



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 Ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Přístup sester k bariérové ošetřovatelské péči na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu

Vypracovala: Anna Motlová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Maňhalová

České Budějovice 2015

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá přístupem sester k bariérové ošetrovatelské péči na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu.

Ošetrovatelská bariérová péče je systém pracovních a organizačních opatření, který zabraňuje vzniku nozokomiálních nákaz a přenosu patogenních mikroorganismů v nemocničním či sociálním zařízení. Nozokomiální nákaza je infekce, která vznikla v přímé souvislosti s pobytem pacienta v daném zařízení. Bariérová ošetrovatelská technika je preventivní opatření, které chrání vnímavé jedince před vznikem nozokomiální nákazy. Tuto metodu musí dodržovat každý zdravotnický pracovník, bez ohledu na typ oddělení. Nejčastěji vyskytujícím se onemocněním, které vzniká v souvislosti s pobytem v nemocničním zařízení je onemocnění MRSA, neboli multirezistentní stafylokokus aureus. Bariérová péče je souborem mnoha metod, jimiž jsou sterilizace, izolace infekčních pacientů, osobní úprava personálu, léčení onemocnění zdravotnického personálu, hygienické mytí rukou a jejich následná dezinfekce. Na oddělení interního typu jsou hospitalizováni pacienti trpící chorobou vnitřních orgánů. Tento typ oddělení patří mezi nejzákladnější oddělení nemocničního zařízení. Infekční oddělení je velmi specifické, neboť zde jsou hospitalizováni pacienti, kteří trpí infekční chorobou nebo je na takovou chorobu důvodné podezření. Z toho vyplývá, že na infekčním oddělení musí být bariérová péče dodržována striktněji.

Ve výzkumné části práce byly stanoveny dva cíle:

Zjistit přístup sester k bariérové ošetrovatelské péči na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu.

Zmapovat znalosti a dovednosti sester v oblasti bariérové péče na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu.

Na základě uvedených cílů práce jsme stanovili výzkumné otázky:

Jaký je přístup sester k ošetrovatelské bariérové péči na infekčním oddělení a oddělení interního typu?

Existují rozdíly mezi znalostmi sester na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu?

Existují rozdíly mezi dovednostmi sester na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu?

Empirická část výzkumu byla zpracována za pomoci polostrukturovaného rozhovoru a skrytého pozorování prostřednictvím pozorovacího archu. Výzkumný soubor byl tvořen 10 sestrami, které pracují na infekčním oddělení a 10 sestrami z ostatních odděleních interního typu, konkrétně na interním, kožním a neurologickém oddělení.

Rozhovory byly přepsány a následně zakódovány. Po kódování vzniklo několik následujících kategorií: Bariérová péče, materiál, dezinfekce rukou, uložení dezinfekčního plánu a prostředků, podíl sester na dezinfekci a sterilizaci, MRSA, prevence MRSA a postup Při zjištění MRSA. Každá kategorie je následně rozdělena na podkategorie. V kategorii bariérová péče sestry odpovídaly, kým byly proškoleny o zásadách bariérové péče a jakými metodami tuto péči dodržují. Dle odpovědí byli respondenti proškoleni vedoucím pracovníkem a v rámci BOZP. Respondenti z infekčního oddělení dále uváděli intranet, epidemiologa a také školení v rámci hrozící eboly. Dále sestry odpovídaly, jakými metodami dodržují bariérovou péči. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že nejčastějšími metodami jsou používání a výměna rukavic, izolace infekčních pacientů, dezinfekce rukou, osobní úprava, sterilizace a jiné. Odpovědi respondentů z infekčního oddělení byly podrobnější a více odpovídaly správným metodám bariérové péče. V oblasti materiálu sestry odpovídaly na otázku, jakým množstvím pomůcek disponují a kdy je využívají. Z výzkumu vyplynulo, že zatímco sestry pracující na odděleních interního typu nemají dostatek ochranných pomůcek, zejména rukavic, sestry pracující na infekčním oddělení, které je předurčené k využívání většího množství materiálu, mají ochranných pomůcek dostatek. V oblasti dezinfekce rukou znají postup lépe sestry infekčního oddělení a tuto metodu využívají častěji. Uložení dezinfekčního materiálu a prostředků bylo dle odpovědí respondentů téměř totožné. Rozdíly byly znatelné v oblasti podílu sester na dezinfekci a sterilizaci. Sestry z infekčního oddělení provádějí přímou sterilizaci, zatímco sestry z ostatních interních oddělení využívají pouze předsterilizační přípravu. Poslední zkoumanou kategorií byla MRSA, její prevence a postup Při diagnostice. Sestry pracující na infekčním oddělení pracují dle standardního postupu pro provádění bariérové

ošetřovatelské péče, ostatní sestry uváděly v oblasti prevence a postupu Při diagnostice nedostačující postup.

Z výzkumného šetření vyplývá, že znalosti a dovednosti sester na oddělení infekčním a ostatních odděleních interního typu nejsou zcela totožné. Z výzkumu vyplynulo, že přístup sester k bariérové ošetřovatelské péči je efektivněji uplatňován na infekčním oddělení. Dále bylo zjištěno, že odpovědi části respondentů se zcela neshodují s daty, které byly zjištěny pomocí zúčastněného skrytého pozorování. Zatímco odpovědi sester interního oddělení téměř odpovídaly žádoucímu poskytování bariérové péče, Při pozorování bylo zjištěno, že se teoretické znalosti neshodují s reálnou praxí v podobě praktických dovedností.

Výsledky práce mohou posloužit jako podklad pro výuku ošetřovatelských předmětů nebo jako příspěvek na odborné kurzy, semináře či konference zabývající se touto problematikou. Dále budou výsledky nabídnuty do odborných periodik, kde bychom chtěli čtenáře z řad odborné i laické veřejnosti upozornit na důležitost poskytování efektivní bariérové ošetřovatelské péče a přispět alespoň malým dílem k tomu, aby bylo této problematice věnováno více pozornosti na všech odděleních zdravotnického zařízení.

Klíčová slova: Bariérová péče, nozokomiální nákaza, infekční oddělení, ostatní oddělení interního typu, MRSA, přístup sester, metody bariérové péče.

ABSTRACT

This bachelor's thesis deals with the nurses' approach to the barrier nursing care in the isolation ward and in other wards of internal type.

The barrier nursing care is a system of work and organization measures which prevents the creation of nosocomial infections and the transmission of pathogenic germs in hospitals or social facilities. The nosocomial infection is an infection occurred in the direct connection with the patient's stay in the relevant facility. The barrier nursing method is a preventive measure which protects the sensitive individuals from the formation of the nosocomial infection. This method has to be respected by every medical worker without regard to the ward type. The most frequently occurring disease caused in connection with the stay in a hospital facility is the MRS A infection or the Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. The barrier care is a complex of many methods including the sterilization, isolation of infectious patients, personal treatment of the staff, treating of the diseases of the medical staff, hygienic hand wash and the following hand disinfection. In the internal type ward, patients with diseases of internal organs are hospitalized. This ward type counts among the most basic wards of a hospital facility. The isolation ward is very specific because here, the patients with an infection disease or with a justified suspicion of such a disease are hospitalized. This implies that in the isolation ward the barrier care has to be respected more strictly.

In the research part of the thesis, two objectives were determined:

Detection of the nurses' approach to the barrier nursing care in the isolation ward and other internal type wards.

Monitoring of nurses' knowledge and skills in the field of the barrier nursing care in the isolation ward and other internal type wards.

On the basis of the mentioned objectives of the thesis, following research questions were set:

How is the nurses' approach to the barrier nursing care in the isolation ward and the internal type ward?

Are there any differences between the knowledge of the nurses in the isolation ward and in other internal type wards?

Are there any differences between the skills of the nurses in the isolation ward and in other internal type wards?

The empirical part of the research was elaborated with the aid of a semi-structured interview and of the hidden observation by force of an observation sheet. The research set consisted of 10 nurses who are working in the isolation ward and 10 nurses who are working in other internal type wards, concretely in the internal, dermatological and neurological ward.

The interviews were transcribed and later on encoded. After the coding, following categories were created: barrier nursing, material, hand disinfection, imposition of a disinfection plan and disinfection equipment, proportion of nurses in the disinfection and sterilization, MRSA, prevention of MRS A and procedure in the case of MRS A detection. Every category is then divided in subcategories. In the category barrier nursing the nurses answered the question who trained them in the principles of the barrier nursing and which methods are they using for the observance of this nursing. According to the answers, the respondents were trained by the head and within the training about the health and safety at work. The respondents from the isolation ward stated also the intranet, epidemiologist and also the training within the Ebola threat. Further, the nurses answered the question which methods are they using for the observance of the barrier nursing. From the answers of the respondents followed that the most often methods are using and changing of gloves, isolation of the infectious patients, hand disinfection, personal treatment, sterilization and others. The answers of the respondents from the isolation ward were more detailed and complied more with the right methods of barrier nursing. In the category material, the nurses answered the question which amount of equipment have they available and when are they using it. From the research followed that while the nurses who are working in the internal type wards don't have enough protective equipment, especially gloves, the nurses who are working in the isolation ward which is predetermined for using of a higher amount of equipment have enough protective equipment. In the category hand disinfection, the nurses from the isolation ward have a better knowledge of the procedure and they are also using this method more often. The storing of the disinfection material and equipment was according to the answers of the respondents nearly identical. Differences were appreciable

in the category proportion of nurses for the disinfection and sterilization. The nurses from the isolation ward are realizing a direct sterilization while the nurses from other internal type wards are using only the pre-sterilization preparation. The last research category was the MRSA, its prevention and the procedure during the diagnostics. The nurses who are working in the isolation ward are working in accordance with the standard procedure for the realizing of barrier nursing care, other nurses stated in the category prevention and procedure during the diagnostics an insufficient procedure.

From the research survey follows that the knowledge and skills of nurses in the isolation ward and nurses in other internal type wards are not absolutely identical. From the research followed that the nurses' approach to barrier nursing is more effective in the isolation ward. Further, it was found out that the answers from a part of the respondents don't completely correspond with the data found out during the participating hidden observation. While the answers of the nurses from the internal ward nearly complied to the desirable providing of barrier nursing, during the observation was found out that the theoretical knowledge is not corresponding with the real practice in the form of practical skills.

The results of the thesis can serve as a basis for teaching of nursing subjects or as a contribution to expert courses, tutorials or conferences dealing with this topic. Further, the results will be offered to expert periodicals where we would like to give to the expert and also general public a notice about the importance of providing of an effective barrier nursing care and contribute to paying more attention to this topic in all wards of health facilities.

Key words: Barrier nursing, nosocomial infection, isolation ward, other internal type wards, MRSA, nurses' approach, barrier nursing methods.

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 bakalářské 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

.....

Anna Motlová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Janě Maňhalové za cenné rady, za čas, který mi věnovala a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat sestřám z infekčního, interního, kožního a neurologického oddělení v nemocnici České Budějovice a.s., které byly ochotny podílet se na výzkumném šetření.

OBSAH

ÚVOD	12
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 ODDĚLENÍ INFEKČNÍ	14
1.1.1 CHARAKTERISTIKA OBORU A ODDĚLENÍ.....	14
1.1.2 ZÁSADY A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ BARIÉROVÉ PÉČE.....	14
1.1.3 ROLE SESTRY NA INFEKČNÍM ODDĚLENÍ.....	16
1.2 ODDĚLENÍ INTERNÍHO TYPU	16
1.2.1 CHARAKTERISTIKA OBORU A ODDĚLENÍ.....	16
1.2.2 ZÁSADY A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ BARIÉROVÉ PÉČE.....	17
1.2.3 ROLE SESTRY NA ODDĚLENÍ INTERNÍHO TYPU	17
1.3 OŠETŘOVATELSTVÍ A ROLE SESTRY	18
1.3.1 ROZVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	18
1.3.2 ROLOVÉ ZNAKY	19
1.3.3 PRÁVNÍ MINIMUM.....	19
1.4 OŠETŘOVATELSKÁ BARIÉROVÁ PÉČE	20
1.4.1 DEFINICE OŠETŘOVATELSKÉ BARIÉROVÉ PÉČE	20
1.4.2 VYUŽITÍ A ÚČEL OŠETŘOVATELSKÉ BARIÉROVÉ PÉČE	20
1.4.3 ROLE SESTRY V OBLASTI OŠETŘOVATELSKÉ BARIÉROVÉ PÉČE	21
1.5 METODY BARIÉROVÉ PÉČE	22
1.5.1 DEZINFEKCE	22
1.5.1.1 Metody dezinfekce	23
1.5.1.2 Využití dezinfekce v praxi sestrou	24
1.5.2 STERILIZACE.....	26
1.5.2.1 Metody sterilizace	26
1.5.2.2 Využití sterilizace v praxi sestrou	26
1.6 NOZOKOMIÁLNÍ NÁKAZY	27
1.6.1 CHARAKTERISTIKA A PŘÍČINA VZNIKU	27
1.6.2 DOPAD NA PACIENTA.....	28
1.6.3 MRSA.....	29
1.6.3.1 Prevence vzniku MRSA	30
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 CÍL PRÁCE	31
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
3 METODIKA	32
3.1 METODIKA VÝZKUMU	32
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32

4	VÝSLEDKY	35
4.1	VÝSLEDKY ROZHovorŮ	35
4.1.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR A	35
4.1.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR B	50
4.2	VÝSLEDKY POZOROVÁNÍ	64
4.2.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR A	64
5	DISKUZE	70
6	ZÁVĚR	75
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	77
8	PŘÍLOHY	82

ÚVOD

„Ošetřovatelství je umění.“

Florence Nightingalová

Ošetřovatelská bariérová péče je systém, který zabraňuje vzniku nozokomiálních nákaz a přenosu patogenních mikroorganismů. Bariérovou péčí lze označit jako preventivní opatření v boji s nozokomiálními nákazami, jež jsou choroby, které vznikly v přímé souvislosti s pobytem pacienta v nemocničním zařízení, proto jsou někdy označovány jako nákazy nemocniční. Zásady bariérové techniky jsou každodenní součástí profese sestry. Tato technika spadá do postupů lege artis a proto platí pro všechny pracovníky v nemocničním či sociálním zařízení a pro všechny typy oddělení. Koncept postupů bariérové ošetřovatelské péče je uplatňován i na oddělení interního typu, které je jedno z nejzákladnějších oddělení nemocničního zařízení. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni pacienti s chorobou vnitřních orgánů. Bariérová péče je také poskytována pacientům na oddělení infekčním, které je v rámci poskytované péče velmi specifické. Jsou zde hospitalizováni pacienti, u kterých se potvrdila infekční choroba, anebo je na ni podezření. Vzhledem k důležitosti bariérové ošetřovatelské péče se stalo monitorování této techniky, jakožto indikátoru kvality, nedílnou součástí každodenního provozu obou oddělení.

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala „Přístup sester k bariérové ošetřovatelské péči na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu.“ Toto téma jsem si vybrala zejména proto, že mě samotnou ošetřovatelská bariérová péče velmi zajímá, jelikož tuto techniku využívá každá sestra Při výkonu svého povolání a je nedílnou součástí komplexní ošetřovatelské péče, neboť patří mezi nejdůležitější determinanty poskytované péče.

Cílem naší práce je zmapovat znalosti a dovednosti sester v oblasti bariérové péče. Dále zjistit, jak tuto techniku umí sestry uplatnit v praxi a jaké jsou rozdíly mezi jednotlivými odděleními interního typu. Informace potřebné k vytvoření rozhovoru byly zjišťovány od sester za pomoci polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného skrytého pozorování. Tento výzkum probíhal na oddělení interním, kožním, neurologickým

a infekčním v nemocnici České Budějovice a.s.. Výstupem z této práce je vytvoření informačního materiálu pro sestry, studenty, ale i pro laickou veřejnost.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Oddělení infekční

1.1.1 Charakteristika oboru a oddělení

Obor infektologie dříve patřil pod obor interního lékařství, ale po druhé světové válce došlo k velkému výskytu infekčních onemocnění, a proto tento obor vznikl jako samostatný. Za zakladatele samostatné lékařské disciplíny, tedy infektologie, se považuje profesor Jaroslav Procházka. K tomuto rozvoji přispělo zdokonalení léčby infekčních nemocí a izolace pacientů s infekčním onemocněním. Infekčními chorobami se zajisté zabývají i lékaři jiných oborů, ale pokud jde o komplikovaný průběh, kdy je nutná složitější diagnostika a léčba, včetně antibiotické léčby, je pacient předáván do rukou specialistů, tedy lékařů pracujících na infekčním oddělení (Rozsypal, 2013). Je důležité, aby bylo specifikováno, jaké choroby se vyskytují na infekčních odděleních. Mezi nejvíce se vyskytující choroby patří infekční mononukleóza, hepatitidy, streptokokové infekce, meningitidy či febrilní stavy. Vzhledem k široké multidisciplinarní této problematice, je toto pouze malé spektrum nemocí, jenž se na infekčních odděleních vyskytuje (Kapounová, 2007).

Vzhledem k tomu, že jsou na infekčním oddělení hospitalizováni pacienti s infekční chorobou, je nutné znát, co infekční choroba vlastně je. Infekční choroba je taková choroba, jejíž vznik zapříčiní živý organismus. Z toho vyplývá, že jde o onemocnění, které je přenosné. Některý mikroorganismus dokáže vyvolat nemoc, tato schopnost se nazývá patogenita. To, jak velkou patogenitu dokáže mikroorganismus vyvolat, je označováno jako virulence (Nováková, 2012).

Infekční oddělení je velmi specifická součást nemocničního zařízení. Na tomto oddělení jsou místo standardních lůžek izolační pokoje. Pacient, který je izolován na pokoji, trpí takovou chorobou, která si izolaci žádá (Čoupková, 2012).

1.1.2 Zásady a specifika ošetrovatelské bariérové péče

Na infekčním oddělení se vyskytují pacienti, kteří trpí infekční chorobou. Na tomto oddělení je kladen důraz, aby nebyla tato infekce šířena dál. Proto se provádí

protiepidemická opatření. Základem protiepidemického opatření je včasné izolování pacienta a brzké rozpoznání infekční choroby. Dalším specifikem je provádění hlášení. Toto hlášení se podává hygienické službě ve formě tiskopisu nebo telefonicky v případě rizika šíření infekce do dalšího okolí. Jinou činností, která je zde prováděna, je epidemiologické šetření. Aktivně je vyhledávána příčina vzniku dané infekce a cesta jejího přenosu. Na základě těchto dat je zjištěno, jaká opatření jsou zapotřebí. Nedílnou součástí bariérové péče na takovém oddělení je dezinfekce a všechny její dostupné metody (Rozsypal, 2013).

Další metodou využívanou na infekčních odděleních je izolace. Izolace je opatření, které se využívá u pacientů nakažených infekční chorobou. Pokud je zjištěna infekční choroba, která je lehčího typu, může být izolace prováděna v domácím prostředí. Pokud je pacient vysoce nakažlivý, je nařízena izolace na infekčním oddělení v nemocničním zařízení (Rozsypal, 2013). Pacient, který je uložen na izolační pokoj, má infekční onemocnění, které je dáno či specifikováno ve vyhlášce 306/2012 sbírky (vyhláška 306/2012 Sb.).

V rámci ošetrovatelské bariérové péče na tomto specifickém oddělení je prováděna kontrola hygienického režimu v pravidelných intervalech. Tato kontrola je prováděna hygienickou stanicí. Pokoj je zde dezinfikován několikrát denně pomocí speciálních prostředků k tomu určených. Velkým pozitivem je používání jednorázových pomůcek, specifické nakládání s nádobím pacienta, oddělené vchody do budovy či dvojí provedení šaten. Na tomto oddělení je kladen velký důraz na izolaci a léčbu pacienta a na to, aby se infekce nešířila dál. Kromě těchto opatření a specifík je nedílnou součástí oddělení personál. Proto je u každého pracovníka prováděna pravidelná zdravotní prohlídka a monitorace jejich očkování (Čoupková, 2012).

Na oddělení s takovým zvláštním režimem je třeba brát zřetel na prevenci vzniku profesionálních nákaz. Tyto nákazy jsou eliminovány pomocí preventivních opatření. Do těchto postupů je řazena správná manipulace s odpady, využívání ošetrovatelských postupů dle standardů, používání ochranných pomůcek a v neposlední řadě správná dezinfekce, sterilizace a aseptický přístup. Další součástí prevence profesionálních nákaz je povinné očkování pracovníků proti virové hepatitidě B (Vévoda, 2013).

1.1.3 Role sestry na infekčním oddělení

Vzhledem k tomu, že se infekční problematika může týkat jakéhokoliv onemocnění, jsou na sestru pracující na infekčním oddělení kladeny vysoké jak znalostní tak dovednostní nároky. Sestra je na tomto oddělení vystavována mnoha rizikovým faktorům, proto je nutné, aby její práce obsahovala všechny postupy bariérové péče. Na tomto oddělení je poskytována komplexní ošetrovatelská péče, která má svá specifika. Tato péče je závislá na aktuálním stavu pacienta, který je přijímán. Sestra je v kontaktu s pacientem pouze po takovou dobu, která je nutná. Za tuto dobu je považován čas, po který sestra provádí ošetrovatelský výkon nebo shromažďuje informace. Po příjmu pacienta, který je prováděn v samostatné místnosti, je pacient sestrou seznámen s provozním řádem oddělení, je zajištěno funkční signalizační zařízení. Sestra na infekční jednotce ukáže pacientovi prostor, který je pro něho vymezen. Jsou mu také vysvětlena všechna pravidla týkající se jeho pohybu na jednotce. Další skutečností, která se zahrnuje do role sestry, je empatie. Jelikož pacient, který musí být izolován, je vytrhnut z kontextu kulturního dění, má omezené kontakty a jeho mezilidské vztahy mohou být hospitalizací narušeny. Proto je každá sestra pracující na takovém oddělení povinna chápat pacientovy pocity jako je strach a úzkost (Čoupková, 2012).

1.2 Oddělení interního typu

1.2.1 Charakteristika oboru a oddělení

Pokud má být charakterizováno oddělení interního typu je nutné znát, co tvoří základ tohoto oddělení a tím je vnitřní lékařství. Vnitřní lékařství je nejrozsáhlejší a jeden z nejsložitějších medicínských oborů, který zasahuje i do jiných lékařských oborů. Interní lékařství se dále dělí na specializované interní obory jako je gastroenterologie, kardiologie, revmatologie, diabetologie, endokrinologie a také neurologie. Definic tohoto oboru je stanoveno mnoho, jedna z nich zní takto: „*Interní lékařství je základním lékařským oborem, který se zabývá prevencí, rozpoznáváním, komplexní léčbou a ošetřováním vnitřních chorob, postihující dospělou populaci.*“ (Slezáková, 2007, str. 11).

