



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Identifikace a analýza rizik v ošetrovatelské praxi

Vypracovala: Sabina Ludányiová

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová Ph.D

České Budějovice 2015

Abstrakt – Identifikace a analýza rizik v ošetrovatelské praxi

Teoretická východiska: Bezpečnost zdravotnického personálu je jedním z nejpodstatnějších aspektů vedoucích ke kvalitní a bezpečné péči o pacienty. Existuje mnoho rizik, která každodenně ohrožují sestry při výkonu jejich povolání. Je nutné se těmto rizikům věnovat podrobnou identifikací, analýzou a vyhodnocováním. Tyto procesy povedou ke zkvalitnění pracovního života všeobecných sester a pobytu pacientů ve zdravotnické instituci. Významnou částí teoretické části práce jsou kapitoly týkající se akreditací a certifikací poskytovatelů zdravotnických služeb, které výrazně napomáhají bezpečnému prostředí.

Cíl: Cílem této práce je identifikovat rizika, která hrozí sestřím při výkonu zdravotnického povolání, analyzovat problém fyzické zátěže sester, nozokomiálních nákaz a riziko poranění ostrými předměty. Dalším cílem je popsat preventivní mechanismy související s dodržováním norem bezpečnosti práce a to, jak jsou sestrami vnímány. Hlavním záměrem je analyzovat postoje všeobecných sester k rizikům tak, jak je každá individuálně vnímá.

Metodika: Je zvolena forma kvalitativního výzkumu, která dokáže pomocí hloubkových rozhovorů proniknout do nitra vnímání rizik sester. Pomocí předem důsledně připravených otevřených otázek je získána řada rozsáhlých odpovědí, které dokreslují jednotlivá témata práce. Po zpracování rozhovorů proběhlo kódování a následná kategorizace dat. Tyto kategorie byly využity i pro přehledné zpracování výsledků v diskuzi.

Výzkumný soubor: Záměrně bylo zvoleno deset sester rozdílného věku, délky praxe, oddělení a v neposlední řadě také názorů a postojů. Oslovené všeobecné sestry pracují v jedné z nemocnic Středočeského kraje. Velikost výzkumného souboru byla dána teoretickou saturací dat.

Výsledky: Výsledky výzkumného šetření jsou rozděleny do sedmi kategorií, dle získaných dat. Sestry si uvědomují rizika, která jim hrozí. Dokážou je pojmenovat, popsat rizikové jednání a preventivní mechanismy, které minimalizují rizika. Všeobecné sestry prokázaly základní vědomosti týkající se nozokomiálních nákaz, avšak v oblasti bariérové péče je stále prostor pro hlubší pochopení mechanismů a přístupů, které mohou dopomoci ke snížení četnosti nozokomiálních nákaz. Sestry si také uvědomují rizika, která vyvstávají z nadměrné fyzické zátěže a zvládají je eliminovat pomocí sportovních aktivit. Dalším rizikem, které si sestry uvědomují a považují i za nejvíce ohrožující, je riziko poranění o ostré předměty. I když si tuto skutečnost uvědomují, z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry nedodržují preventivní mechanismy, i když je znají. Sestry mají spíše negativní postoj ke školením bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Tato skutečnost je dána nekvalitním zpracováním těchto školení. Ke svému vzdělávání se staví převážně kladně, avšak neopomínají fakt, že školení, která by pro všeobecné sestry byla zajímavá, nejsou hrazená a probíhají během jejich volného času.

Závěry a doporučení pro praxi: Tato práce poukazuje na rezervy, které v této problematice jsou a snaží se alespoň nahlédnout do postojů, pocitů a obav všeobecných sester, které souvisí s rizikovostí tohoto povolání. Všeobecné sestry by si měly uvědomit svou důležitost pro společnost a přijmout odpovědnost nejen za poskytované výkony, ale také za své vlastní bezpečí. Mezi doporučení, kterými by se minimalizovala rizika spojená s výkonem sesterské profese, patří provádění důsledného školení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a zkvalitnění školení poskytovaných zdravotnickou institucí.

Klíčová slova: management rizik, bezpečnost a ochrana zdraví při práci, poranění ostrými předměty, fyzická zátěž, nozokomiální nákazy

Abstract - Identification and Risk assessment in the nursing care

Theoretical base: Safety of the Healthcare personnel is one of the key aspects in the good and safe care of patients. There are many risks threatening nurses while doing their daily job. It's necessary to perform a detailed identification, analysis and assessment of these risks. These processes lead to improved work life of general nurses and clients' stay in the healthcare facility. Important s of the theoretical part are chapters concerning the accreditation and certification of the healthcare facilities helping to achieve safe environment.

Objective: The objective of this study is to identify risks for nurses while performing their medical profession, to analyze the problem of their physical workload, nosocomial infections and the risk of sharps injuries. Another objective is to describe preventive mechanisms of compliance with work safety standards and how they are perceived by nurses. The main objective is to analyze the overall standpoint of nurses towards risks in a way to show their individual perception.

Methods: Form of qualitative research was chosen with in-depth interviews in order to fully understand risk perception of nurses. Thanks to using the pre-prepared thoughtful open questions, a number of extensive answers could be collected that illustrate various themes of work. After processing the interviews a subsequent coding and categorization of data took place. These categories have also been used for a survey of the results in the discussion.

Participants: Intentionally ten nurses of different ages, length of service, department, and finally, opinions and standpoints have been chosen. Interviewed nurses are working in one of the hospitals in Central Bohemia. Size of the study sample was determined by theoretical saturation of data.

Results: The results of the research are divided into seven categories, according to the data. Nurses are aware of the risks they face. They are able to name, describe risky behavior and prevention mechanisms that prevent the onset of these risks. Nurses demonstrated basic knowledge regarding nosocomial infections, but in the barrier care there is still room for a deeper understanding of the mechanisms and approaches that can help to reduce the frequency of nosocomial infections. Nurses are also aware of the risks that arise from excessive physical workload and they tend to eliminate them through sports. Another risk that nurses realized and considered as the most threatening, is the risk of sharp objects injuries. Although aware of this fact, the research shows that nurses do not comply with the preventive measures, despite they know them. Nurses have a rather negative attitude towards training regarding health and safety at work. This is due to poor quality in processing of such trainings. They have a positive attitude towards education, but they realize that trainings for general nurses which might be interesting are not for free and they take place usually during their free time.

Conclusions and recommendations for practice: This work highlights the weak points in this topic and tries to look into the attitudes, feelings and concerns of nurses, which are related to the riskiness of such profession. Nurses should be aware of their importance to society and should take responsibility not only for performed procedures, but also for their own safety. Among the recommendations, which could minimize the risks associated with the performance of nursing profession, is the implementation of rigorous training of health and safety at work and quality of training provided by healthcare facilities.

Keywords: risk management, health and safety at work, sharp injuries, physical workload, nosocomial infections

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Ing. Ivě Brabcové Ph.D, za cenné rady, věcné připomínky, vstřícnost při konzultacích a pomoc při vypracování bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 OPERACIONALIZACE VYBRANÝCH POJMŮ	11
1.2 ŘÍZENÍ RIZIK	12
1.3 IDENTIFIKACE A ANALÝZA RIZIK.....	13
1.4 SYSTÉMY ŘÍZENÍ KVALITY	14
1.4.1 Minimální požadavky na řízení kvality	14
1.4.2 Joint Commission on Accreditation of Healthcare.....	15
1.4.3 Spojená akreditační komise	17
1.4.4 Certifikace kvality - ISO	19
1.4.4.1 ISO 9001 ve zdravotnictví	19
1.5 VYBRANÁ RIZIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.....	21
1.5.1 Nozokomiální (nemocniční) nákazy.....	21
1.5.1.1 Rozdělení nozokomiálních nákaz	22
1.5.1.2 Bariérová ošetrovatelská péče	23
1.5.2 Fyzická zátěž.....	26
1.5.3 Poranění ostrými předměty.....	27
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	30
2.1 CÍLE PRÁCE.....	30
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
3 METODIKA.....	31
3.1 POUŽITÉ METODY	31
3.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	31
3.3 PRŮBĚH ROZHOVORU	32
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.1 OBAVY A POSTOJE SESTER K RIZIKŮM.....	34
4.2 PREVENCE NOZOKOMIÁLNÍ NÁKAZY	36
4.2.1 Mechanické mytí a hygienická dezinfekce rukou.....	37
4.3 ŠKOLENÍ A VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI PREVENCE RIZIK	39

4.4	FYZICKÁ ZÁTĚŽ	42
4.4.1	<i>Nemoci z povolání</i>	44
4.5	RIZIKO PORANĚNÍ O OSTRÉ PŘEDMĚTY.....	45
4.5.1	<i>Četnost poranění</i>	45
4.5.2	<i>Ostrý odpad</i>	47
4.6	ZPŮSOB IDENTIFIKACE RIZIK.....	49
4.7	SESTRA NEBO PACIENT?.....	49
5	DISKUZE	51
6	ZÁVĚR	58
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	60

ÚVOD

Každá činnost ve zdravotnické instituci představuje určitou míru rizika. Nežádoucí události jsou determinovány riziky, která jsou součástí každého ošetrovatelského procesu. S trochou nadsázky můžeme říci, že doslova visí nad poskytovatelem zdravotní péče jako Damoklův meč, a čím více jsou tato rizika opomíjena, o to více se pomyslňá nit tenčí. Bezpečnost a ochrana zdraví při práci je velmi důležitá nejen v nemocnicích, ale i v ostatních zdravotnických institucích. Je nutné dosáhnout co nejbezpečnějšího pracovního prostředí, předcházet poraněním, chránit ohrožené zaměstnance, stanovit integrovaný přístup zavádějící zásady v oblasti hodnocení rizik, prevenci rizik, školení, informování, osvěty a monitorování.

Bezpečnost a ochrana zdraví zaměstnanců jsou prvořadé a od nich se odvíjí bezpečí pacientů. Sestry jsou nejpočetnější skupinou nelékařských pracovníků. Poskytují veškerou péči o pacienty a významně se podílí na kvalitě poskytované péče a povědomí společnosti o celé zdravotnické organizaci. Je nutné, aby si všeobecné sestry uvědomily a byly hrdé na jedinečnou roli, kterou v péči o pacienty zastávají.

Hlavním záměrem této práce bylo vyhodnotit, jaká rizika hrozí sestřám při výkonu jejich povolání. Zmapovat přístup sester nejen k těmto rizikům, ale také ke vzdělávání a dalším tématům, která každodenně ovlivňují jejich práci.

Téma bakalářské práce bylo dáno aktuálností dané problematiky. Snahou práce je motivovat sestry k proaktivnímu myšlení, v rámci kterého by aktivně vyhledávaly a minimalizovaly rizika, která jim hrozí při výkonu jejich povolání. Tímto výzkumem bych ráda upozornila na značné rezervy, které mohou mít v budoucnosti významný vliv nejen na bezpečí sester, ale také pacientů. Vybraná bezpečnostní rizika, kterými se tato bakalářská práce zabývá, jsou pouhou částí celku. O systémové řešení bezpečnostních otázek by měl být projevován větší zájem ze strany zaměstnavatelů i státní správy. Pokud je zájmem všech poskytovatelů zdravotní péče zvyšování kvality péče, považují za skvělý začátek zvýšit ochranu, bezpečí a péči o všeobecné sestry.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Operacionalizace vybraných pojmů

Vzhledem k předmětu výzkumné práce je nutné vymezit základní pojmy dané problematiky, které se v textu vyskytují. Za stěžejní lze považovat termín riziko. Riziko lze charakterizovat jako událost, nebo skutečnost, která nemusí nutně nastat, ale pokud tato skutečnost nastane, má negativní dopad nejen na poskytovatele zdravotních služeb, ale také na zdravotnický personál a pacienta. Nese s sebou své důsledky a vyvstává z nedodržování směrnic a standardů (1). Proces identifikování, vyhodnocování a řešení rizik, ať už potenciálních, nebo aktuálních nazýváme řízení rizik nebo také management rizik. Dalším využívaným pojmem je akreditace. Akreditace je oficiální potvrzení o tom, že poskytovatel zdravotní péče je schopen poskytovat kvalitní zdravotní péči, která je stanovena legislativou a management této instituce a dosahuje výsledků, které zajišťují progresi ve všech sférách poskytovaných služeb. Certifikaci kvality lze získat buď na základě akreditačního řízení, nebo získáním ISO. Certifikace je poskytnuta certifikačním orgánem a slouží k zabezpečení daného poskytovatele zdravotních služeb o shodě s požadavky danými společností udělující certifikát. Management rizik je oblast řízení, zaměřující se na správnou identifikaci, analýzu a vyhodnocování rizik, se snahou tyto rizika snížit pomocí metod vyhodnocování a preventivních mechanismů. Jedná se nejen o řešení existujících rizik, ale také o odhalování budoucích kritérií, která mohou vést ke zvýšení rizika. Dalším pojmem je nežádoucí událost. Nežádoucí událost je situace, která nějakým způsobem vyústila v poškození pacienta, nebo zdravotnického personálu. Tyto nežádoucí události se hlásí a poskytovatelé zdravotních služeb by měli přijmout preventivní opatření, která by mohla podobné nežádoucí události zabránit.

1.2 Řízení rizik

Management rizik je v posledním desetiletí velice diskutovaným tématem, a proto je zvládnutí dobré identifikace, analýzy, vyhodnocení a samotné řešení rizik jádrem dané problematiky. Pokud každá z těchto složek funguje správně, tak poskytovatel zdravotních služeb má možnost se dobře rozvíjet a vyhnout se situacím, které mohou ohrozit prosperitu celé společnosti (2). Pro řízení rizik jsou velice důležité pevné základy a principy, které reprezentují hodnoty, které se vlivem zdokonalování staly trvalými (3).

Řízením rizik se zabývá manažer rizik. V institucích to může být manažer pro kvalitu péče, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, náměstci pro léčebnou péči, nebo vedoucí úseku kontroly a vnitřního auditu. Funkce manažera má význam hlavně v uskutečňování teoretických myšlenek a projektů, které vedou ke zdokonalení řízení rizik. Manažer je také v bezprostředním kontaktu se zaměstnanci a cíleně je vzdělává v jednotlivých oblastech řízení rizik. Tento kontakt je klíčový a manažer, tedy řídicí pracovník, by měl zaměstnancům zdravotnické organizace jít příkladem. Tato skutečnost je bohužel v našich tuzemských zařízeních často podceňována. V řízení rizik je důležité zkoumat potřeby pacientů, ale i sester. Zaměřit se na očekávání všech a vyvozovat jasné vize, strategie a zájmy tak, aby všechny strany byly srozuměné s plány a posláním celé politiky. Vedoucí pracovníci, a to ve všech úrovních řízení kvality péče, by si také měli během svého fungování vybudovat u pracovníků přirozenou autoritu a stát se pro podřízené vzorem v jednání a postojích. Přínosem je také oceňování zaměstnanců za proaktivní přístup, který může pomoci k rozvoji cílů instituce (1, 3, 4).

Další úlohou manažera rizik je šetření nežádoucích událostí a řízení aktivit, vedoucích k bezpečnější péči. Celý program řízení rizik se věnuje prevenci ohrožení zdrojů, snaží se zamezit situacím, které by mohly vést k soudním sporům a mimořádným událostem. Využívají společností, které akreditují a certifikují instituce, dále také analytických metod FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), RCA (Root Cause Analysis) a FTA (Fault Tree Analysis). Tyto nástroje se zabývají analýzou chyb, které vyvstávají při ošetrovatelské a léčebné praxi. Další důležitou náplní manažerů

rizik je řízení politiky prevence rizik v celé organizaci a vytvoření směrnic a standardních doporučených postupů, které povedou k minimalizaci nežádoucích událostí. (1, 5)

1.3 Identifikace a analýza rizik

Při identifikaci rizik se pozornost zaměřuje zejména na vysoce rizikové situace a procesy. Hlavní rizika, která se vyskytují na pracovišti, můžeme vyhodnocovat dle výsledků brainstormingu členů projektového týmu. Iniciátory, kteří se zajímají o identifikaci a následnou analýzu rizik, bývají nejčastěji ředitel nebo manažer rizik. Nejvíce se zabývají situacemi a procesy, které nejčastěji vedou k poškození nebo jsou vysoce rizikové. Rizika, která identifikujeme, jsou evidována v kartách rizik a také registru rizik (1, 6).

