



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Používání rukavic při ošetrovatelské péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Květa Rejnartová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Používání rukavic při ošetrovatelské péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2018

.....

Květa Rejnartová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní doc. PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za trpělivost, vstřícné jednání a cenné rady při vedení práce.

Také děkuji za spolupráci při výzkumném šetření, především všem respondentkám a vedení zdravotnických zařízení.

Abstrakt

Současný stav: Nároky ve zdravotnictví se stále zvyšují, a to především v ošetrovatelské péči. Nedílnou součástí tohoto procesu je i ochrana před infekcí. Každá z nemocnic má vypracované standardy, v nichž se poukazuje na používání rukavic při určitých výkonech. To chrání nejen sestru, ale i pacienta před infekcemi. Povinností každého zdravotního pracovníka je tyto standardy a normy dodržovat a řídit se jimi. Bakalářská práce „Používání rukavic při ošetrovatelské péči“ poukazuje na skutečný stav v dodržování standardů v praxi a ve výskytu alergií.

Cíl výzkumu: Cílem výzkumného šetření bylo ověřit teoretické poznatky v souvislosti s jejich používání k činnostem, u nichž zdravotnický personál používá rukavice, jako jsou standardy a normy, a porovnat je s reálným stavem jejich dodržování. Byly zvoleny dva cíle: 1. Zhodnotit používání rukavic ve zdravotnictví dle standardů a porovnat jejich dodržování se skutečností. 2. Zjistit výskyt alergií u zdravotnického personálu v souvislosti s použitím rukavic.

Metodika: Pro empirickou část výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní výzkum. Sběr informací proběhl ve třech nemocnicích, a to anonymně. K tomuto účelu byl použit polostrukturovaný rozhovor se třemi identifikačními a osmi otevřenými otázkami. Všechny rozhovory byly přepsány a analyzovány metodou „tužka a papír“. Skryté pozorování bylo provedeno předem před samotnými rozhovory a zaznamenáno do archu.

Výsledky: Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že mezi teoretickou přípravou zdravotního personálu a poté praktickým prováděním výkonů dle standardů existují rozdíly. Použití rukavic je vnímáno jako něco nepodstatného a většina výkonů je provedena bez jejich použití. Zdravotnický personál si neuvědomuje důležitost standardů a chová se podle svého uvážení, bez obav z přenosu infekce. Tím neohrožuje pouze sám sebe, ale i zdraví pacienta. Výskyt alergií na latex se u zdravotnického personálu potvrdil. I přes zvýšenou kvalitu rukavic a jejich dostupnost se s tímto jevem setkáváme. Z analýzy výzkumného šetření vyplynulo, že pro dodržování standardů je rozhodující i kvalita rukavic.

Závěr: Bakalářská práce prozkoumala existenci rozporů mezi teorií a praxí v péči o pacienta dle standardů. Nemocnice by se neměly zaměřovat pouze na ekonomické hledisko ochrany zdravotního personálu, ale na nákup kvalitních rukavic. Školení ohledně používání rukavic by mělo být pravidelné a obsahově sjednocené se standardy. Řešením je zvýšená kontrola ze strany vedení oddělení a pravidelné audity, dále i odpovídající motivace zdravotnického personálu ze strany managementu nemocnic. Ochrana jednotlivce je ochranou celého zdravotního zařízení. Ze strany vedení by mělo docházet ke zvýšeným kontrolám a auditům.

Klíčová slova: akreditace, hygiena rukou, latex, nozokomiální nákazy, rukavice, standardy.

Abstract

Current Situation: New demands in health care are on the rise, especially in nursing care. Protection against infection is an integral part of this process. Every hospital has developed standards that describe the use of gloves during certain procedures. Glove use protects the nurse as well as the patient from infections. The responsibility of every health worker is to comply with these standards and norms. The Bachelor's thesis "The Use of Gloves in Nursing Practice" informs about the real practices regarding compliance with the standards and also about the occurrence of allergies.

Aim of the research: The aim of the research survey was to verify theoretical knowledge, such as standards and norms, related to procedures during which the medical staff use gloves and compare this knowledge with the actual compliance. Two aims were selected: 1. Evaluate the use of gloves in healthcare according to the standards and compare them with reality. 2. Determine the occurrence of allergies in medical personnel related to the use of gloves.

Methodology: The empirical part of the research survey was conducted using qualitative research. The data were collected anonymously in three hospitals by means of a semi-structured interview. The interview consisted of three identification and eight open-ended questions. All the interviews were rewritten and analyzed by a "paper and pencil" method. Hidden observations were carried out before the interviews and recorded on the sheet.

Results: The results of the research survey showed that there were differences between the theoretical training of medical personnel and the practical implementation according to the standards. Glove use is perceived as insignificant and most of the procedures are done without them. Medical personnel do not realize the importance of the standards and they behave as they see fit, not afraid of transmission of infection. They do not endanger only themselves, but the patients as well. The occurrence of latex allergy among medical personnel was confirmed. This allergy appears despite the better quality of gloves and their availability. The analysis of the research survey showed that the

quality of gloves is also key to compliance with standards. Management should carry out more frequent inspections and audits.

Conclusion: The Bachelor's thesis explored the discrepancies between theory and practice in patient care according to standards. Hospitals should not focus only on the economic aspect of protection of medical personnel but should purchase quality gloves. Training in glove use should be regular and consistent with the standards. The issue could be solved by regular inspections by the management of the department and regular audits. Next solution could be an adequate motivation of medical personnel by the hospital management. Protection of an individual means protection of the entire health facility.

Keywords: accreditation, gloves, hand hygiene, nosocomial infections, latex, standards.

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav.....	12
1.1 Nozokomiální nákazy.....	12
1.1.1 Historie nozokomiálních nákaz	12
1.1.2 Rozdělení nozokomiálních nákaz	14
1.1.3 Původci nozokomiální nákazy	14
1.1.4 Prevence nozokomiální nákazy	15
1.1.5 Profesionální infekce	17
1.2 Bariérové ošetřovatelství.....	18
1.2.1 Hygiena rukou – dezinfekce	20
1.2.2 Vývoj rukavic	21
1.2.3 Rukavice a jejich druhy	22
1.2.4 Standardní používání rukavic	23
1.3 Alergie.....	24
1.3.1 Mikroflóra kůže	25
1.3.2 Alergie na latex	26
1.3.3 Diagnostika alergických reakcí.....	27
1.3.4 Profesní nemoci	28
1.4 Akreditace	29
1.4.1 Standardy	30
1.5 Motivace.....	31
2 Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
3 Metodika	34
3.1 Metody a zpracování dat	34

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4	Výsledky.....	36
4.1	Analýza sledovaných kategorií	36
4.1.1	Školení o standardech	36
4.1.2	Znalosti o standardech	37
4.1.3	Znalosti o použití rukavic	38
4.1.4	Odběr krve	38
4.1.5	Aplikace močového katétru u žen.....	40
4.1.6	Odběr kapilární krve – glykémie	41
4.1.7	Ošetření ran.....	42
4.1.8	Aplikace žilní kanyly	43
4.1.9	Alergické reakce	44
4.1.10	Dostupnost rukavic	45
4.1.11	Kvalita rukavic.....	46
4.1.12	Dezinfekce rukou	47
4.1.13	Motivace sester k použití rukavic	48
5	Diskuse	49
	Závěr	57
	Seznam literatury.....	59
	Seznam tabulek a schémat	67
	Seznam tabulek	67
	Seznam schémat.....	67
	Seznam příloh.....	68
	Seznam použitých zkratk	69

Úvod

Používání rukavic je součástí ochrany ošetřujícího personálu, ale i pacientů před různými infekcemi a nozokomiálními nákazami. Při své praxi se setkáváme s tím, že zdravotničtí pracovníci nepoužívají rukavice při výkonech, kde je povinnost rukavice dle standardů a norem použít.

