kekova_Tamara_Krvaceni_

v_peripartalnim_obdobi.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence. Vedoucí práce Martin Procházka.

[38] SEIDLOVÁ, Dagmar, 2010. *Rekombinantní...* [online]. Brno [cit. 2013-03-07]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/156033/lf_d/7._Novoseven_Seidlova.pdf. Disertační práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Klinika anesteziologie a resuscitace.

[39] Kontakty. ©2011. *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. Fakultní nemocnice Brno [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/kontakty/t1002/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aPPT	Aktivovaný tromboplastinový čas
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
ASA	American Society of Anesthesiologists
atd.	A tak dále
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
DDAVP	Desmopresin
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulace
EKG	Elektrokardiograf
Hb	Hemoglobin
Htc	Hematokrit
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
ICHS	Ischemická choroba srdeční
INR	International Normalization Ratio
JIP	Jednotka intenzivní péče
KO	Krevní obraz
LMWH	Nízkomolekulární heparin
NGS	Nozogastrická sonda
P	Puls
PMK	Permanentní močový katetr
OD	Standardní oddělení chirurgie
rFVIIa	Rekombinantní aktivovaný faktor VII
RTG	Rentgen
SaO ₂	Saturace
TEP	Totální endoprotéza
TK	Tlak krve

TT	Tělesná teplota
TU	Transfuzní jednotka
TUR	Transuretrální resekce prostaty
tzv.	Tak zvaný
UPV	Umělá plicní ventilace
ŽOK	Život ohrožující krvácení

SEZNAM GRAFŮ A SEZNAM TABULEK

Graf č. 1 – *Délka praxe jednotlivých respondentů*

Tabulka č. 1 – *Nejvyšší dosažené vzdělání jednotlivých respondentů.*

Tabulka č. 2 – *Hlavní příznaky krvácení.*

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. I – ROZHOVOR Č. 1

PŘÍLOHA Č. II – ROZHOVOR Č. 2

PŘÍLOHA Č. III – ROZHOVOR Č. 3

PŘÍLOHA Č. IV – ROZHOVOR Č. 4

PŘÍLOHA Č. V – ROZHOVOR Č. 5

PŘÍLOHA Č. VI – ROZHOVOR Č. 6

PŘÍLOHA Č. VII – PREZENTACE PRO SESTRY CHIRURGIE

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR Č. 1

Sestra JIP 1 Vykám, délka 10 minut a 30 vteřin CHIRURGIE

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? „*Bude to skoro čtyřicet let bez jednoho roku.*“

2. Pracujete na chirurgické JIP nebo standardním oddělení chirurgie? „*Nyní pracuji na JIP, ale po škole jsem začínala na standardu tady na chiře, to už je hodně dávno.*“

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a Vaše motivace dál se vzdělávat? „*Je to střední vzdělání s maturitou (odmlčí se) a motivace se vzdělávat? Dřív jsem jezdila na různé semináře, ale výšku jsme tehdy nepotřebovaly jako teď, kdy je to moderní, aby sestra u lůžka měla titul a výšku (pokrčí rameny.) I teď si musí člověk pořád něco pročitat a sledovat novinky. Mně, před duchodem to stačí.*“

4. Setkala jste se někdy ve své profesní praxi s pooperační komplikací masivního krvácení, a pokud ano, jak často? „*Ano setkala, ale bezprostředně po operaci to byly výjimečné situace, ale hodně náročné, hlavně dřív, když jsme na JIP sloužily po jedné a odpoledne po operaci někdo krvácel, tak jsme byly odkázány samy na sebe a musela jsem si kolikrát poradit, jak to šlo sama.*“

5. Jaká byla vaše reakce při výskytu této komplikace na oddělení, spolupráce sester, rozdělení úkolů? „*První jsem volala lékaře a někoho z oddělení, kdo by mi pomohl. Teď, když jsme na jipce dvě sestry, tak jedna volá a shání lékaře. Druhá sestra se věnuje pacientovi. Je dobré nepanikařit. Působit na pacienta klidným dojmem (zamyslí se). Spolupráce sester je nesmírně důležitá. Nevím, co bych k tomu víc řekla.*“

6. Je vždy při této komplikaci dosažitelný lékař, co když ano a když ne? „*Teď to není už takový problém, většinou je dosažitelný, a pokud je právě na sále tak voláme toho, který slouží na ambulanci. Služby jsou daleko víc zajištěné, dřív sehnat lékaře trvalo déle.*“

7. Dokážete vyjmenovat hlavní příznaky masivního krvácení? „*Tak je to tachykardie, bledost z anémie a kolapsový stav jako celkový šok (ještě přemýšlí). Už mě nic nenapadá.*“

8. Co jako sestra sledujete po operačním výkonu? Na co se zaměříte, co by mohlo nasvědčovat pro krvácení? „*Sleduji vitální funkce, měří se tlak co hodinu, puls a samozřejmě se prohlíží operační rána, zda neprosakuje (nesákne), to je asi to základní.*“

9. Jaké závažné komplikace hrozí při masivním krvácení? „*Mohlo by dojít až k vykrvácení a smrti, pokud by se s tím nic nedělalo.*“

10. Je pro Vás situace při masivním krvácení po operaci nějak výjimečná a proč? „Samozřejmě, že je to výjimečná situace (povzdechne si), jako nebývá to úplně tak často, člověk musí reagovat okamžitě, hodně rychle. A tato situace naruší běžnou práci.“