Registr, nebo také katalog rizik, je jednou z efektivních metod prevence. Pomocí manažera si oddělení vytvoří svůj vlastní katalog rizik, který je neustále aktualizován a tím zlepšuje přehled o potenciálních rizicích. Celá zdravotnická instituce by měla mít svůj katalog „globálních“ rizik. Katalog „globálních“ rizik by měl být na každém oddělení a zároveň je uložen u manažera rizik (1).

Při brainstormingu jsou expertními týmu pokládány otázky týkající se událostí, které považují jednotlivci za nejvíce rizikové. Dále je možné se zaměřit i na procesy, s nimiž se sestry během své praxe nejčastěji setkávají. Tým odborníků vyhodnocuje nežádoucí události, identifikuje specifická rizika pro daný druh oddělení, určuje kořeny příčin pochybení a navrhuje preventivně nápravná opatření (1, 5).

Další metodou určování rizik je srovnávací metoda. Tato metoda srovnává doporučené postupy, limity a normy s plánem, rozpočtem nebo výskytem jednotlivých jevů v určitém časovém období. Srovnávací metoda slouží k rozpoznání problémů a slabých míst v malých celcích. Zkoumá vztahy mezi jevy, se kterými se zdravotnický pracovník každodenně setkává. Vytváří modely a scénáře situací, jež mohou vést k poškození pacienta nebo zdravotnického pracovníka. (1, 6).

Strategie řízení rizik ve zdravotnictví vznikla jako odezva na případy poškození pacientů negativním působením zdravotnických technologií, jako je využití elektrických šoků v léčbě, nebo přílišnému vystavování paprskům rentgenového záření (7).

Pro samotné vyhodnocení rizik je důležité kvalitně zaznamenávat jednotlivé výskyty rizik a zjistit, jaká je pravděpodobnost výskytu. Dále je nutné vyhodnotit vážnost následků ať už na daného jedince, ekonomiku, klima instituce, nebo povědomí společnosti o daném poskytovateli zdravotních služeb. Samotná analýza rizik je určitou ochranou proti nebezpečí (1, 6, 7).

1.4 Systémy řízení kvality

Mezi systémy řízení kvality ve zdravotní péči patří na příklad Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JCAHO), Spojená akreditační komise (SAK) nebo Mezinárodní organizace pro normalizaci ISO. Těmto bych se ráda věnovala v následujících podkapitolách. Jako další systémy řízení kvality ve zdravotnických zařízeních je také The International Society for Quality in Health Care (ISQua), European Foundation for Quality management (EFQM) a další.

1.4.1 Minimální požadavky na řízení kvality

Minimální požadavky na kvalitu služeb stanovuje Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Tato vyhláška je stanovena dle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

V první části této vyhlášky se pojednává o minimálních standardech a indikátorech kvality a bezpečí ve zdravotnických institucích. Jde hlavně o zavádění programů, které zvyšují kvalitu a bezpečí a monitorují nežádoucí události. Dále se soustředí na vyhodnocování spokojenosti pacientů, řešením stížností a podnětů, vyvstávajících z připomínek týkajících se lůžkové péče. Stanovuje doporučené diagnostické, léčebné a

ošetřovatelské postupy. Druhá část vyhlášky pojednává o právech pacientů a jejich blízkých a o správném vedení interní zdravotnické dokumentace. Jedná se hlavně o možnosti nahlížení do zdravotnické dokumentace, její ochraně před zneužitím, ztrátou a poškozením. Zaměřuje se i na zacházení s léčebnými přípravky a zdravotnickými prostředky. Tato část se týká hlavně postupů objednávání, skladování, předepisování, samotné přípravě a dále likvidaci nevyužitých léčivých přípravků, dále také o hlášení nežádoucích účinků a incidentů souvisejících s podáním léčiv. Řeší problematiku stravování v lůžkových zařízeních a pojednává o zpracování systému diet a nutriční péče. Definuje činnosti, podporující zdraví a prevenci v souvislosti nejen s pacienty, ale také zaměstnanců. Další důležitou složkou je návaznost péče v dané instituci, ale i v ostatních organizacích poskytujících péči. Cílem dalšího standardu je vyloučení možnosti záměny pacientů a dodržování postupů vedoucí ke správné identifikaci pacientů. Jako poslední je ve druhé části uvedeno zajištění kardiopulmonální resuscitace a s tím související plány přeškolení a zkoušení pracovníků, výbava na jednotlivých úsecích a provádění dokumentace o provádění kontrol a zkoušení zaměstnanců. Ve třetí části této vyhlášky jde o zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance. Hlavní snahou je minimalizace rizik vyvstávajících z výkonu zdravotnického povolání, ale také i pobytu ve zdravotnické organizaci. Poukazuje na zavádění programů zvyšujících a zajišťujících bezpečí a na identifikaci činností, které jsou potenciálně rizikové ať už z pohledu zdravotnického personálu, nebo pacienta (8).

1.4.2 Joint Commission on Accreditation of Healthcare

V roce 1951 byla v USA založena nezisková organizace Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JCAHO), která postupně a neustále rozpracovává kritéria sloužící k hodnocení kvality poskytovatelů zdravotnických služeb. Nemocnice se hodnotí dle 500 ukazatelů kvality. Samotná inspekce komisařů v akreditované instituci trvá několik dnů a komise jedná s personálem, pacienty a má možnost nahlédnout do dokumentace. Výzkum je orientován na práva pacientů, sledování infekcí, na přístup sester a lékařů k pacientům, dále také na etické problémy v instituci a v neposlední řadě

na řízení samotné zdravotnické organizace (9). Dceřinou společností JCAHO je Joint Commission International (JCI) která uděluje akreditace mimo území Spojených států amerických. Poskytovatel zdravotní péče, který žádá o tuto akreditaci, musí splňovat požadavky, jež jsou stanoveny národní legislativou. Dále je instituce povinna zvyšovat kvalitu poskytované péče, nebo alespoň aspirovat na zlepšení služeb ve zdravotnické instituci. Šetření, které je vykonáváno v organizaci, slouží k vyhodnocování existujících problémů a jejich nápravě. Pokud poskytovatel zdravotní péče vyhovuje standardům daným JCI ve vyšetřovaných oblastech, je akreditace udělena. Pokud ale tyto standardy splněny nejsou nebo instituce sama ukončí svou participaci na akreditačním procesu, akreditační komise akreditaci neudělí (10).

V současné době jsou v České republice uděleny pouze čtyři akreditace od JCI. Mezi prvními tuto akreditaci získala Nemocnice Na Homolce v Praze, a to v roce 2005. Jako další v roce 2007 Ústav hematologie a krevní transfuze v Praze. V roce 2009 Masarykův onkologický ústav v Brně a rok poté podstoupila akreditační řízení a následně získala akreditaci Fakultní nemocnice v Ostravě. Tyto nemocnice si akreditace pravidelně obnovují. Jako poslední se reakreditovala Nemocnice Na Homolce v roce 2014 a Ústav hematologie a krevní transfuze rok předtím (11).

Akreditace je udělována na tři roky, poté musí poskytovatel zdravotní péče zažádat o její prodloužení. Automatická obnova u tohoto typu akreditace není. Pokud chce poskytovatel zdravotní péče prodloužit akreditaci, musí znovu podstoupit celé šetření, znovu prokázat dodržování všech standardů a vyrovnat se s připomínkami komisařů, které jsou během procesu vzneseny. Povinností žadatele je také uhradit veškeré finanční náklady inspektorů, ať už jde o dopravu na místo, ubytování, kapesné a stravné (10).

V poslední době je od akreditací JCI v České republice ustupováno vzhledem k finanční náročnosti, ale také i z důvodu, že JCI není kontrolována žádnou veřejnou organizací, takže činnost, kterou provádí, není dána normou zákona. V minulosti tento systém byl příliš byrokratický, takže byli poskytovatelé zdravotních služeb hodnoceni hlavně dle jejich dokumentace a ne pro kvalitu procesů. Systém sice pomáhal postupně sjednocovat a zlepšovat poskytovanou péči, ale nezvládal motivovat instituce, které již

kvality těchto standardů dosáhly. Nyní je již kladen větší důraz na procesy a kontinuální zlepšování instituce (9).

1.4.3 Spojená akreditační komise

Další organizací, která se zabývá akreditacemi, je Spojená akreditační komise (SAK, o.p.s.). Tato organizace poskytuje akreditační služby poskytovatelům zdravotních a sociálních služeb na území České republiky. Původně vznikla v roce 1997 jako zájmové sdružení právnických osob. Postupem času byly vytvořeny první akreditační standardy, které byly zaštitěny Ministerstvem zdravotnictví ČR. SAK poskytuje akreditační služby pouze na území České republiky. V manuálu pro akreditace SAK jsou jasně popsány dílčí složky vyhodnocování a plnění požadovaných standardů. Tyto standardy, pravidla postupů při hodnocení a následného vyhodnocování a udělování akreditací, jsou přístupná na internetových stránkách SAK (12). Poskytovatelé zdravotních služeb, kteří se uchází o akreditaci, usilují o shodu mezi akreditačními standardy a jejich vnitřními postupy. Pokud poskytovatel zdravotních služeb projde úspěšně akreditačním procesem, je to důkazem toho, že je kvalitní, bezpečí péče monitoruje a kontinuálně zvyšuje (1, 12).

Hodnocení probíhá tak, že během akreditačního šetření navštíví hodnotitelský tým danou organizaci. Tento tým se obvykle skládá z lékaře, dále nelékařského pracovníka a specialisty v administrativě. Akreditační tým ohodnotí standardy dané SAK a poté je hodnotí na stupnici 0-10, přičemž 0 značí, že poskytovatel zdravotních služeb požadavky nesplnil, 5 splnil částečně a 10 splnil. Poté se vypočítá průměr z každého standardu a výsledek je zaokrouhlen na celé číslo dolů. Z těchto hodnot se vypočítá průměr a výsledek je převeden na procenta.

Pro to, aby poskytovatel zdravotních služeb získal akreditaci, musí dosáhnout tří podmínek. Minimálním požadavkem je, že organizace musí dosáhnout u jednotlivých standardů alespoň částečné plnění, což znamená nejméně 50% plnění maxima. Každá z kapitol standardu musí být plněna minimálně na 70 % maxima a jako třetí podmínkou je, že instituce plní všechny standardy nejméně na 80 % daného maxima. Akreditační

komisaři předají závěry inspekce představitelům SAKu a ti na základě jejich hodnocení rozhodnou o udělení či neudělení akreditace. SAK také rovnou vyhodnocuje i požadavky směrnic, které jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni dodržovat (12, 13).

Tuto formu akreditace má nyní více než 100 poskytovatelů zdravotních služeb po celé České republice. Naposledy v lednu tohoto roku získala akreditaci i Nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově a dosáhla výborného výsledku a to 9,82 bodů z již zmiňovaných 10 (14).

Standarty SAK jsou uspořádány do jednotlivých oblastí. Hlavní jsou dva rozsáhlé komplexy standardů. První celek se týká klinických aktivit a druhý souvisí s dodržováním standardů v manažerské a organizační sféře. Dále se dělí dle Ministerstva zdravotnictví České republiky na jednotlivé resortní bezpečnostní cíle, které jsou pro minimalizaci rizik stěžejní. Z těchto cílů SAK vychází a považuje je za základní kámen ke kvalitnímu poskytování péče.

První resortní cíl související s bezpečností je zavedení jednotného systému identifikace pacientů. Jedná se o vytvoření předpisů, jako je například uvedení minimálně dvou identifikačních údajů, jako je jméno a příjmení společně s jeho datem narození a oddělení, na kterém je pacient léčen. Identifikace pacienta je prováděna vždy před jakýmkoli diagnostickým nebo léčebným výkonem. Další resortní cíl je zaměřen na používání rizikových léčiv.

Nemocnice jsou také povinné vytvořit postupy, které zamezí záměně pacientů při výkonech pomocí standardizovaných postupů identifikace pacienta, vedení dokumentace a dalšími opatřeními vedoucími k naplnění cílů. Jedná se také o prevenci pádů pacientů. Je nutné, aby nemocnice zavedla nařízení, která povedou ke snížení rizika pádů. Další resortní cíl se týká správnosti postupů hygieny rukou, bariérového přístupu při poskytování péče a kontroly incidence infekcí. Důraz je kladen i na pravidelná školení zdravotnických pracovníků, která jsou stanovena vnitřním předpisem poskytovatele zdravotní péče. Nutností je stanovení jasných pravidel ústní a telefonické komunikace, například v rámci ústní preskripce léků nebo telefonického hlášení laboratorních výsledků. Dále je nezbytné, aby organizace vnitřní směrnici určila postup

předávání pacientů a s tím související záznamy do dokumentace. Veškeré stanovené postupy musí být zaměstnanci dodržovány (12,13).

1.4.4 Certifikace kvality - ISO

Jedním z dalších systémů, které se dlouhodobě zabývají řízením rizik, je také ISO (International Organization for Standardization). Mezinárodní organizace pro normy ISO v roce 1987 zveřejnila požadavky na management, které se rychle staly stěžejní pro celé řízení managementu ve všech odvětvích průmyslu. Jejich vznik ovlivnil celý svět a Evropská unie je dokonce již od jejich vzniku začala využívat jako evropské normy (3 s. 44).

Zpracování a celkové pojetí norem má univerzální charakter. Jsou vhodné pro využití ve všech organizacích, ať už ve státní správě, podnikatelské sféře nebo i v neziskových organizacích. Zavedení ISO norem v jednotlivých organizacích je dobrovolné. Pokud je ale legislativně určena nutnost dodržování těchto norem, organizace je povinna normy plnit. Normy stanovené ISO jsou doporučovány, ale nejsou povinné. Tato skutečnost je charakteristická právě pro normy ISO. V dnešní době je zcela běžné, že klienti organizací vyžadují potvrzení o certifikaci kvality zaručující, že má daný celek fungující a zdokonalující se systém managementu.

Normy ISO jsou v ČR zavedeny českým normalizačním institutem, jako ČSN EN ISO ř. 9000. Poskytují návod k vypracování a zavedení kvalitního managementu jakosti (9, 3).