Oddělení interního typu je jedno ze základních oddělení nacházející se v nemocničním zařízení. To znamená, že by nemělo chybět v žádné nemocnici.

Na oddělení tohoto typu se léčí pacienti s interními chorobami. Takovými nemocemi se může léčit každý člověk v jakémkoliv věku, ale nejvíce se na interních odděleních léčí pacienti v pokročilém věku. Tím se myslí většinou senioři, a proto se zde musí léčba i ošetrovatelská péče odvíjet i od nejzákladnějších potřeb člověka. Léčba na takovém oddělení je zpravidla konzervativní, bez nutnosti chirurgických operací. Interní oddělení je rozděleno do několika segmentů. Má část ambulantní, vyšetřovací, lůžkovou a část akutní péče JIP. Základem lůžkové části je standardní lůžkové oddělení, kterých může být více, dle možnosti nemocnice. Za kvalitu ošetrovatelské péče zodpovídá staniční sestra a za část lékařskou vedoucí lékař, z pravidla primář oddělení (Šafránková, 2006).

1.2.2 Zásady a specifika ošetrovatelské bariérové péče

Vzhledem k tomu, že na interním oddělení je hospitalizovaných pacientů mnoho a trpí velkou škálou různých onemocnění, je zde ošetrovatelská část poměrně rozsáhlá. Ošetrovatelskou bariérovou péčí sestra na tomto oddělení samozřejmě využívá a to zejména v oblasti hygieny a odběru biologického materiálu. Při odběru biologického materiálu sestra postupuje dle zásad bariérové péče, jako je aseptický přístup. Těmito zásadami se rozumí pravidelné a sterilní převazování ran. Další možností využití zásad bariérové techniky je manipulace s ložním prádlem pacientů a to i Při hygienické péči, kterou sestra na interním oddělení provádí u pacientů s poruchou soběstačnosti. Porucha soběstačnosti je na oddělení interního typu jedna z nejčastějších ošetrovatelských diagnóz. V oblasti bariérové ošetrovatelské péče na interním oddělení je specifické to, že každý pacient by měl být považován za potenciální zdroj infekce, protože obsazení toho oddělení je natolik široké, že není možné u každého pacienta ihned zachytit zdroj infekce (Šafránková, 2006).

1.2.3 Role sestry na oddělení interního typu

Sestra pracující na oddělení interního typu poskytuje péči pacientům pomocí ošetrovatelského procesu. Na těchto odděleních pracují všeobecné sestry se středoškolským, vyšším či vysokoškolským vzděláním nebo zdravotničtí asistenti pod dohledem. Je nutné poukázat na to, že na oddělení tohoto typu je velké spektrum pacientů, obvykle pacientů v pokročilém věku. Proto sestra poskytuje zejména základní komplexní

ošetřovatelskou péčí. Do takové ošetřovatelské péče patří polohování, péče o inkontinentní pacienty, komplexní hygienická péče. Významnou roli má sestra i v jiných oblastech jako je oblast diagnostiky, kde se jedná zejména o odběry biologických materiálů, příprava pacienta na různá vyšetření. Dále sestra provádí i terapeutické výkony jako je aplikace ordinovaných léků a mimo jiné provádí i rehabilitační ošetřovatelství. Další částí její práce je část prevence a administrativa, kdy musí shromáždit informace do ošetřovatelské dokumentace. Pomocí ošetřovatelské dokumentace, kde jsou shromážděny veškeré informace, které sestra v průběhu ošetřování zjistí, si plánuje ošetřovatelskou péči a stanovuje ošetřovatelské problémy a tím pádem realizuje již zmíněný ošetřovatelský proces. Sestra, která vykonává svou činnost v oblasti interního ošetřovatelství, spolupracuje i s jinými pracovníky nemocničního zařízení jako jsou fyzioterapeuti, nutriční terapeuti a samozřejmě s lékaři. Práce sestry v této oblasti je velmi náročná a to jak v oblasti psychické tak fyzické (Šafránková, 2006).

1.3 Ošetřovatelství a role sestry

1.3.1 Rozvoj ošetřovatelství

V oblasti ošetřovatelství proběhlo v poměrně krátkém časovém úseku velké množství změn. Tyto změny se týkají i povolání sestry. Ošetřovatelství se prvotně formovalo v rámci charitativních zařízení a postupnými změnami došlo až k profesionalizaci činností v rámci ošetřování nemocných. Velmi významnou roli v oblasti rozvoje ošetřovatelství měla Florence Nightingaleová. Od dob jejího působení byl kladen důraz na technickou stránku činnosti sestry. K tomuto rozvoji také napomohlo, že v první polovině 19. století došlo k prudkému rozvoji medicínské techniky. Další změny týkající se ošetřovatelství jsou zaznamenávány ve 20. století, kdy Virginia Avenel Hendersonová, nazývaná jako Florence 20. století, poukázala na to, že mezi základní funkce sestry patří pomoc zdravému, ale i nemocnému člověku (Kutnohorská, 2010). To znamená provádět takové činnosti, které se týkají zdraví a zároveň jeho ochrany. Díky tomuto poznatku, se ošetřovatelství orientuje na zdraví jako celek. Z toho vyplývá, že je ošetřovatelství více soustředěno na zdraví než na nemoc. Je nutno zmínit, že s rozvojem ošetřovatelské profese docházelo i ke změně role sestry (Plevová, 2011).

1.3.2 Rolové znaky

Plevová (2011) definuje, že v období 20. století se role sestry stávaly předmětem sociálního zkoumání, které definovalo role sestry na čtyři hlavní rolové znaky.

Rolové znaky jsou rozděleny do čtyř základních typů. Prvním typem je funkční specifita. Z té vyplývá, že pro výkon povolání je nutné, aby sestra disponovala formální a faktickou kompetencí. Odbornou kompetenci sestra získá na základě odborného vzdělání. Dalším rolovým znakem je sociocentrismus, což je jinými slovy kolektivní orientace. Tento pojem vyjadřuje fakt, že sestra Při výkonu svého povolání vychází zásadně z potřeb pacienta a ne ze svých potřeb a zájmů. Tento přístup je důležitý proto, aby sestra zvládala svou roli. Rolový znak, který by měl náležet každé sestře je univerzalismus. Tento pojem vyjadřuje, že by sestra Při své práci měla ke každému pacientovi přistupovat stejně, a to bez ohledu na sympatie či antipatie. Takto by sestra měla působit i v rámci kolektivu. Posledním, neméně důležitým znakem, je emociální neutralita (Šrámková, 2007). Tím se rozumí, že každá sestra by v určité situaci měla umět ovládat své emoce rozumem. To znamená, že by ve vážnější situaci neměla propadnout panice. Emociální neutralita napomáhá k profesionálnímu vykonávání povolání. To, že by sestra měla podřídit své emoce rozumové kontrole, neznamená, že nemůže mít žádné prožitky (Plevová, 2011).

1.3.3 Právní minimum

Ošetrovatelská péče jako taková je stejně důležitá jako péče poskytovaná v rámci zdravotní péče jinými zdravotnickými pracovníky. To znamená, že veškeré výkony prováděné sestrou musí být v souladu se standardy nebo musí odpovídat postupu lege artis. Každá sestra je povinna všechny výkony, které u daného pacienta provedla pravdivě zadat do ošetrovatelské dokumentace k tomu určené. Do právního minima sestry spadá postup lege artis, který vyjadřuje, že veškerá zdravotní péče musí být poskytována dle zákona (Hekelová, 2012). V širším slova smyslu tento postup znamená, že ošetřovaný i poskytovatel zdravotní péče má zájem, aby péče, která je poskytována, měla nejlepší možný výsledek. Tím, že má být poskytována zdravotní péče v souladu se zákonem znamená zahrnutí interních předpisů a ošetrovatelských standardů. Postup lege artis také vyjadřuje, že poskytovaná péče by měla být ve shodě s odbornými pravidly, což znamená, že pacientovi by měla být poskytnuta péče v souladu s novými poznatky vědy v oblasti

lékařství. Opakem tohoto postupu je postup non lege artis. Pod tímto pojmem si lze představit nedbalost, která může vést k odpovědnosti za škodu, pokud tímto jednáním nějaká škoda vznikne. Non lege artis lze uplatnit v případě, že sestra provede výkon bez souhlasu či poučení pacienta a tento postup je uplatněn i v případě, že tento výkon nemá žádné negativní následky. Zjednodušeně non lege artis znamená postupovat protizákonně (Vondráček, 2009).

1.4 Ošetřovatelská bariérová péče

1.4.1 Definice ošetřovatelské bariérové péče

Bariérová ošetřovatelská péče může být označována jako: „*Systém pracovních, organizačních a provozních opatření užívaných v boji proti nozokomiálním nákazám*“ (Čoupková, 2012, str. 35). Ošetřovatelská bariérová péče je specifická ošetřovatelská činnost. Tím se rozumí, že sestra provádí bariérové ošetřovatelství, které se zejména využívá u pacientů trpících infekční chorobou, kdy dochází k jeho izolaci, aby nedošlo k přenosu dané infekce na ostatní pacienty či zdravotnický personál a ostatní veřejnost (Šejda, 2005).

1.4.2 Využití a účel ošetřovatelské bariérové péče

Bariérovou ošetřovatelskou techniku využívá jakákoliv sestra na všech odděleních. Většina sester používá tuto techniku Při ošetřování všech pacientů, bez rozdílu. Tato bariérová technika se využívá zejména v oblasti hygieny, ale i v jiných oblastech, které se týkají ošetřovatelství. Do těchto oblastí lze zahrnout oblast výživy a stravování či oblast vyprazdňování. Bariérová péče je zvýšena na odděleních intenzivní péče, kde jsou pacienti náchylnější na vznik jakékoliv nozokomiální infekce, a proto sestry pracující na takovém oddělení musí tuto techniku velmi dobře ovládat (Kelarová, 2009; Čoupková, 2012).

Je důležité si uvědomit, co je cílem ošetřovatelské bariérové techniky a co je potřeba udělat pro to, aby byla účinná. Dle Čoupkové (2012) je významem této péče předejít vzniku nozokomiálních nákaz v nemocničním zařízení. K tomu, aby byla tato technika účelná, je nezbytná efektivní práce celého ošetřovatelského týmu. Sestra k tomu, aby tato

péče splnila účel, přispívá tím, že dodržuje určité zásady této bariérové techniky (Kapounová, 2007).

1.4.3 Role sestry v oblasti ošetrovatelské bariérové péče

Role sestry v této oblasti má velmi významné postavení. Sestra je s pacientem v kontaktu po celou svou pracovní dobu a tím pádem mezi pacientem a sestrou dochází k vytvoření blízkého kontaktu (Zacharová, 2011). Proto je možným zdrojem nákazy jak sestra pro pacienta, v tomto případě vzniká nozokomiální nákaza, tak ale i pacient pro sestru, kdy se jedná o profesionální nákazu. Při povolání sestry je nutné dodržovat hygienicko-epidemiologická opatření. Jedná se zejména o preventivní opatření, která by měla být dodržována Při ošetřování jak akutních pacientů, tak ale i u pacientů na standardních odděleních. Tímto lze říci, že ošetrovatelská bariérová péče je preventivní opatření, které zabraňuje zvýšení nemocnosti pacientů i ošetrovatelského personálu. Bariérová péče není jediným preventivním opatřením využívaným v nemocničních zařízeních. Mimo jiné je zde zařazena dezinfekce, sterilizace, manipulace s prádlem a stravou, likvidace odpadu, dezinfekce rukou a jiné (Kapounová, 2007).

Ošetrovatelská bariérová péče je takový přístup, jenž zabraňuje vzniku nemocničních nákaz, které jsou determinantem ošetrovatelské péče. Úkolem každé sestry je těmto infekcím zabránit a proto musí tolerovat a dodržovat určité zásady této techniky. Mezi tyto zásady je zařazena ošetrovatelská bariérová péče, používání ochranných pomůcek, dezinfekce rukou, léčba onemocnění personálu a také považování každého pacienta jako možného zdroje nákazy (Beňadiková, 2014).

Sestra by měla v rámci ošetřování dbát na maximální individualizaci pomůcek u pacienta, a to zejména u pomůcek jako teploměr a jednorázové pomůcky. Další výkony, u kterých je nutná bezchybná bariérová péče, je odběr biologického materiálu, který musí být prováděn sterilně. Na převazy u ran, kde je porušena kožní integrita, je nutno používat pouze sterilní nástroje nebo nástroje jednorázové. Dále je nutné brát v potaz úpravu zdravotnického personálu, jako je úprava vlasů, nehtů, čisté oblečení, odložení šperků a zejména hygienická dezinfekce rukou a používání a výměna rukavic (Kelnarová, 2009). Při práci sestry je velmi důležitá výměna ochranných rukavic. Aby byla výměna těchto pomůcek správná, je nutné znát určité zásady pro jejich používání. Rukavice jsou zařazeny

do ochranných pomůcek personálu, který zajišťuje bariéru. Tyto pomůcky chrání personál před kontaktem s biologickým materiálem pacienta, snižují vznik nozokomiálních nákaz a v neposlední řadě chrání zdravotnický personál před škodlivými účinky dezinfekčních prostředků. Rukavice se navlékají na ruce jen v případě, kdy je dezinfekční prostředek zcela absorbován do pokožky a tím je pokožka zcela suchá, rukavice jsou vyměněny vždy u každého pacienta. Je nutné vědět, že používání rukavic nenahrazuje dezinfekci rukou ani jejich hygienické mytí. Každé rukavice se svlékají po každém výkonu či kontaktu s pacientem (Wichsová, 2013). Rukavice se používají jen v případě, kdy je jejich použití indikováno. Indikace pro používání rukavic lze rozdělit do tří skupin a to kdy je indikováno používat rukavice vyšetřovací, rukavice sterilní a indikace k nepoužívání této pomůcky. Vyšetřovací rukavice se používají k vyšetřování dutin, kdy jejich prostředí není sterilní, Při kontaktu s tělní tekutinou pacienta, provádění hygieny, gynekologickém vyšetření, Při kontaktu s pacientem, u kterého je výskyt multirezistentního organismu, anebo k odběru biologického materiálu či zavedení periferního žilního katetru. Sterilní rukavice se používají Při potřebě aseptického postupu, například Při chirurgických výkonech, podávání a přípravě parenterální výživy či zavedení centrálního žilního katetru. Případ, kdy není použití rukavic nutné, je takový, kdy se nepředpokládá kontakt s jakýmkoliv biologickým materiálem pacienta (Nemocnice České Budějovice a.s., 2013)

1.5 Metody bariérové péče

Mezi nejčastější metody ošetrovatelské bariérové péče využívané sestrou patří dezinfekce a sterilizace. Tyto metody jsou jedny z hlavních a nejdůležitějších prevencí vzniku nozokomiálních nákaz, a proto je nutné, aby sestry na všech odděleních uměly tyto techniky zvládnout. Nutnost dezinfekčních a sterilizačních metod stoupá s vyskytujícími se rezistentními kmeny infekcí, které se umějí přizpůsobit látkám obsažených v určitém dezinfekčním prostředku (Mařar, 2006).

1.5.1 Dezinfekce

Definic dezinfekce je nespočet. Nejpoužívanější z nich ji definuje jako: „*Jeden z procesů, jejímž cílem je přerušit přenos nákazy na vnímavého jedince*“. (Šejda, 2005, str. 25).

Každé zdravotnické zařízení by mělo mít materiální zabezpečení, které je omyvatelné. Do tohoto materiálního zabezpečení se řadí umyvadla, omyvatelné zdi, omyvatelný nábytek, signalizační zařízení, matrace v lůžku, podlahy a jiné. Dezinfekce se ve zdravotnickém zařízení využívá u všech předmětů, které přišly do kontaktu s nemocným, ale i s personálem. Tím se rozumí, že by dezinfekce měla probíhat i na denních místnostech sester i na sesterně. Frekvence dezinfekce je přizpůsobena chodu oddělení a jeho druhu. Na každém oddělení by měl být vypracován dezinfekční plán, který je dodržován (Hůsková, 2009). Měly by být používány pouze prostředky, které jsou přímo určeny na daný druh materiálu. U všech prostředků s dezinfekčním účinkem by měla být kontrolována jejich expirace a musí být uskladněny na místě k tomu určeném. Dezinfekční činidla by mezi sebou neměla být libovolně míchána a měla by se pravidelně střídat, aby nedošlo k rezistenci mikroorganismů. Ředění prostředků udává výrobce a měly by být připravovány těsně před jejich použitím. Plochy lze dezinfikovat omýváním, otíráním a menší předměty lze dezinfikovat ponořením. Všechny předměty a plochy je doporučeno před samotnou dezinfekcí ošetřit prostředkem s virucidním účinkem (Šrámová, 2001).

1.5.1.1 Metody dezinfekce

Dle Kelnarové (2008) se mezi základní metody dezinfekce řadí fyzikální, chemické a fyzikálně - chemické metody, které jsou využívány v praxi.

Mezi fyzikální metody dezinfekce patří var za atmosférického tlaku po dobu 30 minut, var v přetlakových nádobách po dobu 30 minut, dále je prováděna dezinfekce v přístrojích Při teplotě 90 stupňů celsia, ultrafialové záření, spalování žihání, filtrace, nízkoteplotní dezinfekce a pasterizace (vyhláška 306/2012 sb.). Další metodou je chemická dezinfekce. Tento typ je zprostředkován chemickými přípravky, kterých je v praxi využíváno ve velkém množství. Jejich spektrum je velmi široké. Mezi přípravky určené pro chemickou dezinfekci patří louhy, alkoholy kyseliny, halogeny, aldehydy, tenzidy, kombinované sloučeniny a další jiné prostředky. Tyto metody jsou v praxi využívány nejvíce, jelikož jsou účinnější. Chemická dezinfekce je používána za pomoci chemických přípravků nebo v podobě aerosolu. Je nutné si uvědomit, že dezinfekce a její účinky jsou ovlivňovány vnitřními, ale i vnějšími faktory (Podstatová 2001). Chemická dezinfekce je prováděna postříky, pěnou, ponořením a otřením (Vytejčková, 2011).

Do metod dezinfekce je také řazena dvoustupňová dezinfekce. Tento typ je řazen do fyzikálně – chemické dezinfekce, která je určena zejména pro flexibilní endoskopy, jelikož jeho části nelze zbavit mikroorganismů jiným způsobem. Po použití endoskopu se provede dezinfekce, poté mechanická očista a poté znovu dezinfekce (Vytejková, 2011).

Jinou metodou dezinfekce je vyšší stupeň dezinfekce. Pokud je použit tento postup dezinfekce, dochází k tomu, že se z předmětů odstraní veškeré choroboplodné zárodky, včetně jejich spór. Tato dezinfekce je určena pro předměty, které nemohou být sterilizovány běžnými metodami nebo pro předměty obsahující optiku. Dále touto formou dezinfekce nemohou být dezinfikovány předměty, které nelze zbavit mikroorganismů za vysokých teplot. Tato metoda je využívána pro dezinfekci endoskopů (Kelnarová, 2008).

Dezinfekce je prováděna pomocí dezinfekčních prostředků. Pro všechny typy dezinfekčních činidel platí určitá pravidla a jsou na ně kladeny velké požadavky. Každý z dezinfekčních prostředků by měl mít velkou škálu působnosti, neměla by vznikat rezistence mikroorganismů, jejich zápach by neměl být nepříjemný, nemělo by docházet k poškozování materiálu, který je daným prostředkem dezinfikován, působení dezinfekce by mělo být zaručeno i v nízkých koncentracích. Dále nesmí být toxický, musí být dobře skladovatelný a mít vhodnou nádobu pro snadné dávkování (Podstatová, 2001).

1.5.1.2 Využití dezinfekce v praxi sestrou

Sestra v rámci výkonu svého povolání využívá metody dezinfekce každý den. Všichni zdravotničtí pracovníci provádí dezinfekci prakticky neustále, a to ve formě hygienické dezinfekce rukou. Je důležité zmínit, že správná dezinfekce rukou je jednou z nejdůležitějších metod, které vedou ke snížení rizika vzniku nozokomiálních nákaz (Zeman, 2011). Dá se říci, že dodržování zásad hygieny rukou je preventivní opatření pro vznik nozokomiálních nákaz v nemocničním zařízení. Všechny mikroorganismy jsou schopny rezistence, proto je nutné, aby byly střídány dezinfekční prostředky určené pro mytí rukou (Maďar, 2006). Hygienická dezinfekce rukou je dána zákonem 306/2012 sbírky (vyhláška 306/2012 sb.).

Metodu hygienické dezinfekce rukou používají všichni zdravotničtí pracovníci. Tímto postupem zdravotnický pracovník dosáhne odstranění přechodné mikroflóry z kůže rukou. Správný postup zabraňuje přenosu mikroorganismů na vnímavého jedince. Hygienická dezinfekce rukou se provádí vždy před a po kontaktu s pacientem nebo po kontaktu s biologickým materiálem pacienta. Dále se tato technika používá před a po výkonu prováděném zdravotnickým personálem. Tento postup se opakuje také po manipulaci s prádlem a odpadem v nemocničních zařízeních. Každý zdravotnický pracovník by v rámci své ochrany, ale i ochrany pacientů měl používat jednorázové rukavice a vždy po jejich sejmutí by měl opakovat dezinfekci svých rukou. K dezinfekci rukou je zpravidla používáno alkoholových prostředků, které si zdravotnický pracovník vždy vtírá do suchých rukou, které se již po ošetření neotírají. Důležitým opatřením pro účinnost hygienické dezinfekce rukou, je hygiena rukou obecně. Pod tímto pojmem si lze představit, že každý pracovník vyskytující se v nemocničním zařízení před zahájením hygienické dezinfekce rukou provede omytí rukou teplou vodou a mýdlem. Pro osušení jsou používány jednorázové papírové ručníky, jejichž uskladnění je v přikrytých boxech (Krška, 2011).