11. Pozorujete na sobě známky stresu nebo emocí v této situaci, a pokud ano, jaké? Jak se stresu zbavujete? Co u Vás dokáže zmírnit stres? „Jako jsi ve větším presu, snažíš se cíleně jednat, udělat to a ono a hlavně nezmatkovat, nedělat víc rozruchu, než je na tom oddělení v danou chvíli. Člověk se potí, určitě má strach a chce, aby to dobře dopadlo. Já sama se do takových hodně stresových situací nechci dostat, ale když to přijde, snažím se vnitřně uklidnit. To, že se něco děje, víš, lékař ti dává příkazy, co udělat, kolektiv je šikovný a vše je sehrané, to mi pomůže. Vím, že to přejde, tato situace se musí vždy nějak vyřešit. Třeba pacienta odvezu na sál, ale určitě tato situace nemůže pořád pokračovat (vždy se to nějakým způsobem vyřeší). Zbavit se stresu v daný moment moc dobře nejde. Pak je dobré si o tom povykládat s ostatními kolegyněmi a hlavně nechat to v práci, netahat si to domů.“

12. Máte pocit, že situace s masivním krvácením Vás vyčerpává a čím? „Je to zátěž především na psychiku, když vím, že jde člověku o život. Fyzicky jde spíše o tu rychlost, jednat pohotově, dávají se třeba přetlakem transfuze (zamyslí se a dodá) a v mém věku je to i po té stránce fyzické náročnější, než pro ty mladší kolegyně. Čím jsem starší, je to pro mě i fyzicky náročné, mám i sama nejrůznější tělesné problémy (uznale dodá).

13. Co byste uvítala v případě, že se s touto komplikací setkáte na Vašem oddělení? „Samozřejmě, když je nás v takové vypjaté situaci víc, je to lepší, ale zvládne se to i když jsme jen dvě. Asi bych uvítala tu dobrou vzájemnou spolupráci, a to nejen mezi námi sestrami, ale i se sloužícím lékařem. Nikdo z nás neví, jak to v tu chvíli dopadne.“

14. Co si myslíte, že by Vám pomohlo, aby míra fyzické a psychické zátěže nebyla tak velká? „Tak, aby byl člověk dobře odpočatý a měl čas na sebe a na to, co dělá rád. No, a pokud je služba špatná, tak aby tu byla kolegyně, se kterou se dobře spolupracuje a zbytečně nezmatkuje.“

15. Domníváte se, že Vaše jednání je pohotové při výskytu této komplikace? Jak by se dalo zlepšit? „Za ty roky už vím, co asi bude následovat a co mám dělat. Myslím si, že moje jednání je uspokojivé. V dnešní době je daleko víc možností a technik při záchraně toho pacienta, který krvácí a jde mu o život. Samozřejmě, že by se vždy dalo něco zlepšit, ale jak? Nad tím už nějak nepřemýšlím.“ **Tak Vám moc, děkuji za rozhovor!**

Příloha P II: ROZHOVOR Č. 2

Sestra JIP 2 Tykám, délka 8 minut a 10 vteřin KAVÁRNA

- 1. Jak dlouho pracuješ ve zdravotnictví?** „*No, už to bude asi 13 let.*“
- 2. Pracuješ na chirurgické JIP nebo standardním oddělení chirurgie?** „*Už to bude asi šest let co tady na chirurgické jipce.*“
- 3. Jaké je Tvoje nejvyšší dosažené vzdělání a motivace dál se vzdělávat?** „*Vyšší odborné plus specializace ARIP. No a další motivace se vzdělávat? Asi tak, mám ráda nové věci a zajímám se o ně, vysokou školu určitě nechci studovat a titul nepotřebuji.*“
- 4. Setkala ses někdy ve své profesní praxi s pooperační komplikací masivního krvácení, a pokud ano, jak často?** „*Jo setkala, ale že by to bylo nějak často, ani ne. Až tak často se to nestává. Jen u některých operací pacient zakrvácí*“. **Doplňující otázka. Vzpomeneš si, u jakého operačního výkonu Ti pacient krvácel?** „*Naposledy tu krvácela prostata. To jsme mu vyměnili skoro celý krevní oběh. Také TEP kolene hodně krvácí.*“
- 5. Jaká byla tvoje reakce při výskytu této komplikace na oddělení, spolupráce sester, rozdělení úkolů?** „*Zavolala jsem doktora a prvořadě bylo zachránit pacienta, snažit se zvrátit ten stav. Jestli myslíš ohledně spolupráce s kolegy? Tak ta byla bez problémů. Každá z nás už ví, co má dělat.*“
- 6. Je vždy při této komplikaci dosažitelný lékař, co když ano a když ne?** „*Jo, většinou je. Alespoň já ze své zkušenosti jsem ho měla vždy blízko a přišel okamžitě.*“
- 7. Dokážeš vyjmenovat hlavní příznaky masivního krvácení?** „*Tak je to náhlá hypotenze u pacienta. Naráz je bledý, zpcený, zívá, udává, že je mu divně a kolabuje na posteli, můžeme vidět i prosáknutí obvazu krví.*“
- 8. Co jako sestra sleduješ po operačním výkonu? Na co se zaměříš, co by mohlo nasvědčovat pro krvácení?** „*Hlavně sleduji fyziologické funkce jako tlak. Vidím na monitoru puls, jestli není tachykardie, no a často sleduji operační ránu, odpady z drénů a sond, jestli tam nárazově nehrklo hodně krve.*“
- 9. Jaké závažné komplikace hrozí při masivním krvácení?** „*Nejde jenom o krvácení, ale o celkové multiorgánové selhání a šokové stavy, může dojít až k rozvoji DIC. Pak už je to dost závažný stav.*“

