

Monitoring rizikových faktorů v perioperační péči

Bakalářská práce

Studijní program:

B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor:

Všeobecná sestra

Autor práce:

Jaroslava Šulcová

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Froňková
Fakulta zdravotnických studií





Zadání bakalářské práce

Monitoring rizikových faktorů v perioperační péči

Jméno a příjmení: **Jaroslava Šulcová**
Osobní číslo: D15000047
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Zadávací katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2016/2017**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

- 1) Zjistit, zda sestry pro perioperační péči umí identifikovat rizikové faktory nežádoucích událostí.
- 2) Zjistit, zda sestry pro perioperační péči dodržují opatření v prevenci nežádoucích událostí.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Péče o nemocné v operačním traktu je náročná s ohledem na jejich aktuální fyzický a psychický stav. Právě z těchto důvodů je potřeba věnovat zvýšenou pozornost k potenciálním rizikům a pochybením. Je nutné umět identifikovat rizika, znát jaká preventivní opatření jsou k daným rizikům vypracována a je důležité se těmito preventivními opatřeními řídit. Výstupem bakalářské práce bude vytvoření přednášky na regionální odborné konferenci.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

- 1) Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí?
- 2) Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí?

Metoda: kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat: Polostrukturovaný rozhovor, text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2010.

Místo a čas realizace výzkumu: Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., Centrální operační sály. V časovém rozmezí říjen 2017- únor 2018.

Vzorek: Šetření bude zaměřeno na sestry pro perioperační péči z centrálních operačních sálů.

Rozsah pracovní zprávy: 50 – 70
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická



Seznam odborné literatury:

- 1) WENDSCHE, P., A. POKORNÁ a I. ŠTEFKOVÁ. Perioperační ošetrovatelská péče. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
- 2) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 99 ze dne 22. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39, s. 1686-1730. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6152>
- 3) PLEVOVÁ, Iva et al. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
- 4) PAVLOVÁ, Petra a Jana HOLÁ. Řízení kvality v perioperační péči. Ošetrovatelství a porodní asistence [online]. 2013, 4(4), 693-699 [cit. 2016-09-22]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/7_pavlov_hola.pdf
- 5) HLAVÁČKOVÁ, Jana a Jaroslava JEDLIČKOVÁ. Rouškovací systémy a ochranné oděvy na operačních sálech. Praha: Florence. 2012,8(6), 6-9. ISSN 1801-464X.
- 6) JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.
- 7) BRABCOVÁ, Iva et al. Medikační pochybení z perspektivy managementu zdravotnického zařízení. In: Onkologie [online]. 2014, 8(4), 178181 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/04/09.pdf>
- 8) PAVLOVÁ, Petra a Jana HOLÁ. Studie návrhu, ověření a evaluace nástroje ošetrovatelského auditu v perioperační péči. In: Profese on-line [online]. 2016, 9(1), 23-30 [cit. 2016-12-03]. ISSN 1803-4330. Dostupné také z: <http://profeseonline.upol.cz>.
- 9) SCHNEIDEROVÁ, Michaela. Perioperační péče. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
- 10) KOVÁČIK, F., O. MORAVEC a P. HEINC. Perioperační management antikoagulační léčby warfarinem. In: Kardiologie: výběr článků. Olomouc: Solen, 2014, 39-42. ISBN 978-80-7471-078-0.
- 11) BROWN, Lindsay Bree. Medication Administration in the Operating Room: New Standards and Recommendations. AANA Journal [online]. 2014, 82(6), 465-469 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: www.aana.com/aanajournalonline

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková
Fakulta zdravotnických studií
Datum zadání práce: 28. dubna 2017
Předpokládaný termín odevzdání: 30. června 2018

L. S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci 30. listopadu 2017

Vážená paní
Jaroslava Šulcová
Libichov 32
294 42 DOBROVICE

Vyřizuje/linka: Holá/485 353 738

V Liberci dne 3.5.2018
č.j.18/8515/019760

Vyjádření k žádosti o ponechání zadání a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená paní Šulcová,

na základě Vaší žádosti ze dne 30.4.2018, zaevidované pod č.j.: 18/8515/019268, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním zadání bakalářské práce a s prodloužením termínu odevzdání do 30.6.2019.

S pozdravem


prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA

děkan

Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studenty 2, 461 17 Liberec 1



Vážená paní
Jaroslava Šulcová
Libichov 32
294 42 Dobruška

Vyřizuje/linka: Čermáková/485 353 194

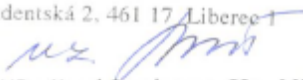
V Liberci dne 17. června 2019
č. j.: TUL - 19/8515/025801-001

Vyjádření k žádosti o ponechání zadání a prodloužení odevzdání bakalářské práce

Vážená paní Šulcová,

na základě Vaší žádosti ze dne 14. 06. 2019, zaevidované pod č. j.: TUL - 19/8515/025801 Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním zadání bakalářské práce pod vedením paní Mgr. Marie Froňkové a s prodloužením termínu odevzdání do 31. 08. 2019.

S pozdravem

Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že texty tištěné verze práce a elektronické verze práce vložené do IS/STAG se shodují.

7. listopadu 2019

Jaroslava Šulcová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Froňkové za vedení mé bakalářské práce, za její podporu a cenné rady. Poděkování patří i mé rodině, která mi byla oporou po celou délku studia.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Jaroslava Šulcová
Instituce: Fakulta zdravotnických studií Technická Univerzita v Liberci
Název práce: Monitoring rizikových faktorů v perioperační péči
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková
Počet stran: 64
Počet příloh: 3
Rok obhajoby: 2020
Souhrn:

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry pro perioperační péči umí identifikovat rizikové faktory nežádoucích událostí. Zjistit, zda sestry pro perioperační péči dodržují opatření v prevenci nežádoucích událostí. Práce je rozdělena na dvě části. V první části se práce zabývá teorií rizikových faktorů a v druhé praktické části se práce zabývá dopady rizik na perioperační ošetřovatelství. Výzkumná část je vedena kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden se sestrami Centrálních operačních sálů v Mladé Boleslavi. Výstupem bakalářské práce bude přednáška na odborné konferenci, která bude zaměřena na rizika spojená s poskytováním perioperační ošetřovatelské péče.

Klíčová slova: riziko, identifikace, perioperační sestry, bezpečí, pacient, kvalitní péče

Anotation

Name and surname: Jaroslava Šulcová
Institution: Technical University of Liberec
Title: Monitoring risk factors in perioperative care
Supervisor: Mgr. Marie Froňková
Pages: 64
Appendix: 3
Year: 2020

Annotation:

The aim of this bachelor thesis was to test nurses' ability to identify risk factors potentially leading to untoward incidents, in particular to find out whether perioperative nurses abide by prevention to adverse events. The thesis consists of two parts: The first part discusses the theory of risk factors and the second (practical) part studies the effect of the risks on perioperative nursing care. The research part of the thesis is performed via a qualitative method using semistructured interview conducted with perioperative nurses. The outcome of dissertation paper will be a presentation at a specialty conference focused on the risks associated with providing perioperative nursing care.

Keywords: risk, perioperative nurses, safety, patient, quality of care

Obsah

Obsah.....	10
Seznam použitých zkratk.....	12
1 Úvod.....	13
2 Teoretická část.....	14
2.1 Perioperační péče a její prostředí.....	14
2.2 Role perioperačních sester v operačním týmu.....	15
2.3 Nežádoucí události v perioperační péči.....	16
2.3.1 Hygiena rukou jako prostředek poskytování bezpečné a kvalitní péče	16
2.3.2 Nežádoucí událost infekce v operační ráně.....	18
2.3.3 Nežádoucí událost záměny pacienta, strany a výkonu.....	18
2.3.4 Nežádoucí událost pádu v perioperační péči.....	19
2.3.5 Nežádoucí událost vzniku dekubitu, útlaku a parézy nervu.....	20
2.3.6 Nežádoucí událost chybné komunikace	20
2.3.7 Nežádoucí událost úniku informací ze zdravotnické dokumentace	21
2.3.8 Nežádoucí událost bezpečného předávání pacienta	22
2.3.9 Nežádoucí událost termického poškození perioperační péči	22
2.4 Monitoring rizikových faktorů a vyhodnocování nežádoucích událostí	23
2.4.1 Hlášení nežádoucích událostí	23
2.4.2 Prevence nežádoucích událostí.....	24
3 Výzkumná část	26
3.1 Cíle a výzkumné otázky výzkumu.....	26
3.1.1 Cíle práce.....	26
3.1.2 Výzkumné otázky.....	26
3.2 Metodika výzkumu	26
3.3 Analýza výzkumných dat	27
3.4 Charakteristika výzkumného souboru	27

3.5	Kategorie a analýza výsledků rozhovoru.....	27
3.5.1	Kategorie 1 Riziko chybné hygieny rukou.....	28
3.5.2	Kategorie 2 Riziko infekce v operační ráně	29
3.5.3	Kategorie 3 Riziko záměny pacienta.....	31
3.5.4	Kategorie 4 Riziko záměny operované strany.....	33
3.5.5	Kategorie 5 Riziko záměny operačního výkonu	34
3.5.6	Kategorie 6 Riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace	35
3.5.7	Kategorie 7 Riziko pádu pacienta na operačním sále	36
3.5.8	Kategorie 8 Riziko vzniku dekubitu při operačním výkonu	38
3.5.9	Kategorie 9 Riziko útlaku při operačním výkonu	39
3.5.10	Kategorie 10 Riziko parézy při operačním výkonu	40
3.5.11	Kategorie 11 Riziko termického poškození pacienta.....	41
3.6	Analýza cílů a výzkumných otázek	42
4	Diskuze.....	50
5	Návrh doporučení pro praxi	54
6	Závěr.....	55
	Seznam použité literatury	57
	Seznam tabulek	61
	Seznam obrázků	62
	Seznam příloh.....	63

Seznam použitých zkratek

aj.	a jiné
EBDK	elastická bandáž dolních končetin
ev.	eventuálně
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
popř.	popřípadě
tzv.	takzvané, takzvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace

1 Úvod

„Široké spektrum odborníků, lidských povah, atmosféra často nabitá emocemi a stresem, složitost moderních diagnostických a terapeutických technologií, variabilita lidské biologie, nedostatek finančních prostředků a lidských zdrojů, přítomnost nejrůznějších lobistických a mocenských skupin, zastaralé funkční řízení, spontánně se rozvíjející organizační kultura, nestabilní politické a ekonomické zázemí, to jsou pouze některé důvody, proč je zdravotnické zařízení obrovských inkubátorem podporujícím existenci a růst rizik“ (Škrla a Škrlová, 2008, s. 12).

Vývoj operační medicíny a s ní ruku v ruce i rizika, která dřív byla víceméně abstraktní, v dnešní době nabývají reálnosti. Rozvoj medicíny s sebou přináší i nové operační postupy, které kladou vysoké požadavky na perioperační sestry, na jejich adaptaci k novým technikám a k novým postupům. V současné době je věnována zvýšená pozornost do oblasti poskytování kvalitní a bezpečné péče. Bezpečí je významné kritérium nejen pro pacienty, ale i pro samotný zdravotnický personál. Problematikou bezpečí se zabývá nejen Světová zdravotnická organizace (WHO), ale i Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR), které zavádí systémy hodnocení kvality a bezpečí do všech resortů péče. Jedním z parametrů, který vykazuje kvalitu a bezpečí poskytované komplexní péče je výskyt nežádoucích událostí. Jsou to situace, které se týkají tělesného, psychického nebo socioekonomického poškození pacienta, nebo poškozeným může být zdravotnické zařízení nebo samotný zaměstnanec (Pokorná et al., 2019). Do procesu snižování rizik se musí zapojit všechna zdravotnická zařízení. Stát stanoví základní parametry, které kontroluje, ale zdravotnická zařízení na ně musí aktivně reagovat a zavést je do své praxe. Pacienti v tomto procesu tvoří kontrolní úlohu, musí k tomu být však dostatečně edukováni a informováni o možnostech i formě komunikace (Šupšáková, 2017). Cílem tohoto procesu je rizika odstraňovat nebo je alespoň posouvat do akceptovatelné hranice. V českém zdravotnictví existuje řada faktorů, které mohou ohrozit poskytování bezpečné a kvalitní péče. Mezi tyto faktory můžeme zařadit přetížení zdravotnického personálu, nekvalitně navržené a řízené procesy, nedostatečná politická vůle a jednota a v neposlední řadě zpochybňování nebo zlehčování existujících problémů a rizik zdravotnickým personálem (Škrla a Škrlová, 2008). Sledování a přiznání výskytu nežádoucí události by nemělo být trestáno, ale mělo by být chápáno pozitivně. Každá hlášená nežádoucí událost je ukázkou toho, že zdravotnický personál se aktivně podílí na jejich vyhledávání. Nulový výskyt těchto událostí nesvědčí o pravdivosti této skutečnosti, ale naopak o popírání reality a lhostejnosti k těmto jevům (Šupšáková, 2017).

2 Teoretická část

2.1 Perioperační péče a její prostředí

Smyslem perioperační péče je poskytovat kvalitní a bezpečnou péči před operačním výkonem, v jeho průběhu a bezprostředně po jeho skončení. Není to péče, která se týká jen jednoho oboru. Na této péči se podílí celý operační tým. Každý z pracovníků má svou nezastupitelnou pozici (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012). O každého pacienta pečuje anesteziologický tým, který úzce spolupracuje s týmem chirurgickým, který doplňuje personál operačních sálů. Přesné vymezení kompetencí a mezioborová spolupráce je dána domluvou a zvyklostmi konkrétního pracoviště každého zdravotnického zařízení (Veselý et al., 2011). V současné době operační medicína zaznamenává obrovský nárůst operačních výkonů, nových technik a postupů, kterým se musí přizpůsobit i perioperační péče (Wichsová et al., 2013). Zvýšené hygienické nároky na provoz operačních sálů se řídí zásadami aseptického provozu. Aseptický provoz na operačních sálech se řídí Vyhláškou č. 306/2012 Sb. (Česko, 2012). Významnou roli zastává stavební uspořádání operačních sálů, které tvoří nedílnou součást aseptických požadavků. Mezi trendy minulých let patří pavilonový typ stavebního uspořádání, jehož podstatou bylo, že jednotlivé obory byly v samostatném pavilonu, který disponoval ambulantním, lůžkovým traktem a měl vybudovaný i samostatný operační trakt. V mnoha zdravotnických zařízeních, kde se navýšil počet operačních výkonů přestal pavilonový systém vyhovovat a postupně začal být nahrazován centralizovaným systémem, kde většina součástí nemocnice je umístěna v jedné, vhodně členěné centrální budově. S tímto centralizovaným systémem souvisí i centralizace operačních sálů, které zajišťují veškerý plánovaný i akutní operační provoz (Wichsová et al., 2013). Další významnou podmínkou je, že stavební i funkční členění má jeden cíl, a tím je omezit na minimum přenos infekce z vnějšího prostředí do prostor operačních sálů. Ze stejného důvodu je nepřijatelné, aby došlo ke křížení cest přísunových tzv. cest pro sterilní materiál a cest odsunových tzv. cesty pro odvoz použitého materiálu, použitého prádla aj. v interiéru operačních sálů (Schneiderová, 2014). Vzduchotechnika a klimatizace jsou další důležitá opatření, která se podílí na aseptických podmínkách operačních sálů. Vzduchotechnické požadavky respektují hygienické okolnosti a všeobecně zabraňují šíření prachu a kontaminaci. Jsou řízené a podléhají předpisům ČSN EN ISO 14644-1. Pro splnění aseptických požadavků je nezbytností dobře udržitelná klimatizace a dodržování hygienických režimových opatření (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012).

2.2 Role perioperačních sester v operačním týmu

Posláním perioperačních sester je pečovat o pacienty na operačním sále. Perioperační sestry dbají o zachování pacientovy intimity, důstojnosti a bez předsudků k jeho zdravotnímu stavu, víře nebo národnosti, mu trpělivě vysvětlují v rozsahu svých kompetencí, co se s ním bude dít, než začne operační výkon. Perioperační sestry vedle pečlivého sledování stavu pacienta, vedou ošetrovatelskou operační dokumentaci. Sestry jsou v tomto procesu nepostradatelné, tiché a anonymní průvodkyně pacienta na operačním sále (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012). Perioperační sestry musí být erudované, musí ovládat a znát jednotlivé operační techniky, musí se orientovat v jednotlivých speciálních instrumentářiích a implantátech, které se hojně používají v ortopedii a traumatologii. Perioperační sestry se mnohdy stávají nepostradatelným pomocníkem a rádcem samotným operatérům (Repko et al., 2012). Perioperační sestry, se ve své činnosti na operačním sále dělí na sestry instrumentářky, které se v úzkém kontaktu podílí na operačním výkonu tím, že podávají nástroje a podílí se na asistenci. A dále na sestry obíhající, které jsou funkční spojkou mezi operačním týmem a zázemím operačního traktu. Připravují potřebný materiál a instrumentária pro sestry instrumentářky, asistují při rouškování pacienta před operačním výkonem a vedou dokumentaci o operačním výkonu. Zodpovídají za transport pacienta na operační sál, za jeho uložení a fixaci na operačním stole. Součástí jejich práce je komunikace s pacientem (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012). Kompetencí perioperačních sester je připravovat instrumentárium a materiál k operačnímu výkonu, provádět speciální sterilizační a dezinfekční postupy k zajištění aseptického prostředí (Česko, 2011). Sestry jsou oprávněny po předchozím proškolení manipulovat se zdravotnickou technikou, s operačními stoly a s tlakovými nádobami. Ve spolupráci s lékařem-operatérem se podílí na antisepsi operačního pole, před a po skončení operačního výkonu provádí početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu. Během operačního výkonu instrumentují a podílí se na provádění samotného operačního výkonu dle indikace lékaře. Legislativa opravňuje sestry instrumentářky bez odborného dohledu na základě indikace lékaře asistovat u méně náročných operačních výkonů, zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po skončení operačního výkonu včetně zajišťování prevence komplikací z imobilizace (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012).