1.4.4.1 ISO 9001 ve zdravotnictví

Norma ISO 9001 je dále rozdělena do osmi kapitol. První a druhá kapitola se věnuje předmětu normy a normativním odkazům, které poukazují na právní předpisy, díky kterým norma vznikla. Kapitola třetí se zaměřuje na termíny a definice, respektive objasnění zdravotnických pojmů týkajících se péče, ošetřovatelského plánu, dokumentace, nežádoucích událostí a dalších. V další kapitole se norma zabývá

systemem managementu jakosti. V tomto bodě jsou požadavky na vytváření, zaznamenávání a udržování systému managementu, který povede ke zkvalitnění řízení organizace. Poukazuje na důležitost organizovanosti, která vede k efektivnosti a dobré funkci řízení. V této kapitole se zaměřuje i na dokumentaci systému, kam patří příručka jakosti. Příručka jakosti obsahuje postupy a procesy navzájem ovlivňujících se procesů. Dále se zabývá samotným řízením dokumentů, kam patří schvalování dokumentů, aktualizace, revize a dalšími procesy týkající se dokumentace (3, 9, 15). Věnuje se také řízení záznamů, kdy požadují kvalitní zpracování dokumentů, které potvrzují shodu se správným vedením dokumentace. Pátá kapitola s názvem Odpovědnost vedení organizace poukazuje na důležitost plnění požadavků nejen státní správy a předpisů, ale také na požadavky pacienta. Požadavky pacienta by měly být stále naplňovány a to rychle a s vysokou efektivitou. Zajišťuje cíle kvality a analyzuje naplnění pacientových požadavků a potřeb. Tato kapitola se mimo jiné zabývá i cíly, kterých chce organizace dosáhnout. Dále také správnou mírou odpovědnosti přidělené zaměstnancům a komunikací mezi nimi. Kapitola s číslem šest se zabývá managementem zdrojů. Do této kapitoly patří zajišťování prostředků, které je třeba investovat v průběhu řízení do rozvoje instituce. Můžeme jako příklad uvést využívání technologie a vybavení, opravy a inovace prostorů nevyhovujících podmínkám stanoveným ISO nebo také vzdělávání sester. Norma také pojednává o opatřeních, která jsou nutná pro bezpečnost práce, analyzuje a identifikuje psychickou i fyzickou zátěž zaměstnanců na pracovišti a zavádí postupy pro zlepšení podmínek ať už pozitivní motivací pracovníků, nebo spoluprací celého týmu podílejícího se na chodu zařízení. Předposlední kapitola nese název Realizace služby a týká se plánů na péči o pacienty a komunikace s nimi (9, 15). V tomto bodě se jedná i o aktualizaci a kontrolu programu činností, plánů instituce, nouzových plánů, kontroly prostředí, dále také o seřizování a kalibraci zařízení využíváných při péči a v neposlední řadě sleduje evidenci související s jednotlivými body. V závěrečné kapitole se ISO 9001 zabývá měřením, analýzou a zlepšováním. Tato kapitola vyhodnocuje, zdali poskytovatel zdravotní péče dosáhl předsevzatých cílů a plánů, spokojenosti pacientů, jestli systém, který je v zařízení zaveden, je vyhovující, a je udržován. Kontrola je prováděna interními audity, které vyhodnocují finanční

stránku organizace. Je vyhodnocováno množství nákladů na prevenci, poruchy interního i externího vybavení. Dle normy organizace musí mít nastaven systém hlášení nežádoucích událostí, k nimž dochází během poskytování zdravotní péče. Organizace také vyhodnocuje spokojenost pacientů a personálu (9).

System ISO 9001 patří mezi nejpobulárnější po celém světě. Návrh pro novelizaci z ISO 9001: 2008 na ISO 9001: 2015 a byl schválen v 80 % zemí. Tato verze bude zveřejněna v září 2015.

1.5 Vybraná rizika v ošetrovatelské praxi

V další části práce bych se ráda zabývala problematikou rizik, která souvisí s výkonem zdravotnického povolání. Konkrétně bych se chtěla zaměřit na nejvíce rizikové výkony a procesy, které jsou součástí práce sestry. V první řadě se jedná o nozokomiální nákazy, kterými jsou ohroženi nejenom pacienti, zdravotnický personál, ale i studenti. Dále se chci zaměřit na vliv fyzické zátěže na sestry a na problematiku poranění. Tyto body považuji za nejvíce rizikové, a proto je důležité jim věnovat více pozornosti.

1.5.1 Nozokomiální (nemocniční) nákazy

Nozokomiální nákaza je nemocniční infekce, která vzniká v souvislosti s pobytem pacienta ve zdravotnické instituci. Při vzniku jsou důležité čtyři složky, které podněcují vznik a šíření nozokomiálních nákaz. Nejdříve působí původce nákazy na zdroj. Zdrojem může být považován pacient, zdravotnický personál, návštěva, nebo jakákoli jiná osoba, která přijde do styku s původcem. Dále dojde k přenosu, který můžeme rozdělit na přímý, nebo nepřímý. Do přímých, nespecifických nosičů řadíme ovzduší, vodu, stravu, prádlo a mimo jiné také plochy nebo odpady. Tyto nespecifické nosiče poukazují na kvalitu hygieny a také na epidemiologickou situaci v daném zařízení. Do

specifických nosičů můžeme zařadit všechny druhy infikovaných roztoků, ať už se jedná o injekční, infuzní nebo léčebné roztoky. Mimo jiné se také jedná o močové katetry, endoskopy, nástroje, přístroje a mnoho dalších (16, 17).

Schopnost správného dodržování směrnic a standardů v této oblasti je jakousi vizitkou daného poskytovatele zdravotních služeb. Nicméně není neobvyklé, že zaměstnanci nedodržují zásady, které jsou klíčové pro prevenci nozokomiálních nákaz. Stejně jako zdravotník může být zdrojem nozokomiální infekce pro pacienta, tak i pacient může být zdrojem profesní nákazy pro personál (16,17).

1.5.1.1 Rozdělení nozokomiálních nákaz

Nozokomiální nákazy lze dělit dle původce na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější) nákazu. Endogenní nákaza je způsobena mikroorganismy, které běžně osidlují organismus člověka. Mikroorganismy z jiných orgánových soustav pronikají do krevního oběhu, kde způsobují sepsi. Exogenní nákazy jsou takové, které byly do vnitřního prostředí pacienta zaneseny z vnějšího prostředí. Nejvíce vznikají exogenní nákazy kvůli nedostatečné hygieně rukou, nedodržování sterility u převazů ran a podcenění onemocnění personálu. Exogenním nákazám lze zamezit hlavně prevencí a dodržováním bariérového přístupu, kterému se budu věnovat v další kapitole. Tyto nákazy se týkají nejen pacientů, ale i sester. Pro sestry tyto exogenní nákazy představují riziko profesionální nákazy. Profesionální nákaza je taková, která postihuje některé profesní skupiny, které se dostávají do styku s infekcí častěji než většina populace. Zdravotnický pracovník tedy může sám onemocnět kvůli nosičství, nebo onemocnění pacienta. Ignorace preventivních mechanismů, zamezujících vzniku nozokomiálních nákaz vede nejen ke zkomplikování léčby, ale také k výraznému ohrožení zdraví, zvýšení nákladů na léčbu, nebo k prodloužení doby hospitalizace, která je pro poskytovatele zdravotních služeb také finančně nákladná. Až 90 % nozokomiálních nákaz ve zdravotnických institucích způsobují močové infekce, dále také infekce v operační ráně, pneumonie a jiná onemocnění dýchacího traktu a infekce krevního řečiště, která vedou k sepsi (16).

1.5.1.2 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérová péče představuje komplex ošetrovatelských postupů spojených se specifickými materiálními a prostorovými předpoklady k zabránění přenosu nákaz ve zdravotnických institucích (16). Po technické stránce se jedná na příklad o zavedení a dodržování čistých a nečistých zón nebo o správnou funkci vzduchotechniky zejména v prostorech operačních sálů, nebo jednotek intenzivní péče. Důležitou složkou je používání ochranných pomůcek u zaměstnanců. Jedná se zejména o správný oděv, obuv, rukavice, empír, zástěry, čepice, ústenky nebo respirátory. Ochranné pomůcky jsou důležité kvůli případné intoxikaci, poranění nebo poškození z důvodu kontaktu chemických látek s kůží. Většina z těchto pomůcek, které zamezují šíření nozokomiálních a profesních nákaz jsou jednorázové. Při činnostech, které souvisí s celkovou péčí o pacienta, ať už jde o úpravu lůžka, provádění hygieny, pomoc při vyprazdňování, krmení nebo při výkonech, u kterých je velká pravděpodobnost potřísnění, by měla sestra používat nejen rukavice, ale i zástěru, která může výrazně snížit šíření nozokomiálních nákaz (16,17,18).

Používání ústenek je významná ochrana před kapénkovými infekcemi nebo jako ochrana pacientů s imunodeficitem. Ústenky jsou jednorázové a nesterilní a jejich využití je zejména v intenzivní medicíně při péči o dýchací cesty, zvláště u odsávání z dýchacích cest, nebo polohování a výměny endotracheální nebo tracheostomické kanyly.

Další velice důležitým prvkem v oblasti prevence infekcí spojených se zdravotní péčí je používání rukavic. Rukavice slouží pro ochranu jak sestry, tak pacienta a jsou mechanickou bariérou, která zamezuje přestupu mikroflóry od pacienta na zdravotnický personál a opačně. Rukavice jsou důležité také kvůli ochraně před agresivními účinky desinfekčních prostředků a dalšími nežádoucími látkami, které mohou reagovat s pokožkou. Je důležité zvolit správný druh rukavic dle činnosti a míry nebezpečnosti výkonů. Rozlišujeme rukavice sterilní a nesterilní. Sterilní rukavice jsou využívány při výkonech zejména na operačních sálech, nebo u výkonů, kde je nezbytné dodržovat přísně aseptický postup, jako je například zavedení močového katetru. Nesterilní rukavice využíváme při kontaktu s jakýmkoli biologickým materiálem, pomůckami,

kteře byly kontaminovány, nebo s prádlem. Nejčastěji jsou využívány rukavice, které jsou vyrobeny z latexu. Tyto rukavice jsou standardem už kvůli přijatelné ceně a vlastnostem, jako je pohodlnost, pevnost, prověřená ochranná bariéra, pružnost, přilnavost nebo citlivost hmatu. Vyrábí se verze bez pudru nebo s pudrem. U některých zdravotníků se projevuje alergie na latex, a proto byly vyrobeny bezlatexové rukavice, jejichž hlavní složkou je nitril nebo neopren. Vlastnosti latexových a bezlatexových rukavic jsou srovnatelné (19, 20, 21).

Většina nozokomiálních nákaz je přenášena rukama zdravotnického personálu a proto je důležité věnovat prostor správné hygieně rukou. Hygiena rukou je jednou z nejúčinnějších prevencí v oblasti nozokomiálních nákaz. Mikroorganismy, které se nachází v nemocnicích, jsou výrazně odlišné od těch, které jsou běžné v populaci. Tyto mikroorganismy vynikají vlastnostmi, jako je multiresistence na antibiotika nebo chemoterapeutika. Mohou také vzniknout kmeny, které jsou odolné i na desinfekční prostředky, které se v daném zdravotnickém zařízení využívají. Na rukou se nachází rezidentní (stálá) mikroflóra kůže. Nachází se ve vnitřních, hlubokých vrstvách kůže, dále také ve vývodech potních žláz a na povrchu kůže. Tato mikroflóra většinou nezpůsobuje infekce, pokud nemá jedinec imunodeficit. Dále se na rukou nachází transientní neboli přechodná mikroflóra, která kontaminuje povrch kůže přenosem z předmětů, pacientů, nebo ostatního personálu. Množství těchto kmenů a jejich poměr je dán charakterem práce a celkového zatížení zdravotnického prostředí mikrobiálním osídlením (22).

K přenosu nozokomiálních nákaz dochází, pokud jsou splněny čtyři podmínky přenosu. Nejdříve má pacient na kůži mikroorganismy a dotkne se vybavení kolem lůžka a jiných předmětů, které jsou využívány i personálem, dojde tak k přenosu na personál. Dále se z kontaminovaných rukou personálu dostanou mikroorganismy na dalšího pacienta, nebo na předměty jimi využívané, ze kterých pak dojde k přenosu na ostatní pacienty. Další atribut, který musí být splněn pro přenos, je schopnost mikroorganismu přežít potřebnou dobu na předmětech nebo rukou. A poslední podmínkou je nedostatečná hygiena a péče o ruce (16, 17).

Metodický návod z Věstníku MZ ČR částka 5 z 29. června 2012 stanovuje zásady osobní hygieny rukou při poskytování péče. Hygienu rukou můžeme rozdělit podle stupně odstranění mikroorganismů na hygienické mytí rukou (HMR), hygienickou desinfekcí rukou (HDR), mytí rukou před chirurgickou desinfekcí rukou a chirurgickou desinfekcí rukou (19,22).

Mytí rukou je proces, kdy se zbavujeme nečistot a částečně také přechodné mikroflóry rukou. Mytí rukou provádíme před a po kontaktu s pacientem, před manipulací s invazivními pomůckami, po kontaktu s neživými povrchy nacházejícími se poblíž pacienta, dále také po sejmutí rukavic, před manipulací s potravinami a léky, nebo v případě jakéhokoli podezření na kontaminaci rukou. Základem hygienického mytí rukou je řádné navlhčení rukou pitnou vodou a nanesení dostatečného množství tekutého mýdla na celý povrch rukou a s malým množstvím vody napěníme. Řádné mytí rukou trvá po dobu minimálně 30 vteřin a po oplachu je nutné pečlivě osušit ruce papírovými ručníky na jedno použití.

Hygienická desinfekce rukou (HDR) je proces, při kterém se redukuje množství transientní mikroflóry bez ohledu na rezidentní mikroflóru pokožky. Cílem HDR je přerušit cestu přenosu mikroorganismů. Pro správné vykonání HDR postupně vtíráme minimálně 3ml alkoholového desinfekčního prostředku po dobu minimálně 30 vteřin. Ruce musí být po celou dobu vtírání dostatečně vlhké. Poté necháme přípravek na rukou zaschnout a ruce neoplachujeme ani neotíráme (18, 23). V případě, že dojde k náhodné kontaminaci rukou biologickým materiálem, nejdříve seštra provede dekontaminaci rukou desinfekčním prostředkem a teprve poté následuje mytí rukou.

Mytí rukou před chirurgickou desinfekcí rukou se provádí po dobu 1 minuty před začátkem operačního programu. Mytí rukou před chirurgickou desinfekcí je rozšířeno o použití kartáčku na okolí nehtů a špiček prstů, pokud se jedná o větší znečištění rukou (16, 22,23).

Chirurgická desinfekce rukou je proces, při kterém se redukuje nejen množství transientní, ale i rezidentní mikroflóry na pokožce rukou a předloktí. Chirurgická desinfekce rukou se provádí před zahájením operačního programu, dále mezi jednotlivými operačními zákroky, nebo při porušení celistvosti rukavic. Nejdříve

naneseme přibližně 10 ml přípravku na ruce a vtíráme po dobu, která je uvedena výrobcem nebo národním předpisem. Dále opakovaně vtíráme do suché pokožky a předloktí, kdy postupujeme od špičky prstů k loktům, od špiček prstů do poloviny předloktí a od špiček prstů po zápěstí. Přípravek necháme zaschnout a ruce neoplachujeme ani neutíráme (17, 22, 23).

1.5.2 Fyzická zátěž

Jeden z faktorů, který působí na personál, je fyzická zátěž. Fyzickou zátěž můžeme charakterizovat jako zátěž pohybového, srdečně-cévního a dýchacího systému při výkonu práce. Fyzická náročnost patří nesporně k výkonu zdravotnického povolání. To, jak moc je personál ohrožen vznikem onemocnění nebo stavů z fyzické zátěže, se odvíjí od jeho tělesné konstrukce a zdatnosti, rozměrů končetin, rozsahu kloubních pohybů, svalové síly, věku, pohlaví a dalších faktorů souvisejících se stavbou a funkčností těla.

Fyzickou práci rozdělujeme na práci dynamickou, u které se svaly dostávají střídavě z fáze kontrakce do relaxace a délka trvání činnosti je kratší než 3 sekundy, a práci statickou, při které dochází ke zvýšení svalového tonu a udržení polohy po dobu delší než 3 sekundy. Ke statické práci dochází například při držení břemene, nebo sevření předmětu. Rozdílnost v těchto dvou typech práce je zejména ve způsobu prokrvení svalů. Dynamická práce je efektivnější a únava po výkonu nastupuje pomaleji než u práce statické. Při výkonu zdravotnického povolání jde o oba typy práce, ale pokud posuzujeme, která práce dominuje, mluvíme o převážně dynamické nebo převážně statické práci (24, 25)

Vlivem zvýšené zátěže se projevují nejčastěji obtíže kosterně-svalového aparátu, zvláště páteře, onemocnění svalů, kloubů, úponů a kostí v důsledku nadměrného a jednostranného zatěžování zaměstnance. Nejvíce postiženy bývají horní a dolní končetiny a páteř. Bolestmi zad jsou ohroženy všeobecné sestry, které nevyužívají správně pomůcek odlehčujících zátěž. Mezi tyto pomůcky patří podložka pro přesun pacienta na jiné lůžko, polohovací podložka a další. Aspektem ovlivňujícím vznik

bolestí zad může být například věk, fyziognomie a fyzická kondice. Kvůli častému stání, nebo chůzi, všeobecné sestry často trpí onemocněním žil dolních končetin.

Velmi důležité je kontinuální vzdělávání ošetrovatelského personálu o správné technice při manipulaci s pacienty při jednotlivých výkonech a o správném a efektivním využití pracovních pomůcek, které mohou výrazně ulehčit práci (26).