10. Je pro Tebe situace při masivním krvácení po operaci nějak výjimečná a proč? „Je to určitě výjimečná situace, protože je to náhlý stav a nemůžu říct, že bych zůstala úplně v klidu. Naruší to práci okolo těch ostatních pacientů. Musíš se věnovat tomu pacientovi, který krvácí. I ta druhá sestra ti musí jít pomoci, obě běháme kolem jednoho člověka. Co ti ostatní pacienti?(pokrčí rameny a zamyslí se). V takové situaci nemáš čas na ostatní pacienty, ale je to o tom, že se rozhoduješ, co je v tu chvíli důležité.“

11. Pozoruješ na sobě známky stresu nebo emocí v této situaci, a pokud ano, jaké? Jak se stresu zbavuješ? Co dokáže u Tebe zmírnit stres? „Že bych byla hned ve stresu, to asi ne, ale potom se ten nápor nějak vyplaví“. **Doplňující otázka: Jak bys charakterizovala, že se nápor vyplaví?** „To začneš automaticky pracovat, a jakmile se ten stav zvládne. Pak si to zpětně přehráváš, jestli jsi postupovala správně, co se všechno mohlo udělat, jestli jsem mohla být v něčem lepší a jestli jsem neměla postupovat jinak. V tom nám asi všem pomůže, když si tu danou situaci mezi sebou rozebereme. Co u mě mírní stres? Asi když je po ruce lékař a další sestra, no a mám čím hradit ty krevní ztráty.“

12. Máš pocit, že Tě situace s masivním krvácením vyčerpává a čím? „Je to strach o toho pacienta, ten lidský život. Po té psychické stránce tě to nenechá úplně klidnou. Fyzicky mě to asi nějak nevyčerpává. Kdyby to bylo nějak často, tak nevím (pokrčí rameny). Možná bych tu zátěž snášela hůř.“

13. Co bys uvítala v případě, že se s touto komplikací setkáš na Vašem oddělení? „Tak to, aby nebyly tak velké časové prodlevy při podání krve. Než se to kolikrát na transfúze nachystá a nakříží, než ti to donáška donese a než se to dá kapat, tak to někdy trvá. Ty jsi ve stresu, protože doktor chce tu krev podat ihned. Ty to v tu chvíli nemůžeš nijak ovlivnit.“

14. Co si myslíš, že by Ti pomohlo, aby míra fyzické a psychické zátěže nebyla tak velká? „Mně osobně pomůže, když je to doma všechno v pohodě a mám čas na děti. Takže mít volno a možnost nějak relaxovat a odpočinout si.“

15. Domníváš se, že Tvoje jednání je pohotové při výskytu této komplikace? Jak by se dalo zlepšit? „Myslím si, že pohotová jsem dost, že ty zkušenosti, které mám, jsou nenahraditelné, spíše ta bezmocnost mi mnohdy vadí. Nevím však, jak by se to dalo zlepšit.“

Tak moc Ti děkuji za rozhovor a teď si dopijeme tu kávu.

Příloha P IV: ROZHOVOR Č. 3

Sestra JIP 3 Vykám, délka 6 minut 10 vteřin CHIRURGIE

- 1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?** „*Osm let.*“
- 2. Pracujete na chirurgické JIP nebo standardním oddělení chirurgie?** „*Na JIP.*“
- 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a Vaše motivace dál se vzdělávat?** „*Vyšší všeobecná diplomovaná sestra a motivace k dalšímu vzdělání? (pokrčí rameny, usměje se). No tak potřebuji to prostě pro svoji práci a myslím si, že čím víc člověk ví, tak se mu lepší pracuje, asi si budu muset dodělat specializaci.*“
- 4. Setkala jste se někdy ve své profesní praxi s pooperační komplikací masivního krvácení, a pokud ano, jak často?** „*No, přímo po operaci to není tak často, snad při operaci TURU. Nebo jednou krvácela nějaká amputace.*“
- 5. Jaká byla Vaše reakce při výskytu této komplikace na oddělení, spolupráce sester, rozdělení úkolů?** „*Tak v podstatě pokud jsem byla ten jeden rok na standardu, pamatuji si, že na noční, kdy jsem byla sama, jsem měla co dělat. Přes ten den to bylo mnohem lepší, když se něco takového dělo. Bylo nás na směně víc, lépe se to zvládlo. Mnohdy to zasáhlo i do chodu oddělení. Teď, když srovnám jipku s oddělením, je to mnohem lepší díky přístrojovému vybavení a spolupráci. I na noční jsme dvě sestry. Je to větší jistota, že tu nejsem sama a navzájem si pomůžeme. Je to určitě daleko lepší i pro ty pacienty.*“
- 6. Je vždy při této komplikaci dosažitelný lékař, co když ano a když ne?** „*Je dosažitelný, ale záleží to i na dalších okolnostech, zda není na sále, hlavně odpoledne a v noci pokud něco operuje, když se něco závažného děje, voláme většinou ambulantního lékaře. Že by nebyl dosažitelný? Tak to ne. (zavrtí hlavou). Vždycky se mi stalo, že lékař přišel.*“
- 7. Dokážete vyjmenovat hlavní příznaky masivního krvácení?** „*Tak je to hypotenze, tachykardie, zhoršený stav vědomí a někdy i povrchní dýchání a krvácení do obvazu.*“
- 8. Co jako sestra sledujete po operačním výkonu? Na co se zaměříte, co by mohlo nasvědčovat pro krvácení?** „*Takže sleduji fyziologické funkce. Tady na jipce je pacient na monitoru. Je to mnohem snadnější než na oddělení, kde nemají monitory. No a pak jestli prosakuje operační rána, a jaké jsou odpady z drénů.*“
- 9. Jaké závažné komplikace hrozí při masivním krvácení?** „*Tak v podstatě může dojít až k infarktu myokardu.*“ Rozhovor byl přerušen, neboť lékař vyžadoval sestru k asistenci

u výkonu. Asi po deseti minutách jsme opět pokračovaly. **Tak můžeme pokračovat, ohledně komplikací, které hrozí následkem masivního krvácení?** „*Já bych to asi shrnula, že může dojít až k zástavě, pokud se nic nedělá, jinak si teď nevzpomenu.*“