2.3 Nežádoucí události v perioperační péči

Nežádoucí události jsou v obecném označení události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v poškození pacienta. Dále jako nežádoucí událost můžeme označit situaci, která se nemusí týkat jen pacienta, ale jako poškozený může být zdravotnické zařízení nebo i zaměstnanec (Pokorná et al., 2019). Vznik nežádoucí události je většinou chápán, jako provinění jednotlivce s následným potrestáním než jako systémová chyba, kterou je třeba identifikovat, analyzovat a na základě této analýzy ev. změnit organizační strukturu poskytované péče (Wichsová et al., 2013). Rizikovými faktory ve zdravotnickém zařízení jsou především složitosti procesů, odlišnosti lidské biologie, vysoká míra nejistoty, nedostatek lidských zdrojů, únava, emočně a stresově náročné pracovní prostředí, které do jisté míry může ovlivnit vznik nežádoucích událostí (Šupšáková, 2017). Jako rizikové faktory při práci na operačním sále lze chápat komplikace či nežádoucí události. Bezpečí a bezpečnost pacienta je základním kritériem dobré a kvalitní péče, která je poskytována v souvislosti s operačním výkonem. Ale přesto dochází v průběhu této péče k příhodám, které jsou charakterizovány jako komplikace nebo nežádoucí události (Wichsová et al., 2013). Ve zdravotnické praxi nebývá výjimkou, že pochybení může projít několika kontrolami, bývají kolikrát víceúrovňové až řetězové. Tyto negativní situace se mohou kumulovat a nezabrání této situaci ani několik zúčastněných osob, ani kontrolní víceúrovňové mechanismy, které by dokázaly tuto situaci zastavit. I přes důkladnou přípravu a akceptování všech možných rizik dochází v životě, ale i v praxi k situacím, které nikdo nepředvídal ani nečekal. Nebýváto tím, že by nebyla známým rizikům věnována patřičná pozornost, ale jejich výskyt bývá mimo očekávání, protože z ničeho, co jsme v minulosti zažili, nelze vyvodit, že by se taková situace mohla přihodit (Šupšáková, 2017). V perioperační péči může dojít ke komplikaci vlivem chybného polohování pacienta, jehož následkem může být zhoršený přístup operátora k operační ráně, nebo se mohou zhoršit podmínky k zajištění průchodnosti dýchacích cest a tím ke zhoršení adekvátní ventilace pacienta (Ihnát, 2017).

2.3.1 Hygiena rukou jako prostředek poskytování bezpečné a kvalitní péče

Hygiena rukou patří k základním pilířům prevence infekcí spojených se zdravotní péčí (Zadák et al., 2017). Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče patří mezi rezortní bezpečnostní cíle vydané MZČR. Rezortní bezpečnostní cíle jsou

vydávány formou metodických doporučení a jsou závazné všem zdravotnickým zařízením, které jsou přímo řízené MZČR. Hygiena rukou je uznávanou metodou, která předchází vzniku a šíření infekcí spojených se zdravotní péčí (Česko, 2015). V souvislosti s péčí o hygienu rukou rozlišujeme několik postupů. **Mechanické mytí rukou** provádíme za pomoci tekutého mýdla bez antiseptických účinků a vlažné vody. V dnešní době jsou k dispozici poznatky o tom, že použití teplé vody není doporučováno, protože rozšiřuje kožní póry, a tím jsou ruce zdravotníka ohroženy zvýšené propustnosti mikrobů do podkoží. Měkký kartáček se též nedoporučuje pro tento druh hygieny rukou, protože může způsobovat drobné trhliny, a tím se ruce zdravotníka stávají opět náchylnější k propustnosti mikrobů do podkoží. **Hygienické mytí rukou** patří k vyšší formě péče o ruce zdravotníka. Tekuté mýdlo obsahuje antimikrobiální přísadu, která je z antibakteriologického hlediska účinnější než prosté mechanické mytí rukou. Tato metoda nemůže nahradit hygienickou dezinfekci rukou v rámci přípravy před operačním výkonem. Tato metoda spolehlivě ničí jen tranzientní flóru na ruce zdravotníka. **Hygienická dezinfekce rukou** proti hygienickému mytí rukou vede k větší redukci mikroflóry na kůži zdravotníka s podmínkou, že bylo dodrženo hygienické mytí rukou. Při hygienické dezinfekci rukou je využíván alkoholový dezinfekční prostředek, který se po dobu jedné minuty vtírá po celé ploše rukou a předloktí, druhou minutu vtíráme dezinfekci do rukou až k zápěstím a po dobu třetí minuty vtíráme už jen v oblasti rukou. Nezapomínáme na nehty a nehtová lůžka. Dezinfekci neotíráme, ale necháme ji na ruce zaschnout (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012). Bylo jednoznačně dokázáno, že převážná většina infekcí spojená s operačním výkonem bývá endogenního původu tzn. že původcem infekce jsou bakterie, které kolonizují povrch pacientovy kůže nebo to mohou být bakterie při otevřených operacích trávícího traktu. I přes tuto skutečnost je před operačním výkonem povinné **chirurgické mytí rukou**, které je závazné pro všechny členy operačního týmu. Tato technika zahrnuje mechanické mytí rukou a předloktí s následnou hygienickou dezinfekcí. Tato procedura se provádí vždy před prvním operačním výkonem mezi každou další operací je doporučována hygienická dezinfekce rukou. V průběhu chirurgického mytí rukou je doporučováno minimalizovat postříkání operačního oděvu vodou, protože mokrá oděv významně urychluje kontaminaci sterilního chirurgického oblečení. V průběhu celého procesu mytí je vhodné držet ruce výše než lokty, aby voda mohla stékat od konečků prstů směrem k loktům (Ihnát, 2017).

2.3.2 Nežádoucí událost infekce v operační ráně

Při porušení zásad asepse a antiseptiky lze očekávat vznik nežádoucí situace, kterou označujeme, jako časnou pooperační komplikaci, a tou je infekce v operační ráně. Většina těchto infekcí se projevuje do několika dnů po operačním výkonu zvýšenou tělesnou teplotou pacienta a zarudnutím operační rány, popř. její sekrecí (Schneiderová, 2014). Toto riziko je nutné mít neustále na zřeteli a všemi možnými dostupnými prostředky je nutné toto riziko eliminovat. Prvním krokem k eliminaci tohoto rizika je předoperační příprava. Důsledně provedená předoperační příprava vede ke snížení rizika vzniku pooperačních komplikací. Je vhodné rozlišit předoperační přípravu neodkladné či urgentní operace od předoperační přípravy plánovaného operačního výkonu. U urgentního či neodkladného operačního výkonu je vyšší výskyt pooperačních komplikací. Důvodem bývá časová tíseň, která se promítá i do samotné předoperační přípravy. Hygienická předoperační péče je omezena pouze na odstranění hrubých nečistot a vyjmutí umělého chrupu pacienta (Janíková a Zeleníková, 2013). Jako zdroj pooperační infekce u aseptických operačních výkonů bývá označován samotný pacient, personál operačního týmu, operační materiál nebo prostředí operačních sálů. V pooperačním období mohou být zdrojem kontaminace např. nesprávně prováděné převazy operační rány (Slezáková et al., 2010). Další skupinou infekcí mohou být infekce spojené se zdravotní péčí, což jsou infekce vázané na pobyt ve zdravotnickém zařízení. Pro definici infekce spojené se zdravotní péčí je rozhodující, kdy se infekce manifestovala. Toto časové období je důležité pro identifikaci této infekce, protože pokud se infekce projeví u pacienta do 48 hodin od přijetí do zdravotnického zařízení, nelze hovořit o infekci spojené se zdravotní péčí (Šrámová et al., 2013). Riziko vzniku infekce spojené se zdravotní péčí umocňují organizační faktory ve zdravotnickém zařízení, ale především faktory lidského chování, k němuž velmi významně přispívá nedostatek personálu, nízká compliance k hygieně rukou a dalším hygienickým postupům a opatřením. V prevenci proti infekci spojené se zdravotní péčí zůstává stále nejefektivnější nástroj důsledné dodržování hygienického režimu, včetně mytí a dezinfekce rukou personálu (Zadák et al., 2017).

2.3.3 Nežádoucí událost záměny pacienta, strany a výkonu

Selhání komunikace mezi personálem může vést k záměně pacienta, operované strany nebo operačního výkonu (Šupšáková, 2017). Při dodržení povinné jednotné identifikace

pacientů lze významným způsobem ovlivnit riziko záměny pacienta, strany nebo výkonu. Základní strategií pro zvládnutí tohoto rizika je důsledná identifikace pacienta, kontrola operované strany a druh operačního výkonu. Před každým operačním výkonem je vhodné provést bezpečnostní proceduru. Cílem bezpečnostní procedury je ověření identity pacienta, operačního výkonu, operačního pole, připravenost nástrojů a implantátů potřebných k danému operačnímu výkonu (Pokorná et al., 2019). **Verifikace údajů před operačním výkonem** je povinnou procedurou, kterou v platnost uvádí zákon č. 372/2011 Sb. Údaje v dokumentaci pacienta by měly být ve vzájemné shodě s identifikací pacienta, označením orgánu či oblasti těla, kde má být proveden operační výkon a zvláštní pozornost je věnovaná shodě při určení lateralizace chorobných změn. O postupu verifikace provádí lékař zápis do dokumentace pacienta. Pokud ze závažných důvodů nelze provést verifikační proceduru, musí lékař učinit zápis do dokumentace pacienta, že verifikace provedena nebyla a uvede důvod. **Označení místa výkonu** se provádí nesmazatelným fixem ještě před podáním premedikace pacientovi. Označení se provádí na levé či pravé straně a na zaměnitelných strukturách, jako jsou např. prsty na nohou či ruku nebo na zaměnitelných úrovních při operacích páteře (Česko, 2010).

2.3.4 Nežádoucí událost pádu v perioperační péči

Pádem označujeme situaci, kdy se pacient neplánovaně ocitne na podlaze ať už s poraněním nebo bez něj. Pádem označujeme i situaci, kdy se zdravotník snaží minimalizovat dopad. Takový pád je označován jako tzv. asistovaný pád. Každé zdravotnické zařízení má vypracovaný metodický pokyn, jehož úkolem je minimalizovat výskyt těchto nežádoucích událostí. Jeho svědomitým dodržováním lze účinně ovlivnit vznik nežádoucích událostí pádu. **Systematickou edukací perioperačního personálu**, která se uplatňuje již ve fázi adaptačního procesu lze efektivně upozornit na možný vznik této nežádoucí události (Pokorná et al., 2019). K nežádoucí události pádu pacienta na operačním sále může dojít pouze selháním lidského faktoru, kterým je v tomto případě zdravotnický personál, nebo samotný pacient. Mezi faktory, které mohou ovlivnit vznik pádu u pacienta, můžeme zařadit seniorský věk, riziková medikace nebo nějaké psychiatrické onemocnění (Janíková a Zeleníková, 2013). K této politováníhodné situaci může dojít při překlada pacienta z transportního lehátka na operační stůl, nebo opačně. Další příčinou může být nedokonalé zajištění zářázky, která má chránit pacienta před pádem. Při plnění perioperační péče zodpovídají za správné upevnění

obíhající sestry. Úkolem perioperačního personálu je všemi možnými dostupnými prostředky chránit pacienta před pádem. Je vhodná vícestupňová kontrola zajištění pacienta proti pádu (Česko, 2011).

2.3.5 Nežádoucí událost vzniku dekubitu, útlaku a parézy nervu

Dekubitus je oblast lokalizovaného poškození kůže a podkožních tkání, které je způsobeno tlakem, střížnými silami anebo kombinací těchto faktorů. V současné době není k dispozici jednotná podoba standardu ani klinický doporučený postup pro monitorování a prevenci dekubitů u pacientů. Jednotlivá zdravotnická pracoviště si určují vlastní metodické pokyny, kterými vznik dekubitů monitorují a na jejich podkladě vypracovávají standard k prevenci a léčbě dekubitů (Pokorná et al., 2019). Predilekčními místy pro vznik dekubitu jsou ty oblasti, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou minimálně izolovány vrstvou podkožního tuku a svalstva. V souvislosti s poskytováním perioperační péče si všímáme stavu kůže u každého pacienta. Při manipulaci a při ukládání do operační polohy dbáme na dostatečnou prevenci pro vznik dekubitu. Při přikládání bezpečnostních zarážek využíváme podložení pod každou rizikovou oblast, využíváme gelových podložek a chráníme pacientovu kůži. Vlivem špatného polohování můžeme způsobit komplikace při operačním výkonu, jehož následkem je špatné prokrvení končetiny, útlak nervů a vznik dekubitů (Ihnát, 2017). Riziko útlaku nebo parézy nervu hrozí u operací velkých kloubů, kdy umístění zarážky tlačí na oblast, kde probíhá povrchová větev nervu. Nejcitlivější oblastí je brachiální plexus (Azar et al., 2017).

2.3.6 Nežádoucí událost chybné komunikace

Komunikace s pacientem má svá specifika. Základem dobré komunikace je respekt k lidské jedinečnosti a důstojnosti. Pacienti, kteří přichází na operační sál prožívají úzkost, kolikrát i velkou bolest a obávají se o svůj život. Proto je velmi nutné držet se přísloví „*Chovejte se k pacientovi tak, jak chcete, aby bylo zacházeno s vámi či vašimi blízkými*“ (Andršová, 2012, s. 41). Komunikace je základem a nedílnou součástí ošetrovatelské péče (Andršová, 2012). Nežádoucí událost chybné komunikace může být způsobena nedodržením sesterských pravomocí, kterou upravuje Vyhláška 55/2011 Sb. (Česko, 2011). Každý pacient absolvuje předoperační přípravu, která se týká nejen somatické připravenosti pacienta

k operačnímu výkonu, ale především by měl být edukován lékařem i sestrou o tom, co může na operačním sále očekávat. Cílem takovéto předoperační procedury je vytvoření optimálních podmínek ke zvládnutí operační zátěže, což významně přispívá k dobrému a nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí. Každá příprava k operaci zahrnuje prvky všeobecného rázu, které mají být splněny u každého pacienta a prvky speciální, které se váží k samotné diagnóze a typu operačního výkonu. **Informovaný souhlas** je dokument, který ve svém obsahu uvádí podstatu daného operačního výkonu, jeho povahu, možná rizika a předpokládaný výsledek. Informovaný souhlas musí každý pacient nebo jeho zákonný zástupce podepsat před každým operačním výkonem (Zeman et al., 2011).

2.3.7 Nežádoucí událost úniku informací ze zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace je soubor dokumentů, který plní informativní úlohu o osobě pacienta, obsahuje anamnézu, popisuje vývoj léčby v čase, informuje o celém průběhu zdravotnické péče. Je určena pro potřeby zdravotnických pracovníků, kterým umožňuje zvolit správnou diagnostiku a léčebnou strategii. Zdravotnická dokumentace v mnoha situacích slouží jako důkazní prostředek, zda péče proběhla de lege artis (Kebza et al., 2014). Součástí zdravotnické dokumentace je **ošetřovatelská dokumentace**. Součástí ošetřovatelské dokumentace jsou informace o ošetřovatelské péči a o způsobu jejího poskytování v čase. Ošetřovatelská dokumentace obsahuje záznamy o ošetřovatelské anamnéze pacienta, zhodnocení jeho zdravotního stavu a posouzení potřeb pacienta. Součástí dokumentace je ošetřovatelský plán a ošetřovatelské diagnózy, které jsou poskytovány v přímé souvislosti se zdravotním stavem každého pacienta. Ošetřovatelská dokumentace obsahuje záznamy o realizaci ošetřovatelských postupů, jejich četnosti a jejich hodnocení (Policar, 2010). **Povinná mlčenlivost** je nejen etickým imperativem, ale je dána i legislativou. Povinností každého zdravotníka je zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání (Raboch et al., 2012). Za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje předávání informací jiným zdravotníkům, kteří se v přímé souvislosti podílí na poskytování zdravotní péče danému pacientovi. Další výjimkou je poskytování informací rodinným příslušníkům se svolením pacienta, popř. zákonným zástupcem pacienta (Mach et al., 2013). Zdravotnický pracovník není vázán povinnou mlčenlivostí, pokud se brání proti žalobě podané pacientem. Jinak chráněné informace smí sdělovat v rámci své obhajoby při trestním řízení (Policar, 2010).