Ke všem výkonům ve zdravotnictví je potřeba určitých pomůcek. Z toho vyplývá, že je zapotřebí i pomůcek k hygienické dezinfekci rukou. Těchto pomůcek bývá někdy nedostatek, ale tím jejich důležitost neklesá. K dezinfekci rukou je potřeba alkoholový prostředek určen k dezinfekci. Pokud takový prostředek není k dispozici, lze využít jiný dezinfekční prostředek, jako je Persteril. Pro úplnou dezinfekci je nutno použít správné množství dezinfekčního prostředku. Při provádění této techniky je zapotřebí 3 ml dezinfekčního prostředku, kdy je nutné, aby tento prostředek byl vtírán po dobu 20 vteřin do suché pokožky rukou (Wichsová, 2013). Přípravky určené k dezinfekci rukou se doporučují uchovávat v dávkovačích, které musí splňovat určité požadavky. Na dávkovači musí být šarže, datum doplnění dezinfekce, jméno prostředku, expirace a jméno pracovníka, který dezinfekci doplnil (Nemocnice České Budějovice a.s., 2013). K tomu, aby byla dezinfekce rukou prováděna správně, je nutné znát techniku této dezinfekce. Technika dezinfekce rukou obsahuje několik kroků (viz příloha 1). V prvním kroku se třou dlaně navzájem o sebe, dále se dezinfikuje hřbet ruky a meziprstní prostory tak, že se prsty zaklenou do sebe a dochází k jejich tření. Dlaně jsou dezinfikovány tak,

že jsou roztaženy prsty a plochy dlaní se třou o sebe. V dalším kroku jsou prsty obou rukou pevně uzavřeny, kdy se dezinfikují třením vnější část prstů. Poté se dezinfikuje palec sevřením druhé ruky. V posledním kroku se třou bříšky prstů o dlaň druhé ruky (Vytečková,2011).

1.5.2 Sterilizace

Jedna z definice sterilizace je dána takto: „*Sterilizace je proces, který vede k usmrcování všech mikroorganismů schopných rozmnožování, včetně spor, k nezvratné inaktivaci virů a usmrcení zdravotně významných červů a jejich vajíček*“ (Šejda, 2005, str. 93).

1.5.2.1 Metody sterilizace

Metody využívané v oblasti sterilizace jsou děleny na sterilizaci fyzikální a chemickou. První metodou je fyzikální sterilizace, kterou lze rozdělit na sterilizaci vlhkým teplem. K této technice sterilizace se používají autoklávy. Autokláv je parní přístroj, ve kterém lze sterilizovat pomůcky z kovu, skla, textilu, gumy a mnoho dalších materiálů. Další metodou je sterilizace proudícím horkým vzduchem, kdy se v této oblasti sterilizace využívají horkovzdušné sterilizátory, ve kterých dochází k cirkulaci vzduchu. V těchto sterilizátorech se sterilizuje materiál z kovu, skla, porcelánu a mnoho jiných. Tyto přístroje jsou často používané v ambulantních zařízeních. Jiným typem je sterilizace plazmou. Ta je prováděna ve speciálních přístrojích k tomu určených, ve kterých není vhodné sterilizovat savé materiály nebo materiály porézní. Jinou metodou je sterilizace radiační. Tento typ sterilizace je určen zejména ke sterilizaci pomůcek určených k jednorázovému použití (Bonewit-West, 2015).

Druhou metodou sterilizace je chemická sterilizace, s kterou se lze setkat pouze na oddělení centrální sterilizace nebo ve speciálních sterilizačních centrech. Zde je používáno sterilizace formaldehydem a etylenoxidem. Na běžných odděleních se s tímto typem sterilizace nelze setkat (Vytečková, 2011).

1.5.2.2 Využití sterilizace v praxi sestrou

Sestra ve výkonu svého povolání využívá sterilizaci na standardních odděleních v oblasti ambulantních zařízení. Na standardních odděleních provádí sterilizaci pouze

pověřený zdravotnický pracovník. Sestra se v oblasti sterilizace podílí na předsterilizační přípravě (Vytejková, 2011). Tuto přípravu může provádět pověřený zdravotnický pracovník. Jde o několik na sebe navazujících činností, které vedou k samotné sterilizaci. Ve výsledku předsterilizační přípravy je pomůcka suchá, čistá, funkční a řádně zabalená. Je nutné, aby každý zdravotnický pracovník považoval jakoukoliv použitou pomůcku za kontaminovanou. Vždy po použití pomůcky určené k opakovanému použití je nutné ji ihned dezinfikovat v přípravku s virucidním účinkem. Poté se může umýt ručně (Čoupková, 2010).

Je nutné dodat, že požadavky na dezinfekci a sterilizaci jsou dány ve vyhlášce 306/2012 sbírky (vyhláška 306/1012 sb.).

1.6 Nozokomiální nákazy

1.6.1 Charakteristika a příčina vzniku

Nozokomiální infekce je nákaza, která vzniká v přímé souvislosti s pobytem pacienta v nemocničním zařízení nebo v zařízení sociální péče (Nelson, 2007). Tyto nákazy mohou vznikat i v souvislosti s prováděnými výkony u daného pacienta. Do nozokomiálních nálezů se řadí také infekce, které se projeví až po přeložení pacienta na jiné oddělení či do jiného zařízení nebo až po ukončení hospitalizace. Podmínkou pro vznik takové infekce je, že v daném zařízení je přítomnost infekčního agens. Infekční agens mohou přenášet návštěvy, zdravotnický personál nebo pacienti mezi sebou. Nozokomiální nákazy jsou děleny dle lokalizace na močové, ranné a respirační (Mazánek, 2014). Dále jsou nozokomiální infekce děleny na specifické a nespecifické. Specifické nemocniční infekce jsou nákazy, které jsou odrazem poskytování ošetrovatelské péče, jakým způsobem jsou dodržovány zásady asepsy, sterilizace a dezinfekce. Často se na těchto infekcích podílí odbornost ošetrovatelského týmu, léčebné a diagnostické vyšetření. Vznik tohoto onemocnění může být zapříčiněn i materiálním vybavením a dodržováním protiepidemického režimu. Tyto infekce mohou být exogenní, což znamená, že infekční agens bylo zavlečeno z vnějšího prostředí nebo infekce endogenní, kdy dojde k přenosu infekčního agens z kolonizovaného místa do jiného systému. Dalším druhem infekce jsou nespecifické nemocniční infekce, ty většinou vznikají na podkladě epidemiologické situace

v dané oblasti nebo jsou způsobeny nesprávnými hygienickými postupy v nemocničním zařízení. K tomu, aby mohla být nákaza označena za nozokomiální, je důležité místo přenosu infekčního agens a ne to, kde byla infekce zjištěna. Z toho vyplývá, že se do nemocničních nákaz neřadí ty nákazy, se kterými byl pacient hospitalizován, a které se v průběhu pobytu v nemocničním zařízení rozvíjí. V posledních letech dochází k tomu, že mnoho bakterií a jejich kmenů jsou rezistentní a v nemocničních zařízeních přežívají. Bohužel se vyskytují i multirezistentní kmeny, na které dnešní medicína nemá žádná dostupná antibiotika (Navrátil, 2008).

1.6.2 Dopad na pacienta

Pokud u pacienta vznikne nozokomiální nákaza, jedná se o komplikaci jeho zdravotního stavu. Tyto infekce pacienta mohou postihnout dokonce v několika směrech. Ze jména dochází k prodloužení hospitalizace pacienta v daném zařízení, což samozřejmě i zvyšuje náklady na jeho léčbu. Další problém vznikající v souvislosti s těmito nákazami může být snížení finančních prostředků a zvýšená pracovní neschopnost. Pacient po dobu hospitalizace, která je prodloužena díky nemocniční nákaze, trpí dyskomfortem, popřípadě i bolestí. Nejde jen o tyto oblasti, ale jde i o oblasti sociální, kdy toto onemocnění narušuje životní styl pacienta a ovlivňuje jeho role v rodině a rodinu samotnou, včetně mezilidských vztahů. Pacient po dobu hospitalizace užívá léky, které jsou podávány po celou dobu jeho hospitalizace. Z toho vyplývá, že díky vzniku nemocniční infekce pacient užívá léky delší dobu, což nepříspěvá jeho organismu a je prodloužená doba rekonvalescence (Workman, 2006).

V této oblasti má velkou roli sestra, která může zabránit vzniku těchto nákaz a to preventivním opatřením. Tato opatření mohou být všeobecná, což znamená, že každý zdravotnický i lékařský pracovník by měl k pacientovi přistupovat tak, jako by byl potenciálním nosičem infekce. Pracovník by se měl snažit zabránit kontaktu porušené kožní integrity s krví či jinými tělními tekutinami, zabránit poranění, chránit se před hepatitidou typu B a C a samozřejmě používat sterilní a jednorázové pomůcky u každého pacienta. V praxi sestra musí dodržovat zásady osobní hygieny, hygieny rukou, má povinné očkování proti hepatitidě B, používá ochranné pomůcky (Workman, 2006). Prevence nozokomikálních nákaz je upravena v nemocničních standardech. Těmito

standardy je kontrolována prevence těchto nákaz a jejich výskyt. Tyto standardy se mohou v nemocničních zařízeních lišit. Cílem těchto standardů a programů prevence je minimalizovat riziko vzniku nemocničních infekcí a tyto infekce identifikovat (Treaty, 1973).

1.6.3 MRSA

M'ikanatha a kol. (2008) definují pojem MRSA, který pochází z anglického názvu Methicillin - resistant Staphylococcus Aureus (dále jen MRSA), jako nemoc, kterou způsobuje bakterie, která je rezistentní na antibiotika. Jedná se o celosvětový problém týkající se ošetrovatelství a medicíny. Workman (2006) definoval onemocnění MRS A jako nejčastěji se vyskytující infekční onemocnění.

Toto onemocnění se nejčastěji přenáší rukama, které jsou kontaminovány a nebyly řádně dezinfikovány. Také se přenáší kontaminovanými předměty, vzduchem a v neposlední řadě je důležité vědět, že bakterie přežívá v zaschlém hnisu až několik týdnů. Nejčastější místa výskytu této bakterie jsou sliznice a kůže. Toto onemocnění vzniká zejména u pacientů, kteří trpí imunitním deficitem, mají porušenou integritu kůže nebo se u nich vyskytuje ekzém (Podstatová, 2007).

Pokud je u pacienta diagnostikována MRS A měl by být uložen na samostatný pokoj a měla by u něho nastat režimová opatření, tudíž by měl být léčen v izolaci. Pokud je pacient uložen na izolovaný pokoj, nastává u něho režimové opatření. Pacient nesmí opouštět pokoj, návštěvy má omezené na minimum. Pokud je u pacienta z jakéhokoliv důvodu nařízen transport, musí zde být dodržována pravidla, která se týkají správného oblečení. Tím se rozumí dlouhý rukáv a nohavice, zakrytí kožní infikované plochy, župan a ponožky. Pokud má pacient s diagnostikovanou infekcí MRS A dovoleno vycházet z pokoje, musí dodržovat určitá pravidla, jakými jsou mytí rukou a dezinfekce rukou před opuštěním pokoje, musí používat jen svou koupelnu. MRS A je takové onemocnění, které nutně neprodlužuje délku pobytu v nemocnici. Pokud je u pacienta zcela vyléčeno primární onemocnění, může být pacient propuštěn do domácího léčení. Toto však určuje lékař na základě vyšetření, které musí být třikrát po sobě negativní. Tato vyšetření se opakují po 3 – 4 dnech. Po propuštění je pacient sestrou edukován o hygieně a jiných

zásadách. Pokud lékař uzná za vhodné, pacient může opět nastoupit do práce i volně cestovat

(Podstatová, 2007).

Je důležité zmínit, jak je MRS A u pacienta zničena. Dekolonizace této infekční choroby probíhá v několika po sobě jdoucích dezinfekčních procesech. Tato dezinfekce probíhá dle přísných pravidel za použití speciálních dezinfekčních prostředků, kde se zejména dekolonizují infikovaná ložiska. Nejčastěji používané prostředky jsou šampony, kapky, masti nebo celkové koupele (Podstatová, 2007).

1.6.3.1 Prevence vzniku MRSA

Infekce tohoto typu je nejčastěji přenášena kontaminovanými rukama nebo oblečením, které přišlo do styku s původcem této infekce. MRS A je nejvíce přenášena z člověka na člověka. Prevence vzniku takové infekce ovšem není složitá. Do nejvýznamnější prevence se řadí totiž bariérová péče a z ní její úplné základy jako je mytí rukou a používání jednorázových rukavic (Pankhurst, 2009). Dalším prvkem prevence šíření této infekce je, aby každý zdravotnický i nezdravotnický personál působící na oddělení byl včas informován o tom, že se na daném oddělení nachází pacient, který má pozitivní výsledky a je nakažen infekcí MRSA. Názor některých autorů poukazuje na to, že by se ve všech nemocničních zařízeních měl provádět plošně skríníng na tuto infekci (Weston, 2014). Pokud má být zajištěno, aby nevznikala infekce MRS A je důležitý skríníng na přítomnost této infekce. Nejčastější skupiny pacientů, u kterých se tato nozokomiální nákaza vyskytuje, jsou pacienti, kteří jsou přijímáni na jednotky intenzivní péče, pacienti, kteří jsou přijímáni z jiného zařízení, pacienti dlouhodobě hospitalizovaní a pacienti, kteří byli na oddělení s endemickým výskytem této infekce. Důležitý faktor, který přispěl ke snížení výskytu této infekce, je fakt, že byl v nemocničních zařízeních zaveden počítačový systém, ve kterém je zaznamenáno, jestli pacient někdy tímto onemocněním trpěl. Pokud ano, je nutné zde dodržovat veškeré bariérové metody (Maďar, 2006).

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je ověřit dodržování zásad hygienicko-epidemiologického režimu a konkrétně zjistit přístup sester k bariérové ošetrovatelské péči v komparaci mezi infekčním oddělením a ostatních odděleních interního typu.

Cíl1: Zjistit přístup sester k bariérové ošetrovatelské péči na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu.

Cíl 2: Zmapovat znalosti a dovednosti sester v oblasti bariérové péče na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu.

2.2 Výzkumné otázky

1: Jaký je přístup sester k ošetrovatelské bariérové péči na infekčním oddělení a oddělení interního typu?

2: Existují rozdíly mezi znalostmi sester na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu?

3: Existují rozdíly mezi dovednostmi sester na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Teoretická část bakalářské práce byla zpracována pomocí analýzy odborné literatury.

Empirická část byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření. Technikami sběru dat byly polostrukturovaný rozhovor a zúčastněné skryté pozorování.

Samotné výzkumné šetření probíhalo v období leden až duben roku 2015 v Nemocnici České Budějovice a.s. na oddělení neurologickém, kožním, interním a infekčním. Toto šetření bylo povoleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice a.s. (viz příloha 2) a každou vrchní sestrou příslušného oddělení. Všeobecné sestry, pracující na předem stanovených odděleních, byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce a důvodem výzkumného šetření. Rozhovory byly vedeny za přítomnosti jednoho respondenta a tazatele. Polostrukturovaný rozhovor pro sestry obsahoval 10 otázek, které byly zaměřeny na různé oblasti související s poskytováním bariérové ošetrovatelské péče. Sestry si nepřály být v průběhu rozhovoru nahrávány na diktafon, proto byly rozhovory psány na záznamový arch a následně přepsány do počítače. Tyto rozhovory probíhaly na základě připravených otázek (viz příloha 3). Skryté pozorování bylo zapsáno do pozorovacího archu (viz příloha 4) a o této metodě byla informována každá vrchní sestra příslušného oddělení. Všechny rozhovory byly očíslovány. Toto číslování je použito v textu, například R1 znamená respondent číslo jedna.

Analýza těchto dat byla zpracována metodou kódování. Všechny rozhovory byly přepsány dle přesných odpovědí sester. Tyto rozhovory byly vytištěny a zakódovány pomocí metody „papír a tužka“. V rámci tohoto kódování vznikaly kategorie a podkategorie. Všechny kategorie a podkategorie jsou vyobrazeny v přehledných myšlenkových mapách. Na tyto kategorie je odkazováno v textu. Všechny sebrané rozhovory byly následně doslovně přepsány (viz volná příloha na CD).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami respondentů. Soubor A tvořily všeobecné sestry pracující na odděleních interního typu, soubor B sestry pracující na infekčním oddělení.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 20 respondentů. Těmito respondenty byly všeobecné sestry, které pracují na odděleních interního typu a infekčním oddělení. Soubor byl konstruován prostřednictvím kriteriálního výběru. Zvolena byla 4 kritéria, kterými byly kvalifikace všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb. "O nelékařských zdravotnických povoláních", platná registrace dle stejné legislativy, působení na patřičném oddělení a ochota spolupracovat.

Výzkumu se zúčastnilo 10 respondentů z oddělení neurologického, interního a kožního (soubor A), zbylých 10 respondentů bylo z infekčního oddělení (soubor B). K rozhovorům byly vybírány sestry na základě jejich souhlasu. Výzkumný soubor tvořily převážně ženy. Údaje o respondentech pracujících na interních odděleních jsou zobrazeny v tabulce 1 a údaje o respondentech pracujících na infekčním oddělení jsou znázorněny v tabulce 2.

Tabulka 1- Identifikační údaje souboru A

Respondenti	Typ oddělení	Délka praxe	Pohlaví	Vzdělání
R1	Neurologické	2,5 roku	Žena	Vysokoškolské
R2	Neurologické	10 let	Žena	Středoškolské
R3	Neurologické	1 rok	Žena	Vyšší odborné
R4	Neurologické	2 roky	Muž	Vysokoškolské
R5	Kožní	20 let	Žena	Středoškolské
R6	Kožní	4 roky	Žena	Středoškolské
R7	Kožní	12 let	Žena	Středoškolské
R8	Interní	3 roky	Žena	Vyšší odborné
R9	Interní	3,5 roku	Žena	Vysokoškolské
R10	Interní	15 let	Žena	Středoškolské

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 – Identifikační údaje souboru B

Respondenti	Typ oddělení	Délka praxe	Pohlaví	Vzdělání
R1	Infekční	3 roky	Žena	Vysokoškolské
R2	Infekční	10 let	Žena	Vyšší odborné
R3	Infekční	18 let	Žena	Vysokoškolské
R4	Infekční	8 let	Žena	Vyšší odborné
R5	Infekční	10 let	Žena	Vysokoškolské
R6	Infekční	3,5 roku	Žena	SŠ+Specializace
R7	Infekční	11 let	Žena	SŠ+Specializace
R8	Infekční	20 let	Žena	SŠ+Specializace
R9	Infekční	7 let	Žena	SŠ+Specializace
R10	Infekční	13 let	Žena	SŠ+Specializace

Zdroj: Vlastní výzkum

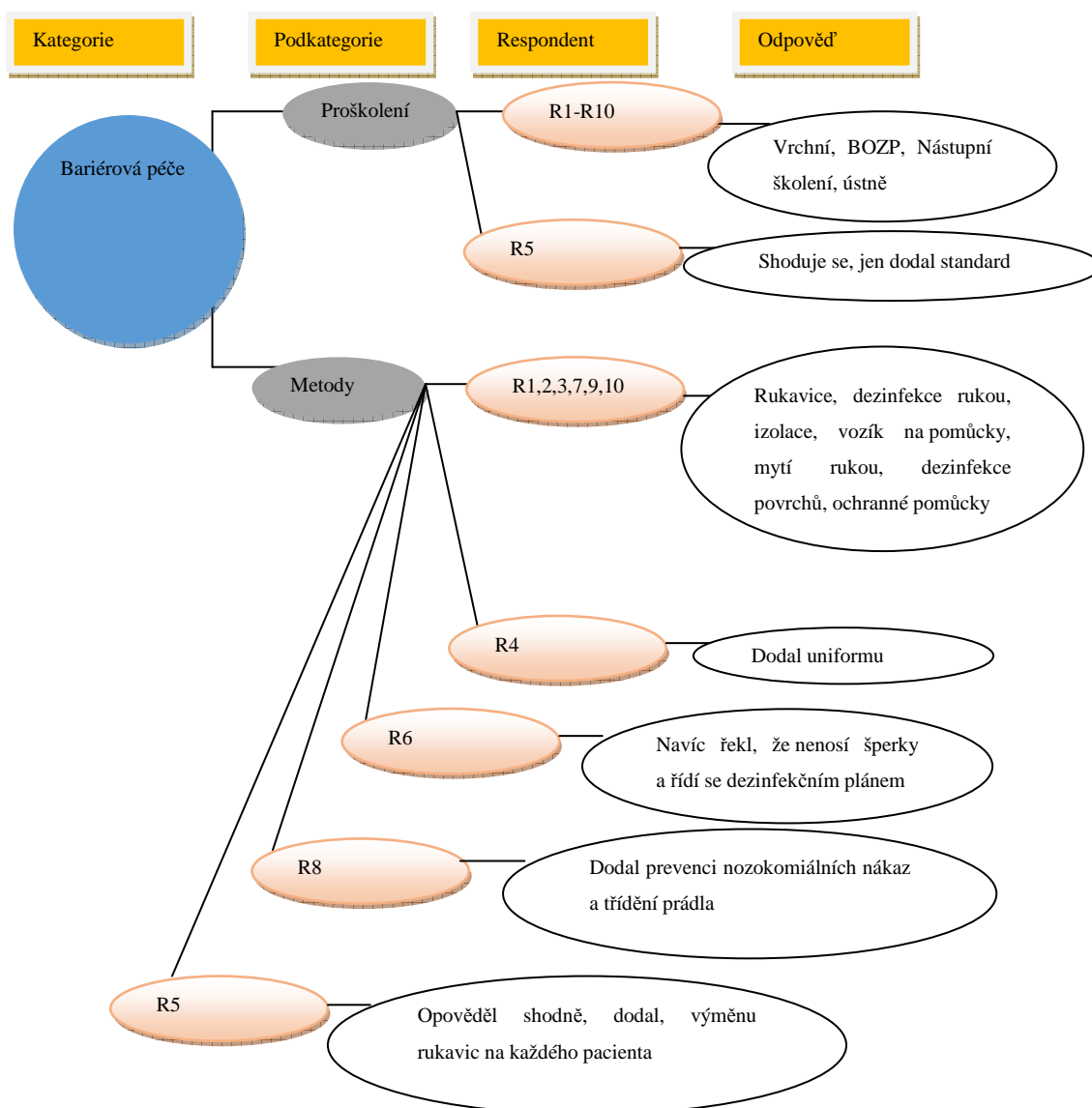
4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů

4.1.1 Výzkumný soubor A

Kategorie 1: Bariérová péče

Myšlenková mapa 1: Bariérová péče



Zdroj: vlastní výzkum

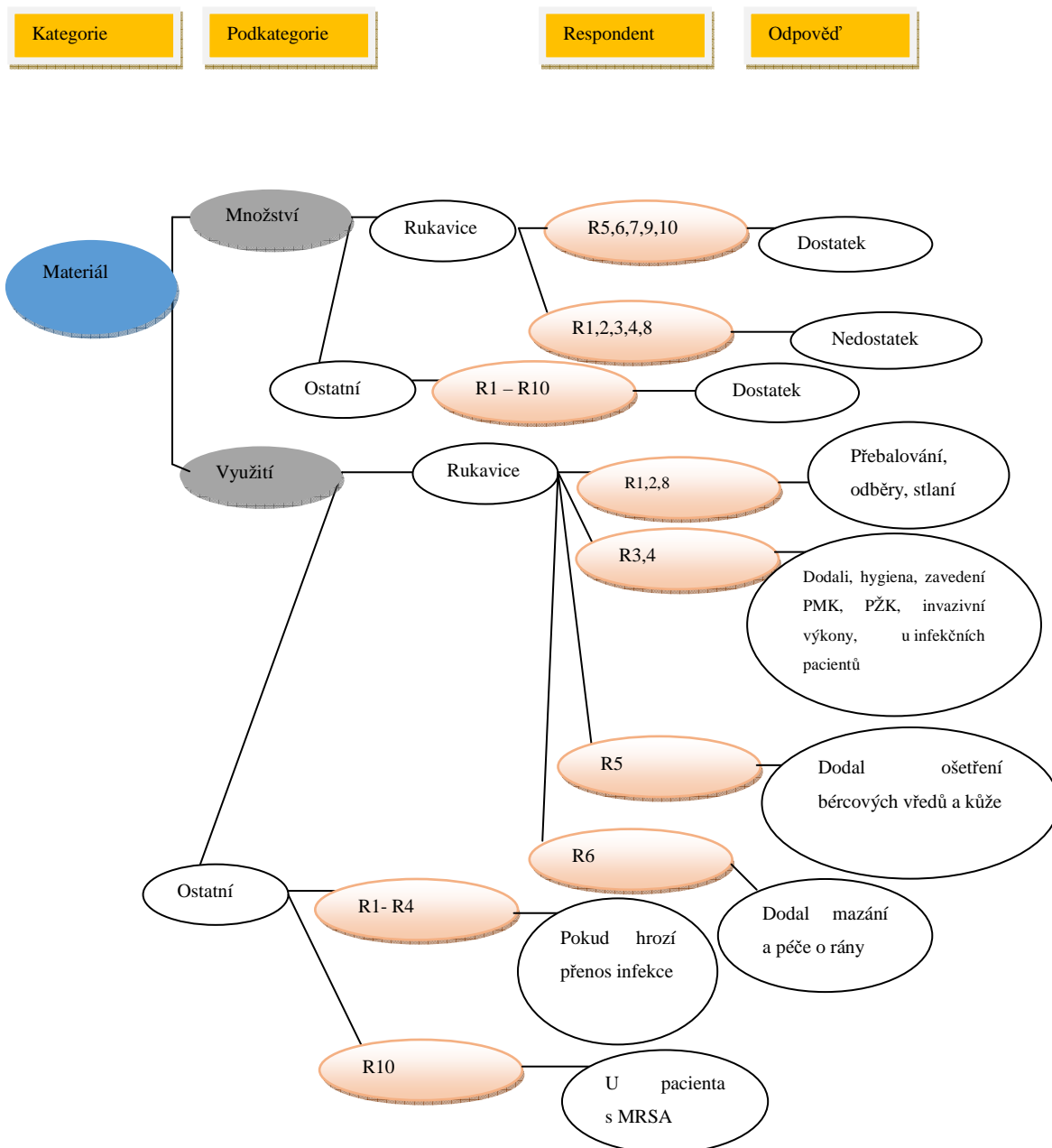
Myšlenková mapa 1 znázorňuje kategorii bariérová péče, která se zabývá proškolením a metodami bariérové péče.