10. Je pro Vás situace při masivním krvácení po operaci nějak výjimečná a proč? „*Já si osobně myslím, že je to vždycky výjimečná situace, a každý pacient reaguje jinak. Nenechává mě to vůbec klidnou, snažím se reagovat rychle a efektivně. Věnuji se tomu pacientovi a plním to, co lékař ordinuje.*“

11. Pozorujete na sobě známky stresu nebo emocí v této situaci, a pokud ano, jaké? Jak se stresu zbavujete? Co u Vás dokáže zmírnit stres? „*Jo, já se přiznám, že mě to vyburcovává k rychlému jednání. Asi někdy hodně běhám a na některé mé kolegyně to nepůsobí nejlíp. Zmírnit stres mi pomůže moje kolegyně. (usmívá se) doplňující otázka: Můžu vědět, jak Vám kolegyně pomůže zmírnit stres?* „*Nenechá mě v té situaci samotnou. Pomůže mi a můžu se na ni spolehnout, snaží se mě v té situaci uklidnit.*“

12. Máte pocit, že situace s masivním krvácením Vás vyčerpává a čím? „*Asi by mě to vyčerpalo, kdybych nemohla tomu pacientovi pomoci. Hodně mě uklidňuje, když má pacient zajištěnou kvalitní periferní kanylu, to mě opravdu uklidní. Nemám pocit, že bych z toho byla nějak špatná a nemohla bych dále fungovat. Dřív po škole, když jsem nastoupila do práce, přenášela jsem všechno domů, ale teď kolikrát zavřu dveře a prostě jdu domů.*“

13. Co byste uvítala v případě, že se s touto komplikací setkáte na Vašem oddělení? „*Asi bych uvítala permanentní přítomnost lékaře, aby tu byl stále nebo aby přišel ihned. Jinak nevím, opravdu nevím.*“

14. Co si myslíte, že by Vám pomohlo, aby míra fyzické a psychické zátěže nebyla tak velká? „*Asi by mně pomohla pochvala a uznání od nadřízených, které se mi opravdu moc nedostává. Stačilo by třeba, jen slovní ohodnocení, nemuselo by to být finanční ohodnocení, třeba to slovo povzbuzení jo, že jsme tu těžkou situaci zvládly (zamyslí se). Jenže od nás se očekává, že to zvládnout musíme. Nikdo si neuvědomuje, že jsme také lidé, kteří mají city a také dělají chyby. Každý vidí radši jen ty chyby. Také se snáze kritizuje, než chválí.*“

15. Domníváte se, že Vaše jednání je pohotové při výskytu této komplikace? Jak by se dalo zlepšit? „*Já se snažím vždycky reagovat pohotově. Ale to by asi měl zhodnotit někdo jiný z mých kolegů nebo třeba lékař, se kterým spolupracuji. Já si myslím, že vždycky se dá něco zlepšit.* **Děkuji Vám za rozhovor a čas, který jste mi věnovala.**

Příloha P V: ROZHOVOR Č. 4

Sestra OD 1 Vykám, délka 8 minut 5 vteřin CHIRURGIE

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? „Jeden rok po škole.“

2. Pracujete na chirurgické JIP nebo standardním oddělení chirurgie? „Nastoupila jsem na standardní oddělení. Na jipku bych se bála, tam bych to nezvládla.“

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a Vaše motivace dál se vzdělávat? „Vysokoškolské, jsem bakalářka a už mi to i stačí, do budoucna spíše si chci dodělat kurz EEG a něco co se týče neurologie, neboť mamka je dětská neuroložka a já bych pracovala s ní, ale to až tak po mateřské.“

4. Setkala jste se někdy ve své profesní praxi s pooperační komplikací masivního krvácení, a pokud ano, jak často? „Já osobně jsem se nesečkala, ale vím, že tu byl pacient po prostatektomii, který hodně krvácel, ale ten se překládal hned na jipku. Tady na standardním oddělení to naštěstí tak často nebývá. (sepne ruce a povzdechne, ještěže ne!)“

5. Jaká byla Vaše reakce při výskytu této komplikace na oddělení, spolupráce sester, rozdělení úkolů? „Za svoji praxi jsem tuto situaci nezažila. A nevím, že bychom dávali transfuze nebo že by to bylo nějak dramatické. Ale vím, že tu měly holky pacienta na noční, kdy tu byla jedna sestra. Na jipce nemohli nikoho vystěhovat, tak sama na noční dávala celou noc transfuze a převážně se věnovala jednomu pacientovi. Pak ráno jí bylo skoro do breku, protože měla i ostatní operandy, na které neměla čas.“

6. Je vždy při této komplikaci dosažitelný lékař, co když ano a když ne? „Vždy jsem doktora sehnala. Neměla jsem problém. Jo, mohu říct, že doktor byl dostupný pokaždé.“

7. Dokážete vyjmenovat hlavní příznaky masivního krvácení? „Je to bledost, hypotenze, tachykardie prostě ten hypovolemický šok.“

8. Co jako sestra sledujete po operačním výkonu? Na co se zaměříte, co by mohlo nasvědčovat pro krvácení? „Tak sleduji hlavně fyziologické funkce jako krevní tlak, puls, jestli pacient není opocený nebo má problémy s dýcháním (usměje se a dodává). No a samozřejmě krvácející operační ránu nebo velký odpad z drénu.“