2.3.8 Nežádoucí událost bezpečného předávání pacienta

Bezpečné předávání pacientů patří mezi resortní bezpečnostní cíle. Smyslem je předávání pacienta jednotnou formou v celém zdravotnickém zařízení. Každé zdravotnické zařízení si tvoří svou vlastní podobu tohoto doporučení (Bartůněk et al., 2016). K bezpečnému předávání pacienta na operační sál patří důsledně provedená předoperační příprava, jejíž úkolem je minimalizovat následné nežádoucí události. Po příjezdu na operační sál perioperační sestry kontrolují kompletní dokumentaci a identifikační náramek. Před operačním výkonem by měla být provedena předoperační koupel s použitím antibakteriálního mýdla. Sestry provádí oholení operačního pole, vyčištění pupeční jizvy a aplikují elastické bandáže dolních končetin, jako prevenci žilní trombózy. Sestry ověřují, zda je pacient prostý šperků, hodinek, sponek či nalakovaných nebo umělých nehtů (Wichsová et al., 2013).

2.3.9 Nežádoucí událost termického poškození perioperační péči

Využití elektrokauteru při operačních výkonech je poměrně běžná záležitost. A právě této poměrně běžné záležitosti bychom měli věnovat zvýšenou pozornost. Termické poškození pacienta patří mezi potenciální riziko. Během operačního výkonu je využívána **elektrokoagulace**, což je léčebná metoda, která spočívá v koagulaci tkáně pomocí elektrického proudu. Tato metoda se využívá u operačního výkonu k zástavě krvácení zejména z drobných cév. Elektrokauterizace využívá dva režimy použití elektrického proudu, které se označují jako **bipolární koagulace** a **monopolární koagulace**. Při bipolární koagulaci se používá speciální pinzeta. Její pracovní plochy slouží jako dvě elektrody, mezi kterými prochází proud do uchopené tkáně. Pouze v tomto prostoru dochází ke koagulaci. Výhodou bipolární koagulace je její bezpečnost a možnost využít elektrokauterizaci u pacientů s kardiostimulátorem. Monopolární koagulace využívá jen jednu aktivní elektrodu, u které je maximální intenzita elektrického proudu na hrotu této elektrody. Elektrický proud protéká všemi tkáněmi organismu nacházející se mezi aktivní a neutrální elektrodou. Pokud je využívána monopolární elektrokoagulace, je nutné na pacientovu kůži přiložit neutrální elektrodu. **Neutrální elektroda** je plochá destička, jejíž funkcí je uzavřít okruh elektrického proudu (Krška et al., 2011). Neutrální elektroda musí spolehlivě přilnout celou svou plochou na kůži pacienta. Pacient nesmí přijít do kontaktu s žádnou kovovou částí, která je uzemněna např. část operačního stolu

nebo části zarážky. Zvýšenou ostražitost musíme věnovat neutrální elektrodě při antiseptice operačního pole dezinfekčním roztokem. Musíme dbát na to, aby se pod neutrální elektrodu nedostala žádná tekutina. Pozornost bychom měli věnovat i ochlupení pacienta, je vhodné hustší porost ochlupení se svolením pacienta oholit pro lepší přilnavost neutrální elektrody (Ihnát, 2017).

2.4 Monitoring rizikových faktorů a vyhodnocování nežádoucích událostí

Monitoring rizikových faktorů, jejich vyhodnocování a zpracovávání je v dnešní době klíčový element v procesu zvyšování bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče (Šupšáková, 2017). Sledování těchto faktorů ve zdravotnickém zařízení je také legislativním požadavkem MZČR (Česko, 2011). Každá činnost, která je prováděná v souvislosti s poskytováním zdravotní péče může být označena, jako rizikový faktor. Každá činnost může za určitých okolností vyústit v nežádoucí událost (Pokorná et al., 2019). **Řízení rizik (risk management)** je systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci rizik ve zdravotnickém zařízení. Obecně lze říci, že řízení rizik se zaměřuje na všechny oblasti činnosti ve zdravotnictví, nejen na léčebnou a ošetrovatelskou péči. **Cílem řízení rizik** je minimalizování pravděpodobného výskytu nežádoucích událostí s negativními následky pro pacienty, personál nebo zdravotnické zařízení. Mezi další cíle patří monitorování a vyhodnocování zpětné vazby výsledků péče od pacientů a zaměstnanců zdravotnického zařízení a dbání na soulad s platnou legislativou. **Retrospektivní monitoraci** lze identifikovat rizika pomocí auditů, výsledků hodnocení nežádoucích událostí, sledováním dodržování vydaných standardů anebo náhodných zjištění v praxi. Zdrojem identifikace rizik mohou být i stížnosti nebo soudní spory. „*Je nutné v zásadě hledat chybu v systému, protože lidská chyba je nevyhnutelná.*“ (Šupšáková, 2017, s. 10). Cílem a výsledkem retrospektivní monitorace rizika není nalezení viníka, ale zjištění, jak k tomu mohlo dojít, tzv. kořenová analýza příčiny (Šupšáková, 2017).

2.4.1 Hlášení nežádoucích událostí

Cílem centrálního systému je statistické sledování nežádoucích událostí, které se pojí s poskytováním zdravotnických služeb. Významnou úlohou centrálního systému je statistické

vedení nežádoucích událostí, jejich profylaxe a řešení. Další významnou úlohou je publikace metodik k prevenci nežádoucích událostí (Pokorná et al., 2019). **Registr hlášení nežádoucích událostí** představuje efektivní nástroj zpětné vazby a prevence rizik nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení, jehož cílem je monitorování nejčastějších rizik a nežádoucích událostí (Šupšáková, 2017). Registr nežádoucích událostí by měl být přístupný všem pracovníkům a zdravotnické zařízení by mělo zajistit anonymitu těchto hlášení, aby chránilo ohlašovatele před možným postihem. Pro manažera rizik je důležité nahlášení nežádoucí události, protože jejich monitorováním lze do jisté míry efektivně ovlivňovat kvalitu poskytované péče (Plevová et al., 2012). Hlášení nežádoucích událostí není omezeno jen na hlášení sestrami nebo klinickými pracovníky, ale hlášení mohou provést i pracovníci dodavatelských institucí, které zajišťují pro poskytovatele některé služby. Poskytovatel zdravotních služeb si určí priority a jim podřizuje proces jejich zpracování. Je sledována závažnost případné nežádoucí události, a o této události jsou informováni primárně vedoucí pracoviště, kde k této události došlo či na kterém byla zjištěna. Nežádoucí událost podléhá klasifikaci o nežádoucích událostech. Poskytovatel zdravotních služeb zhodnotí závěr analýzy o nežádoucí události a případně navrhne systémová opatření pro snížení rizika. Návrh opatření obsahuje i harmonogram jejich zavedení do praxe (Česko, 2012).

2.4.2 Prevence nežádoucích událostí

Každá hlášená nežádoucí událost, která se zaznamená, analyzuje a posléze i řeší přináší s sebou nápravné i preventivní opatření do budoucnosti. K všeobecným pravidlům, které se vztahují k prevenci nežádoucí události patří vypracování pracovních postupů pro jednotlivé oblasti péče, sledování rizikových oblastí, vedení záznamů o nežádoucích událostech a nastavení kontrolních mechanismů pro jejich sledování (Bartůněk et al., 2016). K preventivním mechanismům přispívá i vedení **adaptačního procesu**, kdy začátek praxe sester s sebou přináší i zvýšené riziko výskytu chyb a omylů ze strany nového zaměstnance. Chybný přístup k řešení chyb a omylů může vést k jejich zatajování nebo podsouvání tvorby těchto chyb někomu jinému. Následkem je vytvoření začarovaného kruhu. Jedinec se začne aktivně vyhýbat chybám, a to může vést k falešnému pocitu bezchybnosti v týmu. Aby bylo minimalizováno takovéto chování, v každém zdravotnickém zařízení funguje vzdělávací program, jehož cílem je zvýšení informovanosti v prostředí zdravotnického zařízení. Probíhá školení bezpečnosti práce a požární ochrany, manipulace s léky či s biologickým materiálem

a v neposlední řadě seznámení se základními organizačními normami daného zdravotnického zařízení (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015). Aby fungovala preventivní opatření v poskytování zdravotní péče, musí mít každé zdravotnické zařízení vypracované postupy a směrnice, které budou v souladu s platnou legislativou. Je důležité, aby zdravotnické zařízení disponovalo vyhovujícím systémem informovaných souhlasů, fungujícím procesem hlášení a prevencí infekcí spojených se zdravotní péčí, fungujícími bezpečnostními aspekty zdravotnického zařízení aj. (Škrla a Škrlová, 2008).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle a výzkumné otázky výzkumu

3.1.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda sestry pro perioperační péči umí identifikovat rizikové faktory nežádoucích událostí.
2. Zjistit, zda sestry pro perioperační péči dodržují opatření v prevenci nežádoucích událostí.

3.1.2 Výzkumné otázky

1. Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí?
2. Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí?

3.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda, která probíhala formou polostrukturovaných rozhovorů (Příloha B). Výzkum byl realizován v nemocnici Středočeského kraje, na Centrálních operačních sálech. Byl zajištěn souhlas od hlavní sestry nemocnice Mladá Boleslav k probíhajícímu výzkumu (Příloha A). Výzkum probíhal v srpnu 2019. Otázky pro rozhovor byly upraveny po provedeném předvýzkumu. Předvýzkum byl prováděn pomocí polostrukturovaného rozhovoru s dvěma perioperačními sestrami z operačních sálů v Mladé Boleslavi. Na základě předvýzkumu byly otázky k polostrukturovanému rozhovoru blíže specifikovány. K rozhovoru dalo souhlas pět respondentů. Rozhovory byly nahrávány a zaznamenány v doslovném přepisu.

3.3 Analýza výzkumných dat

Rozhovory respondentů byly analyzovány dle stanovených kategorií, pomocí techniky kódování (tužka a papír). Výsledky byly zpracovány pomocí schémat v programech Microsoft® Office 2010 Word.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

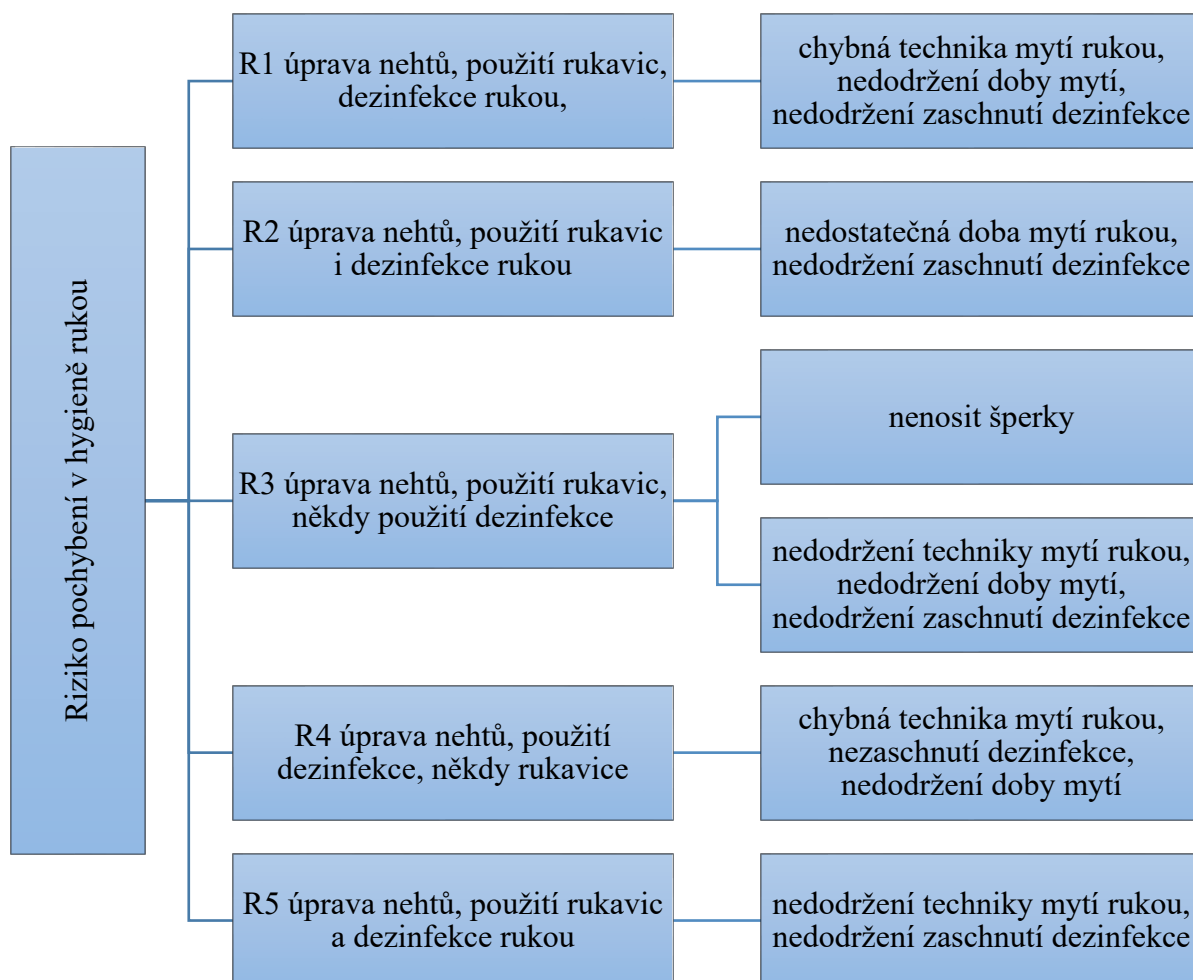
Tabulka 1 Údaje respondentů

Sestra	Praxe ve zdravotnictví	Praxe perioperační sestry
R1	30 let	27 let
R2	26 let	25 let
R3	7 let	3,5 roku
R4	21 let	20 let
R5	18 let	12 let

3.5 Kategorie a analýza výsledků rozhovoru

Byly stanoveny kategorie, pro které byly použity úryvky odpovědí respondentů. Výsledky byly znázorněny v grafických schématech.

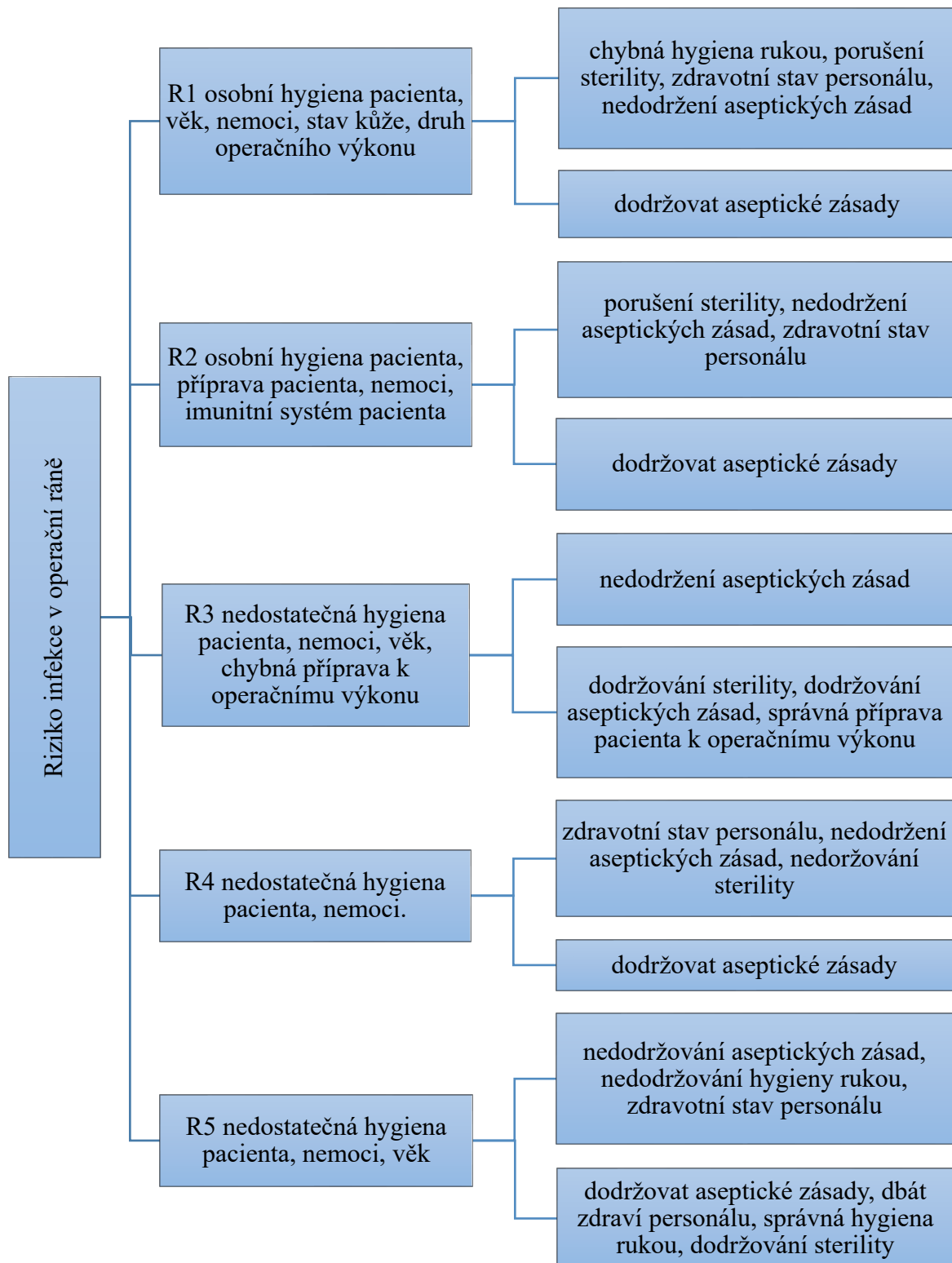
3.5.1 Kategorie 1 Riziko chybné hygieny rukou



Obrázek 1 Riziko pochybení v hygieně rukou

Schéma 1 zobrazuje faktory, které ovlivňují kvalitu v hygieně rukou. **Respondenti 1-5** se shodují na tom, že je důležitá úprava nehtů a používání rukavic a poté dezinfekce. **R2 a R3** si myslí, že je důležité nenosit žádné šperky. Respondenti 1-5 si myslí, že dochází mezi personálem k chybné technice mytí, nedodržení správné doby mytí, a že se nenechává zaschnout dezinfekce při chirurgickém mytí.