Největší fyzická zátěž bývá na odděleních, kde se nachází imobilní pacienti, u kterých je nutné provádět polohování, rehabilitaci a osobní hygienu. Jako příklad takového oddělení můžeme uvést neurologické, neurochirurgické, ortopedické, traumatologické, rehabilitační nebo geriatrické oddělení. Dále sem můžeme zařadit jednotky intenzivní péče. Studie, které byly prováděny na těchto odděleních, prokázaly, že jsou všeobecné sestry přetěžovány a limitní hodnoty pro dlouhodobou únosnou zátěž byly překročeny. Fyzická zátěž souvisí i se zátěží psychickou. Je důležité, aby fyzické, psychické či smyslové zatížení, nepřetěžovalo fyziologické možnosti pracovníků. (25, 26, 27).

Pokud se zamyslíme nad problematikou fyzické zátěže všeobecných sester, je zjevné, že tento problém by mohl být vyřešen dostatečnou saturací zdravotnického personálu, dostatkem vhodných pomůcek pro manipulaci s imobilními pacienty, dále také lepšími prostorovými podmínkami, vhodným uspořádáním oddělení nebo lepší propracovaností režimu práce a odpočinku. Pokud dochází ke hromadění fyzické zátěže na oddělení, měli by být zde zaměstnáni muži, kteří by tuto práci vykonávali. Je nutné apelovat také na vzdělávání v oblasti správných ošetrovatelských postupů (24,27).

1.5.3 Poranění ostrými předměty

Nejčastější, nejzávažnější a bohužel nejběžnější riziko, související s výkonem zdravotnického povolání, je poranění ostrými předměty neboli bodná poranění. Tato nežádoucí událost s sebou nese i významné finanční náklady pro organizaci už kvůli nutné diagnostice zdravotníka pro možnou infekci, a následné terapii, která je při zdravotnických následcích nezbytná. Je důležité se zmínit i o aspektech psychiky poraněného zdravotníka. Sestry často pracují ve stresu a nelze opomenout vliv nočních

směn. Různé studie uvádí, že nejčastější příčinou bodného poranění je injekční jehla. K poranění může dojít při aplikaci intramuskulární, subkutánní injekce, dále také při odběru krve z prstu, odběru krve ze žíly nebo odběru krve z tepny. Mimo jiné se všeobecná sestra může poranit při manipulaci s ampulemi nebo při likvidaci ostrých předmětů. Oddělení nejčastějšího poranění jsou jednotky intenzivní péče, chirurgická pracoviště a zdravotnická záchranná služba. Odhad poraněných pracovníků v Evropě je 1 milion ročně. Během spolupráce České asociace sester a organizace Aeskulap academy, která se zabývá vzděláváním zdravotnických pracovníků, vznikla v roce 2009 pracovní skupina Bezpečnost personálu. Tato skupina se soustředila na ochranu zdravotnického personálu nejen v oblasti bodných poranění, ale také na správné postupy v bariérové péči. V roce 2010 bylo vydáno direktivum, které popisovalo způsoby prevence u poranění ostrými předměty v nemocničním a zdravotnickém odvětví. Téma poranění ostrými předměty se stalo předmětem vyjednávání Evropské unie již v roce 2006, ale pro dlouhé šetření směrnice vznikla až v roce 2010 (28, 29, 30).

Směrnice rady 2010/32/EU, kterou se provádí rámcová dohoda o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických institucích, uzavřená mezi European Hospital and Healthcare Employers' Association (HOSPEEM) a European Federation of Public Service Unions (EPSU) se snaží o dosažení bezpečných podmínek pracovního prostředí pro zdravotníky, předcházením poranění způsobených ostrými předměty nebo ochranou ohrožených zaměstnanců. Snaží se také stanovit zásady v oblasti řízení rizik, prevence, vzdělávání pracovníků pomocí školení, osvěty a informování zdravotnických pracovníků. Cílem je také tyto skutečnosti monitorovat a vyhodnocovat. Dle této směrnice se musí řídit všechny členské státy Evropské unie a musí zajistit nezbytná opatření pro naplnění této směrnice (28, 31).

Úraz, který se stane pracovníkovi, je nutné neprodleně nahlásit. Dle Nařízení vlády 170/2014 Sb. se stanovuje způsob evidence, hlášení a zasílání záznamů o úrazu. Zaměstnavatel je povinen vyšetřit příčinu a okolnosti, za kterých se nežádoucí událost stala, nahlásit tuto skutečnost a zajistit opatření, která by v budoucnu mohla zamezit nežádoucím situacím. Zaměstnanci mají povinnost podílet se na zdravé a bezpečné atmosféře zdravotnické instituce prostřednictvím dodržování směrnic a standardů.

Povinností je o sebe dbát a pečovat o své zdraví a dodržovat bezpečnostní opatření. Zaměstnanci mají právo na kvalitní a dostupné materiály, které mohou riziko úrazu snížit, dále také na vzdělání a informovanost o nebezpečnosti výkonů související s povoláním (32).

Je velice důležité sestry vzdělávat v oblasti poranění, informovat je o rizicích a následcích (virová hepatitida, HIV), ale také o inovacích, které v této oblasti jsou. Sestra musí být vzdělávána i v oblasti likvidace injekčních stříkaček a jehel. Likvidace jehel do kontejnerů s pevnými stěnami, by měla být již pro sestry automatická už kvůli nebezpečí rozšíření rizika nejen na sestry ale také na další personál, který s odpadem může zacházet (33).

Pokud dojde k poranění, je nutné ránu ošetřit. Jako první je nutné podněcovat ránu ke krvácení, a po několika minutách aplikovat desinfekční přípravek. Dále je nutné ránu vymýt a opět desinfikovat, nejlépe silným virucidní desinfectií. Dále musíme zhodnotit poranění, stav pacienta, u kterého byla jehla použita a stav imunitního systému zdravotníka. Další fází je postexpoziční profylaxe přenosu HIV a virové hepatitidy typu B. Je nutné také evidovat okolnosti poranění. Jedná se o druh poranění, hloubku, krvácení, způsob ošetření a čas profylaxe (34, 35).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole bych se ráda věnovala stanoveným cílům a výzkumným otázkám, které byly stanoveny v rámci bakalářské práce.

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Identifikovat rizika, která hrozí sestřám při výkonu jejich povolání.

Cíl 2: Popsat preventivní mechanismy související s dodržováním norem bezpečnosti práce.

Cíl 3: Analyzovat vybrané rizikové procesy z pohledu bezpečnosti práce sester.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká rizika sestry považují za nejvíce ohrožující ve výkonu jejich povolání?
2. Jaké jsou nejrizikovější ošetrovatelské činnosti (postupy) z pohledu bezpečnosti práce?
3. Jaké jsou znalosti sester o možnostech zvyšování bezpečnosti jejich práce?
4. Jaký je postoj sester k jejich vzdělávání v oblasti bezpečnosti práce?
5. Jakým způsobem sestry identifikují, monitorují a minimalizují rizika ve vybraných rizikových procesech?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

K výzkumu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Výzkum probíhal v březnu v jedné ze středočeských nemocnic. Z důvodu zachování anonymity respondentek neuvádíme konkrétní nemocnici, kde byl výzkum realizován. Výzkumné šetření bylo povoleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, vrchními a staničními sestrami na oddělení, kde bylo prováděno (souhlas s výzkumem je k dispozici u autorky práce). Využitou metodou byly hloubkové rozhovory. Tato metoda byla zvolena pro nespornou výhodu individuálního přístupu a pochopení jednání a postoje sester ke zkoumané problematice. Analýza získaných dat proběhla metodou kódování papír a tužka (36).

3.2 Výzkumný soubor

Volba výzkumného souboru byla záměrná a bylo snahou najít respondentky různého věku, délky praxe a vzdělání. Pro nedostatečnou saturaci dat byl navýšen počet respondentek z počtu sedm na deset. Výzkumného šetření se zúčastnily respondentky od 28 do 60 let. Výzkum jsem prováděla na interní ambulanci, interní JIP, chirurgickém oddělení a chirurgické JIP. Rozhovory s respondentkami jsou očíslovány a na jednotlivá čísla je v textu odkazováno.

R1 je všeobecná sestra ve věku 38 let. Ve zdravotnictví pracuje 20 let. Je sestrou specialistkou v oboru ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP).

R2 je všeobecná sestra ve věku 53 let. Ve zdravotnictví pracuje již 32 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a podstoupila roční kurz elektrokardiografie.

R3 má 40 let a 22 let praxe. Získala specializaci v oboru gerontologie.

R4 je ve věku 50 let. Ve zdravotnictví pracuje 31 let. Je sestrou specialistkou v oboru ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

R5 je sestra specialistka v oboru ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péče, 47 let, 29 let praxe.

R6 je vysokoškolačka (magistra), vystudovala navazující studium v oboru Ošetrovatelství, má 44 let a 27 let praxe.

R7 je diplomovanou všeobecnou sestrou ve věku 28 let. Má 5 let praxe.

R8 je diplomovanou všeobecnou sestrou ve věku 30 let a 7 let praxe.

R9 je středoškolačka, ve věku 28 a má 8 let praxe.

R10 má 60 let a 45 let praxe. Vystudovala pedagogické doplňkové studium a roční kurz elektrokardiografie.

3.3 Průběh rozhovoru

Rozhovory byly provedeny v klidném prostředí denní místnosti sester nebo vyšetřoven. Před začátkem rozhovoru jsem každou všeobecnou sestru důkladně seznámila s tématem bakalářské práce a požádala o povolení k nahrávání na diktafon. Tyto audio nahrávky byly transkripcí převedeny do písemné formy. Při zahájení nahrávání jsem opět požádala o svolení k vytvoření audiozáznamu a využití získaných dat pro mou bakalářskou práci. Dále byla zjištěna základní data o respondentkách, jako je věk, délka praxe a nejvyšší dosažené vzdělání. V úvodní části rozhovoru byly respondentky dotazovány na rizika obecně. Dalším tématem, kterému jsme se věnovaly, byla problematika nozokomiálních nákaz. Následovalo dotazování na názor týkající se školení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a k celkovému vzdělávání všeobecných sester v rámci zdravotnické instituce. Dalším diskutovaným tématem byla fyzická zátěž a poranění ostrými předměty při výkonu zdravotnického povolání. V průběhu rozhovorů byly pokládány doplňující a sondovací otázky. Na závěr každého rozhovoru jsem se sester zeptala, jestli je u respondentek na prvním místě sestra nebo pacient a

respondentkám jsem poděkovala za participaci. Délka rozhovoru byla individuální a souvisela s naladěním a povahou sester. Trvání rozhovorů bylo od 30 do 70 minut.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do následujících kategorií a podkategorií.

4.1 Obavy a postoje sester k rizikům

Všem sestřám byla položena otázka, co považují za největší riziko v rámci výkonu zdravotnického povolání. R1 vyjádřila největší obavu z přenosu infekčních chorob nejen přes jehlu, ale i vzdušnou cestou. Na otázku, jak se chrání, označila jako prioritu využívání ochranných pomůcek. Dále se R1 zmínila o nutnosti ochrany pacientů. *„Hlavně používám roušku, empír. Ten hlavně kvůli tomu, abych infekci nepřenesla na ostatní, ale sama sebe chráním hlavně rouškou. Taký když jsem já nastydlá, tak chráním je“*. Největším rizikem pro R2 byla fyzická zátěž. *„Sestra se prostě utahá do věku, do kterého tady musí být. Pacient není břemeno a to se nezmění“*. Dle R2 lze ostatním rizikům zabránit díky dostatečnému upozorňování. Pro R3 je největším rizikem poranění ostrým předmětem, konkrétně jehlou při odběrech a dalších výkonech spojených s krví. Uvedla, že tyto výkony jsou ještě rizikovější u neklidných pacientů a u těch, kteří se leknou při aplikaci léčebné látky nebo odběru krve. Jako další obavu uvedla agresivního pacienta a plynule přešla do vyprávění příběhu. *„Jednou nám na ambulanci přivezli pána, který jezdil na dálnici v protisměru, v poutech na odběr na alkohol a při odběru ho policisté odpoutali, byl to cizinec, chvíli seděl a pak popadnul jehlu a začal nás ohrožovat. Policisté ještě stáli za dveřmi. Jakmile mi někoho takového přivezou, tak vždycky říkám neodpoutávat“*. R4 se stejně jako R3 nejvíce obává poranění ostrým předmětem, dále však uvedla, že jsou velké riziko nákazy, které ještě pacientům nebyly diagnostikovány, a o kterých ještě neví. *„To nám třeba za týden zavolají, že měl pacient žloutenku, tuberu, nebo něco takového, ale já to při příjmu nepoznám. Je pravda, že když vím, že je podezření na infekci tak si roušku vezmu hned“*. Dále se také zmínila o agresivitě a o nutnosti se k pacientům nikdy neobracet zády. R5

bez váhání ihned označila na prvním místě agresivní pacienty. Nejen kvůli svému ohrožení, ale i možnosti ohrožení ostatních pacientů. *„Opilí, zfetovaní a otrávení pacienti jsou nejhorší. Ohrožují nás, nebo spolupacienty a taky ohrožují sami sebe a skáčou z okna.“* Uvedla, že nejdůležitější je dodržet přerušovaný oční kontakt, zachovat klid a dodržovat zásady chování při styku s agresivním pacientem. R6 uvedla, že riziko přenosu infekčního onemocnění, poranění jehlou a napadení pacientem jsou přibližně na stejné úrovni. Na otázku, jaká je možnost předcházet těmto rizikům převážně hovořila o dodržování standardů a pokynů. Narazila však na další problém. *„Tato rizika souvisí s přetížením personálu, s nedostatkem personálu, možná i se stresem, protože jsme často nuceny pracovat rychle, v časovém stresu“.* R7 uvedla jako R1 obavu z infekčních nemocí a zmínila se o důležitosti nahlížet do dokumentace kvůli zjištění, z jakého sociálního prostředí pacient přichází. R8 považuje stejně jako R5 za velké riziko fyzické napadení ze strany pacienta. *„Tady často bývají zmatení lidé. Proto riziko fyzické napadení sestry ze strany pacienta je vysoké. Toho se asi nejvíc bojím já.“* Nejvíce rizikové pro R9 je neúplná dokumentace, která zvyšuje riziko záměny medikace a vede k následným sankcím. Zmiňuje se stejně jako R6 o nedostatku personálu, který se odráží na fyzické i psychické náročnosti výkonu povolání. Dále vyzdvihuje výhody elektronické dokumentace a možnosti dalšího zlepšení. R9 považuje za rizikovou skupinu pacientů pacienty, kteří jsou agresivní a opilí. *„U těch jsem zažila kolikrát, že jsem měla nějaký úraz. Napadli nás a třeba nás koplí do břicha.“* R10 má stejně jako R3 a R4 největší obavy z nákaz z infikovaného materiálu. Udává, že se hlavně jedná o poranění jehlou. Jako další uvádí obavu z pádu. *„Kolikrát se stalo, že kolegyně spadly, nebo jsem sama uklouzla.“* Dalším zmiňovaným rizikem bylo setkání s agresivním pacientem. Na otázku týkající se předcházení zmiňovaným rizikům R10 odpověděla, že je nutné se více koncentrovat, zvýšit opatrnost a dodržovat předpisy a doporučené postupy týkající se obuvi a značení mokré podlahy.

Další otázkou pokládanou respondentkám bylo, který výkon považují za nejrizikovější. Manipulaci s ostrými předměty jako jsou odběry a žilní kanylace aplikace injekcí, uvedla většina oslovených respondentek. R1 se dále zmínila o nebezpečí styku s ostatním biologickým materiálem ve významu vykonání odběru jako

je na příklad vyšetření sputa. R2 uvedla, že nejrizikovějším výkonem je manipulace s pacientem. R8 stejně jako R5 udává, že největším rizikem je kontakt s biologickým materiálem. R8 se soustředila na rizika spojená s akutními stavy u pacientů, *„Ti, u kterých je třeba rychle jednat, když přijdou a mají rozbité hlavy a je potřeba něco rychle podat, tak automaticky člověk jde a víc nepřemýšlí o tom co si s sebou vzít“*. Naráží na problematiku nedostatku času a časové úspory. *„Člověk dělá všechno rychle, rychle, a myslí, že všechno uspíš tím, že si nevezme ochrannou pomůcku.“* R9 považuje jako nejrizikovější výkon péči o agresivního pacienta. Pro R10 jsou nejvíce rizikové výkony související s odběrem biologického materiálu.