9. Jaké závažné komplikace hrozí při masivním krvácení? (Zamyslí se) „Jak jsem říkala ten hypovolemický šok a asi celkové selhání životních funkcí a vykrvácení, pokud se krvácení a jeho příčina nezastaví.“

10. Je pro Vás situace při masivním krvácení po operaci nějak výjimečná a proč?

„Tak zatím jsem se s touto situací nesečkala, ale určitě by to pro mě bylo stresující a výjimečné. Nevím, jestli bych se uměla správně zachovat. Myslím ohledně té organizace práce a tak, protože jsem se s tím osobně nesečkala. Měla bych asi strach.“

11. Pozorujete na sobě známky stresu nebo emocí v této situaci, a pokud ano, jaké?

Jak se stresu zbavujete? Co u Vás dokáže zmírnit stres? *„Já jsem ve stresu vždycky, když se něco děje. Musím ale dělat a nějak to zvládnout. A až potom to na mě dolehne. Zmírnit ten stres dokáže asi to, když to dobře dopadne a můžu si říct, že jsem to zvládla. Dokážu se většinou toho stresu zbavit sama. On tak postupně odejde.“*

12. Máte pocit, že situace s masivním krvácením Vás vyčerpává a čím?

„Já si myslím, že to asi spíš odnáší ta psychika. Neměla jsem tu nikoho, kdo by nějak masivně krvácel (zkříží ruce a povzdechne si, ještě, že našťestí). Vím, že jsme to tu na oddělení měli. Pacienta po amputaci, který krvácel. Ale našťestí jsem u toho nebyla.“

13. Co byste uvítala v případě, že se s touto komplikací setkáte na Vašem oddělení?

„Asi bych uvítala, kdyby rizikový pacient byl hned po výkonu odvezen na jipku. Já vím, že to vždy nejde. Mnohdy stěhujeme pacienta až na noční službě, když se u nás na oddělení zhorší. Také by bylo dobré, kdyby při operacích, kdy je hodně operandů, jsme tu byly i v noci dvě sestry. Mohla bych se tak s někým poradit. To by mi určitě pomohlo.“

14. Co si myslíte, že by Vám pomohlo, aby míra fyzické a psychické zátěže nebyla tak velká?

„Jak jsem říkala, fyzicky mě to až tak nevyčerpává, i když se někdy dost naběháme. Spíš ta psychika. Abychom si tu danou situaci nějak rozebraly a někdo nás povzbudil, že jsme udělaly všechno, co jsme mohly.“

15. Domníváte se, že Vaše jednání je pohotové při výskytu této komplikace? Jak by se dalo zlepšit?

„Já si myslím, že zlepšovat jde vždycky co (směje se). Pohotová to zas tak asi nejsem. Spíše nemám tolik zkušeností. A hraje tam roli ten strach z těch doktorů.“
„doplňující otázka: Proč strach z doktorů, mohla byste mi to vysvětlit?“ *„Já se bojím jim někdy volat, jsem takový posera, mám prostě blbý pocit (dodává k otázce). Asi ten respekt z doktorů. Nakonec zavolám, to jo, ale vždycky mě to vydeptá. Chtěla bych se naučit tolik se nebát.“* **Tak Vám, moc děkuji za rozhovor!**

Příloha P VI: ROZHOVOR Č. 5

Sestra OD 2 Tykám, délka 14 minut a 33 vteřin KAVÁRNA

1. Jak dlouho pracuješ ve zdravotnictví? „Už dvacet pět let.“

2. Pracuješ na chirurgické JIP nebo standardním oddělení chirurgie? „Na oddělení.“

3. Jaké je Tvoje nejvyšší dosažené vzdělání a motivace dál se vzdělávat? „Střední odborné s maturitou, no a motivaci dál se vzdělávat mám (odmlčí se) zatím samostudiem, a když k tomu budu mít podmínky, dodělám si vyšší vzdělání! (řiká odhodlaně).“

doplňující otázka: Jaké podmínky máš na mysli? „Pokud se dostanu na jiné pracoviště, myslím tím kliniku nebo někde do nemocnice ve větším městě, tak bych začala specializací a pak bych se učila jazyk a došlo by možná i na výšku, třeba bakaláře jako ty, vůbec bych se tomu nebránila, asi by mě to posunulo někde jinde, dál.“ (Já jsem se pousmála, ale kolegyně mě ubezpečila, že to myslí naprosto vážně a svěřila se, že uvažuje o změně pracoviště).

4. Setkala ses někdy ve své profesní praxi s pooperační komplikací masivního krvácení, a pokud ano, jak často? „Ano, není to nějak pravidelně, ale určitě jednou za měsíc se to vyskytne, záleží, jaké operační výkony se provádějí a jak nemocné pacienty máme na oddělení“. **Doplňující otázka: Jak myslíš nemocné pacienty, dokážeš to lépe specifikovat?** „Myslím tím ty pacienty, kteří mají antikoagulační léčbu a sklony ke krvácení.“

5. Jaká byla Tvoje reakce při výskytu této komplikace na oddělení, spolupráce sester, rozdělení úkolů? „Pokud je to přes den a sester je na směně víc a lékař je snáz dosažitelný, tak jedna sestra se věnuje pacientovi, řeší to dané krvácení, například proplachuje PMK a pokud je krvácení značné, tak volá lékaře. Většinou se ta zkušená sestra věnuje pacientovi a organizuje práci sestře, která je na oddělení krátce a s komplikací se nesetkala. Na té noční je to pro tu novou sestru asi hodně stresující, protože by měla reagovat rychle a hlavně samostatně, což mnohým mladým kolegyním činí problémy a pak při prvním nějakém problému radši opouští zaměstnání. Prostě nedokážou tu míru zodpovědnosti unést, nejsou zvyklé pracovat samostatně.“