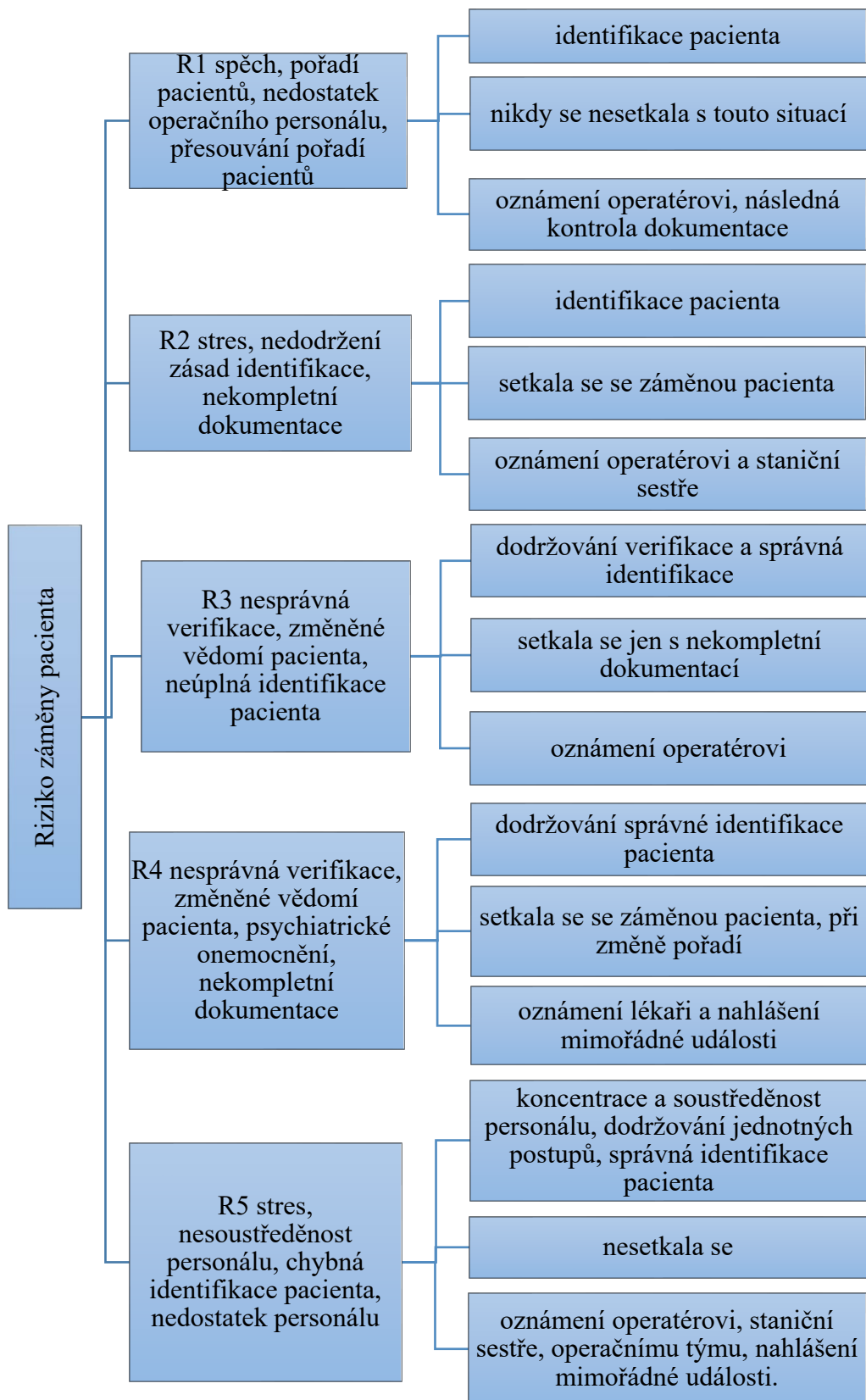
3.5.2 Kategorie 2 Riziko infekce v operační ráně



Obrázek 2 Riziko infekce v operační ráně

Schéma 2 zobrazuje faktory, které ovlivňují vznik infektu v operační ráně. **Respondenti 1-5** si myslí, že nedostatečná hygiena pacientů, jejich věk a nemoci mohou podpořit vznik infekce v operační ráně. **R1** si myslí, že druh operačního výkonu může ovlivnit vznik infektu v operační ráně. **R2** si myslí, že i imunita může být faktor, který ovlivňuje riziko vzniku infekce v operační ráně. **R3** odpověděl, že riziko vzniku infektu může ovlivnit předoperační příprava pacienta: „*Stává se velmi často, že pacienti přijíždí nepřipravení, např. přijedou na laparoskopickou operaci a mají špinavé pupíky a nejsou správně oholeni*“. Respondenti 1-5 si myslí že u zdravotnického personálu dochází k porušení aseptických zásad. **R1 a R5** si myslí, že nedochází mezi personálem ke správné hygieně rukou. **R1, R2 a R4** uvádí, že dochází k porušení sterility, což může vést k riziku vzniku infekce v operační ráně. **R1, R4 a R5** si myslí, že i zdravotní stav personálu může ovlivnit riziko vzniku infekce v operační ráně. **Respondenti 1-5** uvádí, že prevencí proti riziku infekce v operační ráně je dodržování aseptických zásad, dodržování sterility, správná hygiena rukou, správná předoperační příprava a dobrý zdravotní stav personálu.

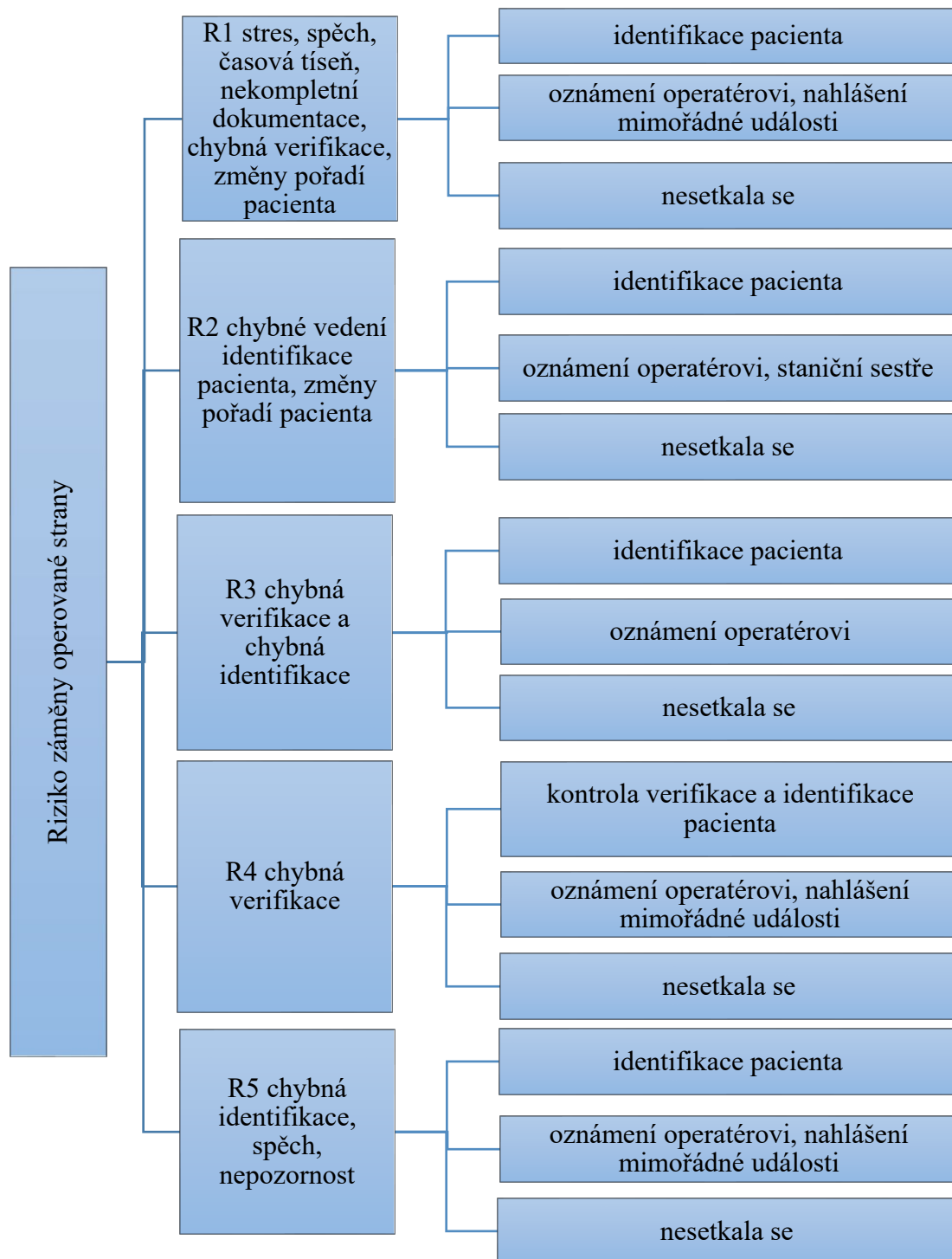
3.5.3 Kategorie 3 Riziko záměny pacienta



Obrázek 3 Riziko záměny pacienta

Schéma 3 zobrazuje faktory, které mohou ovlivnit vznik záměny pacienta na operačním sále. K těmto rizikům lze řadit spěch, stres, změněné vědomí pacienta, nekompletní dokumentace, nedostatek personálu, psychiatrické onemocnění pacienta aj. **R1 a R5** se nikdy nesetkal se záměnou pacienta. **R2 a R4** uvádí, že se setkal se záměnou pacienta, kdy došlo pouze k transportu pacienta v chybném pořadí a **R3** uvádí, že se setkal pouze s nekompletní dokumentací. **Respondenti 1-5** uvádí, že by událost oznámili operatérovi a **R4 a R5** by událost oznámil jako mimořádnou událost.

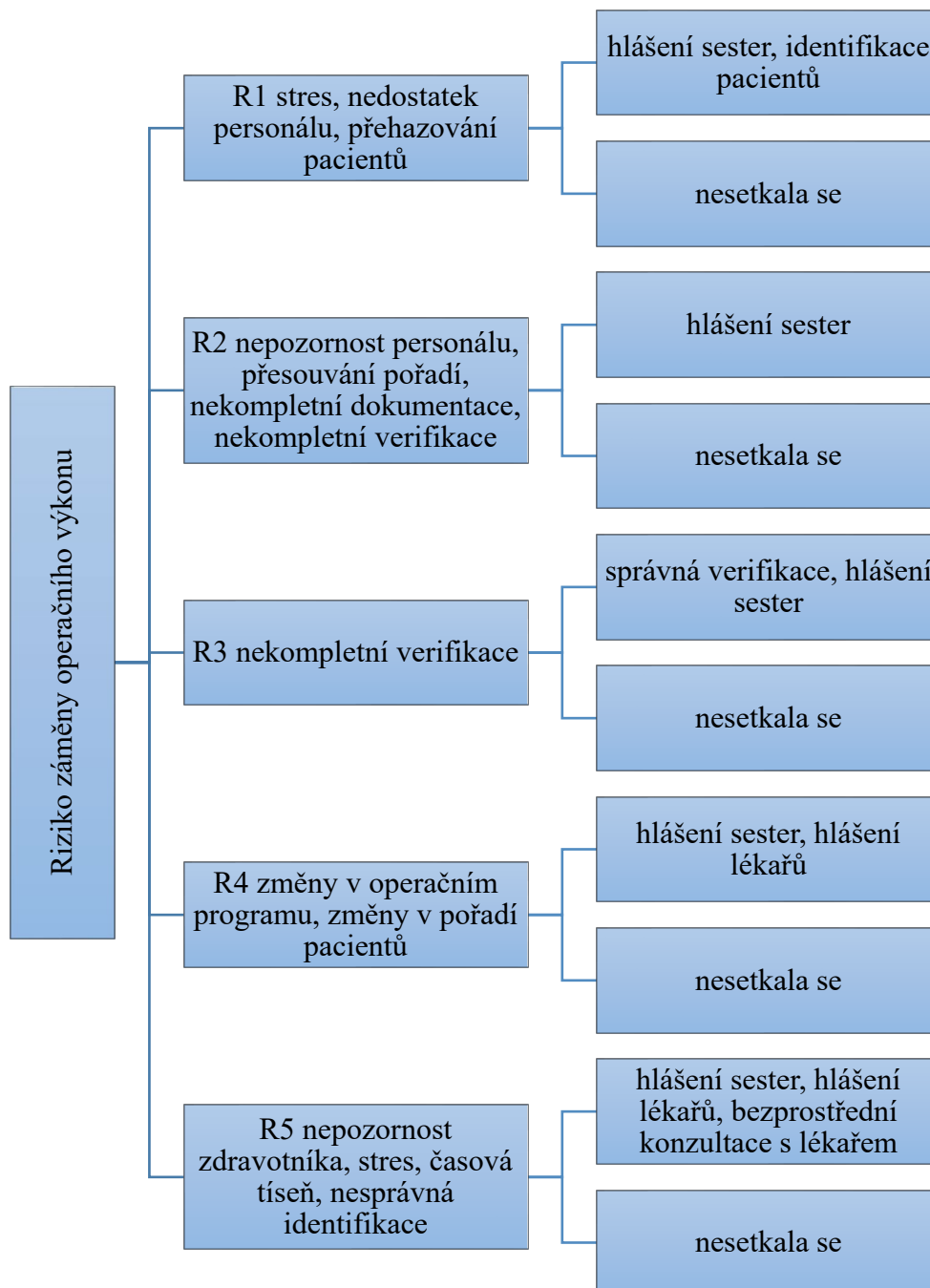
3.5.4 Kategorie 4 Riziko záměny operované strany



Obrázek 4 Riziko záměny operované strany

Schéma 4 ukazuje faktory, které mohou ovlivnit vznik rizika záměny operované strany. Respondenti se shodují na tom, že rizikové je chybné vedení verifikace a identifikace pacienta. Respondenti uvádějí, že se s touto situací nesetkali.