4.2 Prevence nozokomiální nákazy

Respondentkám byla položena otázka, jaké metody využívají pro snížení četnosti infekcí spojených se zdravotní péčí. R1 uvedla, že nejdůležitější prevencí přenosu infekcí je dodržování doporučených postupů a používání ochranných pomůcek. Dále se zmínila o důležitosti desinfekce povrchů. R2 uvedla na prvním místě desinfekci povrchů a na dalším místě používání ochranných pomůcek. Jako nejdůležitější postupy uvedla R2 dostatečnou hygienu pacientů i zdravotnického personálu a v době chřipkových epidemií dodržování zákazu návštěv. R3 uvedla stejně jako R1 ochranné pomůcky. *„Asi bych řekla rukavice, protože sem jezdí pacienti různí, někdy úplně v šíleném stavu.“* R4 uvedla používání ochranných pomůcek a zmínila se o mnohem lepších podmínkách, které jsou nyní v porovnání se začátky její praxe. Nejdůležitější metodou pro snížení nozokomiálních nákaz je pro R5 hygiena rukou, využívání jednorázových pomůcek a stejně jako R2 se zmínila o desinfekci povrchů jako o významné prevenci přenosu nozokomiálních nákaz. R6 uvedla jako nejdůležitější dodržování bariérového přístupu, důkladné hygieny rukou, izolace pacientů a desinfekci povrchů. R7 se shodla s R5 a uvedla, že nejdůležitější je dostatečná hygiena rukou a správné využití ochranných pomůcek. R8 uvedla také jako prioritní využívání ochranných pomůcek dále dodržování hygieny u pacientů, důkladnou hygienu rukou a

desinfekci povrchů. „*Je nezbytné také omývat převazový vozík, protože šáhne se na něj rukou a musí se ostríkat, aby se nic nepřenášelo.*“ R9 se shodla s předešlými respondentkami a uvedla, že je nejdůležitější používání ochranných pomůcek. Uvedla mimo jiné, že považuje za dobré mít možnost vyměnit si každý den uniformu a využívat sterillium, které se nachází před každým pokojem. R10 uvedla, jako nejdůležitější informovat návštěvy o zákazu užšího kontaktu s pacientem a využití ochranných pomůcek. „*Když přijdou návštěvy k pacientovi s MRSA, dostanou plášť, návleky, čepici a další jednorázové pomůcky. Dále jsou upozorněni, že si nesmí sedat na postel, nesmí se ničeho dotýkat a manipulovat s pacientovým prádlem.*“ R10 však upozorňuje na možné nedodržování těchto doporučení. „*My návštěvy upozorníme a řekneme jim to. To, jestli to udělají, je druhá věc. To my neohlídáme.*“ Dále se R10 zmínila o zacházení s nádobí po infekčním pacientovi. „*Po propuštění pacienta s MRSA se vždy nádobí dekontaminuje a následně posílá do ústavní kuchyně. Z kuchyně dostává pacient svůj tácek, který by neměl přijít do styku s ostatními. Některá sanitárka to dodržuje, některá taky ne. Člověk na to musí dohlédnout, ale někdy nám to taky unikne a nemůžeme všechno vidět.*“ R10 dále mluvila o nebezpečí přenosu nozokomiálních nákaz přes počítačovou klávesnici. „*Někdo jde na počítač, něco si tam se „špinavýma“ rukama ťukne a pak přijde další a tak. To se nesmí a já se to snažím nedělat, protože se to všechno přenáší.*“

4.2.1 Mechanické mytí a hygienická dezinfekce rukou

Respondentkám byla položena otázka jakým způsobem a kdy si myjí ruce. R1 uvedla, že dodržuje postupy dané hygienou, ale délka mytí není vždy taková, jaká je doporučována. „*Poctivě to udělám, hlavně než jdu na oběd, ale samozřejmě častěji, ale těžko říct.*“ R2 uvedla, že si ruce myje třikrát až čtyřikrát denně. „*I když vím, že se mýt nemají, mají se desinfikovat. Jenže já si je myji vícrát než bych měla a desinfekci používám kdykoli jdu od pacienta k pacientovi. Víím, že mytím se žádné bakterie, choroboplodné zárodky a nic takového nezlikviduje, nebo málo.*“ R3 si myje a desinfikuje ruce po každém výkonu a sundání rukavic. Pokud nemá potřísněné ruce

biologickým materiálem, provádí pouze hygienickou dezinfekci rukou: „*Mně strašně schnou ruce, takže já si dezinfikuji ruce steriliem a po zaschnutí dezinfekčního prostředku, používám krém.*“ R4 si myje ruce, když přijde do práce, dále po WC, před a po jídle a dále při potřísnění biologickým materiálem. „*Já si je nemyji tak často jako mýdlem a vodou. Já spíše používám to sterillium. Používám ho před každým výkonem, po každém výkonu.*“ Odpověď R5 se shoduje s R4. R6 si stejně jako R1 myje ruce po každém výkonu a manipulaci s pacientem a snaží se dodržovat doporučené postupy hygieny rukou. Po sundání rukavic si ruce pouze desinfikuje. R7 si uvědomuje, že většinou nedodrží doporučenou dobu mytí rukou. Důvodem je hlavně nedostatek času. Ruce si myje, když jde od pacienta a když jde jíst. R8 se snaží dodržovat zásady správné hygieny rukou. Ruce si myje před i po každém výkonu a zbytek dne používá sterillium. „*Když se nastříká ta desinfekce, tak se má vtírat do dlani, než neuschne. Většinou dodrží i dobu, těch třicet sekund na zaschnutí desinfekce.*“ R9 si je jistá, že si ruce nemyje dle doporučených hygienických postupů. Snaží se si ruce mýt, co nejlépe to jde. Myje si ruce tak, jak jí to naučili doma. Myje si ruce pokaždé, když přijde od pacienta. „*Jak by se to mělo dělat minutu a půl, jak je to ve standardu, to opravdu nejde. To bychom dělali deset hodin jenom mytí rukou.*“ Na odpověď R9 jsem reagovala dotazem, jestli vždy nosí k pacientovi rukavice. R9 uvedla, že ne vždy. R10 se snaží mýt ruce po výkonech, kontaktu s pacientem, po WC, při příchodu do práce, po sundání rukavic, před jídlem a po jídle i před nasazením sterilních rukavic. Snaží se je mít co nejčastěji. Uvádí, že je důležitá i desinfekce rukou po umytí. Zmiňuje se o možnosti využití „kapesních“ desinfekčních gelů. „*Vyfasovali jsme všichni desinfekce, které můžeme nosit v kapse. Takový fajn gel. No ale nenosím ho, protože mi strašně překáží v kapse. Já se skrčím, on mi vypadne, tak ho zase sbírat.*“ R10 dělá všechny doporučené kroky pouze, když má čas, což je přibližně třikrát denně.

Respondentky byly dotázány, zda do práce nosí šperky nebo lak na nehty. R1 již nenosí šperky a nehty si před směnou odlakovává. Vzpomíná na dobu, kdy ještě lak na nehty nevadil a mohl se používat bezbarvý, nebo nevýrazný lak. R2, R4, R6 a R10 si nelakují nehty, ani nenosí šperky. R3 nosí náušnice a řetízek. R5 nyní již taky nenosí šperky, ani nepoužívá lak na nehty. R5 začala vzpomínat na její začátky praxe

v souvislosti s využíváním rukavic. „Když jsem nastoupila, tak nebyly ani jednorázové rukavice. Když byly, tak jsme je nesměly používat. Jako žákyně jsme myly pacienty bez rukavic a pamatuju si, že když jsme si je vzali, tak nám lidi říkali, že se jich štítíme. Sestry nám je ani nechtěly dávat.“ R7 nosí stejně jako R3 náušnice a řetízek. Občas nosí bezbarvý lak do práce, když si nehty po víkendu zapomene odlakovat. „Ono se to stejně smyje desinfekcí, takže to pak moc hezky nevypadá.“ R8 a R9 nosí bezbarvý lak a šperky nenosí. R9 nosí řetízek a prstýnky si odvykla nosit již na střední škole, kdy byly jako studentky nuceny si je sundávat. „Dřív nám tady hodinky dovozovali, s tím problém nebyl, ale ty jsem přestala nosit přirozeně.“

4.3 Školení a vzdělávání v oblasti prevence rizik

Respondentky měly možnost vyjádřit se k povinným školením BOZP a k dalším otázkám souvisejícími se vzděláváním. Respondentek jsem se zeptala na to, co si myslí o školení BOZP. R1 uvedla, že jí tato školení nevadí, ale nepovažuje za důležité je mít. Má pocit, že zná to, co je třeba a o změnách a novinkách v problematice BOZP se dozvídá průběžně. R1 se zmiňuje o možnostech kurzů a školení v rámci vzdělávání ve zdravotnickém zařízení. Tyto kurzy jsou pro ni zajímavé a ráda jich využívá. „Myslím, že je to přínosné, že máme takovéto možnosti. Nejzajímavější jsou pro mě školení o hojení ran, ale abych se přiznala, tak tady byly školení, jak aplikovat léčiva a tak. To si myslím, že bylo zbytečné.“ R1 se zmínila o školení týkající se hygieny rukou a kladně hodnotí formu. „Pak vezme takový přístroj, ruce nám prosvítí a člověk tam zjistí, jak si ruce umyl. To je zajímavé“. R1 jsem se zeptala, co by změnila v oblasti vzdělávání a uvedla, že by ocenila, kdyby bylo méně školení zabývajících se kaučováním podřízených a bylo více školení o novinkách. Jinak je spokojená. „Je pravda, že máme možnost jezdit za školeními po republice, takže když si chci vybrat, tak si vždycky vyberu.“ R2 odpověděla, že jí školení nevadí. Byla dotazována, zdali je považuje za přínosná. „No oni jsou spíš povinná než přínosná.“ Na otázku, zdali se cítí dostatečně vzdělávána v rámci rizik souvisejících s výkonem zdravotnického povolání, odpověděla

kladně. „*Jestli nám někdo pomůže v tom, že ty rizika tady nebudou to ne, ale vzdělávané jsme dostatečně.*“ R2 nechodí na dobrovolná školení, sama se nijak nevzdělává a nemá návrh na zlepšení nebo změnu formy vzdělávání. R3 považuje povinná školení za přínosná. Stejně jako R1 se i R3 zmiňuje o kvalitně zpracovaném školení hygieny rukou. V posledních pěti letech podstoupila dvě nepovinná školení. R3 by uvítala, kdyby veškerá povinná školení byla spojena do jednoho celku. Pro R4 jsou školení BOZP nudná a pořád stejná. Uvádí také, že by uvítala, aby školení nebyla tak častá. „*No z kraje praxe bych tato školení prováděla často, ale pak po několika letech praxe by stačilo jednou za dva za tři roky.*“ R4 nechodí na kurzy ani školení, nyní však plánuje navštívit kurz, který jí zaujal. Za záživné a zajímavé považuje konference na více dní. R5 stejně jako R4 považuje školení BOZP za zbytečná a nepřínosná. „*Mohly by být pro nás starší sestry jednou za pět let.*“ R5 jezdí často na semináře a využívá i možnosti České asociace sester vyjet na další školení mimo zdravotnickou instituci. „*Jezdím na to, co mě baví. Na semináře týkající se něčeho jiného než mého zaměření nechodím.*“ Nejčastěji se R5 vzdělává samostatně a považuje to za samozřejmost. „*Záleží na každé sestře, jestli se chce vzdělávat nebo nechce. Tohle co nám nabízí, stačí, protože sestra se má vzdělávat tak, jak chce, nemá do toho být nucená.*“ Uvádá, že výběr daného školení, nebo kurzu se odvíjí od finanční náročnosti. Je vděčná organizacím, díky kterým má možnost vzdělávat se zdarma. R6 je přesvědčena, že jsou školení BOZP důležitá a že způsob jakým jsou vedena, je kvalitní. Nic by na nich neměnila. Cítí se dostatečně vzdělávána a využívá školení, která jsou v rámci zdravotnické instituce. Vzdělává se pomocí časopisů, intranetu a internetu. R7 na otázku, co si myslí o povinných školeních BOZP, odpověděla, že jsou důležitá, ale nejsou vedena správným způsobem. „*Přinesou nám papír, kde to podepíšeme. Jinak neřeknou nic. Myslím, že pokud by to někoho zajímalo, tak si informace může sám dohledat.*“ R7 si dohledává informace, které potřebuje. „*Kouknu, co se jak přenáší. Když je tady nějaká bakterie, momentálně je to infekční průjem, tak sleduji, co a jak. Ale že bych nějak specificky hledala informace navíc, to asi ne.*“ R7 ví o možnostech vzdělávání, které má a občas na kurz nebo školení jde. R7 stejně jako R5 zmínila problematiku finanční stránky při návštěvě kurzů. Vzdělává se pomocí internetových

kurzů, za které dostane potřebné kredity pro registraci. Získávání kreditů je pro R7 hlavní motivací. Na vzdělávání, které poskytuje zdravotnická instituce, by nic nezměnila. I R7 se stejně jako R1 a R3 zmiňuje o školení týkající se hygieny rukou. *„Přijde paní doktorka, vše nám povypráví a ukáže. Povypráví nám o lampě, kterou nikdy nepřinesla a jdeme domů.“* R8 si společně s R4 a R5 myslí, že povinná školení BOZP jsou zbytečná. Dále uvádí, že nejsou provedena tak, jak by měla být. *„Resuscitace se dělá poctivě každý rok, a když někdo není na provozní schůzi, tak si to musí potom doplnit a opravdu se to hlídá.“* R8 má pocit, že má dostatečnou možnost se vzdělávat v rámci zdravotnické instituce a využívá seminářů i kurzů nejen v rámci zdravotnické instituce. R8 se také aktivně zúčastňuje na konferencích. Pro hledání informací využívá internet, časopisy a odbornou literaturu. Uvítala by, kdyby byla školení více zaměřená na praxi. *„Neříkám založit požár, ale bylo by fajn, kdyby nás naučili zacházet s hasicím přístrojem a líp nás obeznámili s tím, co máme dělat, když bude hořet.“* R9 považuje školení BOZP za dobré a chválí formu. *„Podepíšeme to a většinou je to spojené se školením na resuscitaci a hygienu rukou. Máme to dobře v jednom a je to asi na dvě hodiny.“* I když dle R9 jsou povinná školení brána spíše zběžně, nevdá jí to a neocenila by, kdyby byla školení více do hloubky. R9 ví o možnosti vzdělávání, ale nevyužívá jich, pokud nesbírá kredity pro registraci. *„Teď už registraci mám, takže se mi opravdu nechce jezdit po kurzech.“* Systém, který je ve vzdělávání v rámci zdravotnického zařízení by neměnila, považuje však za nutné kvalitně proškolení nově nastoupené spolupracovnice. *„Nové sestry by tato školení měly mít častěji, nebo by to mělo trvat déle.“* R10 uvedla, že školení BOZP měla naposledy při nástupu do zdravotnické instituce před pětadvaceti lety. Každý rok podepisuje dokument o proškolení. Je jí však nabídnut prostor pro otázky týkající se BOZP. *„Obyčejně má člověk nějakou práci, tak to podepíše a řekne, že už musí jít. Ona to má podepsané a my jsme vyškolení.“* R10 by ocenila, kdyby tato školení byla správně a důkladně provedena. *„Když to mají udělat, tak ať to udělají. Je to odfláknutí svojí povinnosti a je to jako kdybych já řekla, tady mi to podepište, a když tak si to tamhle někde přečtete.“* Uvedla možnosti, při kterých by školení mohla proběhnout. *„Když je provozní schůze, tak může vrchní říct, tak a teď budete mít dvacetiminutové školení.“*

Všichni bychom tam byli a už nikdo neuteče, protože mu to nedá podepsat.“ R10 si všimá, že v porovnání s dobou před pěti lety, měly sestry větší možnosti vzdělávání než nyní. „My samy jsme si vypracovávaly různé prezentace. Ted' to ustalo, protože to už po nás nikdo nechce.“ Kurzy nenavštěvuje, protože je považuje pro její osobu za nepřínosné. Uvádí však, že kdyby byla možnost navštívit zajímavý kurz, na kterém ještě nebyla, šla by ráda. R10 se zmiňuje o výhodě vyučování na střední zdravotnické škole, kde získala dost nových informací, které využívá nadále v praxi. Na dotaz co by změnila, v této problematice uvedla, že by tato školení udělala pořádně a zajímavě. R10 přešla do vyprávění týkající se akreditace, které na konci minulého roku proběhlo. „Líbilo se mi, když jsme měli mít akreditaci, jak se najednou všichni zmobilizovali a začali jsme číst SOPy a dodržovat to, ale člověk si to pak stejně dělá tak, aby to měl rychlejší a snazší“ Jako řešení R10 vidí individuální přístup ke každé všeobecné sestře. „Kdyby si jednou ke mně staniční sestra stoupla a řekla by mi - Hele, tady to děláš špatně, to musíš takhle, nebo na toto si dej pozor nebo něco. Kdyby si našla jednu sestru týdně a takhle nás postupně prošla všechny, vždyť nás tam je dvanáct, to snad nemůže být tak hrozná.“ R10 přešla do vyprávění, týkající se špatného stavu zdravotnického zařízení kvůli nedostatku personálu. Tento problém zdůvodňuje vznikem oboru Zdravotnický asistent. Dále vypráví o špatném přístupu sester ke všeobecným sestřím bez praxe. „ Dnes už každá zdravotní sestra zapomněla, že i ona skončila školu a že i jí někdo musel dát ten čas, tu péči, aby z ní vychoval dobrou sestru a pomohl jí.“ R10 považuje sestry za pilíře celé nemocnice a uvádí následky, které touto změnou negativně ovlivnili chod celé zdravotnické instituce.