Pacienti přicházejí do zdravotnického zařízení s očekáváním, že jim bude poskytnuta péče na nejvyšší úrovni, a neočekávají, že by se zde mohli nakazit další infekcí. Pacienti nejsou ve většině případů informováni a s nozokomiální nákazou ani nemají zkušenost. Z toho vyplývá, že hlavní odpovědnost leží na všech zdravotnických zařízeních, hlavně na jejich pracovnících, kteří by měli uplatňovat celosvětově uznávané standardy propracované World Health Organization.

I pro zdravotnická zařízení je důležité předcházet nozokomiálním nákazám a jiným infekcím z důvodu ušetření nákladů, např. za delší hospitalizaci na lůžku, zvýšený kvantitativní náklad na léky, čas ošetřujícího personálu atd. Ošetřující personál by si měl uvědomovat, že je zodpovědný nejen za pacienta, ale i sám za sebe. Měl by mít na vědomí, že dodržováním hlavních hygienických zásad, zvláště hygieny rukou, napomáhá úsilí všech zdravotníků pacienta vyléčit. Ve zdravotnictví není místo pro laxnost, nedbalost, nezodpovědnost nebo podceňování nákaz.

Profesní a etickou povinností ošetřujícího personálu je především poskytovat kvalitní a odbornou péči. Volbou profese vzal na sebe za svou práci zodpovědnost, a proto by měl poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči v souladu s předpisy a se standardy. To platí i v oblasti používání ochranných pomůcek – rukavic, je třeba dodržovat všechny směrnice a normy.

Důležitou součástí při ochraně před nozokomiální nákazou je prevence a neustálá kontrola ze strany nadřízených orgánů, např. hygienické služby. Ověřování standardů a jejich naplňování se stává hlavním kvalifikačním předpokladem pro akreditaci zdravotnického zařízení. Nízký výskyt nozokomiálních nákaz je při hodnocení nemocnic důležitým faktorem, který zvyšuje ve společnosti jejich prestiž.

Při povinné praxi na odděleních se často setkáváme s tím, že ošetřující personál nepoužívá rukavice dle standardů. Neuvědomuje si, jak podstatná je prevence před

nozokomiálními a profesními nákazami. Není sice možné, aby došlo k úplné eliminaci těchto nákaz, ale preventivními opatřeními je možné dosáhnout stavu, kdy bude k jejich výskytu docházet v co nejmenší míře.

Ústředním cílem proto bylo zjistit a zhodnotit, zda jsou dodržovány standardy při vybraných výkonech ošetrovatelské péče v používání rukavic. Dále pokládáme za podstatné ověřit, jak souvisí používání rukavic s alergickými reakcemi u ošetřujícího personálu. Neméně důležitá je i kvalita a dostupnost rukavic na odděleních. Také nás zajímalo, jak je personál v souvislosti s dodržováním standardů motivován.

1 Současný stav

1.1 Nozokomiální nákazy

Dle Melicherčikové (2010, s. 26) lze nozokomiální nákazu (NN) definovat takto: „*Termín nozokomiální nákaza pochází z řeckého slova nosokomeion = nemocnice (nosos = choroba, komeo = starat se). NN je přenosné infekční onemocnění vnějšího nebo vnitřního původu, které vzniklo v souvislosti s pobytem osob ve zdravotnickém zařízení. Za nemocniční nákazu je považována i nákaza, která se s ohledem na svoji inkubační dobu projeví až po propuštění klienta ze zdravotnického zařízení nebo po jeho přeložení do jiného zdravotnického zařízení, ale i u klienta, který navštívil ambulantní pracoviště. Za nozokomiální nákazu považujeme i tu, která se díky různě dlouhé inkubační době projeví až po propuštění pacienta do domácí péče.*“

Skutečnosti, které ovlivňují vznik nozokomiálních nákaz ve zdravotnických zařízeních, se dají rozdělit podle tří základních činitelů. Prvním je faktor imunní – oslabení organismu pacienta nemocí, poraněním anebo léčbou, při níž došlo k oslabení imunity. Dalším faktorem je zásah do organismu pacienta, při němž dochází k porušení kožní a slizniční integrity, kdy do těla mohou vstoupit mikroorganismy (chirurgický zákrok, permanentní močová cévka, endoskopické vyšetření atd.). Třetím a posledním faktorem jsou mikroorganismy, které se nacházejí přímo v prostorách zdravotnického zařízení, které bývají rezistentní vůči antibiotikům (Podstatová et al., 2007).

Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení k rozvoji nozokomiálních nákaz, je nemocniční epidemiolog ve spolupráci s vedením jednotlivých oddělení povinen provést hlášení příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví, opět podle vyhlášky MZ 306/2012 Sb. V tomto hlášení se uvádí, zdali se jedná o jednotlivý, či epidemický ukazatel nozokomiálních nákaz, zdali došlo k plošnému hygienickému boji proti nozokomiálním nákazám, dále zda došlo k vážnému pochybení při opakovaném chirurgickém zásahu, čímž byl pacient poškozen na zdraví, zda proběhla opakovaná hospitalizace pacienta, následná úmrtnost apod. (Göpfertová et al., 2013).

1.1.1 Historie nozokomiálních nákaz

Poznání nozokomiálních nákaz se datuje již od starověku. Lidská společnost v souvislosti s vývojem křesťanství zakládala různé válečné lazarety, nemocnice pro chudinu, hospitia apod. V nich se uplatňovala především základní ošetrovatelská

péče o chudé a raněné. V těchto zařízeních, která byla zřizována především církví, se snažili o pomoc v nemoci i chudobě. Byla zde snaha poskytnout co nejlepší péči, ale z důvodu nedostatečné znalosti mikrobů a virů docházelo k přenosu těchto agens, čímž se péče stávala nedostatečnou (Šrámková et al., 2013).

Florence Nightingalová (1820–1910) byla jednou z prvních průkopnic v boji proti infekcím. Již v období krymské války (1854) se snažila o nastolení hygienických návyků, aby zabránila umírání raněných vojáků. Jednalo se především o čisté prádlo, zavedení sociálních zařízení, dostatek potravin a především dodržování hygienických předpisů (Podrazilová, 2013).

Dalším představitelem v boji proti infekcím byl lékař Ignaz Semmelweis (1818–1865), který působil v nemocnici (porodnici) ve Vídni. Během své praxe postupně zjistil, že důvodem šíření infekce tzv. horečky omladnic jsou ruce mladých praktiků a lékařů, kteří vyšetřovali invazivně rodičky (Nuland, 2005).