6. Je vždy při této komplikaci dosažitelný lékař, co když ano a když ne? „Ano, lékař je přes den dosažitelný snáz, a pokud je to odpoledne nebo v noci, kdy může být třeba na sále, tak se volá ambulantní lékař. V tomto nevidím problém.“

7. Dokážeš vyjmenovat hlavní příznaky masivního krvácení? „*Tak u pacienta dochází ke snížení tlaku, zvýšení pulsů, pacienti mohou mít bolesti břicha, pokrácenou operační ránu, při tom TURU jsou i tlaky v oblasti močového měchýře, celková slabost a můžou být i dušní.*“

8. Co jako sestra sleduješ po operačním výkonu? Na co se zaměříš, co by mohlo navštědčovat pro krvácení? „*Záleží, o jakou jde operaci, když je to operace prostaty, tak jestli se jedná o transvezikální prostatektomii nebo transuretrální prostatektomii. Sledují se fyziologické funkce, hlavně odtok moče z PMK zda neobsahuje koagula, jestli je epicystostomie volně průchodná, dále jak masivní ta hematurie je, jestli se netvoří krvavé pecny a zda je PMK volně průchodný.*“

9. Jaké závažné komplikace hrozí při masivním krvácení? „*Dochází ke ztrátě tekutin a rozvoji hypovolemického a hemoragického šoku, v nejhorším případě i k zástavě až smrti pacienta.*“

10. Je pro Tebe situace při masivním krvácení po operaci nějak výjimečná a proč? „*Situace je samozřejmě výjimečná, ale to mě na práci na chirurgii baví, že se něco děje. Tyto zajímavé a také akční situace jsou i pro mě přínosem, neboť se na nich mnohdy naučím něčemu novému. Nedělá mi problém zareagovat včas. A při mé dlouholeté praxi si umím poradit, když lékař není zrovna k dispozici.*“

11. Pozoruješ na sobě známky stresu nebo emocí v této situaci, a pokud ano, jaké? Jak se stresu zbavuješ? Co u Tebe dokáže zmírnit stres? „*Za ty roky praxe již známky stresu na sobě nepozoruji, dokáži se ho zbavit celkem snadno a vím, že to k mému povolání patří. Jsem zvyklá pracovat samostatně a umět se rozhodovat. Myslím si, že moje mladší kolegyně nestresuje ta práce kolem lidí, ale spíše strach, protože nejsou zvyklé pracovat samy a umět se rozhodovat.*“

12. Máš pocit, že situace s masivním krvácením Tě vyčerpává a čím? „Pokud by tato situace trvala dlouhou dobu nebo se příliš často opakovala, asi by mě vyčerpala. Nejspíš by to odnesla psychika a také by to bylo i fyzicky náročné.“

13. Co bys uvítala v případě, že se s touto komplikací setkáte na Vašem oddělení? „*Jsmo tu na noční samy a máme někdy i závažné stavy, takže dobíhat k telefonu je celkem zatěžující. Určitě bych uvítala přenosný telefon na oddělení.*“

14. Co si myslíš, že by Ti pomohlo, aby míra fyzické a psychické zátěže nebyla tak velká? *„Mně osobně pomůže volno, kdy si odpočinu a mám čas na své koníčky, pak můžu i v práci fungovat a nějaká stresová situace mě nějak závažně nerozhodí. Pro mé mladší kolegyně by bylo určitě přínosné, kdyby se mohly poradit s někým, takže konzultace od zkušenější sestry nebo nějaký seminář k danému operačnímu výkonu (které se na chirurgii nejčastěji operují), stručný postup jak a na co se sestra zaměřuje při péči o pacienta po určitém operačním výkonu.“*

15. Domníváš se, že Tvoje jednání je pohotové při výskytu této komplikace? Jak by se dalo zlepšit? *„Vždycky se dá něco zlepšit, ale já jsem se sebou spokojená. Zkušenosti s výskytem komplikací mě mnohdy hodně poučí.“*

Tak moc děkuji za přínosný rozhovor!

Příloha P VII: ROZHOVOR Č. 6

Sestra OD 3 Tykám, délka rozhovoru 15 minut 20 vteřin DOMA

1. Jak dlouho pracuješ ve zdravotnictví? „Po mateřské dovolené a už je to osm let.“

2. Pracuješ na chirurgické JIP nebo standardním oddělení chirurgie? „Na oddělení.“

3. Jaké je Tvoje nejvyšší dosažené vzdělání a motivace dál se vzdělávat? „Diplomovaná sestra na vyšší zdravotnické škole a motivaci k dalšímu vzdělání teď momentálně nenalézám (povzdychne si).“ **doplňující otázka: Proč nenalézáš motivaci se vzdělávat?** „Nevidím, že by se mi to v praxi nějak zúročilo, ať platové ohodnocení nebo v rámci kompetencí. Dělal bych víceméně stejnou práci, co dělám. Že bych k tomu potřebovala titul? (pokrčí tázavě rameny a dodá). K čemu? Úplně mi stačí sledovat zajímavé semináře a novinky ve zdravotnictví. Nemusím se stresovat učením.“

4. Setkala ses někdy ve své profesní praxi s pooperační komplikací masivního krvácení, a pokud ano, jak často? „Ano, nejčastěji po urologických výkonech u mužů, při operaci prostaty. Například při břišních operacích, to bývá spíše výjimečná situace.“