4.4 Fyzická zátěž

Respondentky byly dotazovány, co je pro ně nejvíce fyzicky náročné. Všechny respondentky odpověděly, že fyzicky nejnáročnější je manipulace s pacientem. Dále se shodly, že jedním z důvodů proč je manipulace s pacientem tak náročná je nedostatek

personálu. R1 považuje za nejnáročnější hlavně manipulaci s pacientem v noci, když polohují samy dvě sestry. Dále se zmiňuje o problému nedostatku pomocného personálu stejně jako R2. R2 uvádí mimo jiné i aspekt věku, který souvisí s výkonností. „*Jinak se nám pracovalo ve třiceti, jinak v padesáti.*“ R3 vidí jako problém v této oblasti nedostatek pomůcek. „*Momentálně tady máme problém, že nemáme polohovací lůžka. Když přijede sanitář pro pacienta, který má 150 kg a je lůžko ve výškovém rozmezí 20 cm a máme pacienta těch 20 cm vytáhnout na postel, tak je tady jedna sestra a sanitář.*“ Odpověď R4 se výrazně neliší od R3. R5 uvedla, že nejnáročnější jsou přesuny z lůžka a ranní hygiena u pacienta v bezvědomí. R5 se zmínila stejně jako R3 o problému nedostatku pomůcek, konkrétně o nemožnosti využití mobilních pasivních zvedáků. R7 a R8 nevidí problém v nedostatku pomůcek, ale pouze v nedostatku pomocného personálu. R9 stejně jako R5 uvedla, že je nejnáročnější provedení ranní hygieny. Jinak svou práci nepovažuje za fyzicky náročnou. „*Jednou za čas resuscitujeme, tak to je fyzicky náročné, ale jinak asi ne.*“ R10 uvedla, že fyzicky nejnáročnější jsou převazy u obézních a imobilních pacientů. „*Nejvíc fyzicky náročná činnost je manipulace s obézním imobilním pacientem, kterému musím ošetřit dekubity na celém těle a musím ho otáčet, posazovat.*“ R10 se stejně jako všechny ostatní respondentky zmínila o problematice nedostatku personálu. „*Někdy nás je i šest, zavoláme si i uklízečky a všechny, kdo jde.*“ R10 po vybídnutí vypravuje o dalších rizicích jako je příjem agresivního pacienta v ebrietě v průběhu noční směny. „*Tenhle člověk zvládne udělat na sále takový kravál, že nikdo nespí a do rána jsou problémy. To je pro sestru náročné nejen fyzicky, ale hlavně psychicky.*“ Dále přešla do vyprávění svých pocitů, když pacient neřekne, co ho trápí proto, aby neobtěžoval. „*S tím jde člověk domu. Říkáš si - No, možná jsem tam měla v noci dojít se na něj podívat, ale když spí, tak sice pokoje zkontroluješ, ale díváš se spíš na pacienty, kteří se na tebe kouknou, nespí a sledují, kdo je ve dveřích.*“

4.4.1 Nemoci z povolání

Většina respondentek uvedla, že kvůli neustálému přetěžování jim vznikly v průběhu výkonu zdravotnického povolání zdravotní obtíže. R1 trpí bolestmi zad, které se snaží řešit cvičením. Nevyužívá benefitů, které nabízí zdravotnická instituce jako poskytnutí příspěvku na masáže nebo lázně. R2 si myslí, že každá všeobecná sestra má zdravotní obtíže. Jako ty své uvádí stejně jako R1 bolesti zad, dále bolesti nohou, křečové žíly a poruchy gastrointestinálního traktu. *„Špatná životospráva, noční služby. To všechno je znát po těch letech.“* R2 své problémy řeší tak, že jde jednou za dva roky na masáž. R3 trpí také hlavně bolestmi zad a snaží se je řešit také cvičením. R4 své bolesti zad řeší plaváním, cvičením nebo analgetiky. Mimo jiné uvedla, že jí cvičení pomáhá zbavovat se stresu. Bolestmi zad trpí i R5 a řeší je pomocí cvičení. *„Za 30 let, z toho my jsme měly praxi na zdravotce už od druhého ročníku, jsme opravdu pacienty musely tahat se vším všudy. To nebyly žádné pomůcky.“* R6 má taktéž bolesti zad a nohou, které se úměrně věku zhoršují. R7 žádné zdravotní obtíže nemá. Občas má bolesti nohou, ale závisí to na náročnosti směny. R8 jako hlavní problém uvedla ekzém, který vznikl v souvislosti s neustálým mytím rukou a používám sterillia. Dále má nově vzniklou alergii, kterou nikdy v minulosti netrpěla. *„Nedávno jsem byla na plicním, protože jsem měla kašel, a zjistili mi, že mám zvýšené eozinofily, takže tam nějaká alergie asi bude.“* R8 hodně sportuje a posiluje a uvádí, že díky těmto aktivitám stále nemá problémy s pohybovým aparátem. R9 nemá žádné zdravotní obtíže v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání. R10 uvedla jako největší problém bolesti nohou a kyčlí. Poté jako ostatní respondentky bolesti zad. Uvedla, že má obtíže se spánkem a nadváhou. *„Noční služby jsou celkově zabiják. Na oči, na psychiku, na spaní, na metabolismus a vůbec na všechno.“* R10 také sportuje a uvádí, že tyto aktivity jí pomáhají také po psychické stránce.

4.5 Riziko poranění o ostré předměty

Respondentkám byla položena otázka, jak velké je riziko poranění o ostrý předmět při výkonu povolání. R1 má pocit, že při dodržování daných standardů a postupů je riziko nízké. Riziko se ale zvyšuje, pokud je pacient neklidný. R2 považuje riziko za průměrné jako u všech ostatních odděleních. *„Je to o každém jak je opatrný a jak umí pracovat.“* R3 i R4 mají pocit, že je riziko vysoké vzhledem k častému zavádění kanyl do žil a odběrům. R5 si stejně jako R2 myslí, že riziko je průměrné. Uvádí, že nejčastěji se poraní při lámání ampulí. *„Některé praskají v ruku, ale v poslední době je to lepší. Ale může se stát, že se roztříští.“* R6 uvedla, že je riziko vysoké také kvůli častým invazivním výkonům. R7 stejně jako R2 a R5 považuje riziko za průměrné a záleží na dodržování standardů. R8 považuje riziko poranění o ostré předměty za vysoké. Četnost poranění se odvíjí od schopnosti a přístupu sestry. R9 společně s R2, R7 a R5 považuje riziko za průměrné. Jako nejdůležitější prevenci poranění považuje dodržování pořádku a standardů. *„Když si člověk nahází do emitky tři jehly a kupu dalšího odpadu, tak je větší riziko, že se píchnete.“* R10 považuje riziko poranění za vysoké i přes dodržování veškerých standardů. *„Několikrát denně nabíráme, pracujeme s ampulkami, ředíme antibiotika, aplikujeme inzulin, kdy se můžeme píchnout o pero. Mám fintu, že nevracím tenkou krytku na jehličku, ale měním jehly, když mám čas.“*

4.5.1 Četnost poranění

Dalším dotazem bylo, zdali se respondentky někdy poranily o ostrý předmět. R1 se poranila o použitou jehlu jednou. Jednalo se o jehlu použitou pro odběr glykemie. Toto poranění hlásila a popisuje, jak byl tento problém řešen. *„Pamatuji si, že jsme to museli sepsat, ale naštěstí jsem se nenakazila. Hlídali mě, byla jsem na kontrolách, pacient byl nabraný na žloutenky a na všechno, aby se podchytilo, kdyby byl nějaký problém.“* R1 byla staniční sestrou upozorněna výtkou. Podstatnější pro ni byl ale špatný pocit nebezpečí, se kterým se potýkala. *„Cítila jsem, že se mi taková věc nesmí stát a že si na to příště musím dát větší pozor, protože ohrožuji sama sebe.“* Jako další příčinu

poranění uvádí říznutí při lámání ampulí. R2 se kvůli své nepozornosti při likvidaci odpadu poranila přibližně třikrát. Stejně jako R1 poranění hlásila. Stejně jako R1 se často řízne při lámání ampulí. R3 uvedla, že se poranila při aplikaci intramuskulární injekce. „*Byla to paní, ještě ke všemu to nebylo ani při odběru, ale při intramuskulární injekci. Aplikovala jsem injekci i přes to, že jsem pacientku upozornila, tak když jsem jehlu vytáhla, tak se paní cukla a já jsem si zapíchla jehlu do ruky.*“ Poranění hlásila a problém se řešil se kontrolními odběry. R3 popsala své pocity. „*Bylo to hrozné. Byla jsem ve stresu, když jsem čekala výsledky. Bála jsem se následků. Ale snažila jsem se je nepřipouštět.*“ Dále byla dotazována na následky, které vyvstávaly v souvislosti s poraněním. „*Dostala jsem vynadáno a dost to staniční sestra řešila, ale jsou situace, kdy se poranění člověk neubrání.*“ R4 se poranila většinou o sterilní předměty. Konkrétně při otevírání lancety. „*Akorát jednou před třiceti lety jsem se píchla, na to nikdy nezapomenu, když se podávala krevní transfuzi hemofylikovi, tak jsem se pak o jehlu píchla. To bylo nějak v roce 1985 a to se začalo mluvit o HIV, že je z krevních transfuzí, takže to bylo takové traumatické.*“ Nepamatuje si, zda poranění hlásila, ale později při odběrech kvůli těhotenství zjistila, že je v pořádku. R5 se občas poraní sterilní lancetou. Jinak se nikdy o použitou jehlu neporanila. R6 se před dvěma měsíci poranila o použitou portální jehlu. Bylo to poprvé, co se poranila. Poranění hlásila. Necítila ze strany vedení žádné výtky. Dále se občas poraní při lámání ampulí nebo při snímání krytky sterilní jehly. R7 se o použitou jehlu nikdy neporanila. Poranila se však o sterilní předměty a při lámání ampulí. R8 a R9 se také poranila pouze o sterilní předměty. R9 se zmínila, že se většinou poranily žákyně na praxi. Na dotaz, zdali si myslí, že sestry řeší tato poranění, odpověděla, že má pocit, že se přibližně dvacet procent poranění zatají. Ona by ale poranění nahlásila. R10 se poranila pouze o sterilní předměty, převážně lancety. Zmínila se stejně jako R9 o problematice hlášení těchto nežádoucích událostí. „*Vím o sestrách, které poranění nehlásily, protože si myslely, že se jim nic nemůže stát. Sestry se asi bojí, že udělaly něco špatně, že neměly vrátit krytku na jehlu, že neměly dělat to, nebo to.*“ R10 by poranění hlásila.

4.5.2 Ostrý odpad

Dalším dotazem bylo, jak sestry zachází s ostrým odpadem. R1 uvedla, že při odběru s sebou nosí kontejner na ostrý odpad. Vzpomíná na dobu, kdy tato možnost využití kontejnerů nebyla. R1 byla dotazována, zda pro ni bylo těžké si na kontejnery zvyknout. *„Je pravda, že si pamatuji, jak jsme na dialýze nosily silné jehly otočené k zemi a kontejnery nebyly. Bylo těžké si na ně zvyknout. Dříve jsem je dost zapomínala, ale s emitkou jsem většinou chodila.“* Dalším dotazem bylo, zda vrací krytku na jehlu. R1 vrací krytku na jehlu pomocí jedné ruky. R2 uvedla, že také nosí kontejner na ostrý odpad s sebou a stejně jako R1 vrací krytku na jehlu. R2 však vrací krytku za využití obou rukou. Poukazuje na problém s nedostatkem materiálu. *„Krytku vracím, protože když mám jehlu na kloboučku, tak když ji do krytky nevrátím, tak jehla z kloboučku nejde sundat. Těch kloboučků je tak málo, že kloboučky nevyhazujeme.“* R3 uvedla, že má kontejner vždy poblíž na lince. Pokud jsou však k dispozici malé kontejnery, bere si je s sebou. R3 se snaží nevracet krytku na jehlu. Jednoruční technikou vrací jehlu, pokud zavádí kanylu a na táčku má všechen odpad. R4 s sebou kontejner nenosí. Při odběru si vezme emitní misku a později odpad vytřídí. Nevrací krytku na jehlu a vyhazuje jehlu i s kloboučkem. R5 s sebou nosí kontejner, pokud dělá více odběrů. Jinak s sebou nosí emitní misku. Na odstranění jehly z kloboučku využívá pomůcku. Stejně jako R4 i R5 vyhazuje jehlu i s kloboučkem. R6 s sebou nosí kontejner, do kterého ostrý odpad společně s kloboučkem ukládá. Nevrací krytku na jehlu. R7 vrací krytku na jehlu jednoručním systémem a po příchodu na sesternu odpad uklidí do kontejneru na ostrý odpad. *„Vím, že se to nemá dělat. Mohla bych si vzít barel, ale nějak jsem zvyklá na emitku.“* Stejně jako R4 a R5 také R8 vyhazuje jehlu i s kloboučkem. Nevrací krytku na jehlu a uvádí, že je dostatek kontejnerů na ostrý odpad. Uvádí svou zkušenost s akreditací, která proběhla v nedávné době. *„Přípravy na akreditaci byly přehnané. Hnali to až do extrémů. Chodily kontroly a pořád jsme dokola slýchali, že tohle se jim líbit nebude, že tohle je špatně a tak. Tak už jsem pak říkala, že doufám, že se jim budu líbit alespoň já.“* R9 také vyhazuje jehlu i s kloboučkem do kontejneru. Tento kontejner s sebou však nenosí a odpad likviduje na sesterně. *„Když píchám*

intramusculární injekci, tak jehlu hodím do emitky i se stříkačkou, přijdu na sesternu, dám to do barelu, který má šikový nástavec, díky kterým na jehlu ani nemusím sahat. Já ji tedy odšroubovávám rukou. Víím, že bychom měly nosit kontejner s sebou, ale já ho nenosím.“ R9 nevrací krytku na jehlu, považuje to za to nejrizikovější, co může udělat. R10 nenosí při odběrech kontejner. „Bud’ do krytky jehlu vrátím jednoručním systémem, tak v osmdesáti procentech, nebo když mám papírovou emitku, tak tam zapíchnu lancetu a pak to vyhodím.“ R10 vyhazuje kloboučky, pokud jsou potřísněny krví. U aplikace intramuskulární injekce jehlu od stříkačky neodděluje, ale rovnou vyhodí. „Sice máme dost kontejnerů, ale my stejně sbíráme z domova nádoby třeba z aviváže, nebo prášku na praní, které si pak otevřeme a tam likvidujeme všechno i se stříkačkami.“