Dalším z řady vědců, kteří přispěli k poznání nutnosti prevence před infekcemi, byl anglický chirurg Joseph Lister (1827–1912). V jeho době byl jedním z hlavních problémů septický stav. Prokázal, že gangréna souvisí s procesy rozkladu a hniloby. Stanovil přesný hygienický plán při chirurgických operacích, při nichž začal používat jako dezinfekci kyselinu karbolovou. Dospěl k závěru, že ránu je nutné vždy pečlivě vyčistit a chránit před infekcí. Prokázal, že je důležitá ochranná bariéra kůže před vniknutím infekce do těla pacienta. Použitím uvedené kyseliny prudce snížil sepsi ran (Gill, 2017).

Robert Koch (1843–1910) byl dalším z lékařů a mikrobiologů, který šel vlastní cestou. Výzkumným postupem odhalil původce antraxu a cholery, což byl výsledek vědecké výpravy po Egyptě a Indii. Rozpracoval boj proti tuberkulóze a začal uplatňovat očkovací látku tuberkulin, získanou z extraktu kultur tuberkulózy skotu (Dobsonová, 2009).

V boji proti septickým stavům přispěl k poznání a léčbě nemocí i další z velikánů, chemik a mikrobiolog Louis Pasteur (1822–1895). Byl spojován hlavně s experimentální biologii, své závěry dokázal publikovat ve vědeckých kruzích. Soustředil se na výzkum bakterií a kvasinek. Využíval i poznatků kolegy Kocha, zejména v oblasti působení antraxu. Prokázal, že se mikroorganismy podílejí i na

zušlechtování potravin, např. při kysání vína nebo pasterizaci mléka a piva. Jeho odkaz má platnost i v současné době (Porter, 2013).

1.1.2 Rozdělení nozokomiálních nákaz

Klasifikovat nozokomiální nákazy lze dle Kelnarové et al. (2015) podle tří kritérií, kterými jsou zdroj, specifika a klinické symptomy. Nozokomiální nákazy rozdělujeme dle výskytu na specifické, kdy jejich původ přímo souvisí se zdravotnickým zařízením. Vznikají jako důsledek léčebných či detekčních výkonů. U nich záleží především na dodržování bariérových postupů, na kvalitní péči vůči pacientům, dodržování hygienických postupů, zodpovědném přístupu zaměstnanců apod. Pokud se jedná o nákazu, která vznikla mimo zdravotnické zařízení, např. respirační onemocnění, nazýváme je nespecifické. Většinou infekční agens dobře reaguje na antibiotickou léčbu. Podle Benešové (In Navrátil, 2008) rozdělujeme nozokomiální nákazy dle původu na exogenní, kde je infekce způsobena infekčním agens, který je zanesen mimo tělo pacienta. Mezi účinná preventivní opatření patří např. bariérové opatření, aseptické postupy a dostatečná hygiena. U endogenní cesty je zdrojem infekce sám pacient, kdy dojde k tomu, že jeho vlastní infekční agens je přesunut do jiné části těla. Nejčastěji dochází k zavlečení této nákazy z kůže do různých dutin a hlavně do ran.

Jak uvádí Kelnarová (2015), lze příznaky nozokomiálních nákaz dále dělit podle klinické manifestace na močové ústrojí – hlavně u pacienta, jemuž byl zaváděn močový katétr, kdy nebyl dodržen postup dle standardu a byl infikován infekčním agens. Infekce v místě chirurgického výkonu – špatně se hojící rány, u kterých dochází k druhotnému hojení. Pneumonie (dýchací ústrojí) – u níž dochází k přenosu bakteriálního či virového agens. Původcem infekce je samotný pacient nebo zaměstnanci zdravotnického zařízení. Nejčastěji se vyskytuje v dětském věku a u starších lidí. Infekce krve (sepsy) vznikají při nedodržení aseptického postupu, nejčastěji při práci s permanentní žilní kanylou, nebo u výkonů, kdy dochází k porušení kožní integrity. Infekce trávicího ústrojí – většinou se na infekční agens nepřijde. Nejčastěji je toto onemocnění způsobeno bakteriálním infekčním agens a projevuje se průjemovými stavy.

1.1.3 Původci nozokomiálních nákaz

K přenosu nozokomiálních nákaz dochází prostřednictvím mikrobů, bakterií z čeledi Rickettsiaceae a Chlamydiales, Protozoa, Candida a virů (Göpfertová et al., 2013). Jedná

se hlavně o bakterie, které jsou dobře známy a nezpůsobují v normálních situacích žádné potíže. U hospitalizovaných pacientů dochází ke změně mikroflóry. Do čtvrtého dne, kdy je pacient hospitalizován, se jedná o infekci, která je způsobena hlavně streptokokovými, hemolytickými, stafylokokovými, pneumokokovými a enterokokovými kmeny. Po pátém dni vyvolávají infekci především kmeny stafylokoků, RSA, enterokoků a pneumokoků. Dalším původcem je bakterie Legionella, hlavně ve vodovodních nádržích zdravotnického zařízení. Z řady mikrobů můžeme zařadit klostridie, které jsou problematické zejména u pacientů s dlouhodobou antibiotickou léčbou. Dále jsou to mykózy, jako např. kandidy, zástupci virů, např. herpesviry, rotaviry, adenoviry, cytomegaloviry, noroviry a hepatické viry (Göpfertová et al., 2013). Jak uvádí Göpfertová (2006), jsou stafylokoky bakteriálního původu a patří do běžné kožní mikroflóry. Pokud dojde k porušení kožní integrity anebo došlo k zavedení cizího materiálu, stafylokoky se začnou množit a pacienti mohou být dlouhou dobu přenašeči těchto bakterií. Ty začínají být odolné vůči antibiotické léčbě, a tím dochází ke zvýšenému výskytu nozokomiálních nákaz.

Jedním z nejvíce se vyskytujících druhů je dle Schindlera (2014) Stafylokok epidermidis. Představuje hlavní riziko při chirurgických výkonech, u nichž dochází k aplikaci materiálu, který není pacientovi vlastní. Jedná se především o endoprotézy, mechanické srdeční chlopně apod. Dalším původcem je Escherichia coli, která je bakteriálního původu a za normálních okolností tvoří obsah tlustého střeva. Tato nákaza je zodpovědná především za střevní obtíže, které mohou být i vážnějšího rázu. Dále způsobuje různá infekční onemocnění močových cest, především u žen. Dalšími infekčními agens jsou dle Hedlové a Jindráka (In Jindrák, 2014) enterokoky, které patří do čeledi streptokoků. Patří mezi bakterie, které jsou velmi často imunní vůči antibiotické léčbě a dezinfekci. K ohroženým pacientům patří hlavně ti, u kterých je velmi častá indikace antibiotik, a ti, kdo jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko. Nelze vynechat ani enterobakterie, Pseudomonas aeruginosa a Burkholderia cepacia. Ty se podílejí na nozokomiálních nákazách stejnou měrou.