5. Jaká byla Tvoje reakce při výskytu této komplikace na oddělení, spolupráce sester, rozdělení úkolů? „Tato situace bývá ovlivněna různými faktory. Když nás bylo na směně víc, rozdělily jsme si úkoly. Situace nebyla tak stresující jako když jsi na noční sama a máš ještě i ostatní operandy. Tak toto je pro mne psychicky velmi náročné. Vždyť mnohdy jde tomu člověku o život, a to mě nenechává lhostejnou. Na standardu nemáš možnost kontinuálního měření fyziologických funkcí a od pacienta se i vzdaluješ k ostatním nemocným, kteří tě také potřebují. Proto si myslím, že by tito pacienti, kterým hrozí riziko krvácení, měli mít intenzivní péči a být umístováni na JIP.“

6. Je vždy při této komplikaci dosažitelný lékař, co když ano a když ne? „Lékař je dosažitelný vždy. Dochází k případům, kdy musí být volán lékař ambulantní, a to zejména v noci, kdy sloužící lékař je nucen odejít na sál. Že bych nikoho nesehnala, nemohu říct.“

7. Dokážeš vyjmenovat hlavní příznaky masivního krvácení? „Asi prvotním příznakem je krvácení, které zjistím vizuálně, kdy krev prosakuje do obvazu, operační rána krvácí, nebo v moči můžu pozorovat masivní hematurii. Pacient je bledý, má pocit slabosti, je opocený, někdy je neklidný a má zvýšený puls. Mnohdy také neměřitelný krevní tlak.“

8. Co jako sestra sleduješ po operačním výkonu? Na co zaměříš, co by mohlo nasvědčovat pro krvácení? „Tak samozřejmě sleduji celkový stav pacienta, hlavně fyziologické

funkce, TK, P, dýchání, popřípadě saturaci, zda močí nebo je moč hematurická, jestli operační rána neprosakuje a jak velké jsou odpady z drénů. Vždy záleží, o jaký typ provedeného operačního výkonu se jedná. Od toho se odvíjí ošetrovatelská péče.“

9. Jaké závažné komplikace hrozí při masivním krvácení? *„Je to rozvoj hemoragického šoku a následně multiorgánové selhání.“*

10. Je pro Tebe situace při masivním krvácení po operaci nějak výjimečná a proč? *„Je to více stresující situace, protože na standardní oddělení chirurgie pacient s masivním krvácením nepatří. Sestra nemá vzdělání v intenzivní péči. Často bývá na odpoledních a nočních směnách sama a nemá možnost stálé monitorace pacienta.“*

11. Pozoruješ na sobě známky stresu nebo emocí v této situaci, a pokud ano, jaké? Jak se stresu zbavuješ? Co u Tebe dokáže zmírnit stres? *„Samozřejmě. Jsou to emocionálně vypjaté situace. Zbavit se stresu mi asi pomůže následné rozebrání té situace. Takové to vymluvení se navzájem. Zmírnit stres u mě dokáže přístup ošetřujícího lékaře, jeho rozhodnost, odbornost, profesionalita a hlavně slušné jednání vůči nám sestram.“*

12. Máš pocit, že situace s masivním krvácením Tě vyčerpává, a čím? *„Ano vyčerpává mě to. Hlavně to vědomí, že je pacient ohrožen na životě, také stres a velká zodpovědnost neudělat chybu. Také to množství ordinací, podávání léků, krevních převodů a odběry.“*

13. Co bys uvítala v případě, že se s touto komplikací setkáte na Vašem oddělení? *„Uvítala bych asi možnost monitorace pacienta. Pořízení alespoň jednoho přenosného monitoru pro standardní oddělení, pro tyto závažné stavy. A hlavně možnost přivolání další sestry, když jsem na oddělení sama a něco podobného se vyskytne.“*

14. Co si myslíš, že by Ti pomohlo, aby míra fyzické a psychické zátěže nebyla tak velká? *„Určitě přítomnost alespoň dvou sester na směně, možnost toho kvalitního monitoringu i na oddělení při takové situaci. Mít i více osobního volna na odpočinek a relaxaci.“*

15. Domníváš se, že Tvoje jednání je pohotové při výskytu této komplikace? Jak by se dalo zlepšit? *„To nedokážu dost dobře posoudit. Ale vždy se snažím postupovat rozhodně a rychle. Jak by se dalo zlepšit moje jednání? Je dobré na sobě pracovat a umět navrhnout, že by se dalo ještě něco zlepšit. Například více zkušeností s touto komplikací. Tak tím bych uvítala například stáž pro sestry ze standardu na JIP nebo ARO, kde se zabývají intenzivní péčí.“* **Moc děkuji za příjemné odpoledne a za rozhovor!**

Příloha P VIII: PREZENTACE PRO SESTRY CHIRURGIE

Masivní krvácení jako časná pooperační komplikace

Míriam Valchářová



Dělení krvácení

- Tepenné
- Žilní
- Vlásečnicové
- Zevní krvácení
- Vnitřní krvácení

1. Úrazové krvácení
2. Krvácení při daném onemocněním



Krvácení z operační rány

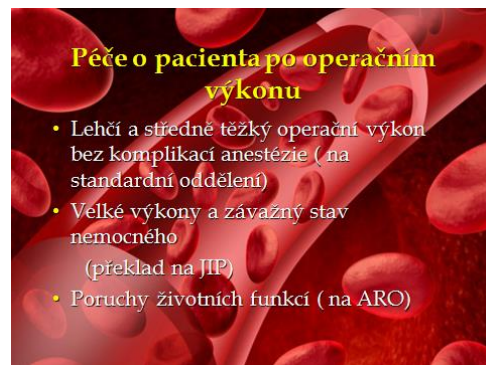


- Nejčastější příčiny krvácení z operační rány
- Klinický obraz krvácení z op. rány
- Prevence krvácení z op. rány