Proškolení: Z této podkategorie vyplývá, že se většina odpovědí respondentů shoduje. Respondent 1 řekl: *„Myslím, že mě o tom školila vrchní sestra a také ten pán, který nás školil v rámci BOZP. Byla jsem proškolená, když jsem nastupovala do práce na nervový. No a probíhalo ústně, kdy jsem na konci školení podepsala nějaký dokument, týkající se proškolení.“* Proškolení respondentů provedla vrchní sestra, dále probíhalo v rámci BOZP a také Při nástupním školení (R1 – R10), ale výpověď všech respondentů doplnil respondent 5, který řekl: *„Školil nás nadřízený a sami musíme číst ze standardu.“*

Metody: Podkategorie s názvem metody znázorňuje, že odpovědi tázaných se téměř shodují. *Výpověď R1 udává: „No tak asi jako na každém oddělení. Nosíme rukavice, dezinfikujeme si ruce, no, a když je tady infekční pacient, tak je v izolaci, před pokojem je vozík s ochrannými pomůckami, dezinfekce na pokoji a samozřejmě si myju ruce.“* Shodně odpověděli všichni respondenti, jen někteří doplnili jiné metody. Respondent 4 dodal: *„Dezinfekcí povrchů, pomůcek jako jsou emitky, tácky, kloboučky a dezinfekcí rukou. Nosíme uniformy, neustále používáme rukavice. Pokud se u nás vyskytne pacient nejčastěji s MRSOU, tak je na pokoji sám a je k tomu pokoj tak nějak uzpůsobený. No, a když je někdo z nás nemocný, tak nosíme roušku.“* Odpověď R4 doplňuje používání uniformy jako metodu bariérové péče. Další doplňující odpověď uvedl R8: *„Tak asi nejčastěji používáme rukavice, pak dezinfekce rukou a dezinfekce obecně. Snažíme se, aby nepřišli infekční pacienti do kontaktu se zdravými, aby se nám tady nešířily právě ty nozokomiální nemoci. A já teda nevím, jestli to tam úplně patří, ale musíme nosit uniformy a správně třídit prádlo.“* Z jeho výpovědi vyplývá, že jako další metodu bariérové péče používá správné třídění prádla a prevenci nozokomiálních nákaz. Další zbývající metody dodali respondenti 5 a 6, kteří uvádějí, že v rámci bariérové techniky dodržují výměnu rukavic, nepoužívají šperky v zaměstnání a řídí se dezinfekčním plánem.

Kategorie 2: Materiál

Myšlenková mapa 2: Materiál



Zdroj: Vlastní výzkum

Druhá kategorie je rozdělena do jedné hlavní kategorie a dvou podkategorií. Hlavní kategorie je nazvána materiál a dvě podkategorie množství a využití rukavic. Tyto dvě

podkapitoly se dále dělí. Podkapitola množství je rozdělena na množství rukavic a množství ostatních pomůcek.

Množství: Respondenti byli tázáni, jaké množství rukavic a jiného materiálu mají na oddělení k dispozici. Ve sféře množství rukavic se respondenti neshodli. R1,2,3,4,8 udávají, že jednorázových rukavic je na oddělení nedostatek. Respondent 2 na otázku odpověděl: *„Co si pamatuju, tak za mých mladých let to bylo horší, teď je hrozná výhoda, že jsou jednorázový pomůcky. Vrchní se staniční se snaží, aby toho materiálu bylo dost, ale je tradicí, že nám dochází rukavice, protože nás je tady hodně a když ještě přijdou studenti, tak je jedna krabice na chvíli. Jinak roušek, jednorázových pomůcek bych řekla, že je dost.“* Z odpovědi vychází, že na oddělení interního typu je nedostatek jednorázových rukavic. Odpovědi ostatních sester byly však odlišné. Ze schématu vyplývá, že na oddělení je rukavic dostatek. Dle výpovědi R7, který řekl: *„Já myslím, že všeho je tu dost. Je teda pravda, že spotřebujeme strašný množství rukavic kvůli mazání, ale i tak nám to stačí. Jo, všeho je dost.“* plyne, že je na oddělení rukavic dostatek. ke stejnému názoru také dospěl R10, jehož odpověď zněla: *„Ty, já myslím, že dost. Občas ty rukavice no, ale jinak, jo dobrý. Roušek a tak máme až dost.“* V odpovědích se shodli i respondenti 5,6,9. Z této podkategorie vychází, že množství rukavic není všude stejné. To vyplývá i z odpovědi respondenta 5, který odpověděl: *„Jako všech pomůcek si myslím, že máme dost, ale jasně když je tady pacient, který má zvýšenou oš. péči, tak je i větší spotřeba materiálu to je celkem logický, že jo.“* Z jeho tvrzení vyplývá, že množství materiálu je také závislé na situaci na oddělení a na individuálních potřebách nemocného. Pokud se zaměříme na množství ostatních pomůcek na oddělení, tak z daného schématu vyplývá, že se všichni respondenti, to znamená R1 – R10, shodli ve svých odpovědích. To znamená, že na oddělení je dost jiných pomůcek, než jsou rukavice. To také jednoznačně vyplývá z odpovědi R4, který tvrdí: *„Já bych řekl, že toho máme dost, jenom ty rukavice občas chybí, ale dá se to. Jako empírů, ústenek a jiných pomůcek je tu dost.“* To samé vychází z tvrzení R8, který ve své odpovědi udává: *„Tak to je dobrá otázka teda. Sestři, spíš máme málo a hlavně rukavic. Je tady hodně pacientů a ty rukavice se používaj furt, ale takový ty roušky, pláště těch je až moc, protože je tu moc nepoužíváme.“* Tyto odpovědi shrnují, že jiných pomůcek, krom rukavic, je na odděleních dostatek.

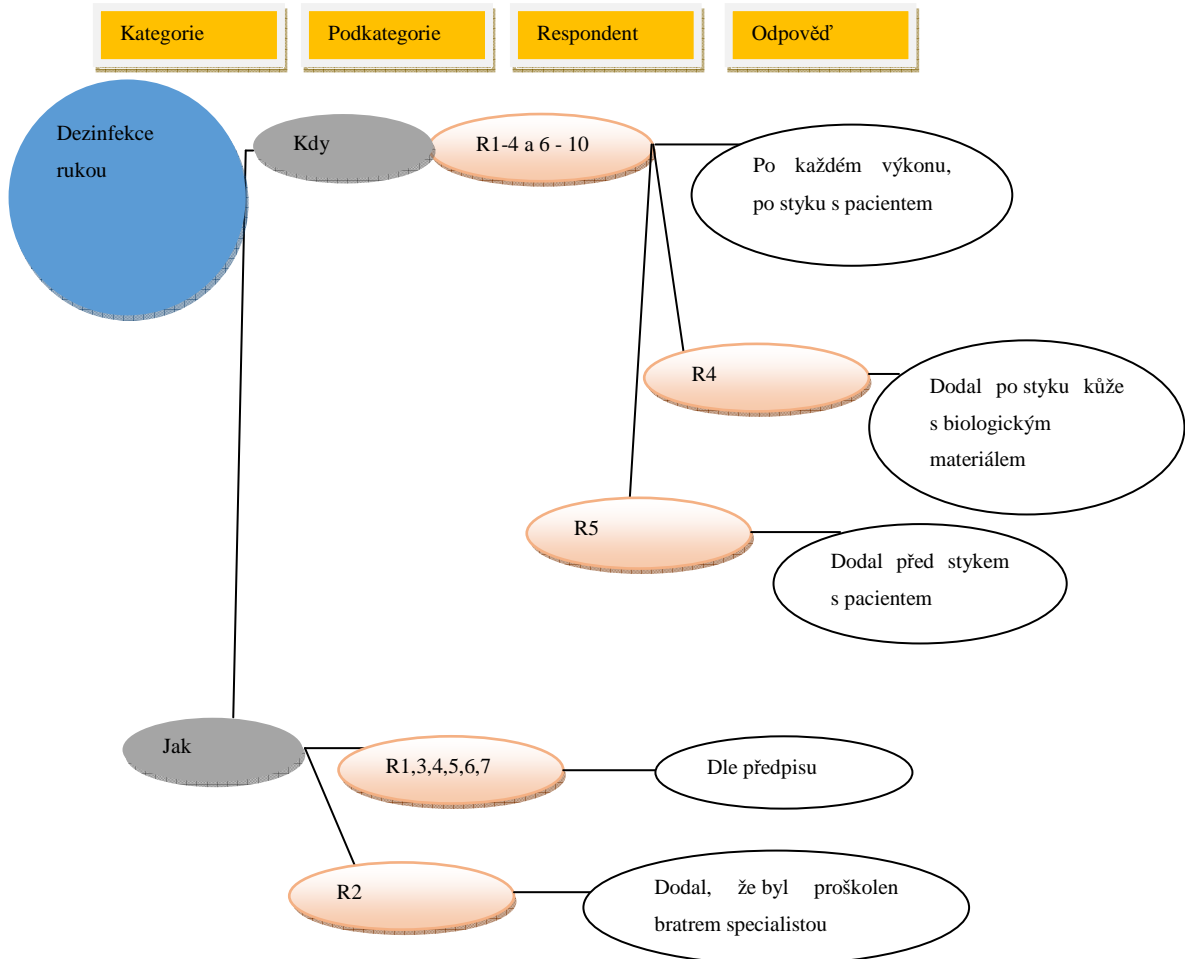
Využití: V oblasti využití rukavic odpovídali respondenti odlišně. R1,2,8 odpověděli, že rukavice používají v případě, kdy odebírají biologický materiál, přebalují pacienta, stelou lůžko a R1 ještě dodal, že rukavice používá v případě ředění cytostatik. To ovšem vyplývá z odpovědí respondentů, kdy R1 udává: *„Tak rukavice Při přebalování, odběrech krve, no vlastně Při odběru každého biologického materiálu. Taky Při stlaní a přípravě cytostatik. Roušky v případě, kdy jsme někdo z nás nemocný a hrozí přenos na pacienta anebo naopak, kdy hrozí, že pacient nakazí nás. Jednorázový pomůcky jako jsou kanyly, čtverce, pinzety tak to asi pořád.“* a dále R8, který odpověděl: *„Tak abych se přiznala, mohla bych je používat asi víc. Beru si je hlavně na hygienu a přebalování. Jinak výkony jako odběry a kanyly tam je moc nepoužívám, ale měla bych no. Teda, a když je taky MRSA, tak je nosím snad celý den.“* Dále R4 a R3 doplnili, že tyto pomůcky používají v případě jako je hygiena, zavedení periferního žilního katetru, permanentního močového katetru a Při jiných invazivních výkonech. Také je používají u infekčních pacientů. Toto vyplývá i z odpovědi R3, který říká: *„Ústenky jen v případě, kdy hrozí přenos infekce ze strany personálu nebo naopak. Rukavice jsou snad nejpoužívanější pomůckou našeho oddělení. Používáme je prakticky neustále, tím myslím například hygiena pacientů na lůžku, výměna plenkových kalhotek, zavádění PMK, PŽK a jiné invazivní výkony. Je jasné, že více používáme tyto pomůcky u pacienta, který je infekční.“* Zbylé doplňující odpovědi dodali R5 a R6. Jejich odpovědi dodávají, že rukavice používají také v situaci, kdy pečují o rány, bércové vředy a o kůži. To je zřejmé z odpovědi R5: *„Ošetřování hlavně bércáků, těch tady máme dost, Při lokálním ošetřování kůže mastičkami, zavádění PŽK,PMK a jejich ošetřování a jasně u pacienta v izolaci máme rukavice furt a na všechno.“* Tyto odpovědi shrnují výkony, Při kterých sestry využívají tyto pomůcky. Odpovědi respondentů 7,9,10 se shodují s odpověďmi ostatních tázaných. Další oblastí je používání ostatních pomůcek. Dle schématu vycházíme z toho, že respondent 1 až 4 se ve svých výpovědích shodují. Jejich odpovědi byly shodné v oblasti používání ústenek, které používají v případě, kdy hrozí přenos infekce ze strany personálu na pacienta či naopak. Dále R10 dodává, že ústenku a plášť používá v případě, pokud pečuje o pacienta, který je nakažen MRSA, to jednoznačně udává jeho odpověď, která zní: *„Hele*

hlavně Při těch odběrech a Při převazech a Při tom přebalování. Jako snažíme se je nosit pořád, myslím ty rukavice. Roušky a ty pláště to jenom u těch MRS.“

Schéma dvě shrnuje množství a využití pomůcek jako jsou rukavice, ústenky a jiné potřebné pomůcky v ošetřování nemocných.

Kategorie 3: Dezinfekce rukou

Myšlenková mapa 3: Dezinfekce rukou



Zdroj: Vlastní výzkum

Třetí kategorie znázorňuje kapitolu dezinfekce rukou, která je dělena na dvě podkapitoly. První z kapitol má název „KDY”, to znamená, v jakém okamžiku sestry provádí dezinfekci rukou a druhá „JAK” tuto techniku provádí.

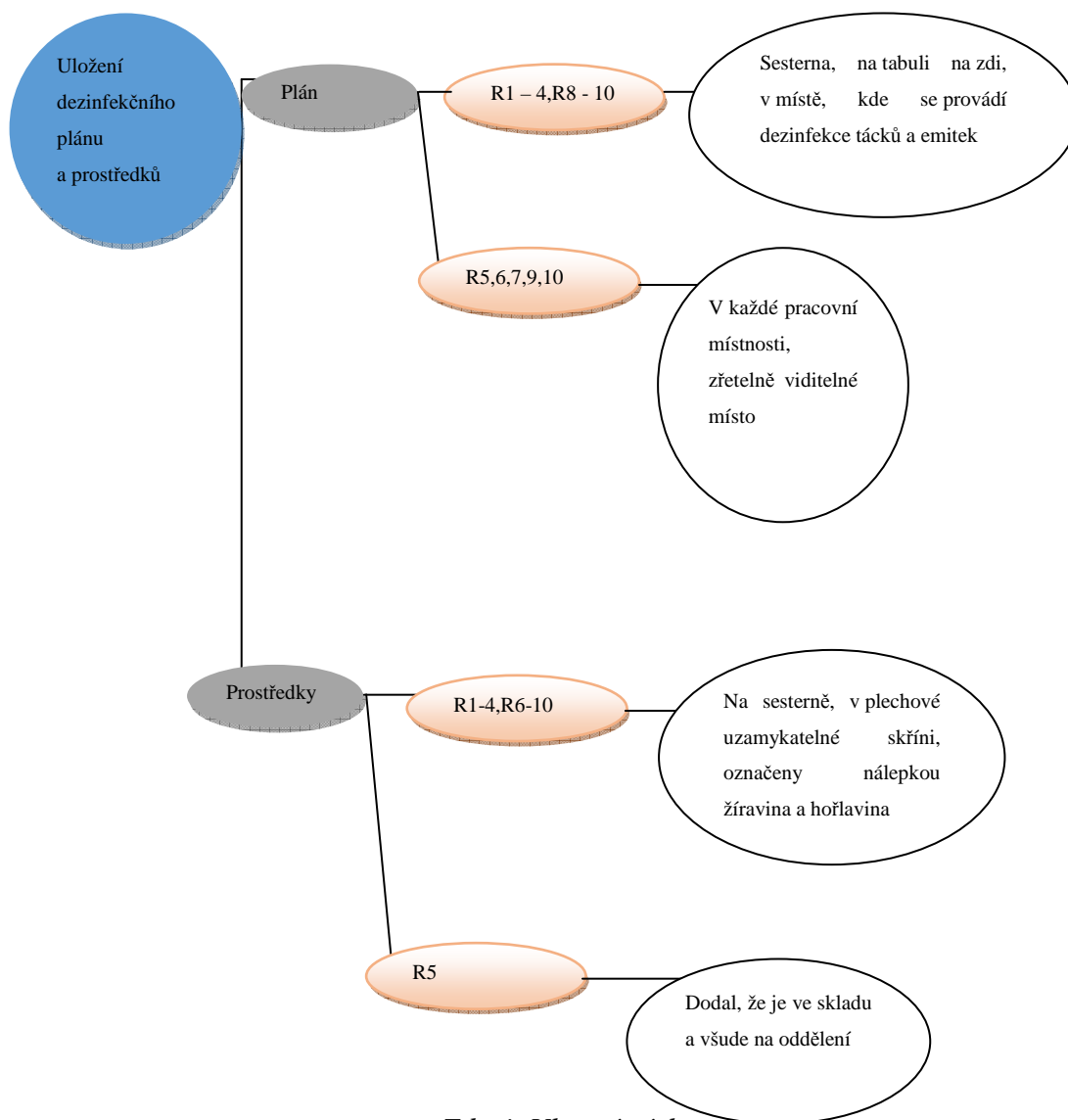
Kdy: V první podkapitole bylo zjištěno, že R 1,2,3,6,7,8,9 provádí dezinfekci po styku s pacientem a po každém výkonu, který provedou. To vystihuje odpověď R9, který říká: „Vždy po výkonu, před ním a po kontaktu s pacientem.“ Podobnou odpověď měl respondent 6, který tvrdí: „Jéé sestřičko několikrát denně, po každým mazání a všech výkonech. Děláme jí podle standardu, z něj máme obrázek u umyvadla“. Další respondent

R4 dodává, že dezinfekci rukou provádí po kontaktu kůže s biologickým materiálem. R5 doplňuje, že dezinfekci provede před stykem s pacientem. Odpověď R5 zní: *„Před výkonem, po výkonu a po kontaktu s pacientem. Děláme jí podle obrázku ze standardu, ten je u umyvadla.“* Odpovědi těchto respondentů se ve velké míře shodovaly.

Jak: Další podkapitolou je hodnocení dovednosti, jak sestra provádí dezinfekci rukou. R1,3,4,5,6,7 udávají shodnou odpověď, která se shoduje v tom, že provádí dezinfekci rukou dle předpisu. Odpověď R4 zní: *„Děláme jí Skinseptem pokaždé když jsme s pacientem v bližším kontaktu. Vždycky po výkonu, nebo když se nám dostane na ruku třeba krev nebo stolice. Děláme jí podle toho obrázku ze standardu, který je u umyvadla.“* Dále R1,3,4 dodávají, že provádí dezinfekci pomocí přípravku Skinsept. Tento fakt je obsažen v odpovědi R1, která říká: *„Po každém výkonu a po každém styku s pacientem. K tomu máme přípravek Skinsept . Dezinfekci děláme podle předpisu nebo vlastně toho obrázku, který je u umyvadla. O dezinfekci rukou jsem byla proškolená sestrou, která je k tomu tady u nás na oddělení určená.“* Dalším poznatkem ze schématu je, že R2 udává, že jej o dezinfekci rukou proškolil bratr, který je k tomu určený. Toto uvedl ve své výpovědi, která říká: *„Tak jak už jsem říkala, já dezinfekci používám hodně. Používám ji po každém výkonu anebo když jsme ve styku s pacientem. Je to rychlejší způsob použít jen tu dezinfekci, než si pořád máčet ruce. To jak ji mám provádět, mi právě řekl náš bratr, který se na to specializuje. Máme ji provádět podle obrázku u umyvadla.“* Tato kategorie shrnuje fakta, týkající se toho, jak a kdy sestry provádí dezinfekci rukou. Odpovědi všech respondentů nebyly shodné. Respondenti 8, 9 a 10 na tuto otázku neopověděli.