1.1.4 Prevence nozokomiální nákazy

Prevenčí nozokomiální a profesní nákazy v pojetí Sedlářové (In Vytejšková et al., 2011) zajišťujeme zvláště bezpečnost zdravotnického pracovníka, pacienta, ale i všech

ostatních osob v provozu zdravotnického zařízení. Běžná prevence před nozokomiálními nákazami se skládá ze čtyř částí:

1. Hygiena zdravotnického zařízení – zajištění dostatečné hygieny a dezinfekce prostředí, každodenní úklid, dodržování pravidel při manipulaci s prádlem a léky. Péči o prostředí a úklid rozumíme dodržování standardů a norem tak, aby se zabránilo rozšiřování mikrobiologických agens. Úklid se provádí denně, na specializovaných odděleních, jako je např. operační sál nebo JIP, se musí uklízet třikrát za den. Pokud dojde k potřísnění místa krví, sekrety či exkrekty, kontaminované místo ihned zajistíme a zasypeme granulačním práškem k tomuto účelu určeným nebo použijeme tkaninu či vatu s dezinfekcí, kterou na místo kontaminace položíme. Při zacházení s prádlem je důležité, aby bylo prádlo tříděno (prádlo pacientů, a ošetřujícího personálu). K použitému prádlu přistupujeme jako ke kontaminovanému a řídíme se danými postupy, kdy používáme vždy bariérové pomůcky. Po práci s prádlem vždy provedeme hygienu rukou. Neměli bychom zapomínat ani na pomůcky pro pacienta, které jsou velmi často k jednomu použití, čímž se snižuje přenos nozokomiálních nákaz. Ulehčují práci zdravotnickému personálu, a to hlavně z toho důvodu, že se nemusí provádět dezinfekce a následně ani sterilizace pomůcek. Zacházení s pomůckami pro opakované použití je náročnější z hlediska dodržení hygienických předpisů, především odstranění patogenů. Ale i tak se v dnešní době stále dostatečně využívají. Další součástí nemocniční hygieny je dezinfekce, která se dělí na fyzikální a chemickou, a sterilizace, což je proces vedoucí k usmrcení všech mikroorganismů schopných rozmnožování včetně spór (Sedlářová in Vytejková et al., 2011).
2. Zabezpečení čistoty rukou – jedná se především o jejich mytí a dezinfekci. Tímto způsobem předcházíme přenosu nozokomiálních nákaz, které jsou prostřednictvím rukou způsobeny ve více než polovině případů. Každý ošetřující personál by měl dbát na hygienu rukou, především na úpravu nehtů (přírodní, krátké a bez laku), ruce chránit před poraněními a ošetřovat je produkty určenými k tomuto účelu. Více se tímto tématem zabýváme na jiném místě (viz kap. 1.2.1).
3. Bariérové nástroje a oděv – každý ošetřující personál má nárok na ochranný oděv a pomůcky. Chrání ho především proti přenosu nozokomiálních nákaz

a různých infekcí, před potřísněním nebezpečnými látkami apod. Jednotlivá oddělení mají na ochranu ošetřujícího personálu během vykonávání jejich činnosti rozdílné požadavky. Především se jedná o ochranu rukou, vlasů a úst. K tomuto účelu musí zaměstnavatel poskytnout dostatek ochranných pomůcek. Téma bariérového ošetřovatelství je zpracováno v kapitole 1.2

4. Dodržování bezpečnostních opatření při práci s ostrými pomůckami a nebezpečným odpadem – každý ošetřující personál by měl být obeznámen s pokyny, jak zacházet s odpadním materiálem. Slouží k tomu instrukce, které jsou uvedeny v provozní dokumentaci. Každý odpad ve zdravotnictví je nutné třídít podle předpisů, které jsou k tomuto účelu vypracovány. Především je nutné zvýšit pozornost při práci s předměty, které nás mohou poranit (jehly, sklo). Každý ošetřující pracovník by měl dbát na to, aby se pracovní činnosti plně věnoval a neprováděl výkony ve spěchu. Měl by používat prostředky, které ho ochrání (Sedlářová in Vytejšková et al., 2011).

Jak manipulovat s odpadem dále určuje Metodika pro nakládání s odpady ze zdravotnických, veterinárních a jim podobných zařízení (2016), vytvořená Ministerstvem životního prostředí. Zaobírá se hlavně odpadem, který může ohrozit život jedince. Pokud nemocnice produkují odpad z provozu, jsou zodpovědné za dodržování směrnic, které se týkají dekontaminace odpadu. Jedná se hlavně o dodržování třídění odpadu hned na každém oddělení, kde odpad vzniká.

1.1.5 Profesionální infekce

Přenosem infekčního agens ve zdravotnickém zařízení v pojetí Sedlářové (In Vytejšková et al., 2011) nebývá ohrožen jen pacient, ale i sám ošetřující personál se s touto problematikou při své práci potýká. Cesta přenosu infekce se odvíjí od specifik každého oddělení a obsahu pracovní náplně ošetřujícího personálu. K přenosu dochází po kontaktu s přenašečem, což je klasifikováno jako přímá cesta. Další možností je kontaminace nebezpečným materiálem, např. krví či sekretem, anebo kontaktem se znečištěnými pomůckami. Dochází zde ke kontaminaci infekčním agens především z důvodu nedostatečné hygieny rukou, nepoužití bariérových pomůcek a neuváženého zacházení např. s krví. Cestu přenosu infekčního agens u ošetřujícího personálu lze shrnout do několika kategorií.

1. Kategorie infekčních nákaz – spadá sem především infekce, které se vyskytují na odděleních, kde se setkává ošetřující personál s dětskou populací. Jedná se o scarlatinu, rubeollu, parotitidu, pertussis atd. K přenosu infekčního agens dochází přímou a nepřímou cestou.
2. Kategorie infekčních nákaz – choroboplodné zárodky těchto onemocnění jsou obsaženy v exkrementech postiženého jedince. Ve většině případů jsou tyto zárodky přeneseny do úst ošetřujícího personálu, a to z důvodu nedodržení standardů ošetrovatelské péče. Jedná se především o nedostatečnou hygienu rukou, nedodržení aseptických postupů nebo nesprávnou manipulaci s prádlem a potravou (Šrámová et al., 2013).
3. Kategorie infekčních nákaz – onemocnění, k jehož přenosu dochází prostřednictvím vzduchového proudu. Jedná se buď o přenos kontaminovanými pomůckami a nástroji, nebo kapénkami, které jsou obsaženy ve vzduchu anebo v prachu. Infekční agens je především z řad streptokoků, EB virus nebo bakterie.
4. Kategorie infekčních nákaz – parazitární onemocnění, které je vyvoláno zákožkou svrabovou. Tato infekce je přenášena přímým kontaktem s postiženým jedincem anebo prostřednictvím jeho osobních věcí, jako je např. prádlo nebo pomůcky (Kapounová, 2007).
5. Kategorie infekčních nákaz – infekce je u těchto nákaz přenášena prostřednictvím krevního řečiště. K přenosu infekčního agens dochází především při neopatrné manipulaci s ostrými pomůckami (jehly, nástroje) nebo při nepoužívání bariérových pomůcek. Jedná se zejména o onemocnění virových hepatitid a HIV (Bendová, 2011).

1.2 Bariérové ošetrovatelství

Za osvědčenou ochrannou metodu před infekcí se považuje bariérový způsob ošetrování. Jedná se především o dva systémy. První z nich plní úlohu bariéry, hlavně při nákazách, kdy dochází k riziku přenosu infekčních agens. V tomto případě je nutná hospitalizace pacienta na samostatném pokoji, zdravotnický personál musí používat ochranné pomůcky, jako jsou např. rukavice, ústenky nebo empír. Dále je nedílnou součástí hygiena rukou zdravotnického personálu, pomůcky určené pouze pro samotného pacienta a jejich následná dezinfekce, specifické postupy při práci s prádlem a také třídění infekčního materiálu a jeho odstranění za bezpečnostních podmínek (Šrámová et al., 2013).