Na závěr této sekce, jsem se respondentek zeptala, zdali mají pocit, že dodržují standardy. R1 se snaží, protože zavedení standardů považuje za správné nejen kvůli ochraně pacientů, ale také kvůli její ochraně. R2 uvedla, že v rámci možností standardy dodržuje. Na sondovací otázky odpovídala jednoslovně. R3 má pocit, že standardy dodržuje, pokud není v časové tísní. „Když přiveze záchranka pacienta a musíme točit EKG kvůli infarktu, tak musí být všechno v rychlosti a třeba to nejde vše dělat dle standardu“ R4 standardy dodržuje. Výjimku tvoří vedení dokumentace, která dle R4 není dle standardu. R5 dodržuje standardy a snaží se na sobě neustále pracovat. R6 dodržuje standardy. R7 ví, že standardy nedodržuje. „Nedá se to dodržovat. Já bych musela být rozdvojená. Jedna by si pořád myla ruce a já bych mohla pracovat, tak jak to má být.“ R8 uvádí, že ne všechny standardy dodržuje. „Kdybych měla pokaždé oslovit pacienta, nebo pokaždé zkontrolovat náramek, tak nic jiného nedělám.“ Dále uvedla, že hygienu rukou by bylo možné dělat kvalitněji. Spíše se snaží neohrozit pacienty a sebe odbývá. R9 si uvědomuje, že standardy nedodržuje. Zmiňuje se o problému s nedostatečným využíváním ochranných pomůcek. „Myslím, že je můj problém to, že rukavice moc nemám ráda. Přijde mi, že na odběry krve mám v rukou špatný cit. Pokud mám pocit, že by tady mohl být nějaký rizikový pacient, tak si rukavice vezmu, ale když to jsou nějakí postarší pacienti, tak jdu pokud možno bez rukavic. R10 by standardy chtěla dodržovat, ale někdy má pocit, že je nedodržuje. Zmiňuje se o

podávání léků. *„U mnoha lidí dávám půlky léků, za den bych musela vyhodit celou krabičku. Mám čisté ruce, čistýma rukama ten prášek rozpůlím.“*

4.6 Způsob identifikace rizik

Respondentkám byla položena otázka, jakým způsobem určují rizika, která jim hrozí. R1, R5 a R9 uvedly, že se nejvíce dozví na školeních a při komunikaci se spolupracovníky. R2 a R7 uvedly stejné možnosti a zmínily se navíc o možnosti využití internetu a samostatného vyhledávání v literatuře. R3 a R4 uvedla hlavně diskuzi mezi kolegyněmi. R6 čte standardy a diskutuje s kolegyněmi. R8 se o rizicích dozvídá většinou pomocí školení. Toto téma mezi kolegyněmi nebývá otevíráno. R10 využívá internet a diskutuje o těchto tématech s kolegyněmi. R10 uvedla *„Hodně si uvědomuji chvíle, kdy se mi mohlo něco stát, protože jsem něco nedělala tak, jak mám. Třeba jsem pracovala zbrkle. Příště vím, že to tak dělat nemůžu.“*

4.7 Sestra nebo pacient?

V rámci ukončování rozhovoru respondentky dostaly otázku. Na prvním místě sestra nebo pacient? R1 dopověděla, že je a měl by to být pacient. Uvedla, že tak jí to učili ve škole. R2 uvedla *„Sestra - jako já. Pro moje zdraví, pro rodinu, pro moje děti. Já jsem přednější než pacient.“* R3 stejně jako R1 uvedla, že na prvním místě je pacient. *„Tak nás to učili a tady se řeší na prvním místě pacienti a sestry až někde hodně daleko. Mělo by to být obráceně, ale není to tak. Někdy mám pocit, že nás lehce přehlíží. Tedy spíše naše problémy.“* R4 také uvedla pacienta. *„Vždy nás učili, že hlavně pacient na prvním místě. Jak stárnu, tak začínám víc přemýšlet o sobě. Kdyby se něco stalo nám, tak budu mít strach o pacienta, i když vím, že bych měla mít strach o sebe.“* R5 uvedla, že nelze vybrat a je to nerozhodně. Dále však tuto úvahu rozvedla. *„Pokud je člověk opilý a agresivní, tak je na prvním místě sestra.“* Na dotaz, co když není, rozvinula

úvahu. „*Když je člověk nemocný, tak je to jiné. Jedná se o to, že si člověk řekne, že si za to ten člověk může trochu sám. Myslím, jeho stav. Když resuscitujeme, tak je na prvním místě pacient.*“ Když R5 dokončila úvahu, vyhodnotila, že to zní spíše tak, že je na prvním místě pacient, prý kvůli výchově na střední zdravotnické škole. „*Je to v tom, že nám ve škole říkali, že dělat sestru je poslání a že pacient je na prvním místě.*“ Stanovisko se mění dle zkušeností a věku všeobecné sestry. „*Sestra jde vždy pomoci za každých okolností.*“ R6 neprodleně odpověděla, že na prvním místě je pacient. „*Měly bychom být v bezpečí oba, ale není to tak.*“ R7 odpověděla jako většina. „*Asi pacient, protože když to vezmu z mého hlediska, tak jsem ještě neobědvala.*“ R8 odpověděla, že kvůli vedení a výchově si myslí, že pacient. R8 rozvedla podobou úvahu jako R5. „*Musím říci, že když se přijímá někdo, kdo je vhodný spíše na traumatologii. Opilý, tak mi na něm až tak nezáleží. Ne, že bych něco dělala jinak, nebo míň poctivě, ale chráním víc sebe, když se něco stane. Pak jsou lidi, kteří si tu péči strašně zaslouží, a člověk se k nim postaví zase jinak.*“ R9 uvedla podobnou odpověď jako R5. „*Měl by být pacient, ale na druhé straně se nenecháme zabít, takže tak půl na půl.*“ R10 uvedla jako většina také na první místo pacienta. „*Pacienty vidím jinak, než před dvaceti lety. Ted' už pacienta vidím třeba jako rodiče, a ten člověk v nemocnici leží bezmocný. Potřebuje péči a pomoc. Kolikrát jsem měla žízeň a hlad, ale stejně jsem musela dodělat věci s tím člověkem. Kolikrát mi nebylo fyzicky dobře z nějakých činností, které bylo nutné udělat. Ale vždycky jsem si řekla, že to musím udělat, že je to moje práce a já jí musím udělat dobře.*“

5 DISKUZE

Téma bezpečnosti všeobecných sester je v porovnání s řešením bezpečnosti pacientů méně zastoupeno. Tato skutečnost je znepokojivá vzhledem k důležitosti sesterské profese. Sestry představují srdce nemocnice, jak zmínila jedna z respondentek, a bez sester nemohou fungovat zdravotnické instituce. Cílem výzkumu bylo identifikovat rizika, která hrozí sestřám při výkonu zdravotnického povolání, popsat preventivní mechanismy související s dodržováním norem bezpečnosti práce a analyzovat vybrané rizikové procesy z pohledu bezpečnosti práce. Bylo zvoleno kvalitativní šetření s cílem popsat reálnou situaci ve vybrané nemocnici Středočeského kraje. Záměrným výběrem bylo osloveno deset respondentek. Z kvalitativního výzkumu vychází nejen potřebná data, ale také zkušenosti, pocity, připomínky a postoje všeobecných sester k problematice bezpečné péče. To považuji za nejsilnější stránku tohoto výzkumu.

V empirické části byly kladeny výzkumné otázky, které pokrývají problematiku řízení rizik. Náplní těchto otázek bylo zmapovat, které výkony a postupy sestry považují za nejrizikovější. Dále bylo zjišťováno, jaké jsou možnosti sester v oblasti vzdělávání a jejich postoje ke vzdělávání. V neposlední řadě bylo vyhodnocováno, jakým způsobem sestry identifikují, monitorují a minimalizují rizika ve vybraných rizikových procesech.

Získaná data byla nejdříve analyzována metodou otevřeného kódování a vzniklé kategorie byly zpracovány pomocí metody vyložení karet (36).

Ráda bych věnovala prostor pro uvedení zajímavých poznatků, které jsem vyhodnotila v průběhu rozhovorů. Při každém rozhovoru jsem se snažila navodit přátelskou atmosféru a sestřám pocit, že nejsou pod tlakem. U většiny sester se tato snaha vyplatila a odvděčily se mi upřímnými odpověďmi. Bylo příjemné pozorovat, že většina sester chtěla sama rozvíjet své myšlenky a dopomoci k novým zjištěním v rámci výzkumného šetření. U některých z nich bylo znát podráždění, vyčerpání a nervozita, kterou mi v průběhu rozhovoru, nebo mimo záznam vysvětlovaly. Od nálady a osobnostních rysů respondentek se odvíjely odpovědi. Mimo jiné je nutné uvést i aspekt

vzdělání. Všeobecné sestry s vyšším odborným vzděláním nebo vysokoškolským vzděláním odpovídaly přesněji a bylo znát, že ví, jak se před jednotlivými hrozbami chránit a jak postupovat při výkonech dle požadavků zařízení. Sestry s delší praxí sice také měly poměrně správnou představu, ale většinou cíleně nedodržovaly doporučené postupy a to z různých příčin.

V první části výzkumu byly zjišťovány obavy sester a bylo zodpovězeno na první a druhou výzkumnou otázku, jaká rizika a výkony považují všeobecné sestry nanejvíce ohrožující. Všeobecné sestry měly převážně podobné obavy, avšak každá tyto rizika vnímala jinak intenzivně. Nejčastěji uvedly sestry strach z poranění o použitou jehlu a s tím souvisejícími infekčními onemocněními, na dalším místě se nacházely profesní nákazy a agresivní pacienti. Pouze jedna sestra uvedla riziko neefektivní komunikace mezi lékařem a sestrou. Z výzkumů provedených JCAHO vychází, že až 84 % veškerých fatálních nežádoucích událostí vychází ze selhání komunikace (1). Fyzická zátěž byla uvedena pouze jednou.

Dalším diskutovaným tématem byla problematika nozokomiálních nákaz. V této části rozhovorů bylo cílem zmapovat metody prevence nozokomiálních nákaz tak, jak je vnímají sestry. Dále byla získána data potřebná k zodpovězení výzkumné otázky, jakým způsobem sestry minimalizují rizika. Z deseti všeobecných sester čtyři odpověděly, že v rámci prevence nozokomiálních nákaz je nejdůležitější využívání ochranných pomůcek. Nejčastěji zaznělo používání rukavic. Pouze tři sestry na první místo uvedly důkladnou, správnou a častou hygienu rukou. Četnost této odpovědi byla překvapivě nízká, vzhledem ke skutečnosti, že až 60 % veškerých nozokomiálních nákaz se přenáší z důvodu nedostatečné hygieny rukou (1). Většinou se sestry zmiňovaly i o důležitosti správné desinfekce povrchů. Žádná z nich však nezmínila nutnost střídání desinfekčních roztoků. Předpokládám však, že si jsou vědomy toho, jak důležité je roztoky střídát. Jedna ze sester uvedla jako významné snížení rizika přenosu nozokomiálních nákaz možnost využití čisté uniformy každý den. Výzkumy prováděné na uniformách sester ukazují významné zastoupení mikroorganismů již po jednom dni nošení. Nejčastěji se zde vyskytuje MRSA, pseudomonády a E.coli (37). Tato data jsou znepokojivá nejen

kvůli sestřám, ale také kvůli praktikujícím studentům zdravotně sociálních fakult, kteří nemají možnost nosit čerstvě vyprané uniformy každý den.

Na dotaz, jakým způsobem a kdy sestry provádějí mytí a hygienickou dezinfekci rukou, nebylo odpovězeno správně ani u jedné respondentky. Tři respondentky se snaží provádět hygienu rukou dle doporučení dobré praxe. Zbytek sester odpovědělo, že si myjí ruce po příchodu do zaměstnání, po použití toalety, před a po výkonu, před jídlem a po jídle. Všechny oslovené sestry každoročně absolvují školení hygienického zabezpečení rukou, avšak jejich znalosti této skutečnosti neodpovídají. Většina sester si uvědomuje, že nedodrží stanovenou délku mytí rukou, hlavně kvůli časové náročnosti a vysušování kůže mycími a desinfekčními prostředky. Všechny sestry se shodly na důležitosti využívání desinfekce rukou v rámci hygieny rukou a každá se zmínila o využívání desinfekce rukou po sundání rukavic. Všechny sestry nanášejí desinfekční prostředek na suché ruce a nechávají zaschnout. Všeobecné sestry byly schopny vysvětlit, proč je vhodné desinfekční prostředek nechat na pokožce zaschnout, neoplachovat ho ani nesusit. Z této části výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry nedodrží zásady správné techniky mytí rukou. V porovnání s tímto faktem mají v rámci hygienické desinfekce rukou více informací, které využívají i v praxi.

Dalším diskutovaným tématem byla oblast vzdělávání. V této části výzkumného šetření bylo cílem získat odpověď na výzkumnou otázku, jaké jsou znalosti sester o možnostech zvyšování bezpečnosti jejich práce a jaký je postoj sester ke vzdělávání v oblasti bezpečnosti práce. Jednou za rok mají všeobecné sestry školení o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci. Zajímalo nás, jaký postoj zaujímají oslovené sestry k těmto školením a k celkovému vzdělávání, které mají formou kurzů a školení možnost navštěvovat. Dotazované všeobecné sestry se shodly, že jsou školení každý rok stejná a opakující se. Pro každou z dotazovaných však mají jiný význam. Třem sestřám tato školení nevadí, jedna z nich by ocenila, kdyby byla více do hloubky. Čtyři sestry uvedly, že školení v oblasti bezpečnosti práce jsou velice důležitá. Sestry však měly rozdílné názory na jejich vedení, kvalitu a hloubku. Dvě z nich poukazují na jejich špatnou kvalitu a nedostatek poskytovaných informací. Z těchto dvou rozhovorů vyplynulo, že školení neprobíhají, pouze jsou sestry požádány o podpis. Zbýlé tři

všeobecné sestry považují školení za zbytečná a navrhuji, aby byla prováděna u začínajících sester častěji a u všeobecných sester s větší praxí, po třech až pěti letech.

Vzhledem k neustálému rozvoji techniky, moderních metod, využívaných nebezpečných látek a tím i vyššímu riziku poškození zdravotnického personálu je vhodné, aby všeobecné sestry měly dostatek kvalitních informací, které jim mohou jejich nadřízení zprostředkovat. Nicméně pro pravděpodobně stále stejnou koncepci těchto školení si sestry vybudovaly určitý odpor nebo lhostejnost. Sestry uvedly, že se cítí dostatečně vzdělávány v rámci tohoto tématu. Dotazované všeobecné sestry navrhly změny, které by mohly přispět k vyšší kvalitě celkového vzdělávání v oblasti rizik. Jako dobrý nápad považují uspořádání školení, kde budou uvedeny všechny potřebné informace najednou. Vzhledem k časovému vypětí všeobecných sester, ale i řídicích pracovníků by tento postup mohl zvýšit kvalitu poskytovaných informací a tím zlepšit pověst školení BOZP. Jedna z dotazovaných navrhla další možnost řešení tohoto problému. Byla by ráda za určitou formu supervize, kde by byla každý týden jedna sestra kontrolována řídicím pracovníkem, v tomto případě staniční sestrou, která má se sestrami na oddělení bližší vztah než vrchní sestra. Věřím, že tato metoda supervizí by měla výsledky.