Kategorie 4: Uložení dezinfekčního plánu a prostředků

Myšlenková mapa 4: Uložení dezinfekčního plánu a prostředků



Zdroj: Vlastní výzkum

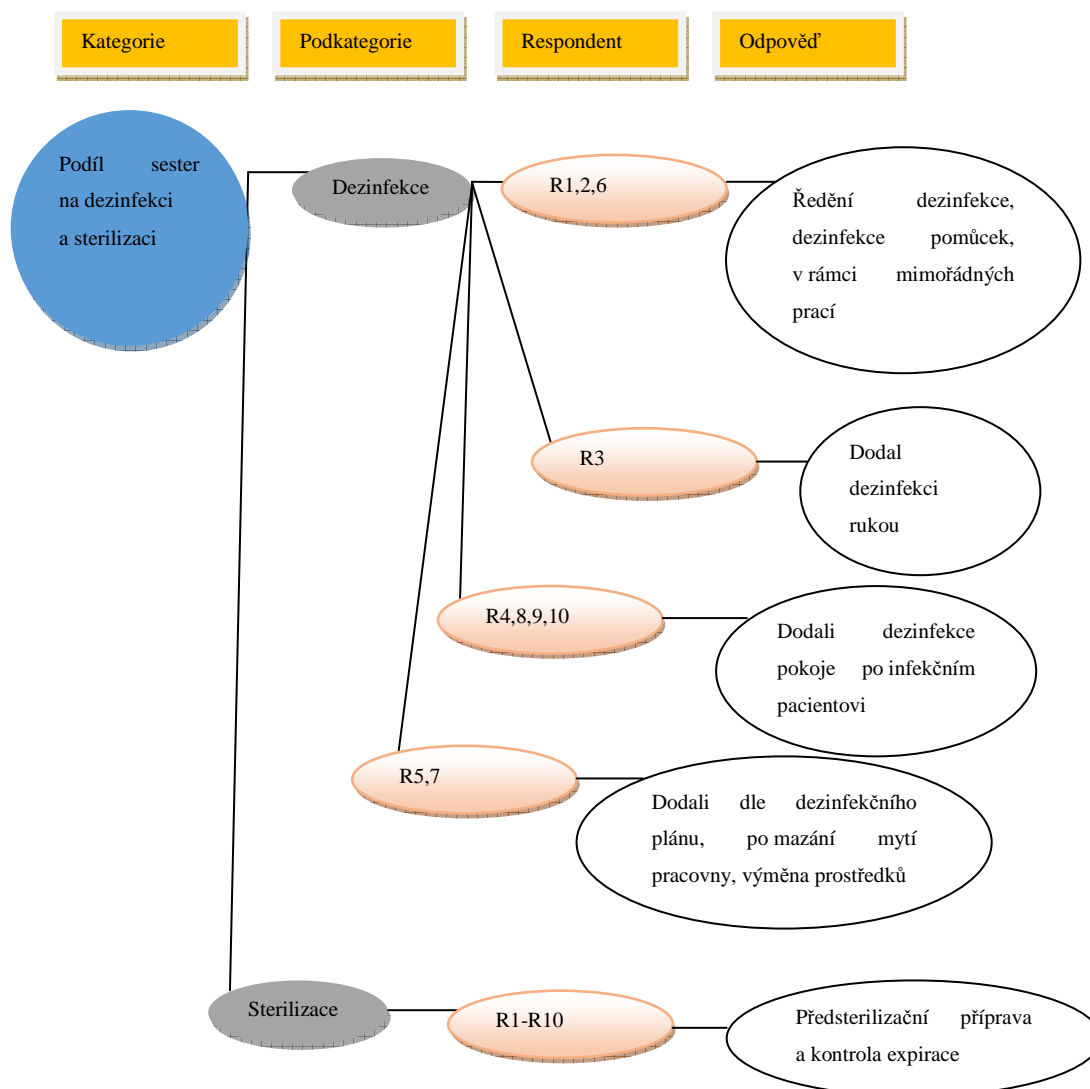
Tato kategorie znázorňuje uložení dezinfekčních prostředků a plánu. Kategorie 4 se zabývá dvěma podkategoriemi s názvem plán a prostředky.

Plán: První podkategorie s názvem plán udává, jak respondenti odpovídali na otázku, kde je tento plán uložen. Respondenti R1,2,3,4,8,9,10 odpověděli, že je plán uložen na sesterně na zdi, přichycen na tabuli a nachází se v místě, kde se provádí dezinfekce tácků a emitních misek. Toto je zřejmé z odpovědi respondenta 3, který udává: *„Pokud tím myslíte dezinfekční rozvrh, tak ten máme na sesterně nad skříní, kde provádíme dezinfekci pomůcek.“* R5,6,7,9,10 tvrdí, že je plán uložen v každé pracovní místnosti nad umyvadlem, to udává R7: *„V každé místnosti. To znamená u nás na sesterně, u lékařů na vyšetřovně a na mazárně. Vždycky musí být na viditelném místě.“*

Prostředky: Ve druhé kategorii, která se nazývá prostředky, se respondenti 1,2,3,4,6,7,8,9,10 shodují, že jsou dezinfekční prostředky uloženy na sesterně v plechové skříní, která je uzamykatelná. Dále, že každý přípravek je označen nálepkou žíravina a hořlavina. To potvrzuje odpověď R1, která říká: *„Jsou na sesterně v lékárně ve speciální uzamykatelné skříní a jsou označeny nálepkou žíravina a hořlavina.“* Odpovědi ostatních respondentů jsou stejné, kromě výpovědí R5, který říká: *„Máme je ve skladu v plechové skříní, v té jsou právě proto, že jsou tam žíraviny a hořlaviny a jsou na nich nálepky s názvem. No a jinak máme dezinfekci všude, na chodbách, pokojích, sesterně“.* Jeho odpověď je odlišná v uložení plechové skříně, která se nachází ve skladu a dále udává, že je dezinfekce rozmístěna na celém oddělení.

Kategorie 5: Podíl sester na dezinfekci a sterilizaci

Myšlenková mapa 5: Podíl sester na dezinfekci a sterilizaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Pátá kategorie znázorňuje podíl sester na dezinfekci a sterilizaci, která se dělí na dvě podkategorie s názvem dezinfekce a sterilizace.

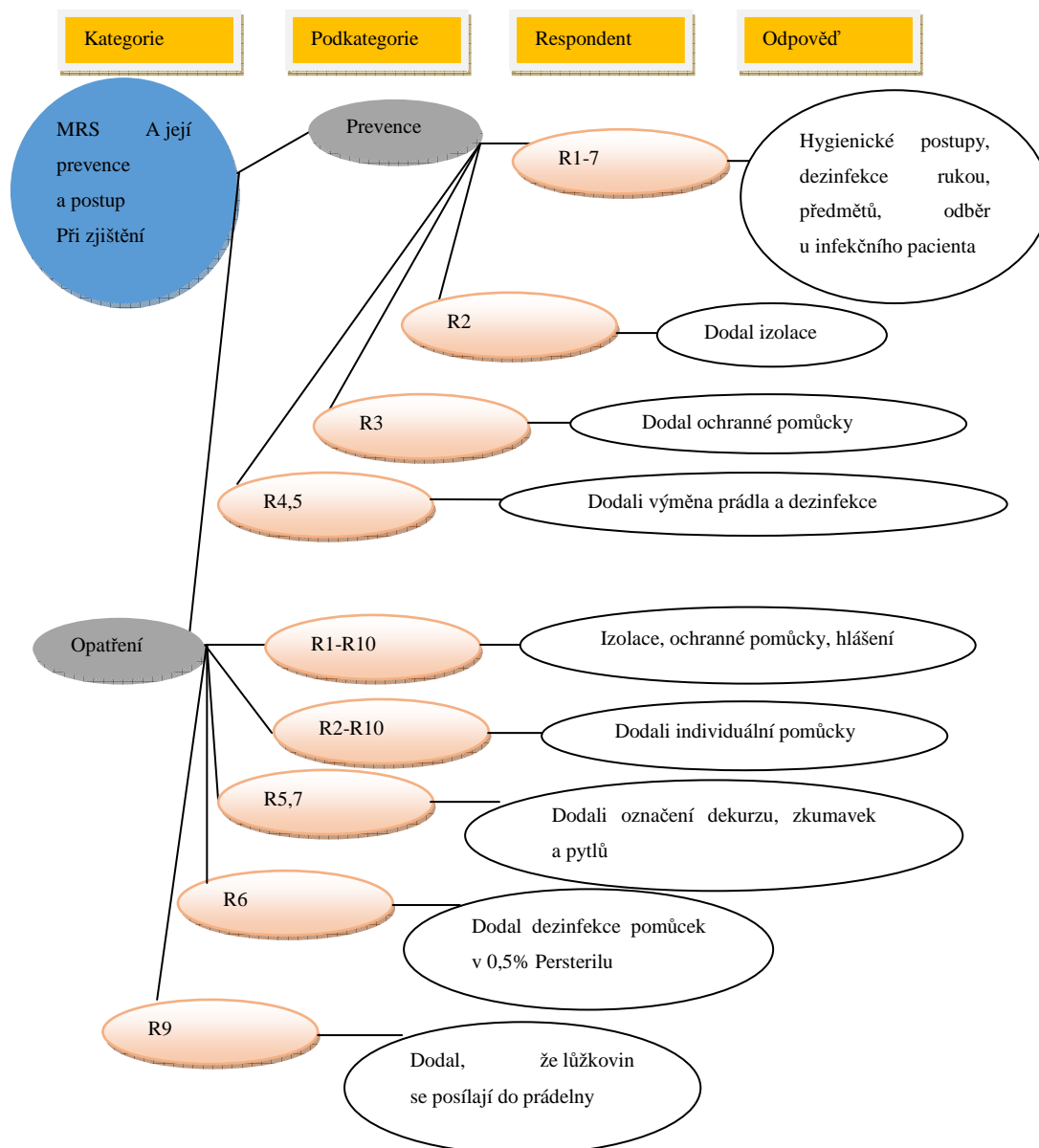
Dezinfekce: V podkategorii dezinfekce se R1 – R10 shodují, že provádí ředění dezinfekčních prostředků, dezinfekci pomůcek a dále se podílí na dezinfekci v rámci mimořádných prací na oddělení. Dále R3 dodává, že provádí dezinfekci rukou, to je zřejmé z jeho odpovědi, která říká: „Co se týče sterilizace tak na našem oddělení provádíme pouze předsterilizační přípravu. Dezinfekce u nás probíhá hlavně v rámci

mimořádných prací a jinak dezinfekce rukou a pomůcek po použití.“. Další respondenti 4,8,9,10 dodávají, že provádí dezinfekci pokoje po infekčním pacientovi. Tento fakt je dán v odpovědi R10, kde tvrdí: *„Tak dezinfekce je jasná. Dezinfikujeme všechno, co se dá omejvat a co jsme použily. Do toho se řadí i mimořádky na oddělení a dezinfekce rukou. Potom taky mejem matrace a rošty u postelí a celej pokoj po infekčním pacientovi. Hele se sterilizací je to teď pohoda, jenom to připravíme, umejeme, zabalíme a pošleme do sterilky.*“. Další doplňující fakta udali R5 a R7, kteří vypověděli, že dezinfekci provádí po mazání a to celé místnosti a dále, že vyměňují dezinfekční prostředky. Tuto dezinfekci prý provádějí dle dezinfekčního plánu. To je vyobrazeno v odpovědi R7, který vypověděl: *„Dezinfekci provádíme pořád a všude. Dezinfikujeme povrchy v rámci mimořádných prací, o pokoje se starají sanitárky. Dezinfekci děláme podle plánu a měníme přípravky. Potom dezinfikujeme různý pomůcky jako tácky a tak. Na sterilizaci se v dnešní době už nepodílíme, jen to pošleme do sterilky.*“ Z tohoto schématu vyplývá, že se setry aktivně účastní na dezinfekci rukou, pomůcek, ale i pokojů po infekčních pacientech a tuto dezinfekci provádí dle stanoveného dezinfekčního plánu. Dále bylo zmíněno, že vyměňují dezinfekční prostředky, kvůli rezistenci mikroorganismů.

Sterilizace: V této podkategorii uvedli všichni respondenti shodně, že se podílí jen na předsterilizační přípravě a kontrole expirace.

Kategorie 6: MRS A její prevence a postup Při zjištění

Myšlenková mapa 6: MRS A její prevence a postup Při zjištění



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie šestá se zobrazuje MRS A a její prevence, která je rozdělena do dvou podkategorií s názvy prevence a opatření.

Prevence: V kategorii prevence MRS A respondenti odpovídali, jakými metodami zabraňují vzniku této infekce, R1 – R7 odpovídali shodně. R1 odpověděl: *„Dodržování základních hygienických postupů, správná dezinfekce rukou všech předmětů. A u podezřelých pacientů děláme odběr.“* Z odpovědi tohoto respondenta vyplývá, že dodržuje hygienické zásady a dezinfekci rukou a předmětů. Dále tvrdí, že se u podezřelých pacientů provádí odběr. Odpověď zbylých respondentů byla shodná. Jiný poznatek dodal R2, který ve své výpovědi udává, že je rizikový pacient uložen na izolaci, to ovšem vyplývá z jeho odpovědi, která zní: *„Tak rizikový pacienty máme v izolaci, provádíme právě dezinfekci povrchů a rukou. Když se nám někdo nezdá, tak uděláme odběr.“* Doplnění tohoto respondenta rozšiřuje oblast prevence o izolaci pacienta, u kterého je podezření na infekční nemoc. V oblasti prevence MRS A se dále vyjádřil R3, který souhlasí s výpovědí ostatních tázaných, ale dodává: *Takže dodržíme bariérovou péči, nosíme ochranné pomůcky a hlavně tu dezinfekci rukou. Když se nám tady vyskytne nějaký pacient, který se nám moc nezdá, tak děláme třeba stěr z rány nebo tak.“* V jeho odpovědi je zahrnuta doplňující poznámka, že používá ochranné pomůcky. Tento fakt ostatní respondenti nezmínili. Další respondenti, R4, 5 dodávají, že k prevenci MRS A přispívají výměnou prádla a dezinfekčních prostředků. To je udáno v odpovědi R4, která říká: *„No asi hygienou personálu, dezinfekcí, výměnou pomůcek, prádla a tím, že měníme dezinfekční prostředky. Jo vlastně ještě izolace.“* Touto odpovědí doplnili respondenti metody, kterými zabraňují vzniku daného onemocnění. S výpovědí všech zmíněných respondentů souhlasí R8 - R10, kteří se shodují s již uvedenými metodami.

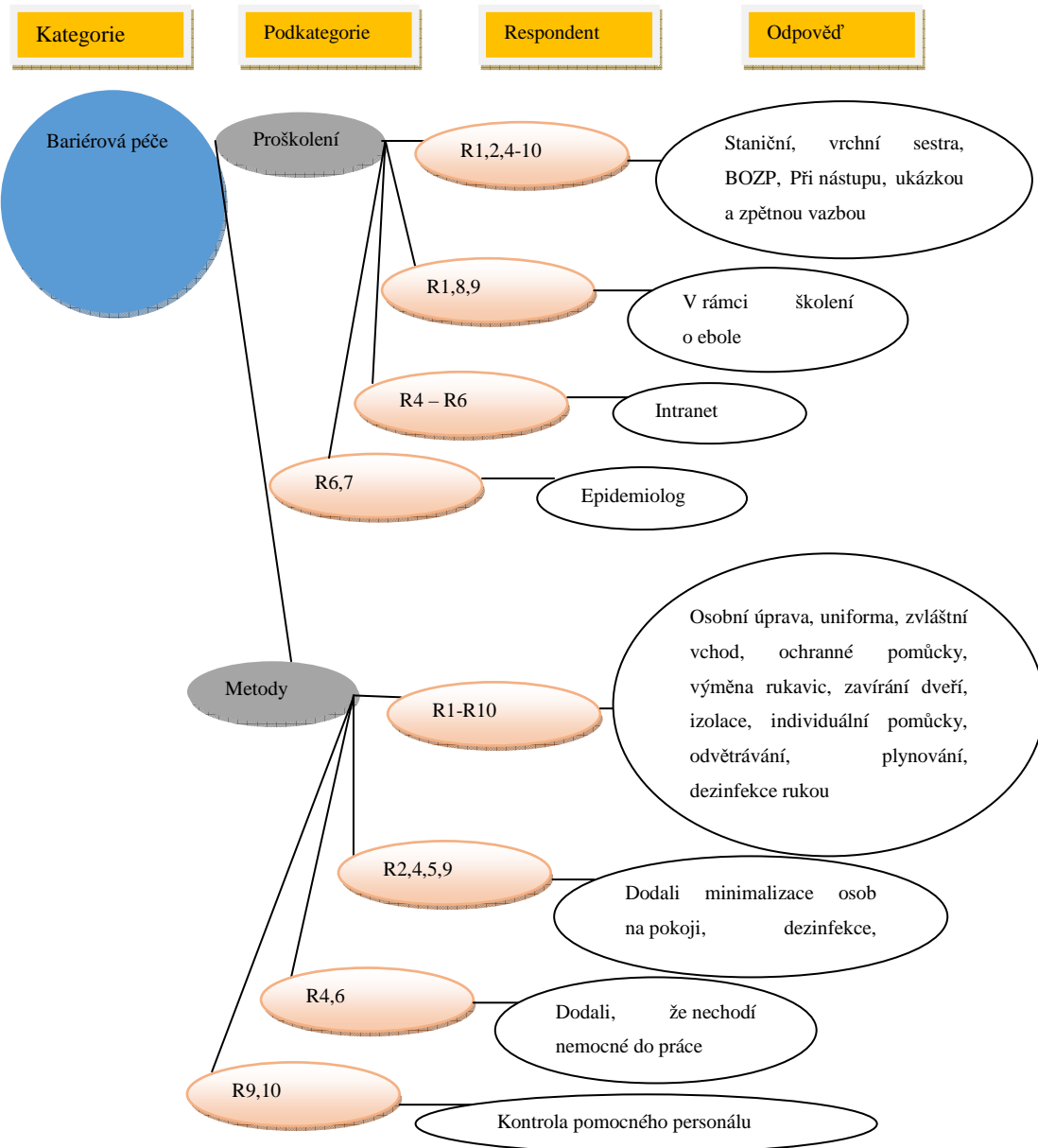
Opatření: Druhou podkategorií je postup Při zjištění MRSA. V této kategorii se R1 – R10 shodují v uložení pacienta na izolační pokoj, v používání ochranných pomůcek a v hlášení onemocnění infekčnímu oddělení. Tyto výpovědi dále doplnili R2 – R10, kteří tvrdí, že pacient má své individuální pomůcky. To vyplývá z odpovědi R8: *„ Povinně to hlásíme, dáme jí na izolaci, zajistíme stolek před pokojem. Pak má svoje nádobí a nesmí vycházet z pokoje. Jo a taky tu máme to, že prádlo musíme dávat do zvláštních pytlů. A vy jako studenti k nim nesmíte.“* Z jeho výpovědi je zřejmé, že jsou tyto pomůcky zajištěny.

Další specifika dodává R5 a R7, kteří vždy označí dekurz, zkumavky a pytle u infekčního pacienta. To zmínil R5 ve své výpovědi ve znění: „*Chcete vědět, co všechno děláme jo? Tak hele, když nám zavolají, že má MRSU, tak označíme dekurz a celou dokumentaci, kam červeně napíšeme MRSA, je v izolaci, má svoje pomůcky jako jsou mastičky, příbor, talíř, obvazy a tak. No, a když nabíráme biologický materiál, tak na žádanky píšeme, že má MRSU a označíme i zkumavky. Jsme asi jediný oddělení, který to dělá, ale není to na škodu. Tenhle pacient má i svoje pytle na prádlo a pleny, který popisujeme, že jsou infekční.*“ Na základě této výpovědi vycházíme z toho, že respondent tyto metody používá. Kromě těchto výpovědí, bylo zjištěno, že se k dezinfekci materiálu od infekčního pacienta používá 0,5% Persteril. To zaznělo ve výpovědi R6. Další metoda, která byla zjištěna je, odesílání lůžkoviny od infekčního pacienta do centrální prádelny, takto vypověděl R9.

4.1.2 Výzkumný soubor B

Kategorie 7: Bariérová péče

Myšlenková mapa 7: Bariérová péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie sedmá zobrazuje kategorii týkající se bariérové péče, která se skládá ze dvou podkategorií s názvem proškolení a metody.

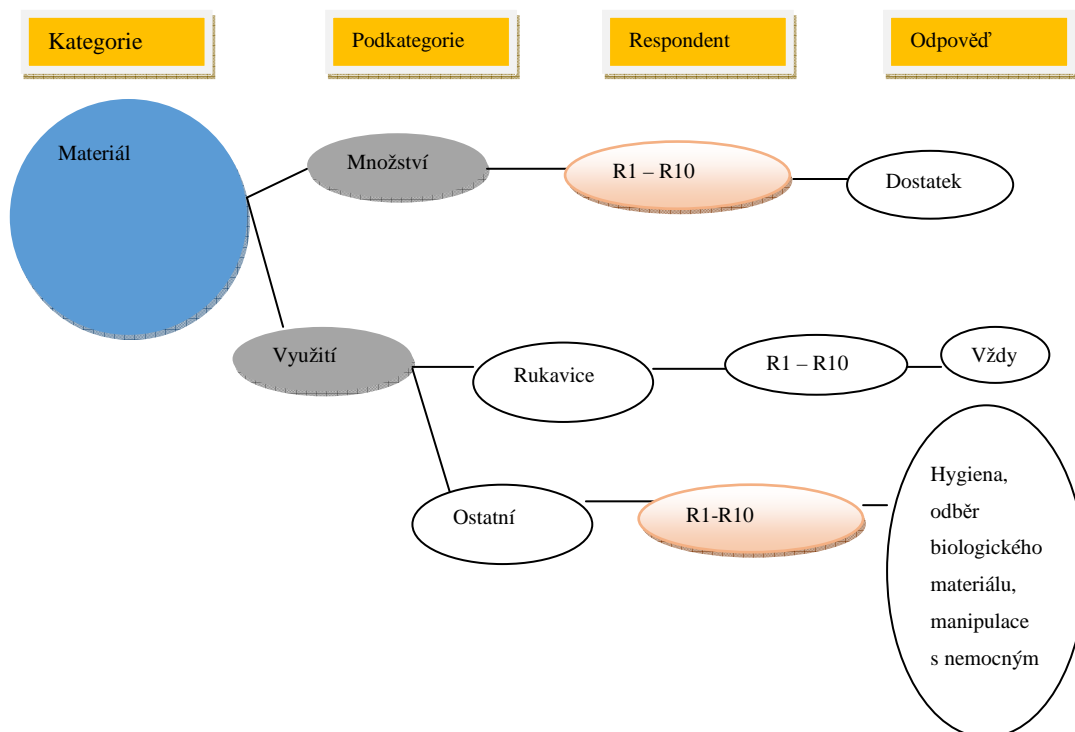
Proškolení: V kapitole proškolení sestry odpovídají, kým byly proškoleny v oblasti bariérové péče. Většina respondentů odpověděla shodně, jen někteří doplnili jejich odpověď. R1 říká: „*Před nástupem jsem byla na školení BOZP, poté mě proškolila vrchní i staniční sestra – formou demonstrace a přednášky. Děláme si testy na intranetu nebo za námi jezdí firmy, které propagují pomůcky, jež vyrábí. Je to naučné.*“ s touto odpovědí se ztotožnili respondenti R1,4,5,6,7,8,9,10. Jejich odpověď shodně obsahovala, kdy a kým byli proškoleni ohledně bariérové techniky. R1,8,9 udávají, že jejich proškolení bylo rozšířeno o poznání v rámci školení Při hrozící epidemii eboly. To vychází z odpovědi R1, který udává: „*BOZP technikem před nástupem přednáškou a kontrolními otázkami, vrchní sestrou a staniční sestrou Při nástupu do práce – přednáška, ukázka, zpětná vazba a test. Nyní, když se vyskytlo potenciální riziko eboly, všichni jsme museli absolvovat speciální školení od firmy, která vyrábí speciální pomůcky.*“ Tato odpověď se vyskytovala dále u respondentů 8 a 9. Školení všech pracovníků probíhalo před nástupem na oddělení. Jiní respondenti udávají, že byli dále proškoleni epidemioložkou. To říká R7: „*Proti podpisu to bylo u paní vrchní a to Při nástupu do práce formou přednášky a u školitele BOZP. Dále to byla staniční sestra a naše epidemioložka.*“ S tím tvrzením je shodná i odpověď R6. Dále, dle některých respondentů, probíhá školení na intranetu. R2 udává, že jeho školení bylo vedeno formou zpětné vazby.