Ochranné pracovní pomůcky jsou nedílnou součástí tohoto režimu a jsou legislativně řešeny nařízením vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. Uvádí se v něm, jaká bezpečnostní opatření je při pracovní činnosti nutné provést. Dále dle Šrámové et al. (2013) se druhý systém zaměřuje na ochranu samotného pacienta. Jedná se o výkony, kdy zasahujeme do jeho těla. Především při manipulaci s periferní žilní kanylou nebo močovým katétrem, při ošetření ran a péči o tělo pacienta.

Podle Rozsypalové et al. (2009) nesmíme při aplikaci bariérové ošetrovatelské péče zapomínat především na moment komunikace s personálem a nemocným. Zvláštní důležitost je třeba věnovat pracovníkům úklidové firmy apod. tak, aby bariéra měla smysl a plnila svůj účel. Musíme dbát hlavně na komunikaci s příbuznými a návštěvami pacientů, kteří by měli být o izolovanosti pacienta informováni a měli by být také poučeni o dodržování postupů, zvláště na oddělení JIP, ARO, na prenatálním oddělení apod.

Ošetřující personál, jak dále uvádí Kapounová (2007), by měl dbát na to, aby se staral o svůj zevnějšek a hygienu, nosil čisté pracovní oblečení, dodržoval pořádek ve svých osobních věcech, používal doporučené postupy při bariérovém ošetrovatelství, správně si převlékal oděv, prováděl postupy dle standardu, stravoval se v místě tomu určeném a dodržoval zákaz kouření na pracovišti.

Hedlová (In Jindrák, 2014) popisuje k izolačnímu režimu hned několik opatření. První se týká přenosu infekce kontaktem, a to buď přímou cestou, či nepřímou. K přímé cestě přenosu většinou dochází ve zdravotnických zařízeních, kde nejsou dodržovány standardy v oblasti ošetrovatelské péče, např. pokud se při manipulaci s biologickým materiálem nepoužijí rukavice a zdravotnický personál se infikuje krví pacienta.

O nepřímé cestě můžeme hovořit dle Hedlové (In Jindrák, 2014) ve spojitosti s nesprávným postupem při mytí a dezinfekci rukou, a to hlavně pokud ošetřujeme více pacientů najednou a neprovádíme dezinfekci mezi jednotlivými pacienty a úkony. Druhé opatření je z důvodu přenosu z dýchacích cest, a to kapénkovou formou. Jedná se především o přenos při respiračních onemocněních, jako je rýma a kašel. Třetí důvod pro izolaci je, pokud se infekční agens přenáší vzduchem. K izolaci dochází na základě komplexu symptomů z důvodu ochrany pacienta.

1.2.1 Hygienu rukou – dezinfekce

V letech 2006–2008 byl přijat ve více než čtyřech stech nemocnicích návrh, který byl vydán World Health Organization. Jednalo se o koncept, který zahrnoval strategii, jak ještě lépe provádět hygienu rukou. Z toho sedmdesát nemocnic návrh klasifikovalo, sledovalo a převzalo z doporučení poznatky. Edukativní úsilí je od této doby namířeno na aplikaci správné hygieny rukou a poukazuje na to, jak důležité je vzdělávání se v problematice předcházení nozokomiálními nákazami (Kelčíková, 2011). „*Mytí rukou představuje nejúčinnější, nedostupnější a nejlevnější metodu zabraňující přenosu mikrobů z osoby na osobu*“ (Šrámová et al., 2013, s. 64).

Od roku 2009, jak uvádí WHO (2018), byl zahájen program Světový den hygieny rukou, který je každoročně datován k 5. květnu. Tato kampaň má poukázat na důležitost hygieny rukou jako prevence před nozokomiálními nákazami a infekčním agens. Kampaň není určena jen pro ošetřující personál, ale i pro veřejnost. Dále byl dle doporučení World Health Organization vytvořen metodický návod MZ 5/2012 k hygieně rukou v rámci ošetrovatelské a léčebné péče o pacienty. Z něho vyplývá, že hygiena rukou se skládá ze tří částí. První část se zabývá mytím rukou podle normy ČSN EN 1499. K očištění rukou by měly být použity mycí gely, mýdla k tomuto účelu určená a vždy papírové utěrky na jedno použití. Postup je popsán tak, že by ruce měly být dostatečně navlhčené, poté dostatečným množstvím gelu vytvořit pěnu, a pokrýt tak celé ruce. Doba trvání by měla být nejméně 30 sekund. Vše se poté opláchně a osuší utěrkou. Neměla by se používat příliš teplá voda, aby nedocházelo k porušení mikroflóry pokožky. Mytí rukou by se mělo hlavně provést po znečištění rukou a po návštěvě WC.

Druhou částí je dezinfekce rukou podle normy ČSN EN 1500. Ta se provede vždy před stykem s pacientem a po styku s ním, při kontaktu s biologickým materiálem, po použití rukavic jak sterilních, tak nesterilních apod. Dezinfekce rukou je vhodná, pokud nejsou ruce příliš znečištěné. Dezinfekce se vždy používá na suché ruce a nekombinuje se s mycím gelem.

A jako poslední uvádí návod hygienu rukou při práci s léčivem a při manipulaci s jídlem, kdy se použije dezinfekce vždy (Věstník MZ, 5/2012).

1.2.2 Vývoj rukavic

Historicky se vývoj rukavic rovná poznání znalostí mikroorganismů a jejich škodlivosti na lidský organismus. Pochopením jejich důležitosti v boji proti infekci docházelo k jejich zkvalitňování postupným zlepšováním materiálů, ze kterých byly rukavice vyráběny. Jedním z prvních lékařů, který začal rukavice používat, byl Johann Walbaum (1724–1799), který v roce 1758 zavedl rukavice z ovčích střev, které byly namáčeny ve vlažné vodě, a tím byly poddajné. Tři prsty ruky byly tvořeny jedním návlakem, palec a ukazováček tvořil samostatnou část rukavice. Vysvětlil, že rukavice je mechanická výbava navržená tak, aby se ruka nepřichytila ke stěně pochvy nebo dělohy a také zakrývala nehty, aby matku ochránila před bolestivým poraněním. Poprvé uplatňoval rukavice jako bariéru, ale to nemá nic společného s asepjí. Tyto rukavice byly vytvořeny pro porodnictví (Pehrson, 1960).

Pokrok ve vývoji rukavic provedl další dermatolog Joseph Plenk (1739–1807), který navrhl první rukavice z gumy. Sám našel důvody rovněž k profylaktické bariéře. Rukavice používal k operacím, k chirurgickým účelům. První patent na výrobu rukavic uvedl v život Thomas Foster v roce 1878 a od té doby mohl vyrábět rukavice pro chirurgické operace (Rutkow, 1993). Dalším, kdo souběžně zaváděl rukavice do chirurgické oblasti, byl William Steward Halsted (1852–1922), americký lékař. Zdravotní sestry ho upozornily na problém kožních chorob na ruku, zejména jeho snoubenka Karoline Hamptonová. Na základě toho požádal William Steward Halsted gumárenskou firmu Goodyear, aby vyrobila (viz příloha 4) tenké gumové rukavice (Porter, 2013).

Rovněž v české chirurgii se rukavice postupně zaváděly při různých výkonech. V moderní chirurgii hovoříme o Karlu Maydlovi, Otakaru Kukulovi a Rudolfovi Jedličkovi. Všichni si uvědomovali důležitost rukavic v boji proti infekcím (Schott, 1994).