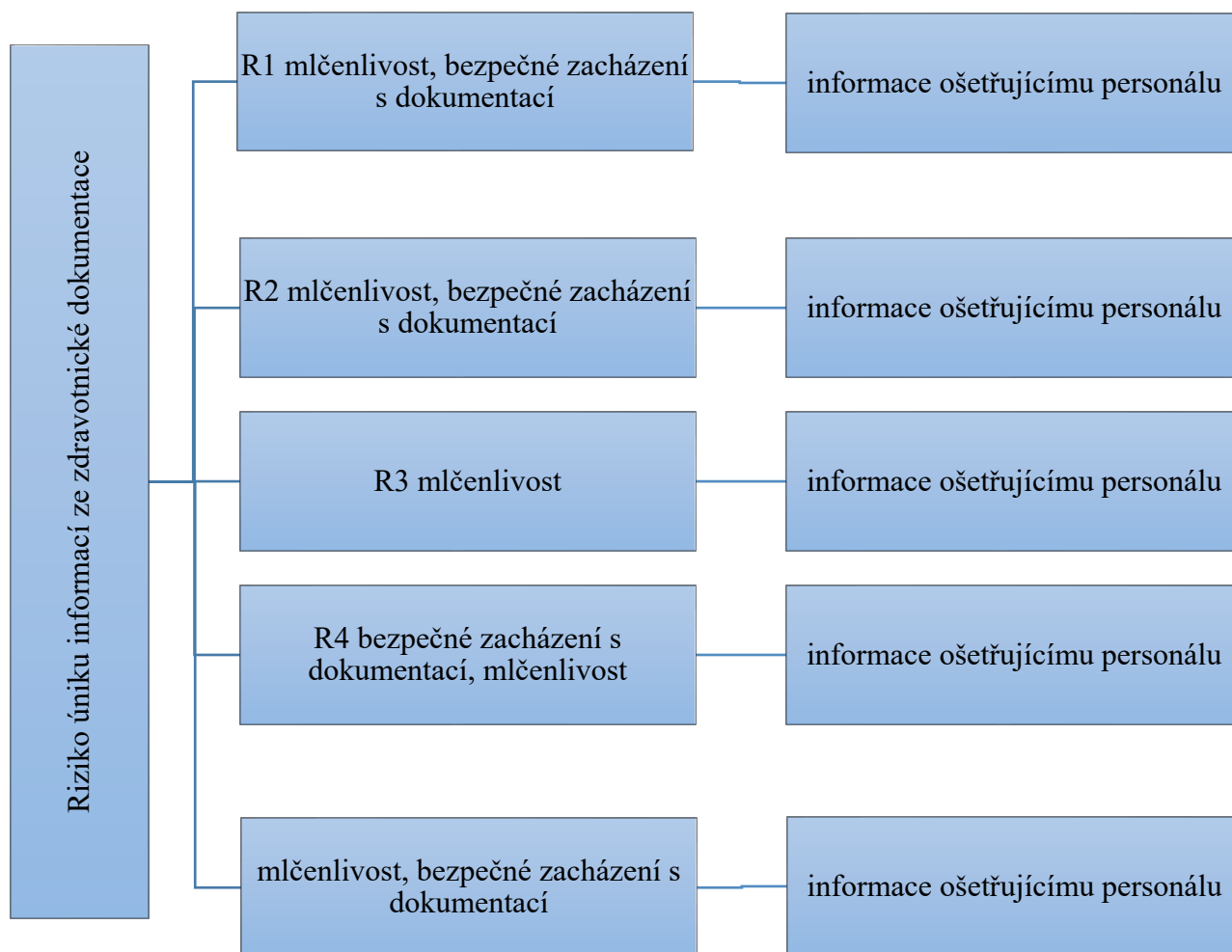
3.5.5 Kategorie 5 Riziko záměny operačního výkonu



Obrázek 5 Riziko záměny operačního výkonu

Schéma 5 zobrazuje faktory, které se mohou mít vliv na riziko záměny operačního výkonu. Respondenti se shodují na tom, že nepozornost, stres, změny v operačním programu a změny v pořadí operací mohou mít vliv na riziko záměny operačního výkonu. K těmto faktorům významně přispívá i nesprávné vedení identifikace pacienta. Prevencí k záměně operačního výkonu slouží hlášení sester a hlášení lékařů.

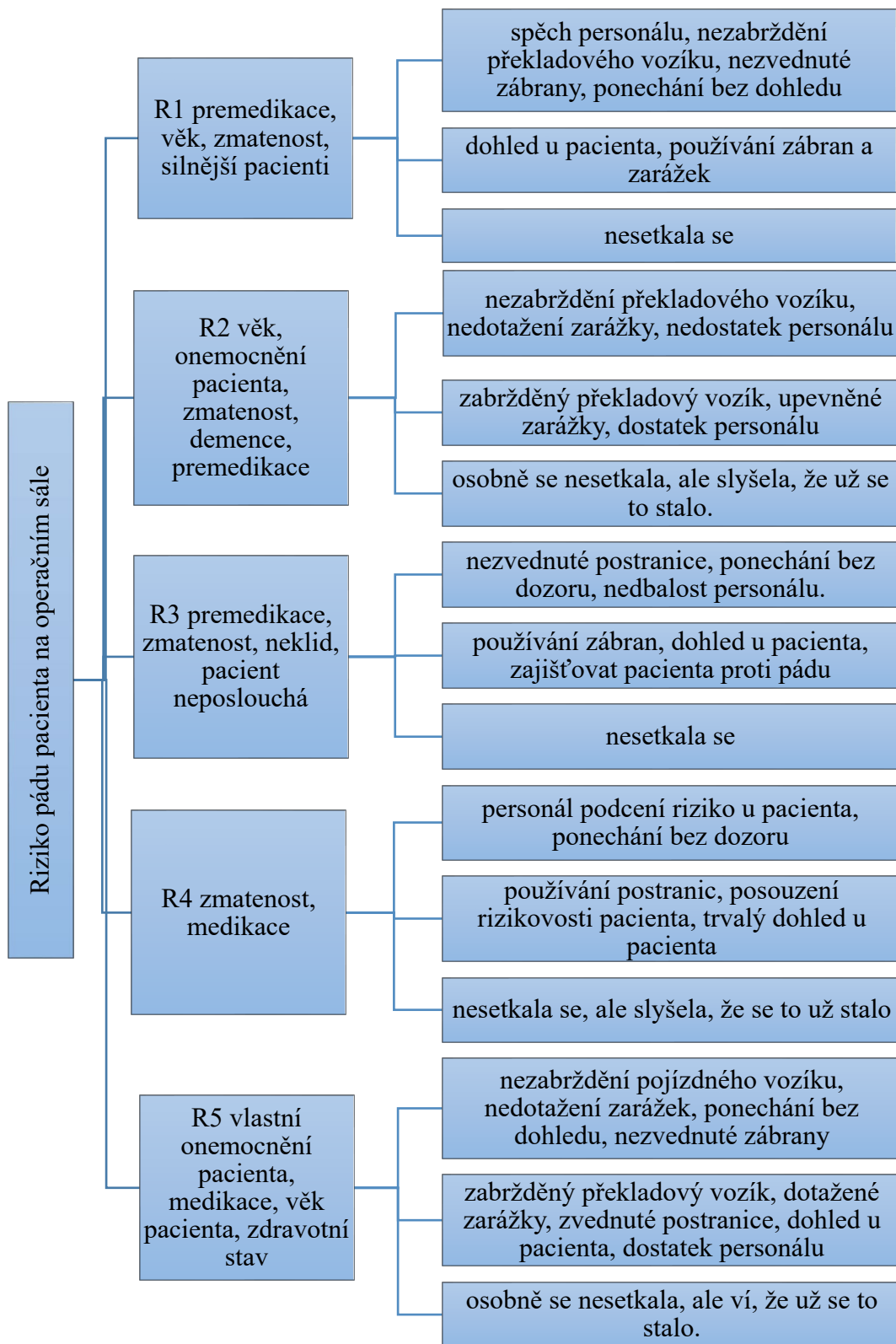
3.5.6 Kategorie 6 Riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace



Obrázek 6 Riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace

Schéma 6 popisuje zásady uchování informací v prevenci proti úniku informací ze zdravotnické dokumentace. Respondenti shodně uvádějí mlčenlivost, bezpečné zacházení s dokumentací a možnost svěření informací pouze ošetřujícímu personálu.

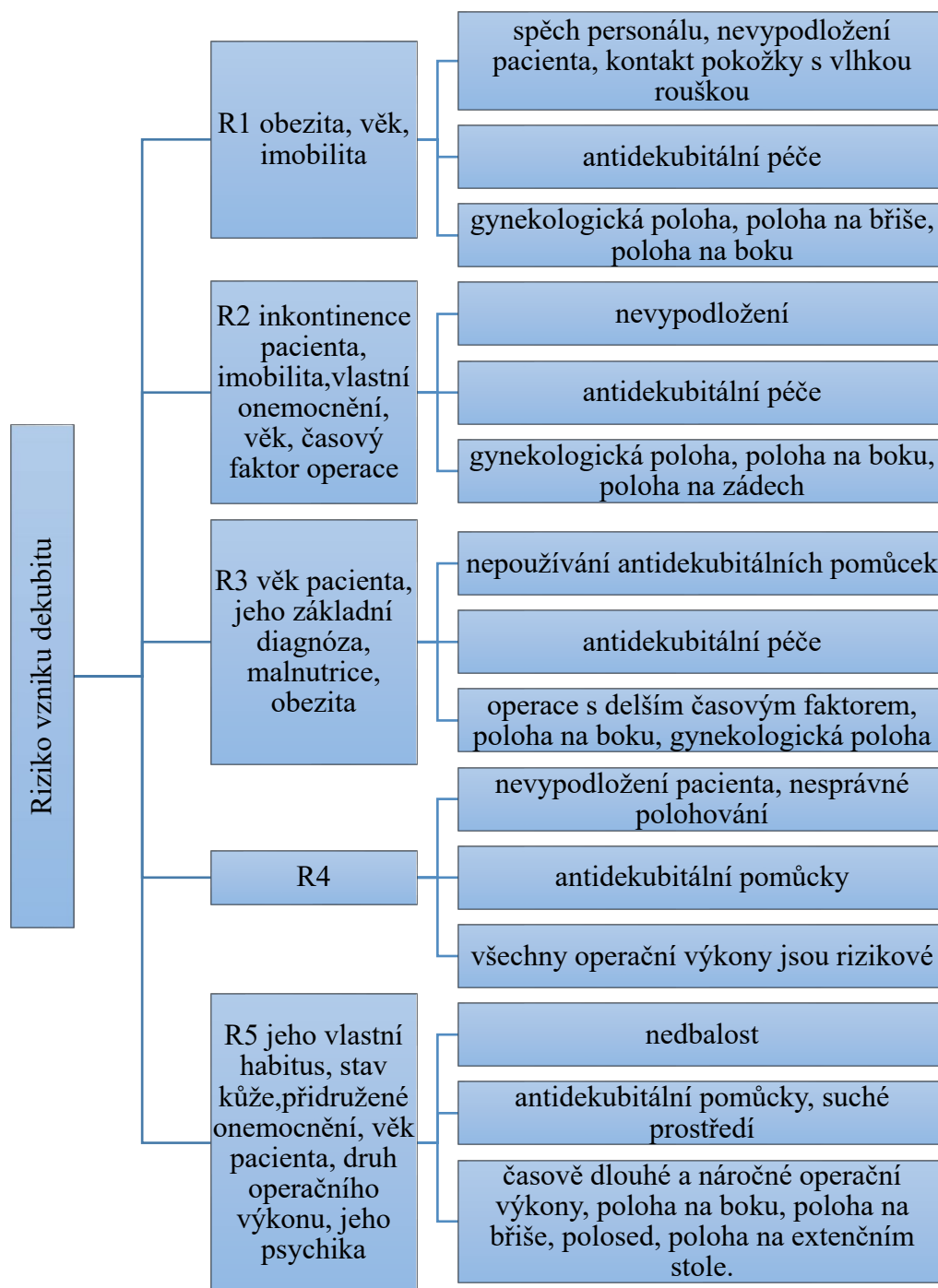
3.5.7 Kategorie 7 Riziko pádu pacienta na operačním sále



Obrázek 7 Riziko pádu pacienta na operačním sále

Schéma 7 zobrazuje faktory a okolnosti, které by mohly ovlivnit riziko vzniku pádu na operačním sále. **Respondenti** udávají jako rizikové chování nezabrzdní překládového vozíku, nezajištění zářezek operačního stolu, ponechání pacienta bez dohledu personálu. Prevencí proti pádu respondenti shodně uvádějí pečlivost při překládání, zajištění překládového vozíku brzdou, zajišťovat kontinuální dohled nad pacientem, zajistit překládový vozík postranicemi. **R4** zdůrazňuje, že je důležité brát zřetel na rizikovost k pádu u každého pacienta.

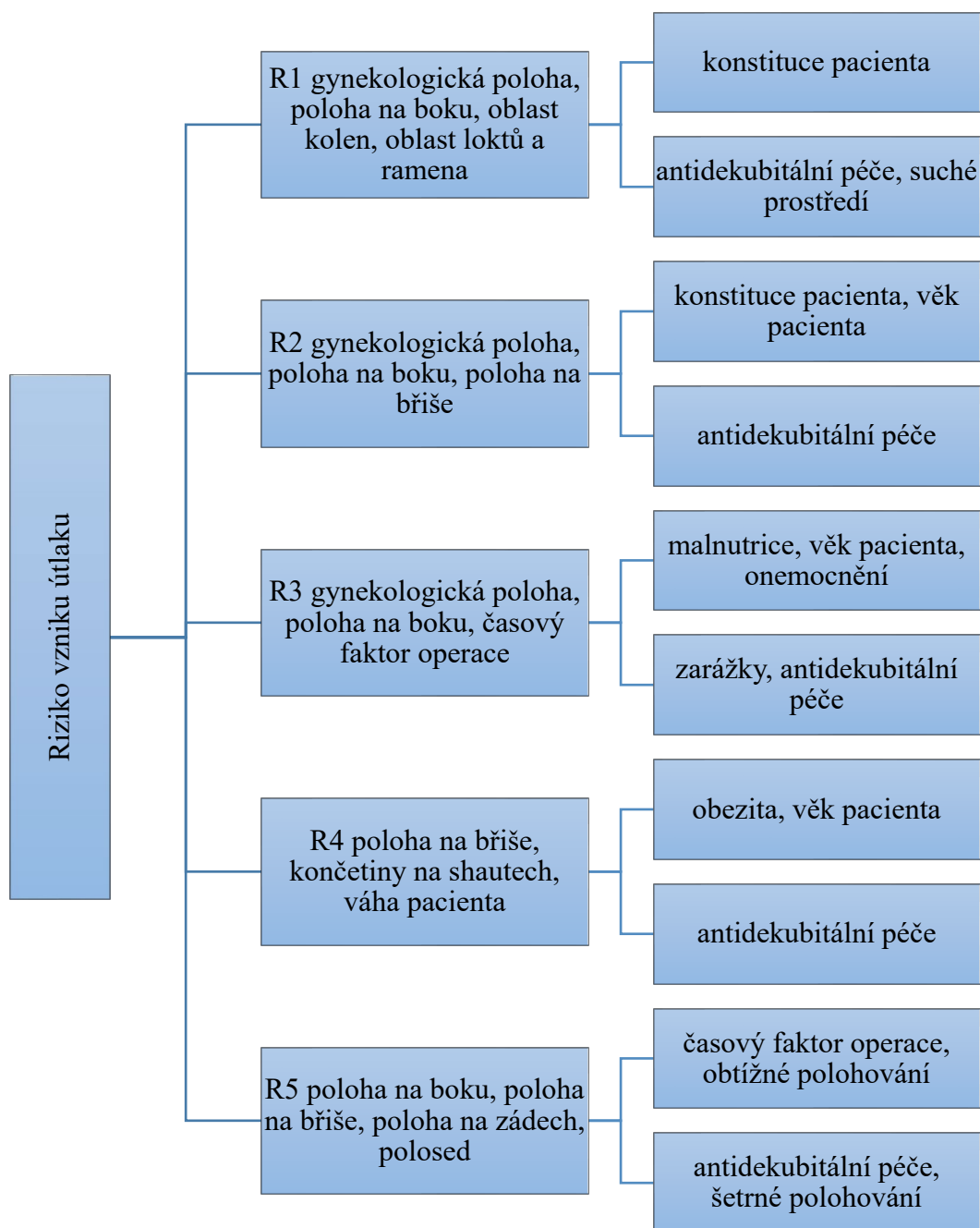
3.5.8 Kategorie 8 Riziko vzniku dekubitu při operačním výkonu



Obrázek 8 Riziko vzniku dekubitu

Schéma 8 zobrazuje faktory a okolnosti rizika vzniku dekubitu u pacientů na operačním sále. **Respondenti** se shodují, že faktory, které přispívají ke vzniku dekubitu jsou především v nedůsledné antidekubitální péči a v nesprávném polohování. **R1** navíc zmiňuje spěch personálu rizikovým faktorem.