Metody: Ve druhé podkategorii jsou znázorněny metody bariérové techniky. Respondenti odpovídali, jakými metodami dodržují tuto péči. Výpověď všech respondentů se shoduje v oblasti osobní úpravy, výměně rukavic, používání ochranných pomůcek, izolaci, plynování, dezinfekci rukou, zavírání dveří, odvětrávání a dále. To vše vyplývá z odpovědi R1, který tvrdí: „*Tak především osobní úpravou – nesmíme mít umělé ani nalakované nehty, nenosíme šperky. Vlasy máme stažené. Uniformu si měníme každý den. Máme dvě skříňky, jednu na čisté, naše osobní věci, druhou na boty a uniformy. Do práce chodíme zvláštním vchodem pro personál, jednou chodbou chodíme do práce, druhou z práce. Po každé službě si sundáme uniformu, vysprchujeme se a jdeme do čisté skříňky, kde si oblečeme naše oblečení. Při každém kontaktu s pacientem používáme rukavice,*

ústěnku, pokud je dále zapotřebí – oblékáme si ochranný plášť, čepice, brýle apod. Máme přidělené pacienty, abychom minimalizovali počet personálu u pacienta. Zavíráme dveře na pokoj, každý pacient je v izolaci a má své pomůcky, včetně toalety. Pokoje jsou odvětrávané. Jednou za tři měsíce plyneme. Myjeme si ruce, dezinfikujeme.“ Další metody doplnili tázání R2,4,5,9, kteří se v rámci dodržování bariérové péče snaží minimalizovat počet osob na pokoji a dále provádí dezinfekci a sterilizaci. Tyto poznatky udává odpověď R9, která vypovídá: „Do práce chodíme zvláštním vchodem, svlečeme se v jedné šatně a jdeme se vysprchovat, poté jdeme do druhé šatny, kde si vezmeme oblečení. Míjíme se s těmi, kteří jdou z práce. Poté už si jen měníme jedny ochranné pomůcky za druhými. Rozdělíme si pacienty zejména podle diagnózy, aby se jedna sestra starala o všechny pacienty s MRS A a podobně. Většinu pomůcek máme u pacienta na pokoji, některé však máme jenom jedny, například EKG, které musíme řádně odezinfikovat vždy po použití.“ Tento respondent upozorňuje, že se snaží, aby se na pokoji vyskytovalo co nejméně jiných osob než personál. Dalším faktem, který přispívá snížení rizika nozokomiálních nákaz je, že sestry nechodí nemocné do zaměstnání. Toto vypověděl R4 a R6. Jiní respondenti například R9 a 10 dodávají, že v rámci této péče kontrolují pomocný personál, kvůli minimalizaci vzniku nozokomiálních nákaz. Toto je obsaženo ve výpovědi R10: „Bariérová péče u nás na oddělení spočívá v osobní upravenosti, v dodržování hygienicko-epidemiologických opatřeních. V souvislosti s touto otázkou mě napadá dohled nad pomocným personálem. Byť to není příjemné ani pro nás, ani pro něj, je to potřeba, neboť jsme za něj zodpovědní a veškerá pochybení jsou poté na nás.“ Sestra poukazuje na to, že je důležité, aby každý pracovník dodržoval určité zásady.

Kategorie 8: Materiál

Myšlenková mapa 8: Materiál



Zdroj: Vlastní výzkum

Osmá kategorie znázorňuje kategorii s názvem materiál, která se dále zabývá množstvím a využitím materiálu. Podkategorie využití se dále dělí na rukavice a různé pomůcky.

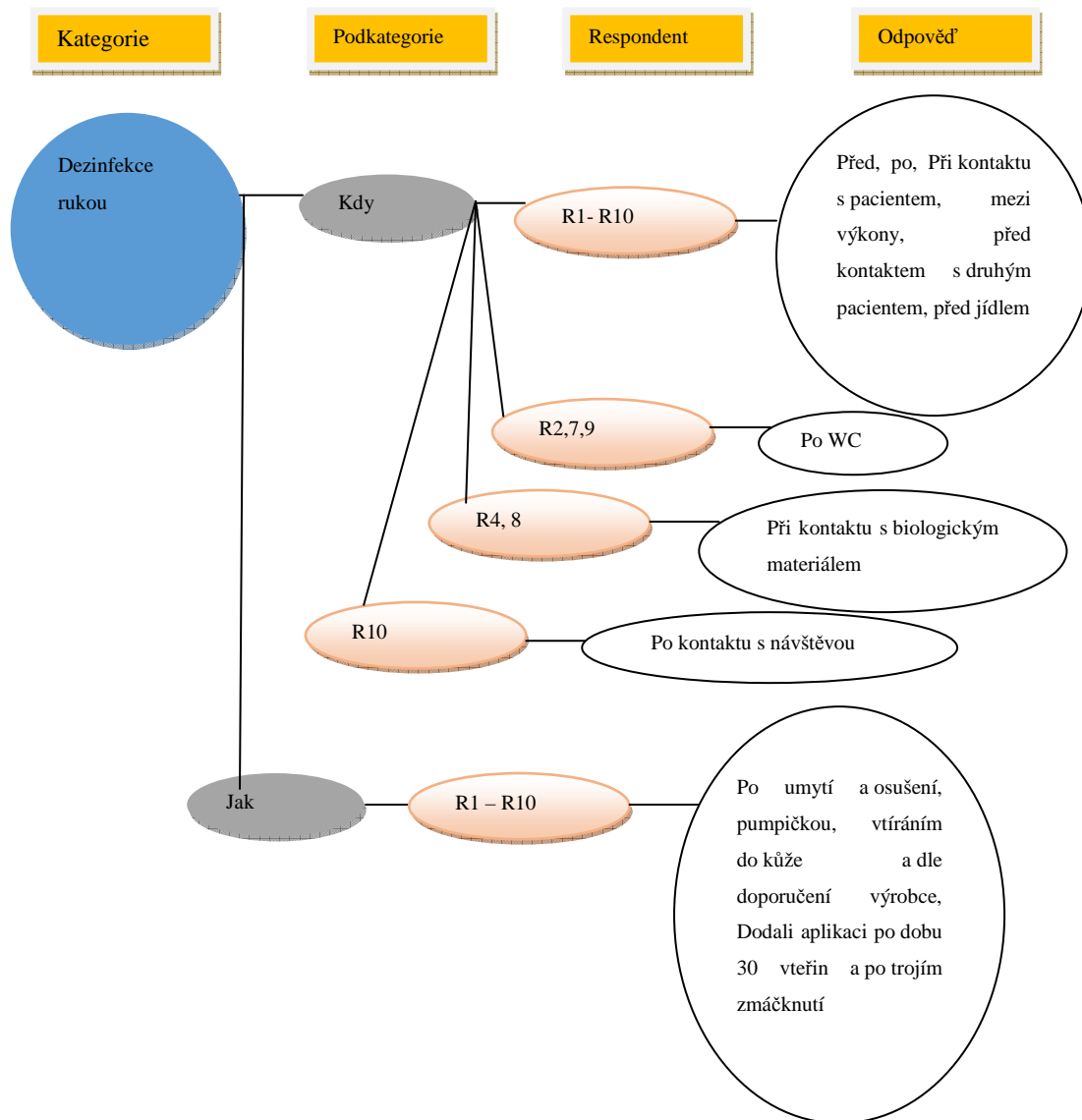
Množství: V oblasti množství rukavic respondenti odpovídali na otázky týkající se toho, jaké množství mají na oddělení. Všichni respondenti odpověděli shodně. R2 udává: *“Nepřeberné množství.”* Ostatní respondenti odpovídají naprosto stejně. Dle jejich tvrzení je na oddělení dostatečné množství těchto pomůcek. Další podkategorie řeší využití těchto pomůcek. Tato podkategorie je dále dělena na rukavice a ostatní pomůcky. V oblasti rukavic R1 – 10 odpovídají, že je využívají Při své práci neustále, to znamená Při všech výkonech. To říká odpověď R8: *„Používám je vždy, když jsem u pacienta, někdy se bavíme na chodbě a zjistíme, že na sobě máme roušku několik minut v kuse, protože jsme si na ni už doopravdy všichni zvykli. Roušku a rukavice využívám vždy, zástěru a empír využíváme Při manipulaci s nemocným, Při převazu ran. Brýle a ochranný štít používám Při kontaktu*

s biologickým materiálem u velmi infekčních pacientů. Tiveky a jupitery máme pro případ eboly na striktní izolaci.“ Podobnou odpověď měli i ostatní respondenti.

Využití: Co se týká využití ostatních pomůcek na tomto oddělení, sestry udávají, že je používají například Při hygieně nemocného, Při manipulaci s nemocným, odběru biologického materiálu a dále Při různých vyšetřeních. To vše je shrnuto v odpovědi R10: *„Rukavice a ústenku používáme úplně na všechno. Při manipulaci s nemocným empirií či zástěru. Při manipulaci s biologickým materiálem brýle či ochranný štít. Pro případ eboly máme k dispozici tiveky a skafandry. Máme k dispozici mnoho různého materiálu, staniční sestra se nás ptá, jaké pomůcky chceme používat, zda nám vyhovují. Mám dlouhé vlasy, velmi často nosím čepici – stejnou jako mají na sálech.“* Dále bylo zjištěno, že využití těchto pomůcek je závislé na diagnóze nemocného. To ve své výpovědi zmínil R6: *„Používání pomůcek je přímo úměrné diagnóze pacienta, čím infekčnější a závažnější jeho diagnóza je, tím více ochranných pomůcek používám. Vždy používám rukavice a ústenku. Když s pacientem manipuluji, obléknu si zástěru. Mám trošku problém s ochrannými štíty a brýlemi, protože mi moc nesedí. Když nabírám HIV pozitivního pacienta, musím být naprosto vyrovnaná, nesmím chvátat ani být ve stresu. Poučím ho, aby nehýbal rukama, aby s sebou nelomcoval a ležel v klidu. V momentě, kdy si vezmu brýle, začnu se zadýchávat a brýle si zafuním, poté nic nevidím a snadněji pochybím. Kdyby se mi však jeho krev dostala do oční sliznice, nechci ani pomyslet, byl by to velký problém, že jsem neměla brýle. Stejně tak nenosím několikately rukavice na sobě, ale nosím jedny pořádné. Mám ráda tiveky a jupitery, které jsou určeny pro obzvláště infekční pacienty, bohužel mi však nesedí maska na obličej, potřebovala bych menší, mám malou hlavu. Jsem velmi obézní, proto oceňuji, že máme ochranné pomůcky i v mé velikosti.“* Jeho výpověď mimo jiné obsahuje využití ochranných štítů, které dále zmiňuje R4, který jej používá Při odběrech biologického materiálu. Na tomto oddělení je využití ochranných pomůcek velmi vysoké.

Kategorie 9: Dezinfekce rukou

Myšlenková mapa 9: Dezinfekce rukou



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie je zaměřena na dezinfekci rukou a je dále dělena na to, kdy je prováděna a jak. Respondenti odpovídali v obou podkategoriích téměř shodně.

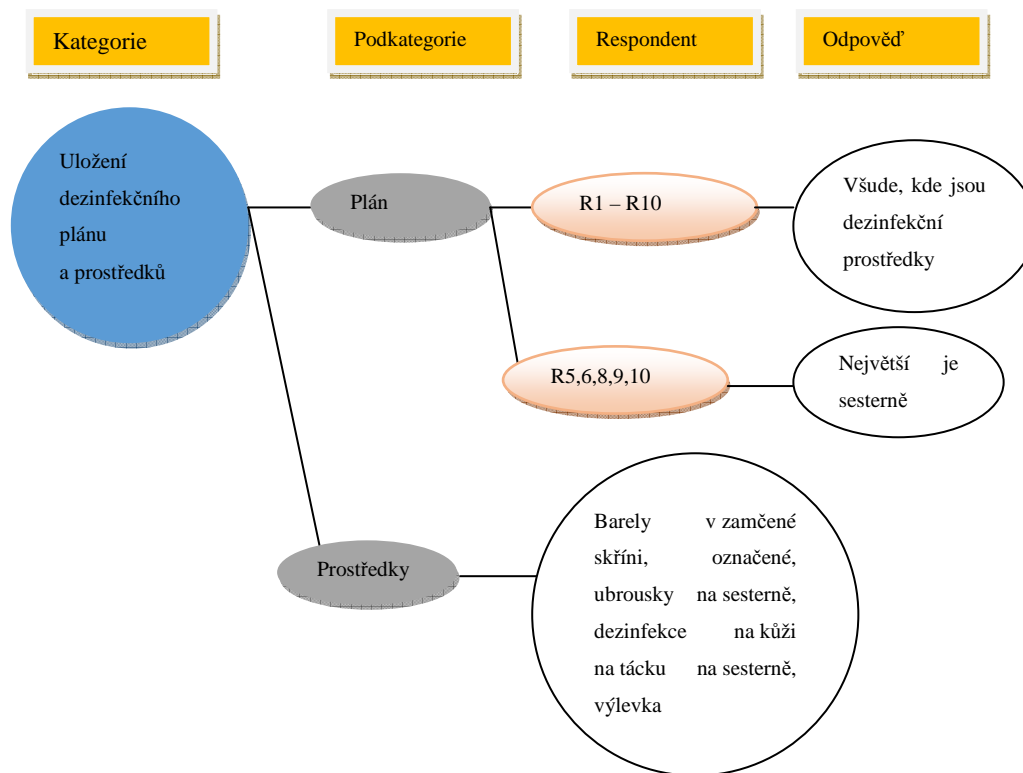
Kdy: V první podkategorii se respondenti R1 – 10 shodují na tom, kdy provádí dezinfekci rukou. Toto tvrzení vyplývá z odpovědi R2, který udává: „Provádím ji neustále, před kontaktem a po kontaktu s pacientem, mezi jednotlivými výkony. Než jdu na toaletu, jíst, než jdu domů. Třikrát zmáčknou pumpičkou a půl minuty vmasírovávám

dezinfekci do kůže. Poté používám ochranný krém, když mám chvilku čas, aby se vstřebal.“ S touto odpovědí souhlasí ostatní respondenti. R4 a R8 dodávají, že dezinfekci provádí v případě kontaktu s biologickým materiálem. Takto odpověděl R8: „Ruce si dezinfikuji před a po kontaktu s pacientem, po kontaminaci s biologickým materiálem, mezi jednotlivými výkony. Dezinfikuji si ruce před jídlem a pitím, před tím, než jdu domů, zkrátka pořád. Aplikuji si dostatečné množství dezinfekce do rukou, které musí být suché a vmasíruji – cca za 30 s jsou mé ruce vydezinfikovány.“ Tím sestra potvrzuje, že dezinfekci provede po kontaktu s tělní tekutinou pacienta. Dalším zajímavým poznatkem bylo, že respondent 2,7 a 9 dodává, že dezinfekci rukou provádí po návštěvě WC. Dále R10 dodává: „Když přijdu do práce, než jdu za pacientem, když jdu od pacienta, před ředěním ATB, před odběry, po odběrech, zkrátka pořád. Umyju si ruce, utřu, třikrát zmáčknu dezinfekci a 30 vteřin vtírám do pokožky.“ Z jeho odpovědi lze zjistit, že dezinfekci aplikuje před ředěním antibiotik.

Jak: Další oblastí je jak sestry provádí dezinfekci rukou. Všichni respondenti se shodli, že dezinfekční prostředek aplikují po umytí a osušení rukou, dezinfekci aplikují pumpičkou a vtírají prostředek do rukou. Tato aplikace trvá 30 vteřin a je zapotřebí aplikovat dostatečné množství prostředku, to znamená třikrát stlačit dávkovač. Tento postup provádí dle doporučení výrobce. Tato fakta shrnuje odpověď respondenta R1: „Jak? Umyju si ruce, osuším. Poté aplikuji pumpičkou dezinfekci. Vycházím z doporučení výrobce – u nás znamená správné množství tři stlačení pumpičkou. Poté si vetřu do kůže dezinfekci do zaschnutí. Vždy před kontaktem, Při kontaktu a po kontaktu s nemocným, mezi jednotlivými výkony, mezi návštěvou druhého pacienta. Před jídlem, před tím, než se jdu napít, po kontaktu s návštěvou, zkrátka neustále.“ Stejně pak odpověděl R10, který říká: „Když přijdu do práce, než jdu za pacientem, když jdu od pacienta, před ředěním ATB, před odběry, po odběrech, zkrátka pořád. Umyju si ruce, utřu, třikrát zmáčknu dezinfekci a 30 vteřin vtírám do pokožky.“ Z tohoto schématu vyplývá, že odpovědi respondentů se ve velké většině shodují.

Kategorie 10: Uložení dezinfekčního plánu a prostředků

Myšlenková mapa 10: Uložení dezinfekčního plánu a prostředků



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie desátá znázorňuje uložení dezinfekčního plánu a prostředků a je rozdělena na dvě podkategorie s názvem plán a prostředky.

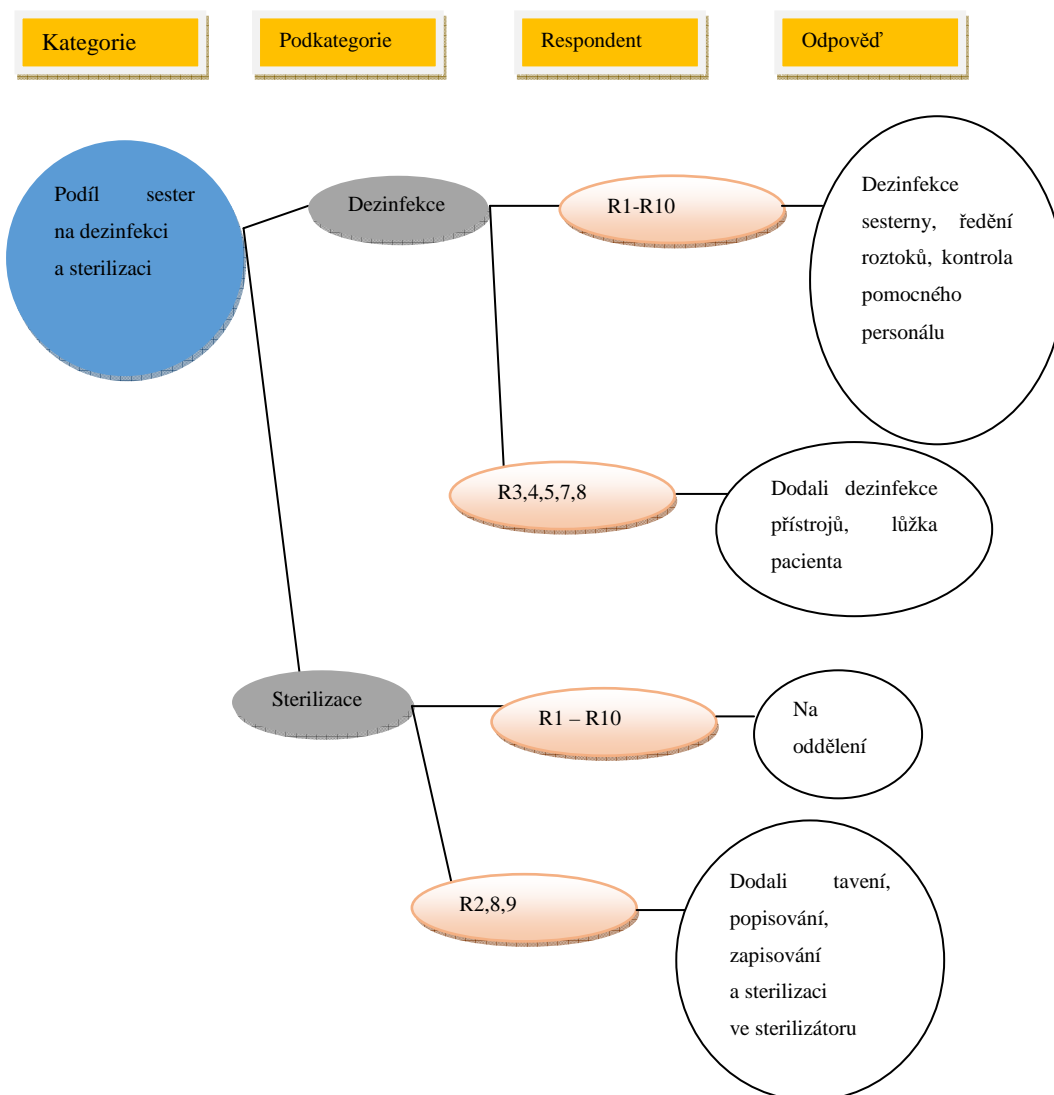
Plán: V první podkategorii byla respondentům kladena otázka, kde mají uložený dezinfekční plán. Všichni respondenti odpověděli téměř stejně, jen někteří měli doplňující informaci. R1 odpověděl: „*Je vytištěný, obsahuje všechny potřebné informace a máme ho všude, kde máme dezinfekční prostředky.*“ Z této odpovědi je zřejmé, že plán je uložen v místě, kde se nachází dezinfekční prostředky, ale respondent 6 řekl: „*Je pověšen u všech roztoků ve formě plakátu. Největší máme na špinavé části sesterny, ostatní, menší, máme ve skladu, na výlevce, u standardů.*“ Ostatní respondenti se souhlasí s odpovědí R1 a R6.