Jak uvádí Šulová a Moravcová (1953), rukavice byly v té době velmi ceněné a bylo nutné je používat opakovaně. Rukavice, které ošetřující personál použil, bylo potřebné omýt v mýdlové vodě z obou stran tak, aby bylo odstraněna především krev. Poté se sušily a kontrolovaly, zda nedošlo k jejich perforaci. Pokud došlo k jejich porušení, bylo nutné je ošetřit benzinovým přípravkem a následně zalepit. K tomuto účelu se používaly vyřazené, použité rukavice. Z nich se vystříhlo velikostně přiměřené kolečko, které se

přilepilo na porušené místo. Pokud již byly rukavice vyspravené, musely se zasypávat z obou stran talkem. V případě, že bylo nutné, aby rukavice byly sterilní, dle Rozsypalové et al. (2006) se párovaly dle odpovídajících rozměrů. Z párů se tak vytvořily jednotlivé balíčky za pomoci obvazové tkaniny a daly se ke sterilizaci.

Některé z těchto postupů v ochraně před infekcemi přetrvávají i v současné době. Například stejný zůstal postup nasazování sterilních rukavic, při němž postupujeme od pravé ruky k levé. Dnes již rukavice nepereme, ale jsou jen na jedno použití. Výrobce při jejich výrobě také musí dodržovat normy. Vývoj dospěl k tomu, že sortiment rukavic nabízí nepřehledný výběr rukavic a zdravotničtí pracovníci mají rozhodně lepší podmínky než v minulosti (Michálková, 2012).

Některé z těchto postupů v obraně před infekcemi přetrvávají i v současné době. Například postup nasazování sterilních rukavic zůstal stejný, při němž postupujeme od pravé ruky k levé. V současné době rukavice nepereme, nepracujeme s nimi, jako tomu bylo kdysi, ale používáme je na jedno použití. Výrobce musí v dnešní době při výrobě rukavic také dodržovat normy (Michálková, 2012).

1.2.3 Rukavice a jejich druhy

Rukavice patří mezi ochrannými pomůckami ve zdravotnických zařízeních za jeden z nejdůležitějších atributů. Jejich použití chrání nejen zdravotníka, ale i samotného pacienta. Zabraňují kontaminaci rukou zdravotnického personálu a brání přenosu infekčních agens na pacienta a opačně. Rukavice dělíme na nesterilní, které používáme vždy, pokud dojde ke kontaktu s biologickým materiálem (krev, sekret, exkret, sliznice apod.), při vyšetřování nesterilních dutin, kde nedochází k porušení integrity sliznic, kde je riziko přenosu infekce a při mytí pacienta. Dále na sterilní, které jsou indikovány při práci s centrálním cévním vstupem, chirurgické operace, nitrožilní výživa a u přípravy cytostatik. Bez rukavic je možné pracovat, pokud nedochází ke kontaktu s biologickým materiálem, není znečištěné prostředí, u měření fyziologických hodnot, převážení pacienta, pečujeme-li o oční a ušní oblast. Dále také při práci s dokumentací, při manipulaci s jídlem, přesouvání nábytku, při telefonování a práci s léky (Věstník MZ 5/2012).

Současná nabídka ochranných pracovních pomůcek – rukavic, je velmi široká a pestrá. Při jejich výběru by se neměl brát ohled pouze na ekonomické hledisko, ale především

na bezpečnostní. Poskytnuté ochranné pracovní pomůcky musí skutečně zdravotníka v dostatečné míře chránit. Aby byly pomůcky účinné pro jejich užití a výrobu, bylo Evropskou unií stanoveno několik zásadních norem, podle nichž se tato oblast řídí. Jedná se především o normu EN 420, která určuje kvalitu rukavic, jejich vzhled, komfort, účinnost a to, aby nepoškozovaly zdraví. Rukavice, které používáme ve zdravotnictví, jsou touto normou označeny, výjimku tvoří rukavice pro chirurgické výkony, které podléhají normám jiného charakteru. Další norma EN 388, která určuje pevnost a jejich sílu, označuje rukavice znakem, který se skládá ze čtyř číslic. Určuje, jak jsou rukavice odolné. Poslední závaznou normou je EN 374, která se používá u rukavic, které mají být odolné vůči chemickým látkám. Rukavice, které jsou vyrobeny z latexu, musí být podrobeny testům, nakolik produkují proteinové látky (Vejtasa, 2011).

Ze zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, vyplývá, že za kvalitu rukavic je zodpovědný zaměstnavatel. Sedlářová (In Vytejšková et al., 2011) uvádí, že dle materiálu rozdělujeme rukavice na nitrilové, které jsou určeny pro práci s krví nebo jiným biologickým materiálem a pro manipulaci s ostrými nástroji, jelikož jsou pevnější a chrání před působením chemických látek. Dále na latexové, které jsou odolné, elastické a komfortní. Některé druhy jsou vhodné i pro manipulaci s dezinfekcí a při práci s chemoterapeutickými přípravky. Jedná se hlavně o rukavice, které jsou silnější než běžné latexové rukavice. Další druh rukavic je vyroben z vinylu, ty ale nejsou vhodné tam, kde dochází ke kontaktu s biologickým materiálem a detergenty. Nejsou totiž dostatečně odolné vůči chemickým látkám, propouštějí i ve více než padesáti procentech viry. Jako poslední jsou polyetylenové, které však k využití pro praxi ve zdravotnictví nejsou vhodné.

1.2.4 Standardní používání rukavic

Pro použití rukavic k ochraně zdravotníka musí mít každé zdravotnické zařízení zpracován normotvorný dokument k jejich využití. Podle vyhlášky č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, je každý zdravotnický pracovník povinen dodržovat standard každého oddělení tak, aby po ukončení své činnosti na tomto oddělení ruce plně dezinfikoval a na druhém oddělení začal používat ochranné pracovní pomůcky podle nového standardu. To znamená, že pracovník musí znát práci s rukavicemi na každém oddělení zvlášť.

V návazné vyhlášce Věstník MZ 5/2012 se přímo uvádí, kdy a jak se rukavice musí použít a jaké druhy jsou určeny ke konkrétnímu druhu práce. Najdeme v ní rovněž doporučení, jak s rukavicemi zacházet. Jedná se hlavně o následující pravidla:

1. U každého pacienta použijeme vždy rukavice nové.
2. Po dezinfekci rukou je nutná doba pro zaschnutí a až poté rukavice nasadíme.
3. Po výkonu vždy rukavice sundáme a nakládáme s nimi podle předpisů.
4. Pokud rukavice nejsou celistvé, likvidují se bez použití.
5. Po sundání rukavic vždy provedeme hygienu rukou.

Jak dále uvádí Hedlová (In Jindrák, 2014), vyměníme rukavice vždy, když není rukavice celistvá, po potřísnění biologickým materiálem, pokud má dojít k dezinfekci a mytí rukou a při změně pacienta. Neméně důležitý je i postup jejich nasazení, a to hlavně u sterilních rukavic, kdy se musí zajistit aseptický postup, který je následující: sterilní balíček s rukavicemi rozložíme tak, aby rukavice ležely ve vodorovné poloze. Jednu rukavici uchopíme za její vnitřní okraj a nasadíme ji. Nesmíme zapomínat na to, že se jiné části rukavice nesmíme dotýkat. Dále rukou ve sterilní rukavici uchopíme vnitřní část druhé rukavice. Dotýkáme se pouze ohrnuté vnitřní části rukavice a přetáhneme. Pokud máme nasazené sterilní rukavice, nesmíme se dotýkat jiných pomůcek, než které jsou určeny pro daný úkon.