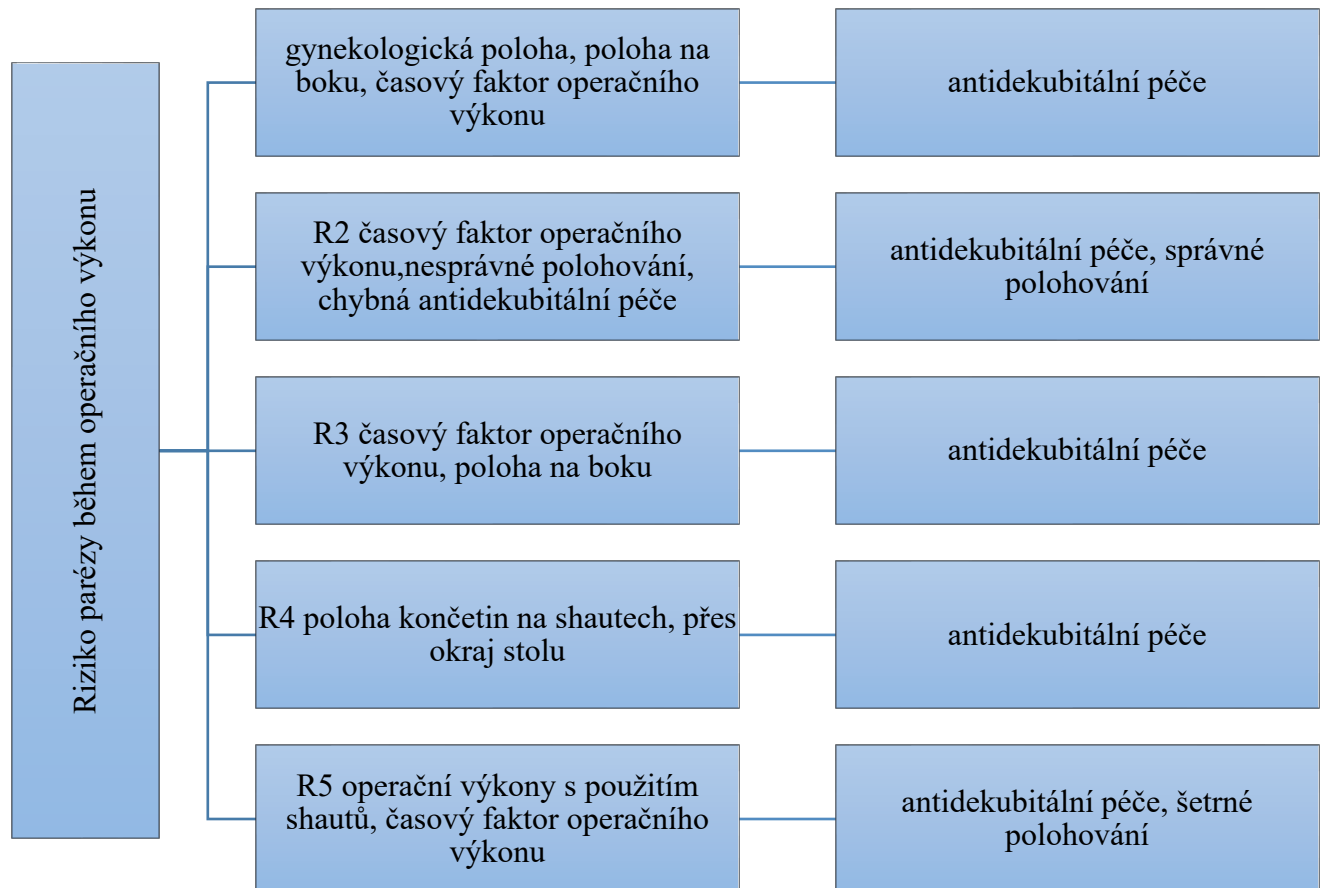
3.5.9 Kategorie 9 Riziko útlaku při operačním výkonu



Obrázek 9 Riziko útlaku při operačním výkonu

Schéma 9 popisuje faktory a okolnosti, které mohou mít vliv na riziko vzniku útlaku při operačním výkonu. **R1**, **R2** a **R4** zmiňují konstituci pacienta jako rizikový faktor. **R2**, **R3** a **R4** si myslí, že vliv na útlak při operačním výkonu má i věk pacienta. **Všichni respondenti** se shodují, že správná antidekubitální péče a šetrné polohování má významný preventivní vliv proti této nežádoucí události.

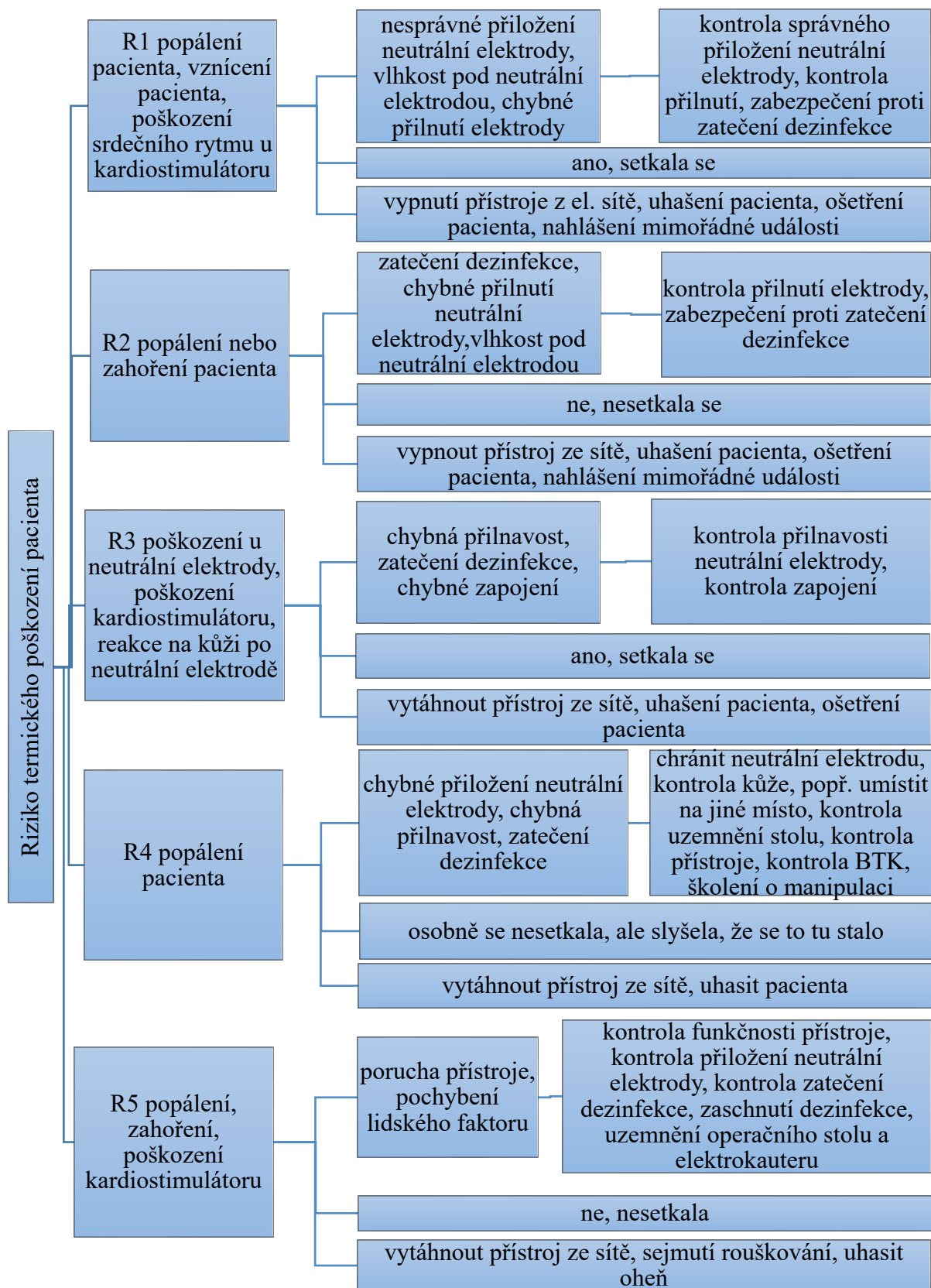
3.5.10 Kategorie 10 Riziko parézy při operačním výkonu



Obrázek 10 Riziko parézy během operačního výkonu

Schéma 10 popisuje faktory, které mohou ovlivnit vznik parézy během operačního výkonu. **R1, R2, R3 a R5** si myslí že časový faktor operačního výkonu se významně podílí na vzniku parézy při operačním výkonu. **R2** spatřuje problém v nesprávné antidekubitální péči a v nesprávném polohování. **R4 a R5** si myslí že riziko parézy může vzniknout při nesprávném polohování na shautech anebo když dolní končetiny přesahují okraj operačního stolu. **Všichni respondenti** zmiňují správnou antidekubitální péči, jako prevenci proti paréze při operačním výkonu.

3.5.11 Kategorie 11 Riziko termického poškození pacienta



Obrázek 11 Riziko termického poškození pacienta

Schéma 11 popisuje okolnosti a faktory, kterými lze ovlivnit riziko vzniku termického poškození pacienta. **Všichni respondenti** spatřují největší problém v chybném přikládání neutrální elektrody, zatečení dezinfekce k neutrální elektrodě nebo chybném přilnutí neutrální elektrody. **R5** si myslí, že porucha elektrokoagulačního přístroje může být faktor, který může způsobit termické poškození pacienta. **Všichni respondenti** se shodují na tom, že je nutné kontrolovat správné přiložení a přilnutí neutrální elektrody. Respondenti uvádějí, že je nutné ochránit neutrální elektrodu před zatečením dezinfekce. **R4** a **R5** si myslí, že je důležité kontrolovat správné uzemnění operačního stolu a elektrokoagulačního přístroje.

3.6 Analýza cílů a výzkumných otázek

Analýza výzkumných otázek a cílů byla vytvořena pomocí získání dat metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky byly následně zpracované metodou kódování pomocí tužka a papír, a znázorněny pomocí schémat v textovém editoru Microsoft® Office 2010 Word. Pro názornost a logičnost byly vyhodnocovány oba cíle v jedné tabulce pro snadnější vyhodnocení.

Výzkumný cíl č. 1: **Zjistit, zda sestry pro perioperační péči umí identifikovat rizikové faktory nežádoucích událostí.** K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka č. 1: **Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí?**

Výzkumný cíl č. 2: **Zjistit, zda sestry pro perioperační péči dodržují opatření v prevenci nežádoucích událostí.** K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka č. 2: **Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí?**

Tabulka 2 Riziko pochybení v hygieně rukou a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí chybné hygieny rukou?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí v hygieně rukou?
Chybná technika mytí rukou, nedodržení doby mytí, nedodržení zaschnutí dezinfekce, nenosit šperky	Dbají úpravy rukou a nehtů, používají rukavice, dezinfikují si ruce

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Všichni respondenti uvádí jako rizikový faktor nedodržování správné techniky hygieny rukou, doby mytí rukou a nedodržení zaschnutí dezinfekce na rukou. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2:** Všichni respondenti se shodují na tom, že je důležité dodržovat úpravu nehtů, používat rukavice a dezinfekci, jako preventivní opatření v hygieně rukou.

Tabulka 3 Riziko infekce v operační ráně a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí infekce v operační ráně?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí infekce v operační ráně?
chybná hygiena rukou, zdravotní stav personálu, nedodržování aseptických zásad personálem, osobní hygiena pacienta, věk pacienta, pacientovo onemocnění, stav kůže pacienta, druh operačního výkonu, porušení sterility,	dodržování aseptických zásad, dodržování sterility, správná příprava pacienta k operačnímu výkonu, dbát zdraví personálu, správná hygiena rukou

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Všichni respondenti uvádí, že faktorem, který může ovlivnit infekci v operační ráně ze strany pacienta je jeho osobní hygiena a jeho onemocnění. **Tři respondenti** si myslí, že vliv na vznik infekce v operační ráně má i věk pacienta. **Všichni respondenti** se shodují, že faktorem, který může ovlivnit vznik infekce v operační ráně ze strany personálu je nedodržování aseptických zásad. **Tři respondenti** si myslí, že dochází k porušování sterility. Čtyři respondenti spatřují problém ve zdravotním stavu personálu a dva respondenti doplňují jako rizikový faktor, chybnou hygienu rukou. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2:** **Všichni respondenti** shodně uvádějí dodržování aseptických zásad. **Dva respondenti** ještě uvádějí, že je nutné dodržovat sterilitu, dbát zdraví personálu, dodržovat správnou hygienu rukou a dbát správné předoperační přípravy pacienta.

Tabulka 4 Riziko záměny pacienta a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí záměny pacienta?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí záměny pacienta?
Spěch, pořadí pacientů, nedostatek operačního personálu, Stres, nedodržení zásad identifikace, nekompletní dokumentace, Nesprávná verifikace, změněné vědomí pacienta, psychiatrické onemocnění pacienta, nesoustředěnost personálu	Dodržovat identifikaci pacienta, kontrolovat verifikaci pacienta, dbát na kompletní dokumentaci pacienta, koncentrace a soustředěnost personálu, dodržování jednotlivých postupů

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Tři respondenti si myslí, že rizikovým faktorem pro záměnu pacienta může být nedodržení zásad identifikace pacienta a nesprávná verifikace. **Dva respondenti** spatřují problém v nekompletní dokumentaci, ve změněném stavu vědomí pacienta, v nedostatku personálu a ve stresu personálu. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2:** Všichni respondenti uvádí, že prevencí proti záměně pacienta je správné vedení identifikace pacienta. **R3** si myslí, že je nutné kontrolovat verifikaci pacienta a **R5** uvádí nutnost soustředění a koncentrace personálu a dodržování jednotlivých postupů.

Tabulka 5 Riziko záměny operované strany a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí záměny operované strany?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí záměny operované strany?
Časová tíseň, stres, nekompletní dokumentace, chybná verifikace, změny v pořadí pacientů, chybné vedení identifikace pacienta, spěch a nepozornost	Dodržovat identifikaci pacienta, kontrolovat verifikaci pacienta

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Všichni respondenti uvádí, že rizikovým faktorem pro záměnu operované strany může být chybné vedení identifikace pacientů a chybná verifikace. **Dva respondenti** si myslí, že rizikem mohou být i změny v pořadí pacientů, časová

tíseň, stres a nepozornost personálu. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2: Všichni respondenti** uvádí, že je důležité správné vedení identifikace pacientů a kontrola provedené verifikace od lékaře.

Tabulka 6 Riziko záměny operačního výkonu a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí záměny operačního výkonu?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí záměny operačního výkonu?
Stres, nedostatek personálu, změna pořadí pacientů, nepozornost personálu, nekompletní dokumentace, nekompletní verifikace, změny v operačním programu, časová tíseň	Hlášení sester, hlášení lékařů, správná verifikace, bezprostřední konzultace s lékařem

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Tři respondenti si myslí, že rizikovým faktorem pro záměnu operačního výkonu může být nekompletní dokumentace, nekompletní verifikace nebo nesprávná identifikace pacienta, ale i přesouvání pořadí pacientů nebo změny v operačním programu. **Dva respondenti** uvádí, že riziko může spočívat i v nepozornosti personálu. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2: Všichni respondenti** shodně uvádějí, že hlášení sester, hlášení lékařů a správná verifikace pacienta jsou preventivní opatření, která mají eliminovat vznik záměny operačního výkonu. **Jeden respondent** doplňuje další preventivní opatření a tím je bezprostřední konzultace s lékařem.

Tabulka 7 Riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí úniku informací ze zdravotnické dokumentace?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí úniku informací ze zdravotnické dokumentace?
Nahlížení do dokumentace pacienta bez oprávnění, komunikace o pacientovi na nesprávném místě a s nesprávnými lidmi.	Mlčenlivost, bezpečné zacházení s dokumentací.

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Všichni respondenti uvádějí, že jako rizikové lze považovat nahlížení do dokumentace pacienta bez oprávnění, komunikace o pacientovi na nesprávném místě s nesprávnými lidmi. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2: Všichni respondenti** uvádí, že je nutná mlčenlivost a **čtyři respondenti** si myslí, že je nutné bezpečné zacházení s dokumentací, jako prevence proti úniku informací ze zdravotnické dokumentace.

Tabulka 8 Riziko pádu pacienta na operačním sále a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí pádu pacienta na operačním sále?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí pádu pacienta na operačním sále?
Premedikace, věk pacienta, zmatenost, silnější pacient. Spěch personálu, nezabrzdnění překládového vozíku, nezvednuté zábrany, ponechání bez dohledu, onemocnění pacienta, nedostatek personálu, personál podcení riziko u pacienta	Dohled u pacienta, používání zábran a zarážek, dbát na zabrzdnění překládového vozíku, dostatek personálu, posoudit rizikovost pacienta

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Všichni respondenti uvádějí, že medikace pacientů může ovlivnit vznik pádu na operačním sále. **Tři respondenti** si myslí, že se věk pacienta nebo neklid pacienta může mít vliv na vzniku pádu na operačním sále. **Respondenti** spatřují jako rizikové chování v nezabrzdněném překládovém vozíku, nezvednutých postranicích a v ponechání pacienta bez dohledu. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2:** Jako prevenci pádu pacienta na operačním sále uvádějí **všichni respondenti** zabrzdnění překládového vozíku, zvedání zábran, dotahování zarážek a dohled u pacienta. **Dva respondenti** dodávají, že je důležité posuzovat rizikovost pacientů a **jeden respondent** si myslí, že je nutné zajistit dostatek personálu.