Prostředky: Druhá podkategorie zobrazuje, kde jsou uloženy dezinfekční prostředky. Zde se shodli všichni tázaní. Jejich odpověď obsahovala uložení dezinfekčních činidel.

Například R2 řekl: „Na výlevce jsou načaté roztoky, které slouží k dezinfekci ploch a ředí se s vodou. Všechny dezinfekční roztoky máme pod zámkem v plechové označené skříni. Utěrky s baktericidním, virucidním a fungicidním účinkem máme na sesterně ve špinavé části.“ Dále R7 vypověděl: „Kanystry máme pod zámkem, jsou označené. Dále na výlevce a klasické dezinfekce na kůži máme na tácu na sesterně. Ubrousky a utěrky v kýblu máme na špinavé části sesterny.“ Z jejich odpovědí je zřejmé, že uložení dezinfekčních prostředků je závislé na jejich využití. Pokud se jedná o barely, ty jsou uloženy v plechové uzamykatelné skříni, dezinfekce na kůži je na sesterně a ubrousky s dezinfekcí jsou na špinavé části sesterny.

Kategorie 11: Podíl sester na dezinfekci a sterilizaci

Myšlenková mapa 11: Podíl sester na dezinfekci a sterilizaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie zobrazuje podíl sester na dezinfekci a sterilizaci, která znázorňuje dvě podkategorie dezinfekce a sterilizace.

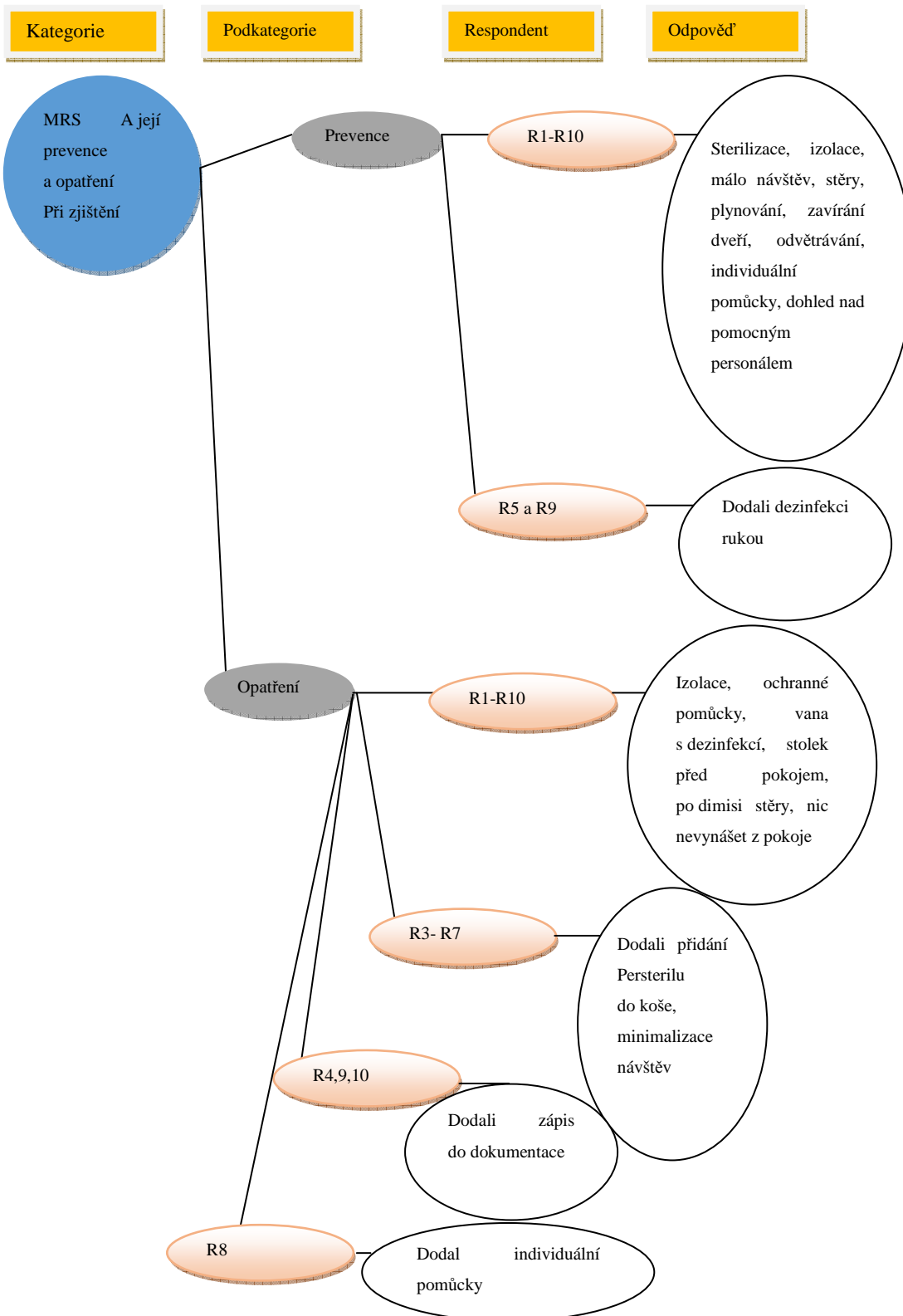
Dezinfekce: První podkategorie se týká dezinfekce zvláště toho, jak se sestry na dezinfekci podílejí. Všichni tázaní odpověděli shodně, jen někteří informace doplnili. Respondenti uvedli, že v rámci dezinfekce provádí dezinfekci sesterny, ředí roztoky a kontrolují pomocný personál. To ve své odpovědi uvedl R10, který tvrdí: „*Velmi*“.

Dezinfikujeme neustále, nejméně dvakrát denně. Materiál dle potřeby, vždy po použití. Sterilizujeme každý den, nejméně jednou za dva dny.“ Stejně odpověděli i jiní respondenti. Uvedli, že kontrola pomocného personálu je důležitá, neboť sestra zodpovídá za dezinfekci na oddělení. Respondenti 3,4,5,7,8 uvádějí, že provádí dezinfekci lůžka pacienta a také přístrojů. Tento fakt je obsažen i ve výpovědi R5, která zní: *„Řekla bych, že velmi, neboť mám pocit, že nedělám nic jiného, než uklízím, otírám, dezinfikuji, sterilizuji. To vše však k infekční problematice patří. Nejméně dvakrát denně dezinfikujeme plochy na sesterně a pokoj pacienta. Sterilizujeme dle potřeby, nejčastěji jednou denně.*“ . Takto odpověděli i respondenti 4,5,7,8.

Sterilizace: V oblasti sterilizace sestry odpovídaly shodně. A to se týkalo zejména toho, že provádí sterilizaci přímo na oddělení, čímž se od ostatních oddělení liší. To lze vyčíst z odpovědi, respondenta R1, která uvádí: *„Velkým dílem. Dezinfekci zdravotnického zařízení provádíme my, ředíme si roztoky. Dvakrát denně měníme dezinfekční roztok v nádobě. Kontrolujeme, zda ostatní personál, provádí správným způsobem dezinfekci ploch. Pomůcky si sterilizujeme na oddělení, vše umíme.*“ Z tohoto tvrzení vyplývá, že sestry zvládají sterilizaci na svém oddělení samy. Jiní respondenti dále uvádí, že se na sterilizaci podílí tavením, popisováním materiálu a zapisováním sterilizace do deníku a že sterilizaci provádí ve sterilizátoru. Konkrétně tak odpověděli respondenti R 2,8,9. Například R9 říká: *„Sterilizujeme u nás na oddělení, většinou jednou denně. Stará se o to staniční sestra, pokud ale není, děláme ji my. Připravujeme pomůcky, sterilizujeme, tavíme, popisujeme, zapisujeme. Dezinfikujeme neustále všechno. Děláme dohled nad pomocným personálem.*“

Kategorie 12: MRS A její prevence a opatření Při zjištění

Myšlenková mapa 12: MRS A její prevence a opatření Při zjištění



Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední kategorie znázorňuje kategorii MRSA, její prevence a opatření Při zjištění, která se dělí na dvě podkategorie prevence a opatření.

Prevence: V této podkategorii byla kladena otázka, jaké metody používají v oblasti prevence MRSA. Odpovědi všech respondentů se shodovaly a jen dva odpověď doplnili o další poznatky. R3 vypověděl: *„Provádíme dezinfekci, sterilizaci. Používáme ochranné pomůcky, jednorázové pomůcky. Pacienta máme na izolaci, stará se o něj, pokud možno, jedna sestra, minimalizují se návštěvy. Dělají se stěry z pokojů, provádí se plošná plynová dezinfekce – ta je výborná, i když za ní doopravdy stojí mnoho práce. U nemocného zavíráme dveře, pokoj je odvětráván. Pacient má své pomůcky, včetně košů. Děláme dohled pomocnému personálu.“* Podobně odpověděli R2 – R10. Svě poznatky doplnili R5 a R9, kteří ve své výpovědi udávají, že provádějí dezinfekci rukou. Například R9 tvrdí: *„Zvláštní žádná, neboť je naše oddělení nastaveno vysokými požadavky, včetně pravidelného plynování. Snížení rizika spočívá v používání ochranných a jednorázových pomůcek, dezinfekce, sterilizace, mytí rukou, dezinfekce rukou.“* Jeho odpověď je shodná s výpovědí R5.

Opatření: V oblasti opatření Při zjištění MRS A tázaní odpověděli shodně. Ve svých výpovědích uvedl R1 – R10, že Při zjištění provádí izolaci, mají ochranné pomůcky, je připraven stolec před pokojem, v pokoji je kádinka s dezinfekcí a nic nevynáší z pokoje. To je obsaženo ve výpovědi R1, který udává: *„Všichni naši pacienti jsou na samostatných boxech, tudíž je postup Při diagnostice MRS A mnohem jednodušší, než na ostatních odděleních. ke všem pacientům se chováme jako k potenciálně infekčním, tzn., že diagnóza MRS A pro nás není nikterak nebezpečná. Preventivně se chráníme ochranným oděvem, nosíme rukavice, které si neustále měníme, roušku, empír a další pomůcky, dle potřeby. Pokud má pacient MRSA, dáme před pokoj speciální stolec, kde jsou navíc pomůcky, které máme i na pokoji u lůžka nemocného. Na stolku máme rukavice, jednorázové pláště, dezinfekci, ústenky, návleky na boty, čepice. Na pokoj nemocného dáváme kádinku s dezinfekcí, která je určena pouze pro pomůcky, které jsou od pacienta s MRSA. Úklidy na pokoji jsou stejné jako u jiných P/K, pouze přidáváme roztok persterilu do koše s biologickým materiálem. Neodnášíme nic z pokojů pacientů. Po ukončení hospitalizace uklidíme pokoj a dělají se stěry, zda nezůstal v pokoji rezistentní kmen.“* Odpověď tohoto

respondenta obsahuje vše, co sestry provádí na daném oddělení, ale dle respondentů R4, R9 a R10 dále provádí zápis do dokumentace. Tento fakt uvedl ve své výpovědi R4, která zní: *„Nijaká zvláštní. Zajistíme, aby byl pacient v izolaci. Ostatním pacientům se dělají také stěry. Když je pacient v izolaci, dá se mu na pokoj navíc nádoba s dezinfekcí, do košů se přidává roztok s persterilem a před pokoj dáváme stolek s pomůckami. Do dokumentace si označíme, že má pacient MRSA.“* Tito respondenti rozšířili svým poznatkem metody, které se provádějí v případě zjištění MRSA. V této oblasti dodal informaci také R8, který říká: *„Pacient je většinou již v izolaci, takže je to v takové situaci velká výhoda. Pacient má na pokoji své vlastní pomůcky, pouze přidáváme vanu s dezinfekcí, aby se použité nástroje nenesly do sesterny přes chodbu do společně nádoby. Před pokoj dáme stolek s ochrannými pomůckami – je to takové naše znamení, abychom věděli, že se máme více chránit. Úklid pokoje po nemocným s MRS A je náročnější, neměl by se však odlišovat od jiného úklidu. Dělají se stěry z pokoje.“* Z této odpovědi, lze pochopit, že každá setra, krom již zmíněných metod, zajistí individuální pomůcky pacientovi.

4.2 Výsledky pozorování

Další částí výsledků je pozorování respondentů. Všechna data jsou shrnuta v přehledné tabulce 3 a 4.

4.2.1 Výzkumný soubor A

První tabulka se týká oddělení interního typu. Pozorovaných respondentů bylo 10.

Tabulka 3 – Pozorovací arch souboru A

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Umytí rukou po příchodu na oddělení.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mytí rukou a hygienickou dezinfekci rukou po každém výkonu či po kontaktu s pacientem.	X	X	X	X	X	X	X	X		
Správné množství dezinfekčního prostředku.	X	X	X							
Správný postup dezinfekce rukou.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Výměna rukavic po každém výkonu a u každého pacienta.			X	X	X			X		
Dezinfekce pomůcek (tácek, emitních misek) po výkonu.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Správná manipulace s odpadem.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Správná manipulace s prádlem.	X	X	X	X	X	X				
Krátké nenalakované nehty.				X	X	X	X	X		
Používání šperků.		X	X	X			X			
Podílí se sestra na předsterilizační přípravě?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Podílí se sestra na dezinfekci?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Podílí se sestra na sterilizaci?										

Tabulka 3 znázorňuje výsledky skrytého pozorování na odděleních interního typu. V tabulce je křížkem označeno dané pole pouze tehdy, pokud respondent daný výkon

provedl i v reálné praxi. Pokud v tabulce znamená křížku není, respondent daný výkon Při skrytém pozorování neprovedl.

V oblasti mytí rukou po příchodu do zaměstnání, dle pozorovaných dat, se dá shrnout, že všichni respondenti provedli hygienické mytí rukou. Dalším pozorovaným úkonem bylo, zda sestra provádí dezinfekci rukou a jejich mytí vždy po výkonu či po kontaktu s pacientem. Z tabulky 3 je dáno, že toto provádí pouze R1 – R8, zbylí pozorovaní dezinfekci a hygienické mytí rukou neprovádí po každém výkonu nebo kontaktu s pacientem, to znamená, že zbývající respondenti R9 a R10 nedodržují jednu z hlavních metod bariérové péče. Třetím pozorovaným datem bylo, jestli sestra používá správné množství dezinfekčního prostředku. Ze schématu je zřejmé, že doporučené množství prostředku používají pouze 3 pozorované subjekty a to R1 – R3. Správné množství prostředku je dáno doporučením výrobce. Dalším pozorovaným prvkem byla znalost postupu dezinfekce rukou. Tento postup je dán například ve standardech ošetrovatelské péče, který se nachází na všech odděleních. V této oblasti bylo vypořádáno, že všechny sestry znají postup dezinfekce a využívají jej v praxi. Dále bylo zjišťováno, jestli si sestry vyměňují rukavice po provedení ošetrovatelského výkonu anebo po kontaktu s pacientem. Z tabulky vyplývá, že toto provádí jen R3 – R5 a R8. Zbylí respondenti tuto praktiku nepoužívají. Dalším zjišťovaným postupem bylo, jestli sestra provádí dezinfekci pomůcek, jako jsou emitní misky, tácky a podobně. Z názorné tabulky vychází, že dezinfekci těchto předmětů provádí plný počet pozorovaných osob. Poté tabulka znázorňuje, jestli respondenti správně třídí odpad. To znamená, zda se řídí dle pokynů pro správné zacházení s odpadem. Tyto pokyny splňovali R1 – R10, to znamená všichni pozorovaní. Do tohoto odpadu jsou zahrnuty obaly od jednorázových pomůcek, ostrý materiál a také komunální odpad. Svým přístupem splňují pokyny pro správné zacházení s odpadem. Podobnou oblast řeší další část tabulky, která konkrétně znázorňuje, jak sestry zacházejí s prádlem. Správným zacházením se rozumí, jestli jej sestra třídí do pytlů určených pro konkrétní druh prádla. Většina oddělení prádlo třídí na kapny, podložky, polštáře, prostěradla a na silně znečištěné prádlo. Dále se správnou manipulací prádla rozumí, že sestra neodkládá špinavé prádlo na zem v pokoji pacientů. V této oblasti správně postupovali R1 – R6, kteří s prádlem manipulují dle výše uvedených požadavků. Zbylí respondenti R7 - R10

manipulovali s prádlem jinak, než dle správných pokynů. Jinou pozorovanou metodou bariérové péče byla správná osobní úprava respondentů. Do této metody je zařazena správná úprava nehtů a to, jestli sestra nenosí šperky v pracovní době. V oblasti úpravy nehtů, bylo pozorováno krátké zastřížení, a jestli nejsou nalakované. Tuto úpravu splňovali pouze R4 – R8, kteří měli nehty správně upravené. Zbylí respondenti své nehty upravené neměli. Poté bylo sledováno, jestli pozorované osoby nosí šperky či ne. Tabulka 3 znázorňuje, že R2,3,4,7 šperky v praxi nosí. Ostatní respondenti, tedy R1,5,6,8,9,10, šperky Při výkonu svého povolání nenosí. Další metodou bariérové techniky je předsterilizační příprava, proto bylo sledováno, jestli se sestry podílí na této přípravě. Všichni respondenti se v rámci pozorování podíleli na přípravě ke sterilizaci a to velmi aktivně. V rámci bariérové péče je důležité, aby sestra prováděla dezinfekci obecně. Proto bylo sledováno, zda sestra provádí a podílí se na dezinfekci. Ze skrytého pozorování vyplynulo, že sestry provádí dezinfekci a dále se na ní podílejí. Další důležitou metodou bariérové péče je sterilizace zdravotnického materiálu. Tudiž bylo důležité zjistit, jestli sestry provádí sterilizaci. Zjištění bylo takové, že se žádný respondent na přímé sterilizaci nepodílí. Z pozorování 10 – ti respondentů vyplývá, jak dodržují metody, které tvoří komplex bariérové péče a tím přispívají ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče.

Výzkumný soubor B

Pozorování bylo také prováděno na oddělení infekčním. Je důležité zmínit, že infekční oddělení v oblasti provozu je specifické proti jiným standardním oddělením. Toto pozorování bylo prováděno u 10 – ti respondentů v plném provozu oddělení. Všechna data jsou vyobrazena v přehledné tabulce 4.

Tabulka 4 – Pozorovací arch souboru B

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Umytí rukou po příchodu na oddělení.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mytí rukou a hygienickou dezinfekcí rukou po každém výkonu či po kontaktu s pacientem.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Správné množství dezinfekčního prostředku.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Správný postup dezinfekce rukou.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Výměna rukavic po každém výkonu a u každého pacienta.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dezinfekce pomůcek (tácek, emitních misek) po výkonu?	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Správná manipulace s odpadem.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Správná manipulace s prádlem.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Krátké nenalakované nehty.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Používání špeků.	X			X	X	X	X	X	X	
Podílí se sestra na předsterilizační přípravě?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Podílí se sestra na dezinfekci?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Podílí se sestra na sterilizaci?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Z této názorné tabulky vyplývá, že velká část respondentů provádí všechny základní metody bariérové péče. První část pozorování se týkala hygienického mytí rukou sester před nástupem na oddělení. V první části všichni respondenti R1 – R10 tuto základní

hygienickou metodu před nástupem na jednotku provedli. Tato metoda se zdála být samozřejmostí u všech pozorovaných. V další části tabulky je znázorněno, jestli sestra provede dezinfekci rukou a jejich mytí po výkonu či kontaktu s pacientem. Z pozorování bylo zjištěno, že úplná většina pozorovaných respondentů provedla obě techniky v obou případech. Dezinfekce byla použita vždy po kontaktu s pacientem nebo v případě, kdy sestra provedla ošetrovatelský úkon. K dezinfekci rukou je zapotřebí dezinfekčního prostředku. Konkrétně bylo zjišťováno, jestli sestra použije správné množství prostředku určeného k dezinfekci kůže. Z pozorování vyšlo, že R1 – R10 používají vždy správné množství dezinfekčního činidla. Touto metodou zabraňují riziku přenosu infekce mezi pacienty a v neposlední řadě chrání personál sám sebe. Do správné dezinfekce rukou řadíme dostatečné množství dezinfekce, ale také správný postup aplikace dezinfekčního činidla. V přehledné tabulce 4 je dáno, že úplně všichni respondenti znají správný postup dezinfekce rukou. Tato metoda bariérové péče je jedna z nejdůležitějších. Pracovníci vycházeli z doporučení, které je obsaženo ve standardu ošetrovatelské péče. K tomu, aby bariérová technika byla správně prováděna, je nutné, aby si pracovníci mezi jednotlivými výkony a mezi kontaktem s pacienty měnili jednorázové rukavice. To bylo zjišťováno v rámci pozorování a na základě zjištěných dat vyplývá, že všech deset respondentů výměnu rukavic striktně dodržuje. V rámci bariérové péče je nutné, aby sestra prováděla dezinfekci všech použitých pomůcek. Z tohoto důvodu bylo pozorováním zjišťováno, zda sestry provedou dezinfekci pomůcek nejčastěji však tácků a emitních misek. Ze zjištění vyplývá, že dezinfekci provádí 9 z 10 respondentů. Konkrétně R4 dezinfekci pomůcek po použití neprovedl. Zbývají R1 – R3 a dále R5 - R10 tuto dezinfekci provedli, dle nařízení. Další zjišťovanou metodou bylo, zda umí sestra správně třídit odpadní materiál. Tímto materiálem se myslí odpad komunální, ostré předměty a obaly od jednorázových pomůcek a dále rukavice a jiný infekční materiál. R1 – R10 tento materiál třídí bez jakékoliv chyby do určených pytlů a kontejnerů. V rámci správného třídění je nutné zmínit, jestli sestra umí zacházet s prádlem správně a to tak, jestli třídí ložní prádlo do pytlů k tomu určených a neodkládá lůžkoviny na zem v boxu pacienta. Z pozorovací tabulky vyplývá, že R1 – R10 správné postupy manipulace s prádlem znají a používají je v praxi. V oblasti osobní úpravy bylo zjišťováno, jestli mají sestry krátké a nenalakované nehty a zda nenosí v práci

šperky. Konkrétně je v tabulce znázorněno, že krátké nenalakované nehty má R1 – R9. R10 má v této oblasti nedostatky. Dále je do tabulky zaneseno, zda sestra nosí šperky. Bylo zjištěno, že 7 respondentů šperky, v rámci výkonu své profese, šperky nosí. Ze jména R1, R3 – R10. Jednalo se o menší šperky. V oblasti předsterilizační přípravy je zaneseno, že se respondenti podílejí, jelikož provádí sterilizaci přímo na oddělení. Z tohoto faktu vyplývá, že všechny sestry provádí přípravu ke sterilizaci a sterilizaci samotnou. To je specifické oproti oddělení interního typu. V tabulce 4 je také znázorněno, kolik respondentů se podílí na dezinfekci v rámci oddělení. Při sběru dat bylo zjištěno, že se plný počet respondentů podílí na dezinfekci a to v různých podobách. Pozorovací tabulka 4 znázorňuje, že velká většina respondentů se snaží dodržovat metody bariérové péče v praxi. Bylo zde jen málo respondentů, kteří by svým jednáním porušovali zásady této péče.