Po kontaminaci rukavic je jejich sundání následující: Rukavici uchopíme na okraji, který končí u zápěstí, a sundáváme rukavici tak, abychom se nedotýkali kůže, ale pouze rukavice, čímž se nám rukavice obrátí, a nedotýkáme se kontaminované části. Druhá ruka uchopí znečištěnou rukavici a ruka bez rukavice stáhne obě dvě společně (Hedlová in Jindrák, 2014).

Podle Reicharda et al. (2017) se nesmíme domnívat, že pokud neprovedeme správnou dezinfekci rukou před nasazením rukavic anebo po něm, tak se ochrana rukavic zvýší. Pokud totiž nejsou ruce před nasazením rukavic suché, dochází k porušení struktury rukavic a ochrana není dostatečná. Stejně je tomu u rukavic, kde použijeme dezinfekci po jejich nasazení.

1.3 Alergie

Vývoj pračlověka až po Homo sapiens sapiens provázely různé druhy nemocí a rovněž i alergie. Zpočátku byly alergie neznámou oblastí, ale vývojem vědy a lidského poznání

se dospělo k tomu, že lidé trpí nepřiměřenou reakcí imunitního systému. Již Hippokratés poukázal na možnou alergii na kozí mléko, ze kterého vznikal ekzém. Jinak celá staletí nebyla alergie nijak zkoumána a nebyla jí přičítána větší důležitost. Až ve 20. století došlo k celkovému rozmachu ve výzkumu. Rakouský lékař Clemens von Pirquet jako první označil alergii za obrannou reakci těla (Pütz et al., 2007).

Alergie je reakce organismu na látky (zvířecí chlupy, obiloviny apod.), zvýšenou odpovědí imunitního systému. Určitá substance může projít přes dýchací systém anebo dojde ke kožnímu kontaktu. Úkolem imunitního systému je ochrana před toxickými látkami a patogeny. Pokud dojde k alergii, značí to, že buňky imunity nevědí, o jaký agens se jedná. Tyto buňky reagují na neznámou látku (antigen) tím, že začnou produkovat imunoglobuliny, které se poté spojí s antigenem. Od toho okamžiku si budou imunitní buňky tuto neznámou látku pamatovat, a pokud se s ní příště setkají, bude vzápětí odstraněna (Mindel, 2017).

U alergie vzniká stejná reakce, jen s tím rozdílem, že antigen není nebezpečný. Zde není příčina v samotné látce, ale v reakci imunitního systému. To znamená, že pokud se tělo setká opakovaně např. se zvířecími chlupy, na které vznikla alergie, bude vždy produkovat imunoglobulin (IgE), který podněcuje heparinocyty. Ty vyprodukují histamin, který ve velké dávce vyvolává alergickou reakci (Mindel, 2017).

Alergie dělíme do čtyř typů:

1. typ: patří k nejčastější formě alergií. Dochází k tomu, že jsou tvořeny IgE, které podporují v heparinocyty tvorbu histaminu. U tohoto typu alergie vzniká kožní vyrážka, alergická rýma apod.
2. a 3. typ: zde jsou imunoglobuliny IgG součástí krve. Pokud v krvi nejsou obsaženy v dostatečném množství, vzniká zvýšené riziko infekce. Dochází tak k lékové alergii anebo k alergii na potraviny.
4. typ: zde k produkci protilátek nedochází. O této alergii mluvíme např. u cukrovky I. typu nebo u Crohnovy choroby (Galland, Galland, 2017).

1.3.1 Mikroflóra kůže

U přenosu nozokomiálních nákaz jsou velmi podstatné ruce ošetřujícího personálu. Pokožka na rukách je pokryta množstvím mikrobů, které mají za úkol ji chránit před jinými mikroorganismy, a tím dochází k její profylaxi. Jelikož dochází při

ošetřovatelské péči ke kontaminaci rukou ošetřujícího personálu při kontaktu s pacienty a různými instrumenty, je podstatné se na tuto problematiku zaměřit (Mlýnková, 2010).

Kůže na rukách je složena v pojetí Arenbergera a Štorka (In Štork et al., 2013) ze tří částí. První z nich se nazývá epidermis, která je horní a nejtenčí vrstvou kůže. Je v průměru pár milimetrů silná. Hlavní buňky této části jsou keratinocyty. Vazivová část pod epidermis se nazývá dermis, která je složena ze tří druhů buněk – heparinocyty, fibroblasty a histiocyty. V této vrstvě se nacházejí i nervová vlákna. Nejspodněji uložená část kůže se skládá hlavně z tukových buněk. Jak uvádí Mlýnková (2010) povrchová a svrchní vrstva kůže na rukách a u nehtového lůžka je pokryta mikroby, které tvoří přirozenou flóru pokožky. Jedná se především o Staphylococcy. Eliminace těchto mikroorganismů nelze zcela dosáhnout, ale je možné tuto skutečnost částečně ovlivnit pomocí antibiotické léčby nebo dezinfekčními přípravky. Opačného účinku dosáhneme u mikrobů, které patří do nestálé flóry. Ke kontaminaci rukou zdravotnických pracovníků dochází především při ošetřování pacientů, používání pomůcek atd. Dochází také k tomu, že ošetřující personál má kontaminované ruce mikroorganismy, které jsou součástí mikroflóry v tlustém střevě.

K ochraně kůže na rukách dochází, jak uvádí Zimová (In Brychta, 2014), pomocí kožního filmu. Ph je v rozmezí kolem 5–6. Při častém kontaktu pokožky s chemickými látkami, s dezinfekcí a také častou hygienou dochází k porušení ochranného filmu. Pokožka poté není schopna plnit přirozenou funkci, což znamená, že nedochází k odstranění mikroorganismů, exfoliaci buněk a nečistot. Tím vzniká porušení a onemocnění kůže.

1.3.2 Alergie na latex

Některé látky obsažené v latexu mohou u citlivých lidí vyvolat alergickou reakci. Ještě před několika lety patřila tato alergie k nejčastějším, hlavně v ošetřovatelské péči. V dnešní době alergie výrazně klesla z důvodu preventivních opatření, kdy se začaly vyrábět rukavice bez pudru anebo z jiného materiálu (Landschek, 2010). Z výzkumu také vyplynulo, že alergie na latex i při používání stejného množství latexu se může ve zdravotnických zařízeních lišit. Bylo prokázáno, že méně alergických reakcí bylo v takovém zařízení, kde byla lepší klimatizace, a docházelo k pročištění prostředí. Tím došlo ke snížení počtu alergií u zdravotnického personálu (Mindel, 2017).