Péče o pacienta po operačním výkonu

- Lehčí a středně těžký operační výkon bez komplikací anestézie (na standardní oddělení)
- Velké výkony a závažný stav nemocného (překlad na JIP)
- Poruchy životních funkcí (na ARO)



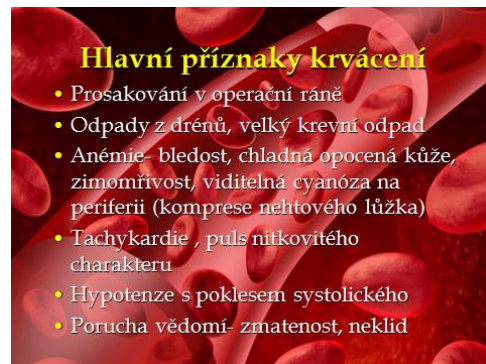
Pooperační péče o pacienta

- Monitorace FF, JIP monitorace
- Operační rána, odpady z drénů
- Odběry krve (KO, koagulace)
- Žilní přístup
- Analgetizace (při SA, EDA nebo perif. blok.)
- Nauzea zvracení (bilance tekutin)
- RHB vstávání z lůžka
- Hygienická péče
- Řádné vedení dokumentace



Hlavní příznaky krvácení

- Prosakování v operační ráně
- Odpady z drénů, velký krevní odpad
- Anémie - bledost, chladná opocená kůže, zimomřivost, viditelná cyanóza na periférii (komprese nehtového lůžka)
- Tachykardie - puls nitkovitého charakteru
- Hypotenze s poklesem systolického
- Porucha vědomí - zmatenost, neklid



Co sledujeme u pacienta I



1. Operační ránu - stav krycího obvazu (suchý, prosáklý, prosakující...)
2. Drény a drenáže - odvod z drénů (druh a napojení na sání, podtlak)
3. Bolest - podávání analgetik před začátkem bolesti im. iv, epidur, katetr. Následky bolesti - tachykardie, hypertenze, neklid
4. Pooperační nauzeu - vhodná poloha a pomůcky k prevenci aspirace, vhodné dýchání, odvedení pozornosti, čerstvý vzduch, Podávání antiemetik dle ord. lékaře



Co sledujeme u pacienta II

5. Močení - do 6 - 8 hod. po operaci spontánní, záznam v dokumentaci (vzhled, příměsí, množství...), péče o močový katétr.
6. Trusné střevo - odchod stolice po operaci na GIT, Sledování peristaltiky a odchod plynů, samotný výkon a imobilizace, opíaty snižují motilitu střeva
7. Kůže - barva, prokrvení, kožní turgor, teplota, prevence dekubitů.



Léčba krvácení

- Zastavit krvácení kompresí (obvazem, přiložení dalšího krytí)
- Revizi rány (zastavení arteriální krvácení ligaturou či opichem)
- Drénáž (větší hematoma nutno vypustit, menší se může vsřebat)
- Podávání volumterapie a hempoterapie - hrazení krevních strát (transfúze)

Stručný postup při výskytu masivního krvácení

- Ihned volat lékaře
- Nepanikařit
- Uklidnit pacienta
- Co nejrychleji zajistit alespoň dvě kanyly s co největším průměrem.
- Podání kyslíku, přiložení krytí, podstup dle ordinace lékaře, odběry a zajištění transfúzí.

Výsledky šetření na Chirurgii

Provedeno celkem šest rozhovorů:

- Tři sestry standardního oddělení
- Tři sestry chirurgické JIP

Jednotlivé otázky vztahující se ke krvácení:

- Otázky obecné
- Otázky týkající se zkušeností sester
- Otázky týkající se znalostí sester
- Otázky týkající se pocitů sester
- Otázky zaměřené na názory sester

Některé postřehy z rozhovoru

Z průzkumného šetření jsem zjistila:

- sestry chirurgie mají znalosti ohledně masivního krvácení
- znají možné komplikace, které tento stav může přinést
- je to pro ně stresující situace - většinou s psychickým vypětím

Z názorů sester co by jim pomohlo při této situaci zmínily:

- přenosný telefon na oddělení
- posílení služby
- vzájemnou dobrou spolupráci navzájem a také s lékařem.

Doporučení pro sestry

- Podpora a rozvoj týmové spolupráce (zmiňovaly sestry v rozhovorech)
- Péče o psychiku (vypovídání se navzájem)
- Možnost využití supervize (ve zdravotnictví je málo známá a využívána) může být zaměřena na porozumění vztahům - ať s pacienty nebo interpersonálním a také v organizaci.
- Možnost využití systému psychosociální intervenční služby: www.spiscr.info, kontakt na peera v dané oblasti.

Péče o sebe samu

- Umět správně odpočívat a relaxovat.
- Udržovat se v dobré tělesné kondici
- Udělat si čas na přátele a to nejen v práci, ale i mimo práci
- Věnovat se koníčkům a tomu co mám ráda
- Nenosit si práci domů
- Umět zhodnotit situaci a včas vyhledat odbornou pomoc.
- Důležité je žít smysluplným životem

Syndrom vyhoření - „Burn-out syndrom“

Soubor příznaků, které se projevují pod vlivem stresu, patří mezi pomáhající profese. Má několik fází:

1. Nadšení
2. Stagnace
3. Frustrace
4. Apatie
5. Vyhoření

Psychické vypětí a stres vede k vyčerpání v několika oblastech.

- V oblasti psychiky a emočnosti
- Fyzické vyčerpání
- Sociální vyčerpání *Důležité je hořet, ale nevyhořet!*

„Abychom mohly pečovat o druhé, musíme umět pečovat o sebe samé“

Děkuji za pozornost