5 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry přistupují a dodržují bariérovou péči v oblasti ošetřování nemocných a jestli existují rozdíly mezi dodržováním této péče na jednotlivých odděleních. Tato práce se konkrétně zaměřuje na oddělení infekční a ostatní oddělení interního typu. Obsah této práce udává, jakými metodami sestry tuto péči dodržují a jestli existují rozdíly mezi jednotlivými odděleními. Dle Kelnarové (2009), by bariérová péče měla být dodržována na všech odděleních. Bakalářská práce se také zabývá množstvím materiálu, který mají sestry k dispozici, prevencí a postupem. Při zjištění MRS A a dalšími oblastmi týkající se bariérové techniky. V rámci výzkumného šetření bylo shromážděno mnoho dat v podobě rozhovorů a pozorování se sestrami. Dále k tomu, aby byla data úplná, bylo zapotřebí prostudovat veškerou dostupnou literaturu, která se zabývá touto problematikou.

Celé výzkumné šetření se zaměřovalo na dodržování zásad bariérové péče a na komparaci mezi jednotlivými odděleními interního typu. Ze schématu 1 a 7 vyplývá, že se respondenti zcela neshodují v tom, jakými metodami dodržují bariérovou péči. Schéma 1, konkrétně podkategorie Metody, udává, že se všichni respondenti neshodují ve svých výpovědích, ale ze schématu 7 je jasné, že na oddělení infekčním je přístup všech sester jednotný. Dle našeho názoru je to dáno tím, že sestry pracující na oddělení infekčním znají diagnózu svého pacienta a v zásadách bariérové techniky jsou znalejší, protože na tomto oddělení musí mít dodržované takové zásady, aby nedocházelo k infikování jiných pacientů právě daným infekčním onemocněním. To ovšem neznamená, že sestry na oddělení interního typu tyto zásady dodržovat nemusí. Náš názor je takový, že sestry pracující na oddělení jiného typu než je infekční oddělení, nemusejí znát všechny diagnózy pacienta a neznají potenciální riziko přenosu infekce a možná je to dáno i tím, jak zde probíhá skrining například MRSA.

Další velmi zajímavou kategorií, která byla zkoumána je kategorie materiál a to zejména množství materiálu, které se nachází na oddělení a díky kterému je dodržována bariérová péče, jak uvádí i Vytejšková (2011). To konkrétně znázorňuje schéma 2, které se týká oddělení interního typu a schéma 8, které je přiděleno infekčnímu oddělení. Ze schématu 2 jasně vyplývá, že na oddělení je nedostatek materiálu

a to zejména rukavic. Kdežto na oddělení infekčním je všeho materiálu dostatek. Ze standardu ošetrovatelské péče (2013) vyplývá, že je povinné si měnit rukavice u každého pacienta a po každém výkonu právě proto, aby bylo zabráněno přenosu nozokomiálních nákaz. Těmto podmínkám ale neodpovídá množství rukavic na odděleních interního typu. Dle našeho názoru může být na těchto odděleních zvýšené riziko přenosu infekce právě kvůli nedostatečnému množství rukavic. To ovšem sestra samotná neovlivní. Dle Vytejkové (2011) musí ochranné pomůcky dle zákona zajistit zaměstnavatel. Tato skutečnost by mohla být důvodem snížení bariérová péče na odděleních interního typu. Nicméně z výzkumného šetření vyplynulo, že na tak rizikovém oddělení jako je oddělení infekční, je tohoto materiálu dostatek, což se shoduje s výpovědí tázaných respondentů. Domníváme se, že tento poznatek je velkým plus v oblasti bariérové péče a ochrany pracovníků a pacientů, protože kde jinde by mělo být materiálu více než dost než na tomto oddělení.

Neméně důležitou problematikou je znalost efektivní dovednost hygienické dezinfekce rukou. Dle Zemana (2011) je dezinfekce rukou jedno z nejlepších preventivních opatření v rámci prevence nozokomiálních nákaz. Toto tvrzení bylo ověřováno u obou výzkumných souborů. Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny sestry infekčního oddělení znají techniku dezinfekce rukou a lépe ji uplatňují v praxi než sestry z oddělení interního typu. To je znázorněno ve schématu 3 a 9. Tento fakt byl také ověřen v rámci pozorování, ze kterého vyplývá, že sestry interního oddělení neprovádějí dezinfekci vždy, kdy je nutná (tabulka 1). Poznatky, které byly zjištěny v rámci pozorování, se neshodují se Schneiderovou (2014), která tvrdí, že dezinfekce rukou se musí provést vždy před a po výkonu, po práci s prádlem a biologickým materiálem. Zajímavým poznatkem této kategorie byl, fakt že se teoretické znalosti sester v rámci dezinfekce rukou naprosto shodují s provedením v praxi. Podle našeho názoru jsou sestry infekčního oddělení mnohem více edukovány a více si uvědomují rizika, která přináší porušování této zásady. Dle Mađara (2006) je dezinfekce rukou vhodnější než hygienické mytí v případě kontaktu mezi dvěma pacienty, což se shoduje i s našimi výsledky.

Další, neméně zajímavou kategorií je přístup sester k dezinfekci a sterilizaci. V této oblasti bylo zjištěno, že sestry pracující na oddělení interního typu se na sterilizaci přímo

nepodílejí, ale provádějí předsterilizační přípravu, což je dle Vytejškové(2011) velmi časté. Sestry infekčního oddělení tuto techniku provádějí přímo na oddělení. To je znázorněno ve schématu 11. Sestry na tomto oddělení sterilizaci považují za součást své práce, ale na oddělení interního typu jsou sestry velmi rády, že sterilizaci neprovádějí. To bylo zjištěno v rámci rozhovorů se sestrami. Toto nám může udávat, že sestry z infekčního oddělení znají postupy sterilizace lépe, než sestry na oddělení interního typu, jelikož se každodenně potýkají s touto činností, kterou sestry jiného oddělení neprovádí.

Schéma 6 a 12 znázorňuje oblast prevence MRS A a postup při jejím zjištění. V oblasti prevence tohoto onemocnění se sestry obou typů oddělení shodují. To znamená, že v oblasti prevence MRS A nejsou tak znatelné rozdíly jako v jiných oblastech. To je znázorněno ve schématech 6 a 12. Sestry teoreticky znají preventivní opatření tohoto infekčního onemocnění, ale podle našeho názoru umějí lépe zabránit přenosu infekce sestry infekčního oddělení a to možná už z důvodu, že jejich oddělení je přizpůsobeno k tomu, aby se zde infekce nešířila. Dále se výzkumné šetření zabývalo postupem při zjištění MRSA. Dle Mađara (2006) je izolace pacienta s infekcí MRS A nutná. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že se sestry shodují s tímto tvrzením. Sestry uváděly, že pokud je zjištěno, že pacient trpí infekcí MRSA, je uložen na izolační pokoj a to bez ohledu na typ oddělení. Pokud se zaměříme na jiné metody, které se dodržují v rámci zjištění této infekční choroby, zjistíme, že více vědomostí mají sestry infekčního oddělení než sestry z ostatních oddělení interního typu. Sestry na infekčním oddělení znají téměř vždy pacientovu diagnózu a oddělení je k ošetřování infekčních pacientů uzpůsobeno. Sestry pracující v interních oborech mají tu nevýhodu, že zde není vždy úplně možné ihned zajistit izolaci. Dle mých zkušeností z praxe jsem se několikrát setkala s pacientem s infekcí MRSA, který nebyl izolován a pohyboval se mezi jinými pacienty, to znamená, že u něho nebyla izolace provedena včas. Dále z výzkumných rozhovorů vyplynulo, že sestry pracující na infekčním oddělení i ostatních odděleních interního typu využívají stejné metody, jen na infekčním oddělení používají například navíc odvětrávání, dezinfekce do košů a jiné. Dle našeho názoru ze shromážděných dat žádná sestra neodpověděla, tak, aby její odpověď byla nedostatečná nebo snad špatná. V jejich odpovědích se odráželo bezesporu i to, jaké mají na oddělení zvyklosti, možnosti a jak

často se potýkají s infekčním pacientem. Logikou věci je, že sestry infekčního oddělení jsou více znalé v této oblasti, jelikož péče o infekční pacienty je jejich hlavní náplní práce (Čoupková, 2012). Je třeba si také ale uvědomit, že pokud porušuje bariérovou ošetrovatelskou péči alespoň jeden pracovník, je to jako by ji porušovali všichni.

Jak již bylo zmíněno, tak v rámci výzkumného šetření bylo použito skryté pozorování. V tomto pozorování jsme se zaměřili hned na několik oblastí. Velmi zajímavým faktem, který vyplývá z pozorování, je, že sestry pracující na oddělení interního typu nepoužívají správné množství dezinfekčního prostředku. To uvádí tabulka 1. Wichstová (2013) udává, že pro správnou a účinnou dezinfekci rukou je zapotřebí použít množství alespoň 3ml. To znamená, že její požadavky byly splněny jen málo respondenty z tohoto oddělení. Naopak na infekčním oddělení používají dezinfekčního prostředku dostatek. Domníváme se, že používání správného množství dezinfekčního prostředku je nedílnou součástí práce sestry. Je třeba si uvědomit, s kolika lidmi sestra přijde do kontaktu po dobu své praxe a pokud by si ruce nedezinfikovala správně, tak ohrožuje sebe, pacienty, spolupracovníky a své blízké.

V tabulkách 1 a 2 je dále znázorněna výměna rukavic po kontaktu s pacientem či po výkonu. V této oblasti vznikají další velké rozdíly mezi odděleními. Z tabulky 1 vyplývá, že výměnu rukavic provádí jen málo z pozorovaných respondentů z ostatních oddělení interního typu. Sestry pracující na infekčním oddělení si rukavice vymění vždy po kontaktu s pacientem nebo v případě pokud provedou výkon. Jejich činnost se shoduje se standardem ošetrovatelské péče (2013). To uvádí tabulka 2. Dle našeho názoru je výměna rukavic nedílnou součástí správně prováděné bariérové péče. Je nutné zmínit, že výměna rukavic úzce souvisí s množstvím materiálu. Dle nás by každá sestra měla tyto jednorázové pomůcky používat a to zejména v rámci ochrany sebe a pacientů. Pokud si uvědomíme, kolik patogenních mikroorganismů se uchytí na kůži například Při náhodném styku kůže s biologickým materiálem, tak je hazard rukavice nepoužívat.

Dalším faktem, který bychom chtěli zmínit, je osobní úprava sester. V oblasti úpravy bylo pozorování zaměřeno na úpravu nehtů, to znamená, jestli byly ostříhané a nebyly nalakované a také na to, zda sestra v pracovní době nosí šperky. Dle našeho názoru by sestra měla mít krátké nehty, protože se za dlouhými nehty zachytí mnoho

mikroorganismů, které se špatně odstraňují a dle Kelnarové (2009) Při používání šperků může dojít k poranění. Stejný názor měly i sestry infekčního oddělení ve svých odpovědích. Jejich odpovědi se potvrdily i v rámci pozorování. Tabulka 2 udává, že sestry infekčního oddělení ve větším měřítku šperky nenosí. To se nedá říci o sestrách pracujících na ostatních odděleních interního typu, které dle sesbíraných dat šperky v pracovní době mají a jejich nehty nejsou správně ošetřeny.

Pro výzkumné šetření byly stanoveny výzkumné otázky, na které bylo ve výzkumném šetření odpovězeno. Z celého výzkumného šetření vyplývá, že existují rozdíly mezi přístupem, dovednostmi a vědomostmi sester na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se týkala přístupu sester k bariérové péči. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda je přístup sester k této péči jednotný a jestli existují rozdíly mezi dovednostmi a znalostmi sester. Informace, které byly potřebné k odpovědi na tyto otázky, byly získávány pomocí skrytého pozorování a rozhovory se sestrami. Výzkumné šetření se přímo zaobíralo tím, jak jednotlivé sestry na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu dodržují bariérovou péči. Konkrétně jaké využívají metody, jakým způsobem předchází vzniku infekce MRS A a jak postupují v případě zjištění této infekce. Výzkumné šetření se také zabývalo množstvím a využitím materiálu, který je potřebný pro ošetřování nemocných. Tyto informace byly zjišťovány na základě teoretických znalostí sester. Dále se výzkumné šetření zabývalo tím, jak sestry dodržují bariérovou péči v praxi. Jejich praktické dovednosti byly zjišťovány pomocí zúčastněného skrytého pozorování. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že existují znatelné rozdíly mezi přístupem sester na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu. Touto skutečností bylo odpovězeno na výzkumnou otázku 1: Jaký je přístup sester k ošetrovatelské bariérové péči na infekčním oddělení a oddělení interního typu? Dalším cílem této práce bylo zjistit znalosti sester v oblasti bariérové péče. V této oblasti bylo zjištěno, že sestry pracující na infekčním oddělení jsou více informované o zásadách bariérové péče a mají lepší teoretické znalosti v této oblasti než sestry pracující na ostatních odděleních interního typu. Tímto byla zodpovězena výzkumná otázka 2: Existují rozdíly mezi znalostmi sester na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu? V závěru výzkumného šetření bylo zjišťováno, jestli jsou rozdíly mezi dovednostmi sester, které pracují na již zmíněných pracovištích. Ve výzkumném šetření v této oblasti bylo jisté, že existují rozdíly mezi dovednostmi sester. Takto byla zodpovězena výzkumná otázka 3: Existují rozdíly mezi dovednostmi sester na infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu?.

Do budoucna bych navrhovala, aby byly všechny sestry pracující v nemocničním zařízení více edukovány o bariérové péči a o nutnosti jejího dodržování. Dále by bylo vhodné, aby nadřízený pracovník prováděl v pravidelných intervalech znalostní i dovednostní kontroly.

Tyto výsledky mohou být využity jako podkladový materiál pro výuku ošetrovatelských předmětů nebo jako příspěvek na odborné kurzy, semináře či konference zabývající se touto problematikou. Výstupem této práce je informační materiál, který může posloužit sestřám, studentům i laické veřejnosti. Pokud se čtenář po přečtení této bakalářské práce zamyslí nad předkládanou problematikou a změní své postoje k poskytování efektivní ošetrovatelské péče, pak tato práce měla smysl a splnila svůj účel.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

BEŇADIKOVÁ, Daniela, 2014 [online]. Nozokomiální nákazy jako determinant ošetrovatelské péče. *Zdravotnictví a medicína*, č. 14, s. 27 – 28. [cit. 2015-04-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nozokomialni-nakazy-jako-determinant-oseetrovatelske-pece-476267>.

BONEWIT-WEST, Kathy, 2015. *Clinical Procedures for Medical Assistants*. 9th ed. Elsevier Health Sciences, 843 s. ISBN 978-1-4557-4834-1.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3602-0.

HEJNAROVÁ, Eva a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.

HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-4032-X.

HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ, 2009. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4728-520.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-309.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4728-308.

KINDLOVÁ, 2002-2015 [online]. Hygienická dezinfekce rukou. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z:

http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=1&kod_kurzu=kos_3
92.

KRŠKA, Zdeněk, 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4738-154

MAĐAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1673-9.

MAZÁNEK, Jiří, 2014. *Zubní lékařství: propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4735-344.

M'IKANATHA, Nkuchia M., 2007. *Infectious disease surveillance*. 1st ed. Oxford: Blackwell Pub. ISBN 14-051-4266-9.

NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-198.

NELSON, Kenrad E a Carolyn Masters WILLIAMS. 2014. *Infectious disease epidemiology: theory and practice*. 3rd ed. Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Learning, xviii, 963 p. ISBN 978-1-4496-8379-5.

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE A.S., 2013. *Standard ošetrovatelské péče: Hygiena rukou*. České Budějovice. NCB _SOP_OS_13_062

NOVÁKOVÁ, Iva, 2012. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd., Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3707-2.

PANKHURST, Caroline a Wilson COULTER, 2009. Basic guide to infection prevention and control in dentistry. Ames, Iowa: Wiley-Blackwell. ISBN 14-051-7662-8.

PODSTATOVÁ, Hana, 2001. *Mikrobiologie, epidemiologie, hygiena: učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. 1. vyd. Olomouc: Epava. ISBN 80-862-9707-1

PODSTATOVÁ, Renata, Eliška SOVOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100 1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Grada. Zdraví. ISBN 978-80-247-1997-9.

PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetřovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

ROZSYPAL, Hanuš, Michal HOLUB a Monika KOSÁKOVÁ, 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4621-975.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd., Praha: Grada. ISBN 978-802-4717-753.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-485.

ŠEJDA, Jan, Zdeněk ŠMERHOVSKÝ a Dana GÖPFERTO VÁ, 2005. *Výkladový slovník epidemiologické terminologie*. 1. vyd., Praha: Grada. ISBN 80-247-1068-4.

ŠRÁMOVÁ, Helena, 2001. *Nozokomiální nákazy II*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS. ISBN 80-859-1225-2.

TREATY Series, 1973. *Treaties and international agreements registered or filed and recorded with the Secretariat of the United Nations*. New York: United Nations. ISBN 01-630-269-7500.

VÉVOD A Jiří a kol, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-322.

VYHLÁŠK A č. 306/2012 sb., *o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče*, 2012. In: Sběrka zákonů České republiky.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd., Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.

WESTON, Debbie , 2014. *Fundamentals of infection prevention and control: theory and practice*. 2nd ed. Chichester, West Sussex: John Wiley. ISBN 9781118673881-X.

WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4737-546.

WORKMAN, Barbara A., Clare L. BENNETT a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2006. *Klíčové dovednosti sester: 100 1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka Šimíčková – Čížková, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4737-706.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 Hygienická dezinfekce rukou

Příloha 2 Žádost o povolení výzkumu

Příloha 3 Výzkumné otázky

Příloha 4 Pozorovací arch

Příloha 5 CD Přepisy rozhovorů

Příloha 1 Hygienická dezinfekce rukou

Hygienická dezinfekce rukou

1. krok:
Dlaň proti dlaňi.

2. krok:
Dlaň pravé ruky přes levou ruku a dlaň levé ruky přes pravou.

3. krok:
Dlaň proti dlaňi s prodlouženými prsty.

4. krok:
Všichni články proti dlaňi s "ukládáním" prsty.

5. krok:
Sevřít prsty palce v levé dlaňi a vlnit kruhovými pohyby, a naopak.

6. krok:
Všichni články se sevřenými koncičky prstů pravé ruky v levé dlaňi, a naopak.

Aplikujte dezinfekční přípravek na suché ruce. De výše popsaného postupu včetně přípravku odškrábejte do rukou až po zápěstí 30 vteřin. Každý krok provádějte zvlášť. Po ukončení 6. kroku opatřte znovu jednotlivé kroky po dobu maximálně předepsaného času. Pokud je to nutné, použijte větší množství dezinfekčního přípravku. Zajistěte, aby ruce byly vlhké po celou dobu dezinfekčního procesu.

zdroj: www.eamos.pf.jcu.cz

Příloha 2 Žádost o povolení výzkumu

Jméno a příjmení : Anna Motlová..... Ročník, obor : Všeobecná sestra 3 prezenční

Den, měsíc, rok narození : 3,8,1993.....

Adresa (včetně PSČ) :U Čertíka 13 ,České Budějovice 370 10

tel. číslo ...776 651 300

ŽÁDOST

o povolení k provedení výzkumu v Nemocnici České
Budějovice a.s.

Téma bakalářské práce: Přístup sester k bariérové ošetrovatelské péči na
infekčním oddělení a ostatních odděleních interního typu

Odůvodnění žádosti:


Tímto Vás žádám o povolení mého výzkumu, který budu provádět pomocí rozhovoru a skrytého pozorování. K rozhovoru bude zapotřebí 10 – ti sester z infekčního oddělení a 10 – ti sester z ostatních oddělení. Výzkum bych chtěla provádět na Kožním oddělení, Neurologickém oddělení, Interním oddělení a na Infekčním oddělení. Mé dotazy i skryté pozorování se bude týkat bariérové ošetrovatelské péče. Výzkumný arch a výzkumné otázky dodávám spolu s žádostí.

Za vyřízení mé žádosti Vám děkuji.

Dne 16.3.2015

Motlová Anna VSP3


24. 3. 2015
.....
datum


.....
podpis studenta

Vyjádření :

24. III. 2015

SOUHLASÍM


Mgr. Monika Kyselová MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 3 Výzkumné otázky

1. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
2. Jak, kdy a kým jste byl/a proškolená o zásadách bariérové péče?
3. Jakými metodami dodržujete bariérovou péči?
4. Jaké množství materiálu (rukavice, jednorázové pomůcky, ústenky) máte na oddělení?
5. Při jakých výkonech používáte tyto pomůcky?
6. Jak a kdy provádíte dezinfekci rukou?
7. Jak a kde je na oddělení uložen dezinfekční plán?
8. Kde jsou na oddělení uloženy dezinfekční prostředky?
9. Jak se sestry podílí na dezinfekci a sterilizaci?
10. Jaká opatření používáte pro snížení rizika vzniku a přenosu MRSA?
11. Jak postupujete v případě zjištění MRSA?

Příloha 4 Pozorovací arch

	ANO	ANO, S NEDOSTATKY	NE
Umyla si sestra ruce po příchodu na oddělení?			
Provádí sestra mytí rukou a hygienickou dezinfekci rukou po každém výkonu či kontaktu s pacientem?			
Používá sestra správné množství dezinfekčního prostředku?			
Zná sestra správný postup dezinfekce rukou?			
Vyměňuje si sestra rukavice po každém výkonu a u každého pacienta?			
Provádí sestra dezinfekci pomůcek (tácek, emitní miska) po výkonu?			
Třídí sestra správně odpad?			
Manipuluje sestra správně s prádlem?			
Má sestra krátké, nenalakované nehty?			
Nosí sestra šperky?			
Podílí se sestra na předsterilizační přípravě?			
Podílí se sestra na dezinfekci?			
Podílí se sestra na sterilizaci?			