Všeobecné sestry mají v rámci zdravotnické instituce možnost využít školení, která jsou přístupná v různých termínech a časech. Mimo jiné mohou využívat i nabídek od České asociace sester a dalších organizací. Pět všeobecných sester uvedlo, že občas využijí tuto možnost. Dalších pět uvedlo, že se vzdělávají samostatně pomocí internetu, odborných časopisů a literatury. Tři dotazované všeobecné sestry navštěvují tyto kurzy a školení pouze pro účel získání kreditů. V průběhu rozhovorů sestry zmiňovaly i finanční náročnost seminářů a kurzů.

Na výzkumnou otázku jakým způsobem sestry identifikují, monitorují a minimalizují rizika v oblasti fyzické zátěže, bylo odpovězeno v následující části šetření. Nejvíce náročná je pro dotazované manipulace s pacientem. Nejčastěji uváděným důvodem, proč bývá práce na oddělení takto náročná, je nedostatek personálu. V limitech, které jsou dány pro manipulaci s břemeny, je v pracovním lékařství zohledňováno mnoho faktorů. Mezi faktory na straně všeobecných sester jde o faktor

věku, pohlaví, zdravotního stavu, úchopových vlastností, frekvence manipulace a dalších. Maximální hmotnost břemene, která může být ženou zvednuta nebo přenášena je dvacet kilogramů (25). Tato hodnota je překračována a nese s sebou zdravotní komplikace. Všeobecné sestry mají také problém, že na některých pracovištích není dostatek pomůcek nebo vybavení, která by tuto zátěž usnadnila. Sestry však tuto možnost uváděly méně často než problém nedostatku personálu. Některé všeobecné sestry považovaly také za fyzicky náročné absolvování nočních směn. Jako fyzicky náročné považovaly i péči o agresivního pacienta. Velice pozitivním zjištěním bylo, že většina sester sportuje a umí relaxovat.

V souvislosti s předchozí kategorií vznikla podkategorie nemoci z povolání. Pouze dvě nejmladší všeobecné sestry uvedly, že žádné zdravotní obtíže v souvislosti s výkonem povolání nemají. Zbýlých osm sester uvedlo, že mají zdravotní obtíže, které však nejsou evidovány u zaměstnavatele jako nemoc z povolání. Nejčastěji sestry uváděly obtíže s opěrným a pohybovým aparátem. Je důležité, aby bylo pracoviště správně prostorově uzpůsobené, kvůli vyloučení nefyziologických poloh sester při zvedání zátěže. Důležité je všeobecné sestry dostatečně vzdělávat o možnostech odlehčení břemen pomocí pomůcek a metod. Podstatnou součástí by mělo být i informování sester o využití ochranných pomůcek a zavedení opatření, která mohou zamezit poškození sester (25).

Jak už bylo předesláno v teoretické části práce, největším rizikem při výkonu zdravotnického povolání je poranění jehlou, nebo jiným ostrým předmětem (1). Polovina dotazovaných všeobecných sester má pocit, že riziko je vysoké, kvůli častým invazivním výkonům, nutnosti pracovat rychle nebo špatnému přístupu sester ke standardům. Čtyři sestry považují toto riziko za střední a stejné v porovnání s ostatními pracovišti. Jedna sestra uvedla, že riziko poranění o ostrý předmět je nízké pokud se dodržují standardy.

Z dotazovaných všeobecných sester se všechny alespoň jednou za jejich dosavadní praxi poranily o ostrý předmět. Jednalo se převážně o říznutí při lámání ampule, otevírání lancety nebo přípravy léků. Pokud se sestry poranily o sterilní předmět, poranění nehlásily.

Z výzkumného šetření vyšlo, že polovina sester se poranila o použitou jehlu. Nejčastějším důvodem tohoto poranění byla neopatrnost při likvidaci odpadu. Dalším důvodem byl neklid pacientů. Všechny dotazované všeobecné sestry poranění hlásily, až na jednu, která si tuto skutečnost už nepamatuje. Dvě sestry si myslí, že přibližně dvacet procent poranění se nehlásí a znají minimálně jednu sestru, která poranění nenahlásila.

Dalším předmětem výzkumu bylo vyhodnocení, zdali sestry nosí kontejnery s sebou k odběru. Z šetření vychází, že pět sester bezprostředně po odběru odkládá použité pomůcky do kontejneru. Dalších pět uvedlo, že nosí emitní misku a poté na sesterně odpad třídí. Dvě z těchto sester, přestože s sebou mají kontejner, vrací krytku na jehlu. Uvádí, že hlavním důvodem je nedostatek materiálu. Konkrétně se jedná oddělování kloboučku od jehly. Dalších pět respondentek uvedlo, že s sebou kontejnery na ostrý odpad nenosí a tři z nich vrací krytku na jehlu. Vracení krytek na jehlu a likvidace odpadu patří k nejvíce rizikovým. Většina z dotazovaných sester uvedla, že je výhodou možnost používání bezpečnostních ochranných pomůcek. Jejich využívání je dáno Evropskou směrnicí 2010/32 EU. Je nutné na sestry více apelovat v oblasti likvidace ostrých odpadů (28, 29).

Na dotaz, zdali sestry mají pocit, že dodržují standardy, pouze dvě uvedly, že ne. Čtyři všeobecné sestry uvedly, že ano a další čtyři odpověděly, že se snaží, ale vzhledem k časové tísní to občas nezvládají. Pokud ale mají čas a možnosti standardy dodržovat, dodržují je. Myslím, že by bylo vhodné více sestry zainteresovat do tvorby standardů. Věřím, že aktivní účast by vedla k vyšší informovanosti sester.

Nejčastěji se sestry dozvídají o rizicích, která jim hrozí pomocí školení, odborných časopisů a dalších medií. V odpovědích všeobecných sester nejčastěji zaznělo, že tato rizika, která je mohou ohrozit, probírají mezi sebou a diskutují o svých zkušenostech s kolegyněmi i nadřízenými.

V rámci ukončování rozhovorů byla položena otázka, kdo je na prvním místě. Bylo zajímavé sledovat sestry zamýšlející se nad touto otázkou. Naprostá většina sester se shodla na odpovědi, že pacient je na prvním místě.

Lze bezesporu říci, že vykonávání zdravotnické profese je posláním a způsobem obětování se pro druhé. Je však nutné si uvědomit, že je třeba chránit nejen pacienta, ale hlavně sebe. Protože pokud nebudou zdravotničtí pracovníci chránit sebe, kdo bude chránit pacienty?

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo identifikovat rizika, která hrozí sestřám při výkonu jejich povolání, popsat preventivní mechanismy související s dodržováním norem bezpečnosti práce a analyzovat vybrané rizikové procesy z pohledu bezpečnosti práce všeobecných sester. Informovanost a přístupy sester k jednotlivým odvětvím byla zjišťována pomocí hloubkových rozhovorů, jejich kódováním a následným kategorizováním

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena pomocí kvalitativního šetření. Výzkumným souborem byly všeobecné sestry pracující v nemocnici ve Středočeském kraji na interní JIP, chirurgické JIP, interní ambulanci a chirurgického oddělení.

V souvislosti s cíli byly vypracovány výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou bylo, jaká rizika sestry považují za nejvíce ohrožující ve výkonu jejich povolání. Výzkumné šetření ukázalo, že sestry považují za nejvíce ohrožující poranění o ostrý předmět. Jako další velice ohrožující činnost všeobecné sestry uvedly péči o agresivního pacienta a nadměrnou fyzickou zátěž. Sestry si uvědomují rizika, která jim hrozí, zvládají popsat rizikové situace a přiřadit k nim preventivní mechanismy, které vzniku nežádoucích událostí mohou předcházet.

Další výzkumnou otázkou bylo, jaké jsou nejrizikovější ošetrovatelské činnosti (postupy) z pohledu bezpečnosti práce. Jako nejrizikovější činnost sestry uvedly odběr krve. Mezi další rizikové činnosti sestry zařadily odebírání dalšího biologického materiálu pro možný přenos infekčních chorob. Mezi ostatní uvedená rizika patřila manipulace s pacientem kvůli nedostatku personálu během nočních směn a práce s technikou.

Zájmem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký je postoj sester ke vzdělávání v oblasti bezpečnosti práce. V této problematice byly zjištěny jisté rezervy nejen ze strany všeobecných sester, ale také vedoucích pracovníků. Všeobecným sestřám nevadí zúčastňovat se školení o bezpečnosti práce a ochraně zdraví při práci, avšak je poukazováno na jejich nesprávné vedení a nezázivnost.

V další části výzkumu bylo zjišťováno, jakým způsobem sestry identifikují, monitorují a minimalizují rizika ve vybraných rizikových procesech. Do rizikových procesů byla začleněna problematika nozokomiálních nákaz, fyzické zátěže a poranění ostrými předměty. Sestry identifikují rizika převážně díky školením, která jsou každoročně prováděna. K rozeznávání těchto rizik slouží i samotné vykonávání praxe. Získané zkušenosti slouží k uvědomování si situací, která mohou všeobecné sestry ohrozit. Sestry tato rizika sledují právě díky koncentrované práci a činnostem, které každý den vykonávají. K minimalizaci těchto rizik využívají především ochranné pomůcky. Je důležité také zachovat rozvahu, i ve stresových situacích jako je na příklad péče o agresivního pacienta. K minimalizaci rizik slouží získané informace z kurzů školení a seminářů.

Mimo jiné byly zjištěny významné nedostatky v oblasti bariérové péče. Sestry prokázaly vědomosti týkající se hygieny rukou. Bylo zmapováno, jakým způsobem se sestry vypořádávají s fyzickou zátěží a na uvedená témata sestry navrhly možná řešení. Dále bylo zjištěno, jaké je zastoupení sester, které využívají kontejnery pro likvidaci ostrého odpadu a celkový přístup k poranění ostrými předměty.

Bylo snahou přispět k zamyšlení sester nad riziky, která jim hrozí a podpořit je v uvědomování těchto nebezpečí.

6.1 Doporučení pro praxi

Mezi doporučení, které vedou k minimalizaci rizik spojených s výkonem sesterského povolání, patří provádění důsledného školení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a zkvalitnění školení zdravotnickou institucí. Dalším doporučením je zapojení sester do tvorby standardů ošetrovatelské péče. Předpokládám, že tento postup by zlepšil informovanost sester v oblasti bezpečnosti práce a dopomohl k minimalizaci rizik, která ve zdravotnictví hrozí. Dalším doporučením je zavedení individuálního přístupu k sestřám pomocí supervizí, které by napomáhaly identifikovat slabá místa v ošetrovatelských procesech. Věřím, že tento postup by dopomohl k bezpečnějším prostředí pro sestry a pacienty.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
2. WOODS, Phil a Alyson KETTLES. *Risk assessment and management in mental health nursing*. Ames (Iowa): Wiley-Blackwell, 2009, 256 p. ISBN 14-051-5286-9.
3. NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2008, 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7.
4. HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry: principy, postupy, metody*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 124 s. ISBN 978-802-4740-324.
5. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
6. TREASURY, H. M. *The Orange Book - Management of Risk - Principles and Concepts*. London: MH Treasury, eng., 2004, 52 s., ISBN: 1-84532-044-1
7. KAMM, Daniel. *An Introduction to Risk/Hazard Analysis for Medical Devices*. [online]. 2005 [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.fda-consultant.com/risk1.pdf>
8. Česká republika. Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 39, s. 1737-1745 [cit. 2015-01-01]. ISSN: 1211-1244.

9. MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 8024705850
10. MARX, David a Ivan STANĚK. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 287 s. ISBN 80-247-0629-6
11. JOIN COMMISSION INTERNATIONAL. *Join Commission International* [online]. USA, 2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/>
12. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: TIGIS, 2014. ISBN 978-80-87323-04-05.
13. Spojená akreditační komise: SAK. *SAK ČR* [online]. [cit. 2015-02-14]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/akreditovana-zarizeni/rok-2015>
14. Benešovská nemocnice získala akreditaci SAK. *JISKRA: týdeník Benešovska, Vlašimska, Voticka, Posázaví a středního Povltaví* [online]. 2015 [cit. 2015-02-14]. Dostupné z: <http://www.jiskra-benesov.cz/jankov/clanek/benesovska-nemocnice-ziskala-akreditaci-sak-6618>
15. LEVETT, James M a Robert G BURNEY. *Using ISO 9001 in healthcare: applications for quality systems, performance improvement, clinical integration, and accreditation*. Milwaukee, WI: ASQ Quality Press, c 2011, 120 s. ISBN 0873898087.

16. ŠRÁMOVÁ, Helena. *Nozokomiální nákazy II*. Praha: Maxdorf, 2001, 303 s. ISBN 80-85912-25-2.
17. Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 178 s. ISBN 8024716739.
18. MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1673-9.
19. Česká republika. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 109, s. 3954-3980 [cit. 2015-01-01]. ISSN: 1211-1244.
20. MAĎAR, Rastislav, Renata VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ V., a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 228 s. ISBN 978-80-247- 3419-4.
21. BEDNÁŘÍKOVÁ, Jana. Prezentace z 20. mezinárodní konference Nemocniční epidemiologie a hygieny *Umíme používat rukavice?*. 2013, č. 5, s. 36. Dostupné z: http://www.sneh.cz/_soubory/_clanky/103.pdf
22. Česká republika. Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče č. 5 ze září 2012. In: *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky*, ISSN 1211-0868 dostupné z webových stránek: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html

23. FRANCOVÁ, Monika. Význam mytí a hygieny rukou. *Sestra*. 2011, č. 9., 34 - 35 s. ISSN: 1210-0404
24. DASTYCHOVÁ, Eliška *Pracovní lékařství: základy primární pracovní lékařské péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 338 s. ISBN 80-7013-414-3
25. TUČEK, Milan, CIKRT Miroslav a PELCLOVÁ Daniela. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 327 s., 16 s. obr. příl. ISBN 80-247-0927-9
26. GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. 2007, č. 6, 11 s. ISSN: 1210-0404
27. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3
28. Směrnice č. 134/66. o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních. In: *Úřední věstník Evropské unie*. 2010. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:134:0066:0072:CS:PDF>
29. ŠKOCHOVÁ, Dagmar, Bodná poranění zdravotnických pracovníků v průběhu deseti let. *Florence* 2015, č. 4, 25 - 28 s. ISSN: 1801-464X
30. ŠVÁBENSKÁ, Drahoslava. Zvyšování bezpečnosti zdravotnických pracovníků. *Sestra*. 2013, č. 2, 25 - 26 s. ISSN: 1210-0404.

31. *Prevence poranění ostrými předměty optikou Směrnice Rady 2010/32/EU. Braunoviny* [online]. 2013, 7/13 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/prevence-poraneni-ostrymi-predmety-optikou-smernice-rady-2010-32-eu>,
32. *Zákoník práce: prováděcí nařízení vlády a další související předpisy s komentářem k 1. 1. 2015. 9. aktualiz. vyd. Olomouc: ANAG, 2015. ISBN 978-80-7263-921-2.*
33. HETTNEROVÁ , Magda V otázce poranění ostrými předmět u nás chybí informace i sankce. *Florence* 2015, č. 3, 5 – 8 s. ISSN: 1801-464X
34. NECHUTNÁ, Marcela. *Co dělat při poranění použitou jehlou?* FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ. *Fzc.zcu.cz* [online]. 2012 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: http://fzs.zcu.cz/ktb/documents/FN_PLZEN/INL_0068_01---porann-pouitou-jehlou.pdf
35. *Hodnocení rizik a poranění injekčními jehlami.* In: *Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci* [online]. ©2013. [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/publications/e-facts/efact40>.
36. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
37. CHACKO, JOSE a BHAT. *Survival of Nosocomial Bacteria on Hospital Fabrics.* *Indian journal of medical microbiology.* 2007, č. 21, 36 s. ISSN: 0255-0857.

38. FRANTÁLOVÁ, Dana. *Záleží Evropě na prevenci poranění ostrými předměty?* *Zdravotnické noviny*. 2014, č. 15. 23 s. ISSN: 1805-2355.