Tabulka 9 Riziko vzniku dekubitu při operačním výkonu a jeho preventivní opatření

<p>Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí vzniku dekubitu při operačním výkonu?</p>	<p>Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí vzniku dekubitu při operačním výkonu?</p>
<p>Obezita, věk pacienta, imobilita. Spěch personálu, nevypodložení pacienta, kontakt pokožky s vlhkou podložkou, inkontinence pacienta, vlastní onemocnění, časový faktor operačního výkonu, nesprávné polohování pacienta, druh operačního výkonu, psychika pacienta, nedbalost</p>	<p>Antidekubitální péče, suché prostředí</p>

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Čtyři respondenti uvádějí, že vliv na vzniku dekubitu může mít věk pacienta. Tři respondenti si myslí, že vlastní onemocnění pacienta se může podílet na vzniku dekubitu. Mezi další faktory respondenti uvádějí obezitu, malnutrici, imobilitu, přidružená onemocnění, stav kůže pacienta, druh operačního výkonu nebo i jeho psychiku. Tyto faktory se mohou podílet na vzniku dekubitu při operačním výkonu. Faktory, které se mohou podílet na vzniku dekubitu ze strany personálu jsou uváděny např. nedodržení antidekubitální péče, nesprávné polohování nebo spěch personálu. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2:** Všichni respondenti uvádí, že dodržováním antidekubitální péče lze významně ovlivnit vznik dekubitu při operačním výkonu a další významné opatření je dodržení suchého prostředí na operačním stole.

Tabulka 10 Riziko útlaku při operačním výkonu a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí vzniku útlaku při operačním výkonu?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí vzniku útlaku při operačním výkonu?
Gynekologická poloha, poloha na boku, poloha na zádech, poloha v polosedě, oblast kolen, oblast loktů a ramen. Konstituce pacienta, věk pacienta, časový faktor operace, malnutrice, onemocnění, končetiny na shautech, obtížné polohování	Antidekubitální péče, suché prostředí, zarážky, šetrné polohování

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Tři respondenti uvádějí gynekologickou polohu, polohu na boku a polohu na bříše, jako rizikovou pro vznik útlaku při operačním výkonu. Dále uvádějí, že věk a konstituce pacienta mohou mít vliv na vzniku útlaku při operačním výkonu.

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2: Všichni respondenti si myslí, že správná antidekubitální péče a správné polohování mohou efektivně eliminovat vznik útlaku při operačním výkonu.

Tabulka 11 Riziko parézy při operačním výkonu a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí vzniku parézy při operačním výkonu?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí vzniku parézy při operačním výkonu?
Gynekologická poloha, poloha na boku, časový faktor operačního výkonu, nesprávné polohování, chybná antidekubitální péče, Poloha končetin na shautech, končetiny přes okraj stolu	Antidekubitální péče, správné a šetrné polohování

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Čtyři respondenti si myslí, že vliv na vzniku parézy má časový faktor operačního výkonu. Dále respondenti uvádějí, že významným

faktorem, který může ovlivnit vznik parézy je nesprávné polohování, končetiny na shautech, končetiny přesahující okraj stolu nebo operační polohy na boku a gynekologická poloha. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2: Všichni respondenti** uvádí jako významné preventivní opatření antidekubitální péči a **dva respondenti** si myslí, že i a šetrné polohování má významný preventivní charakter.

Tabulka 12 Riziko termického poškození pacienta a jeho preventivní opatření

Jak sestry pro perioperační péči identifikují rizikové faktory nežádoucích událostí vzniku termického poškození pacienta?	Jak sestry pro perioperační péči dodržují opatření prevence vzniku nežádoucích událostí vzniku termického poškození pacienta?
Nesprávně přiložená neutrální elektroda, vlhkost pod neutrální elektrodou, chybné přilnutí neutrální elektrody, chybné zapojení, Porucha přístroje, pochybení lidského faktoru	Kontrola správného přiložení a přilnutí neutrální elektrody, zabezpečení neutrální elektrody proti zatečení, kontrola zapojení, kontrola kůže, uzemnění stolu a přístroje, kontrola BTK, školení o manipulaci, kontrola funkčnosti přístroje

Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 1: Čtyři respondenti spatřují problém v chybném přiložení neutrální elektrody, v chybné přilnavosti elektrody anebo v zatečení dezinfekce. Jako další faktory respondenti uvádějí poruchu přístroje nebo pochybení lidského faktoru. **Závěr analýzy na výzkumnou otázku č. 2:** Jako významné preventivní opatření vidí respondenti v kontrole přilnavosti neutrální elektrody, kontrole správného přiložení neutrální elektrody, zabránění zatečení dezinfekce pod neutrální elektrodu a v kontrole zapojení. **Jeden respondent** si myslí, že je důležité provádět školení o manipulaci s elektrokauterem, kontrolovat uzemnění přístroje i operačního stolu a volit správné umístění neutrální elektrody.

4 Diskuze

Výsledky šetření byly získány pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Metodou výzkumného šetření byly polostrukturované rozhovory, které byly nahrávány a poté doslovně přepsány v textovém editoru Microsoft® Office 2010. Rozhovory byly vedeny s perioperačními sestrami z centrálních operačních sálů v nemocnici Mladá Boleslav. V bakalářské práci byly vytyčeny dva cíle. **Prvním cílem, bylo zjistit, zda sestry pro perioperační péči umí identifikovat rizikové faktory nežádoucích událostí.** Zjišťovali jsme od respondentů, jaké rizikové faktory jsou spojené s jednotlivými oblastmi perioperační péče, se kterými sestry přichází do kontaktu. Rizikové oblasti byly zvoleny podle rezortních bezpečnostních cílů MZ (Česko, 2015). **U rizika pochybení v hygieně rukou** se respondenti shodují na tom, že je důležité dbát správné úpravy rukou, používat rukavice a dezinfikovat ruce. I chybná technika mytí rukou může ovlivnit bezpečnost péče o pacienty na operačních sálech. Toto tvrzení potvrzuje i Vytejková et al. (2011), která uvádí, že více než 60 % infekcí spojených se zdravotnickou péčí je přeneseno na rukách zdravotníků, proto dekontaminace rukou patří mezi nejdůležitější způsoby prevence proti infekcím spojených se zdravotnickou péčí (Vytejková et al., 2011). Z rozhovorů vyplynulo, že chybná hygiena rukou, porušení sterility nebo nedodržení aseptických zásad může mít vliv na rozvoj infekce v operační ráně. Toto zjištění potvrzuje Schneiderová (2014), která uvádí, že příčinou kontaminace operační oblasti dochází nedodržením zásad asepse operačním personálem. **Riziko infekce v operační ráně** je podle respondentů riziko, na které má vliv osobní hygiena pacienta, ale i celkový zdravotní stav pacienta. Respondenti zmiňují mezi faktory, které mohou ovlivnit vznik infekce v operační ráně chybnou hygienu rukou, porušení sterility nebo nedodržení aseptických zásad. Tyto faktory jsou uváděny i v knize od Schneiderové (2014). Mezi základní postupy, které slouží jako prevence proti infekci v operační ráně respondenti uvádějí dodržování aseptických zásad, dodržování správné předoperační přípravy a správně vedené hygieny rukou. Zeman et al. (2011) ve své knize píše, že náročná opatření, jako je architektonické uspořádání operačních sálů nebo laminární proudění vzduchu sice přinášejí do určité míry omezení množství přítomných mikrobů na operačním sále, ale hlavním principem nutným pro eliminaci infekce na operačním sále však nadále zůstává racionální a uvědomělé chování personálu a jeho disciplína. Nezbytnou kázeň personálu pomáhají vytvořit důrazná hygienická opatření (Zeman et al., 2011). Respondenti uvádějí, že mezi faktory, které mohou podpořit **záměnu pacienta** je spěch operačního personálu, přesouvání pořadí pacientů v operačním programu nebo nedodržení zásad bezpečné identifikace. Podle Pokorné (2019) je z obecného hlediska

u nežádoucích událostí, které se týkají záměny pacienta, záměny operované strany, záměny operačního výkonu nutné zejména správně identifikovat pacienta a opakovaně si informace ověřovat. Tyto skutečnosti vplynuly i z průzkumných rozhovorů s perioperačními sestrami, které vnímají jako nezbytnou, správně vedenou identifikaci pacientů, kterou si opakovaně ověřují. **Riziko záměny operované strany** je podle respondentů ovlivněno stresem, spěchem personálu nebo chybným vedením identifikace pacienta. Respondenti si myslí, že jediným preventivním krokem je správné vedení identifikace každého pacienta. Šupšáková (2017) ve své knize uvádí, že při nedodržení jednotné identifikace pacientů lze významným způsobem podpořit vznik nežádoucí události záměny operované strany. **Riziko záměny operačního výkonu** jde ruku v ruce s riziky záměny pacienta a záměny operačního výkonu. Pro riziko záměny operačního výkonu shodně platí dle respondentů spěch, stres personálu nebo chybně vedená identifikace pacienta. Respondenti si myslí, že správná a bezpečná identifikace pacienta může zabránit této záměně. Respondenti uvádějí, že dalším bezpečnostním mechanismem je ranní hlášení sester, při kterém se sestry seznamují s operačním programem. Wichsová et al. (2013) ve své publikaci uvádí, že chirurgický tým pak bude operovat správného pacienta, na správném místě a tým bude efektivně komunikovat v rámci bezpečně vedené operace. Respondenti se shodují, že mezi hlavní postupy, které eliminují **riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace** patří mlčenlivost a bezpečné zacházení s dokumentací pacienta. Podle Škrly a Škrlové (2008) má pacient právo, aby údaje o jeho osobě a jeho zdravotním stavu byly chráněny před únikem a zneužitím. **Riziko pádu pacienta na operačním sále** je podle respondentů ovlivněno jejich věkem, medikací, zdravotním stavem nebo neklidem. Respondenti uvádějí, že k pádu může dojít i vlivem pochybení personálu operačních sálů. Mezi faktory, které mohou být příčinou pádu, lze zařadit spěch personálu, ponechání pacienta bez dohledu nebo nezajištění překladového vozíku při překládání pacienta. Janíková a Zeleníková (2013) potvrzují, že seniorský věk, riziková medikace nebo jiné psychiatrické onemocnění mohou ovlivnit vznik pádu pacienta. Faktory, které mohou podpořit **riziko vzniku dekubitu při operačním výkonu** jsou podle respondentů imobilita pacienta, délka operačního výkonu, věk pacienta nebo stav jeho kůže. Respondenti si myslí, že nedůsledná antidekubitální péče podporuje vznik dekubitu během operačního výkonu. Měšťák et al. (2015) ve své knize popisuje, že dekubitus může vzniknout velmi rychle u pacientů, kteří jsou upoutaní na lůžko, nebo u pacientů se sníženou hybností. **Riziko útlaku při operačním výkonu** je podle respondentů zvýšené u některých operačních poloh, kdy významnou roli zaujímá konstituce pacienta, jeho věk a časový faktor operačního výkonu. V publikaci Pooperační stavy od Heitze (2019) je potvrzeno, že při delších operacích jsou

pacienti ohroženi rizikem poškození nervů, útlakem nebo poškozením kůže. **Riziko parézy při operačním výkonu** je velmi vzácné, většina příčin pooperační parézy vzniká vlivem samotného operačního výkonu (Heitz, 2019). Respondenti uvádějí jako rizikové operační polohy, nesprávné polohování pacienta k operačnímu výkonu nebo chybná antidekubitální péče. **Riziko termického poškození pacienta**, podle Wichsové et al. (2013) může ovlivnit bezpečnost pacienta na operačním stole během používání elektrokauteru. Mezi významné riziko termického poškození pacienta patří nesprávné umístění neutrální elektrody. Respondentky zmiňují zvýšenou ostražitost při přípravě pacienta, u kterého bude používán elektrokauter. Zdůrazňují bezpečnost při natírání operačního pole s dezinfekcí na bázi alkoholu, ostražitost při přikládání neutrální elektrody i v jejím umístění.

Druhým cílem bylo zjistit, zda sestry pro perioperační péči dodržují opatření v prevenci nežádoucích událostí. Zjišťovali jsme od respondentek, jaká opatření dodržují v prevenci nežádoucích událostí. Z rozhovorů vyplynulo, že prvořadým cílem je, zajistit správnou antidekubitální péči, zajistit pacienta proti pádu a v neposlední řadě dbát na bezpečné zacházení se zdravotnickou technikou, aby nedošlo k poškození pacienta. Mezi další opatření lze zařadit dodržování zásad aseptiky, a správných postupů v hygieně rukou. Tato opatření ve své knize zmiňují i Vytejčková et al. (2011) nebo Wichsová et al. (2013). Respondenti uvádí preventivní kroky u **rizika chybné hygieny rukou**. Dbají na úpravu rukou, používají rukavice a dezinfikují si ruce. Podle Mazánka et al. (2014) je hygiena rukou klíčovým opatřením v prevenci přenosu a šíření infekčních onemocnění. Respondenti zmiňují preventivní postupy k **riziku infekce v operační ráně**, ke kterým patří dodržování aseptických zásad, dodržování sterility nebo správné postupy v hygieně rukou. Zeman et al. (2011) popisuje, že prevencí infekce v operační ráně je dodržování pravidel aseptiky. K preventivním opatřením, která jsou podle respondentů dodržována k **riziku záměny pacienta, operované strany a záměny operačního výkonu** patří důsledná identifikace pacienta a kontrola verifikace místa operačního výkonu. Pokorná et al. (2019) doporučuje před samotným operačním výkonem provést tzv. bezpečnostní proceduru, jejímž cílem je ověření správnosti identifikace pacienta, výkonu a operačního pole. K **riziku úniku informací ze zdravotnické dokumentace** se respondenti vyjadřují tak, že dodržují mlčenlivost, bezpečně zachází s dokumentací pacienta a informace, které se týkají pacienta sdělují pouze ošetřujícímu personálu. To potvrzuje i Policar (2010) nebo Raboch et al. (2012), kteří uvádějí, že mlčenlivost není jen etickým imperativem, ale je dána i legislativou. Za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje předávání informací jiným zdravotníkům, kteří se v přímé souvislosti podílí na poskytování zdravotní péče danému pacientovi. **Riziko pádu**

pacienta na operačním sále zabezpečují respondenti pomocí zábran, dobře zajištěných zarážek, zajištěného překladového vozíku nebo trvalým dohledem u pacienta. Veverková et al. (2019) uvádí, že po překladu pacienta na operační sál je pacient zajištěn proti pádu pásy, které se přikládají přes dolní končetiny. Respondentky uvádí, že pásy, které zajišťují pacienta před pádem, o kterých se ve své publikaci zmiňuje Veverková et al. (2019) také používají na svém pracovišti. Jako prevenci proti **riziku vzniku dekubitu, útlaku nebo parézy při operačním výkonu** respondenti provádějí pečlivou antidekubitální péči, využívají antidekubitální pomůcky a udržují suché prostředí, kde pacient leží. Je také velmi důležité provádět šetrné polohování pacienta. Ihnát (2017) doporučuje při manipulaci s pacientem dbát o dostatečnou prevenci proti vzniku dekubitu. Pokud jsou připevňovány zarážky, tak používat podložení pod každou rizikovou oblast a chránit pacientovu kůži. Respondenti zmiňují postupy, které mají chránit pacienta před **rizikem termického poškození**. K těmto postupům patří kontrola správného přiložení neutrální elektrody, kontrola přilnutí neutrální elektrody, zabezpečení neutrální elektrody proti zatečení dezinfekce. Zdůrazňují, že je nutné také kontrolovat správné uzemnění přístroje a operačního stolu. Wichsová et al. (2013) ve své knize popisuje postupy, které eliminují riziko termického poškození. Patří k nim pravidla použití neutrální elektrody např. nepokládat na kostnaté nerovné povrchy, přes implantáty nebo na zjizvenou tkáň. Potvrzuje, že je nutná zvýšená pozornost při používání alkoholových prostředků, protože by mohlo dojít ke vznícení alkoholových par elektrickou jiskrou a k následnému zapálení pacienta.

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě průzkumných rozhovorů vyplynulo, že je nutné dbát zvýšené ostražitosti při poskytování perioperační péče. Bylo by třeba věnovat větší pozornost při polohování pacientů, především dbát na bezpečné polohování pacientů. Je nutné klást větší důraz na správnou hygienu rukou, především u pomocného personálu. Bylo by vhodné, aby zdravotníci více pečovali o své zdraví, hlavně u bakteriálních infekcí, čímž by předcházeli infekcím spojených se zdravotnickou péčí. V postupech, které mají pacienta chránit před pádem je potřebné informování pomocného personálu o důsledném zajištění překládových vozíků, lehátek a informování o bezpečné manipulaci s doplňkovými komponenty operačního stolu. Bylo by vhodné zajistit zpětnou vazbu perioperačnímu personálu, která by se týkala nežádoucích událostí vzniku dekubitu nebo infekcí spojených s operačním výkonem. V jaké časové frekvenci se vyskytují, zda jsou přítomné nějaké vnější vlivy personálu, při kterých dochází k nějaké nežádoucí události. Výsledkem této zpětné vazby by mohlo být nalezení řešení, kterým by se mohl změnit celý proces poskytování perioperační ošetrovatelské péče. Výstupem bakalářské práce je prezentace, která je zaměřená na doporučení, jak bezpečně manipulovat s pacientem, který je již pod vlivem anestetik, dále jaké polohy jsou rizikové a jaká by měla být péče, aby bylo eliminováno riziko poškození pacienta.

6 Závěr

Bakalářská práce na téma **Monitoring rizikových faktorů v perioperační péči** se zabývá rizikovými oblastmi pro perioperační péči. Byly stanoveny dva cíle. Za prvé zjistit, zda sestry pro perioperační péči umí identifikovat rizikové faktory nežádoucích událostí. Za druhé, zjistit, zda sestry pro perioperační péči dodržují opatření v prevenci nežádoucích událostí. Ke každému cíli byla vytvořena jedna výzkumná otázka. Výzkum byl veden kvalitativní metodou pomocí průzkumných polostrukturovaných rozhovorů. Výběr respondentů byl zaměřen na perioperační sestry z operačních sálů v nemocnici Mladá Boleslav. Výsledky rozhovorů ukazují, že mezi významná rizika patří **infekce spojené s operačním výkonem**. Možnou příčinou těchto nežádoucích událostí může být chybná hygiena rukou, možné pochybení v dodržování aseptických zásad, ale významnou pozici může mít i věk pacienta, jeho aktuální zdravotní stav nebo přidružené onemocnění. Mezi potencionální příčiny **pádu** respondenti uvádějí medikaci pacienta, jeho zdravotní stav, ale připouštějí, že příčinou pádu může být i pochybení ze strany zdravotníka. Rizikové faktory, které se týkají vzniku **dekubitu** jsou nejčastěji obezita, aktuální zdravotní stav pacienta, stav jeho kůže, ale především jeho věk. Z rozhovorů vyplývá, že faktory, které mohou podpořit vznik dekubitu ze strany zdravotnického personálu mohou být chybné polohování nebo nedostatečná antidekubitální péče. Mezi další úskalí, která ohrožují bezpečnost pacienta patří **záměna pacienta, záměna operované strany nebo záměna operačního výkonu**. K těmto rizikům je věnována vysoká pozornost, je snahou zdravotnického personálu správně vést identifikaci pacienta a ověřovat si získané informace. Mezi faktory, které by mohly podpořit záměnu pacienta, operované strany nebo operačního výkonu patří změny v operačním programu, přesuny pořadí pacientů, spěch, ale i stres operačního personálu. Rizika **útlaku** nebo **parézy** při operačním výkonu vyplývají z operačních poloh. Snahou personálu je těmto nežádoucím událostem předcházet pečlivou antidekubitální péčí a správným polohováním. **Riziku úniku informací ze zdravotnické dokumentace** věnuje operační personál patřičnou péči, dbá povinné mlčenlivosti, střeží pacientovu dokumentaci a předává ji jen tomu personálu, který pečuje o pacienta. Další oblastí zájmu perioperačních sester patří **riziko termického poškození pacienta**, jak vyplynulo z rozhovorů, tak tomuto tématu je věnována vysoká pozornost, aby nedošlo k poškození pacienta během používání elektrokauteru. Sestry svou pozornost soustřeďují na preventivní opatření, mezi které lze zařadit správnou aplikaci neutrální elektrody, a především správnou lokalizaci pro neutrální elektrodu. Výsledkem bakalářské práce je přednáška na odborné konferenci, která je zaměřena

na rizika spojená s poskytováním perioperační ošetrovatelské péče. Z této přednášky by mohly čerpat sestry, které by chtěly pracovat nebo již pracují na operačních sálech.

Seznam použité literatury

ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.

Anon. 2018. *Zdravotní služby*. Ostrava-Hrabůvka: Sagit. ISBN 978-80-7488-305-7.

AZAR, Frederic M et al. 2017. *Campbell's operative orthopaedics*. Philadelphia: Elsevier. ISBN 978-0-323-37462-0.

BARASH, Paul G. et al. 2015. *Klinická anesteziologie: Překlad 6. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4053-9.

BARTŮNĚK, Petr et al. 2016 *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN -80-271-9328-8.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *zákony pro lidi*. Částka 20, Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 306 ze dne 24. září 2012 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *zákony pro lidi*. 2012, částka 109 dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2015. Minimální požadavky pro zavedení interního hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: *Věstník MZČR*, částka 16, s. 2-14. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: <http://www.mzcr.cz/legislativa/souborID=24460&typ=application/pdf&nazev=ZDRAVOTNICTVI%2016-15.pdf>

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2012. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví. In: *Věstník MZČR*, částka 8, s. 20-26. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/metodicke-navody-_2913_29.html

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2010. *Příklady správné praxe*.
www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/priklady-spravne-praxe_2411_20.html

ČSN EN ISO 146 44-1. 2019. *Česká technická norma: Čisté prostory a příslušná řízená prostředí*. Praha: Univerzitní centrum energeticky efektivních budov ČVUT.

HEITZ, James W. 2019. *Pooperační stavy-příznaky, diagnostika, postupy: překlad 1. vydání anglického originálu Post-Anesthesia Care*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0873-2.

IHNÁT, Peter. 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9624-1.

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

KEBZA, Vladimír et al. 2014. *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2446-4.

KRŠKA, Zdeněk et al. 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3815-4.

MACH, Jan et al. 2013. *Univerzita medicínského práva: Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.

MAZÁNEK, Jiří et al. 2014. *Zubní lékařství: propedeutika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8679-7.

MĚŠŤÁK, Jan et al. 2015. *Základy plastické chirurgie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2839-4.

PLEVOVÁ, Ilona et al. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2618-7.

POLICAR, Radek. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.

RABOCH, Jiří et al. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

REPKO, Martin et al. 2012. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-549-5.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠRÁMOVÁ, Helena et al. 2013. *Nozokomiální nákazy*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-286-5.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotnických služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9672-2.

VESELÝ, Radek et al. 2011. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-539-6.

VEVERKOVÁ, Eva et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2099-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WENDSCHE, P., A. POKORNÁ a I. ŠTEFKOVÁ. 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana et al. 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZADÁK, Zdeněk et al. 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství: 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0922-7.

ZÍTKOVÁ, M, A. POKORNÁ a E. MIČUDOVÁ. 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5094-1.

ZEMAN, Miroslav et al. 2011. *Chirurgická propedeutika:3., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Údaje respondentů.....	27
Tabulka 2 Riziko pochybení v hygieně rukou a jeho preventivní opatření	42
Tabulka 3 Riziko infekce v operační ráně a jeho preventivní opatření.....	43
Tabulka 4 Riziko záměny pacienta a jeho preventivní opatření	44
Tabulka 5 Riziko záměny operované strany a jeho preventivní opatření	44
Tabulka 6 Riziko záměny operačního výkonu a jeho preventivní opatření	45
Tabulka 7 Riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace a jeho preventivní opatření	45
Tabulka 8 Riziko pádu pacienta na operačním sále a jeho preventivní opatření	46
Tabulka 9 Riziko vzniku dekubitu při operačním výkonu a jeho preventivní opatření	47
Tabulka 10 Riziko útlaku při operačním výkonu a jeho preventivní opatření	48
Tabulka 11 Riziko parézy při operačním výkonu a jeho preventivní opatření	48
Tabulka 12 Riziko termického poškození pacienta a jeho preventivní opatření.....	49

Seznam obrázků

Obrázek 1 Riziko pochybení v hygieně rukou	28
Obrázek 2 Riziko infekce v operační ráně	29
Obrázek 3 Riziko záměny pacienta	31
Obrázek 4 Riziko záměny operované strany	33
Obrázek 5 Riziko záměny operačního výkonu	34
Obrázek 6 Riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace	35
Obrázek 7 Riziko pádu pacienta na operačním sále	36
Obrázek 8 Riziko vzniku dekubitu	38
Obrázek 9 Riziko útlaku při operačním výkonu	39
Obrázek 10 Riziko parézy během operačního výkonu	40
Obrázek 11 Riziko termického poškození pacienta	41

Seznam příloh


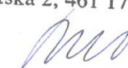


Příloha A Protokol k výzkumu

Příloha B Polostukturovaný rozhovor


Příloha C Prezentace: Monitoring rizikových faktorů v perioperační péči

Příloha A Protokol k výzkumu:

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	Šulcová Jaroslava	
Studijní program/obor Ošetrovatelství	Osobní číslo studenta D15000047	Ročník 3
Téma práce	Monitoring rizikových faktorů v perioperační péči	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, nemocnice Středočeského kraje, a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Froňková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis Technická univerzita v Liberci Fakulta zdravotnických studií Studentská 2, 461 17 Liberec 1	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis Technická univerzita v Liberci Studentská 2, 461 17 Liberec 1	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje Mladá Boleslav, tř. Václava Klementa 147 hlavní sestra tel. 326 742 003 V. Z. BUBLIČKOVÁ ALENA podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Bc. Veselá Světlá	26 001 Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje centrální operační sál /COS/ tel. 326 743 503 podpis 
Datum zahájení výzkumu	19. 8. 2019	
Datum ukončení výzkumu	23. 8. 2019	
Počet oslovených respondentů (personálu)	7	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V Mladé Boleslavě dne 19. 8. 2019


podpis studenta

Otázky k rozhovoru:

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Jak dlouho pracujete jako perioperační sestra?

S jakými riziky se může pacient setkat ve Vaší profesi?

1. Kategorie 1. Riziko pochybení v hygieně rukou

Jsou nějaká omezení, která se váží k hygieně rukou?

Pokud manipulujete s pacientem používáte rukavice nebo pracujete bez nich a raději využíváte dezinfekci?

Když provádíte chirurgické mytí před operací, lze se setkat s nějakými nedostatky?

2. Kategorie 2. Riziko infekce v operační ráně

Jaké nejčastější příčiny mohou podpořit vznik infekce v operační ráně ze strany pacienta?

Kterými faktory může zdravotnický personál podpořit riziko vzniku infekce v operační ráně?

Jakými postupy lze snížit riziko infekce v operační ráně?

3. Kategorie 3. Riziko záměny pacienta

Jaké rizikové faktory by mohly podpořit záměnu pacienta?

Jak postupujete, aby nedošlo k záměně pacienta?

Setkala jste se někdy se záměnou pacienta?

Kdyby došlo k záměně pacienta, jak byste postupovala?

4. Kategorie 4. Riziko záměny operované strany

Jaká příčina by mohla ovlivnit záměnu operované strany?

Jak postupujete, aby nedošlo k záměně operované strany?

Kdyby došlo k záměně operované strany, jak byste postupovala?

Setkala jste se někdy s touto nežádoucí událostí?

5. Kategorie 5. Riziko záměny operačního výkonu

Co může vést k záměně operačního výkonu?

Máte nějaké zavedené postupy, kterými lze eliminovat vznik nežádoucí události záměny operačního výkonu?

Setkala jste se někdy s nechtěnou záměnou operačního výkonu?

6. Kategorie 6. Riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace

Jaké postupy dodržujete, aby nedošlo ke zneužití informací ze zdravotnické dokumentace?

Komu můžete svěřit informace o pacientovi?

7. Kategorie 7. Riziko pádu pacienta na operačním sále

Jaké rizikové faktory ze strany pacienta mohou vést k jeho pádu?

Jaké faktory mohou zapříčinit pád ze strany zdravotnického personálu?

Jak postupujete, aby nedošlo k pádu pacienta?

Setkala jste se někdy s touto situací?

8. Kategorie 8. Riziko vzniku dekubitu

Které faktory se mohou podílet na vzniku dekubitu ze strany pacienta?

Jaké faktory se mohou podílet na vzniku dekubitu ze strany zdravotnického personálu?

Jak postupujete, aby nedošlo ke vzniku dekubitu?

Jsou ve Vaší profesi nějaké operační výkony nebo polohy, které jsou rizikové pro vznik dekubitu?

U kterých operačních výkonů používáte antidekubitální pomůcky?

9. Kategorie 9. Riziko útlaku při operačním výkonu

U kterých operačních poloh je vyšší riziko vzniku útlaku?

U jakých pacientů je vyšší riziko vzniku útlaku?

Jak postupujete, když operujete hodně obézního pacienta?

10. Kategorie 10. Riziko parézy během operačního výkonu

U kterých operačních výkonů může dojít k paréze?

Jak postupujete, aby k paréze nedošlo?

11. Kategorie 11. Riziko termického poškození pacienta

Jak může být pacient poškozen použitím elektrokauteru?

Jaké faktory mohou vést k poškození pacienta?

Jak chráníte pacienta, aby nedošlo k jeho poškození?

Setkala jste se někdy s touto situací?

Kdyby došlo k zahoření pacienta, jak byste postupovala?

Zpracovala: Jaroslava Šulcová

Monitoring rizikových faktorů v perioperační péči

Jaroslava Šulcová



Rizikové faktory

- Identifikace rizikových faktorů
- Rizikové faktory v péči o pacienta na operačním sále
- Preventivní opatření rizikových faktorů



Rizika v perioperační péči

- riziko pochybení v hygieně rukou
- riziko infekce v operační ráně
- riziko záměny pacienta, operačního výkonu a strany
- riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace
- riziko pádu pacienta na operačním sále
- riziko dekubitu při operačním výkonu
- riziko útlaku a parézy při operačním výkonu
- riziko termického poškození pacienta



Prevence rizika pochybení v hygieně rukou

- Dodržovat úpravu rukou a nehtů
- Dodržovat správnou techniku chirurgického mytí rukou
- Dodržovat správnou dobu chirurgického mytí rukou
- Dodržovat zaschnutí dezinfekce na rukou



Riziko pochybení v hygieně rukou

CAVE

- **Nepoužívat horkou vodu** (otevívá kožní póry a kůže se stává náchylnější na bakteriální kontaminaci)
- **Nechat dezinfekci na rukou řádně zaschnout**
(pokud zůstanou ruce vlhké snižuje se účinek dezinfekčního přípravku a zvyšuje se náchylnost ke kožním reakcím)
- **Operační oděv musí být suchý**
(při vlhkém oděvu dochází k rychlejší bakteriální kontaminaci)



Prevence rizika infekce v operační ráně

- Hygiena pacienta
- Dodržování aseptických zásad
- Správná hygiena rukou
- Dobrý zdravotní stav personálu



Riziko infekce v operační ráně

CAVE

- **Dbát správné antiseptiky operačního pole** (nechat dezinfekci řádně zaschnout, neotírat dezinfekcí)
- **Důsledně měnit rukavice po 2 hodinách operačního výkonu** (po 2 hodinách se snižuje jejich funkce, rukavice se stávají propustnými nebo jsou v nich mikropraskliny)



Riziko záměny pacienta, operačního výkonu a operované strany

CAVE

- **Pacient zbavený svéprávnosti** (nutný souhlas zákonného zástupce nebo souhlas soudu)
- **Pacient při změněném stavu vědomí** (nutná zvýšená ostražitost personálu)
- **Dětský pacient** (nutný souhlas zákonného zástupce, kompletní dokumentace)



Prevence rizika záměny pacienta, operačního výkonu a strany

- Důsledná vícestupňová identifikace
- Kontrola označení místa operačního výkonu
- Kompletní dokumentace pacienta
- Kontrolní bezpečnostní protokol



Riziko úniku informací ze zdravotnické dokumentace

CAVE

- Předávání informací dle své kompetence
- Pozor na vhodné prostředí, kde informace předáváme
- Nutná skartace tištěných operačních programů



Prevence rizika úniku informací ze zdravotnické dokumentace

- Povinná mlčenlivost
- Bezpečné zacházení s dokumentací
- Bezpečné předávání informací o pacientovi



Riziko pádu pacienta na operačním sále

CAVE

- Nosnost operačního stolu (u pacientů s maligní obezitou)
- Technický stav operačního stolu a jeho komponent
- Psychika pacienta (psychiatrická onemocnění, drogově závislí)
- Dětský pacient



Prevence rizika pádu pacienta na operačním sále

- Trvalý dohled u pacienta
- Zajištění pacienta pomocí zábran a zarážek
- Dostatek perioperačního personálu při překladu pacienta
- Aretace překladového vozíku



Riziko dekubitu při operačním výkonu

CAVE

- Kontrola kůže při překladi pacienta
- Úprava roušky pod pacientem
- Zatečení dezinfekce pod pacienta



Prevence rizika dekubitu při operačním výkonu

- Antidekubitální péče
- Polohování pacienta
- Stav kůže pacienta



Riziko útlaku a parézy při operačním výkonu

CAVE

- Bezpečná manipulace pacienta v anestezii
- obézní pacient
- Polohování u pacienta s totální endoprotézou



Prevence rizika útlaku a parézy při operačním výkonu

- Antidekubitální péče
- Polohování pacienta



Riziko termického poškození pacienta

CAVE

- Pacient s kardiostimulátorem
- Kontakt pacienta s kovovými částmi stolu nebo jeho komponent
- Zatečení dezinfekce na bázi alkoholu nebo nedokonalé zaschnutí před rouškováním pacienta



Prevence rizika termického poškození pacienta

- Pravidla použití neutrální elektrody
- Zaschnutí dezinfekce na bázi alkoholu
- Dbát uzemnění přístroje a operačního stolu
- Kontrola funkčnosti přístroje a neutrální elektrody



Děkuji za pozornost