Přírodní latex, který se při výrobě rukavic využívá, je mléčně zbarvená látka, která je obsažena ve stromě *Hevea brasiliensis*. Obsahuje více než sto padesát druhů polypeptidů, z nichž až třicet pět vyvolává alergii. Nejvíce je tato alergie rozšířena u zdravotnického personálu, u něhož se výskyt alergií pohybuje v rozmezí kolem třiceti procent, dále u lidí, kteří pracují přímo s kaučukovníkem, a až stoprocentní alergie byla vypořizována u dětí, které měly vrozenou vadu *Spina bifida*. U těchto dětí se můžeme pouze domnívat, že příčinou alergií bylo časté setkávání s výrobky z latexu ve zdravotnickém zařízení. Ke zvyšování počtu alergií u latexových rukavic dochází z důvodu jejich častého používání jako bariérové pomůcky. Do rukavic je přidáván pudr z důvodu lepší manipulace s nimi. Dochází tak k záměně alergie, kdy je možné, že nepochází z latexu samotného, ale z pudru. Z latexu samotného přechází alergenní proteiny přímo do pudru, a tím dochází k tomu, že ruce jsou hrubé a suché (Rohovský, 2011).

Lidé, kteří jsou alergičtí na latex, mají velmi často alergickou reakci i na ovoce (banán, kiwi, avokádo) a rostliny, které produkují alergeny do vzduchu (fikus, kakaovník, kaktus). Alergie se tak může projevit klinickými příznaky v podobě brnění jazyka, kopřivky, průjemových stavů a anafylaktického šoku (Landschek, 2010).

U zdravotnického personálu, který často používá rukavice, se nemusí vždy jednat o alergii na latex. Velmi často dochází ke kontaktu s mýdly a jinými chemickými látkami, které jsou také obsaženy v latexových rukavicích. Nejčastěji k alergii dochází, pokud látku inhalujeme (astma, rýma), proto bychom se měli vyhýbat prostředí, které obsahuje latex, anebo změnit pracovní prostředí či zaměstnání. K alergii rovněž dochází přímým kontaktem (kontaktní dermatitis), kdy se doporučuje používat rukavice z jiného materiálu a bez prášku (Novotná, 2007).

1.3.3 Diagnostika alergických reakcí

Vzhledem k tomu, že se v populaci alergie na latex stále ještě vyskytuje, je nutné podle Vosmíka (In Štork, 2013), aby o této skutečnosti pracovník informoval svého praktického lékaře či alergologa. Při vyšetření je stěžejní samotná anamnéza, která lékaři osvětlí, zda se může jednat o alergickou reakci. Hodnotí se stav kůže a to, jaké jsou kožní příznaky. Zjišťuje se velikost, ohraničení, místo a tvar kožního projevu. V neposlední řadě se hodnotí stav kůže. Vyšetření u prvního typu alergie probíhá pomocí prick testu – in vivo a in vitro, který provádí pouze specializovaný personál.

U čtvrtého typu se provádí vyšetření latexovou rukavicí. V některých případech je potřeba metody kombinovat. Jak uvádí Konrád a Šíroková (2008) prick test je snadný, finančně dostupný a s výsledkem do desítek minut. Test se může provést bez ohledu na věk s malým vzorkem. Může být zjištěno až pětadvacet látek, které alergii vyvolávají. Alergen se nanese na vnitřní stranu ruky a provedou se malé vpichy, které nekrvácejí. Dále se využívá náplastového testu, při němž se ověřuje alergie na kontaktní dermatitidu. Na dva dny je speciální terčik umístěn na záda pacienta, kde je jednotlivě popsána látka, která má vyvolat alergickou reakci. Až na třicet alergenů se dá testovat pomocí krevního testu, pokud nelze použít předchozí uvedený test. Používá se menší množství krve a výsledek zpracuje laboratoř.

1.3.4 Profesionální nemoci

Nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, obsahuje soupis nemocí, jež se posuzují jako nemoci z povolání. Pokud dojde k podezření na onemocnění z povolání, nehodnotí tento stav zaměstnavatel, ale speciální středisko, kam je zaměstnanec odeslán. V pojetí Fenclové a Pelclové (In Pelclová et al., 2014, s.15) *„Nemoci z povolání – jsou nemoci, vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, pokud vznikly za podmínek uvedených v seznamu nemocí z povolání.“* Průběh hodnocení nemocí z povolání je uveden ve vyhlášce č. 104/2012 Sb., o stanovení bližších požadavků na postup při posuzování a uznávání nemocí z povolání. Je v ní také uvedeno, co by každý posudek měl obsahovat.

V souvislosti s alergií na latex uvádí Machovcová (2012), že postižení kůže patří k nejčastěji se vyskytujícím onemocněním z povolání. Toto postižení sice neohrožuje pacienta na životě a ani neohrožuje významně jeho zdraví, ale dochází při něm ke komplikacím v běžném životě a k omezení v pracovní aktivitě. Ve vyhlášce 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, se uvádí celkové posuzování invalidity u kožního poškození. Pokud došlo ke kožnímu onemocnění z důvodu alergie na latex, je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnanci takové pomůcky, aby nadále nedocházelo k výskytům alergických projevů, jak je uvedeno v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

Dle Novotné (2007) je nutné, pokud došlo k alergickému kožnímu projevu na latex, aby došlo k výměně rukavic a pomůcek, které jsou z latexu vyrobeny. Jako vhodná

alternativa se hodí pomůcky vyrobené ze syntetiky a dále bez použití pudru, který rukavice často obsahují. Zaměstnanec, který trpí astmatem nebo rýmou z důvodu latexové alergie, by měl být přeřazen na jiné pracoviště nebo změnit profesní zaměření.

K nejčastějším kožním onemocněním ve spojitosti s alergií na latex dle Machovcové (In Pelclová et al., 2014) patří kontaktní dermatitida. Tento ekzém má akutní a chronickou fázi. Jedná se o IV. typ alergické reakce. Projevuje se začervenalou, svědivou vyrážkou (kožní pupence, puchýřky, trhlinky kůže, šupinky apod.) Podobně se projevuje i kopřivka, která je v pojetí Machovcové (2012) v populaci velmi častá. Stejně jako dermatitidu ji rozdělujeme na akutní, což je velmi častá forma, a chronickou, která se vyskytuje asi jen u tří procent. Způsobuje ji protein obsažený v latexu rukavic. Projevuje se svědivou vyrážkou a plochou papulou. Léčba u obou onemocnění není snadná, může u pacienta vyvolat psychické problémy.

1.4 Akreditace

O akreditačním procesu se dá v České republice mluvit od roku 1989. V této době bylo velmi zřetelné, jak markantní rozdíly panují ve zdravotnických zařízeních. Jednalo se především o nedodržování jednotné ošetrovatelské péče, o vybavení nemocnic a sestavu zaměstnanců. Kvalita péče byla chápána jen jako prázdný pojem, a ne jako něco, co se dá hodnotit a řídit. Bylo zřejmé, že tento stav je nutné změnit. V roce 1994 se ministerstvo zdravotnictví po vzoru americké organizace zúčastnilo projektu „Akreditace nemocnic“. Díky těmto zkušenostem byla v roce 1998 ustavena akreditační komise a byly vytvořeny první standardy pro akreditaci. Spojenou akreditační komisí roku 1999 byla provedena první akreditace nemocnic v České republice (Škrla, Škrlová, 2003).

Akreditační standardy jsou charakterizovány takto: „*Jedná se o doporučené postupy, podobně jako v případě klinických guidelines, tato doporučení jsou ovšem pro zájemce o akreditaci daného zařízení závazná. Jedná se o soubor minimálních požadavků k zajištění kvalitní a bezpečné péče poskytované v odpovídajícím bezpečném prostředí*“ (Šupšáková, 2017, s. 53). Základní standardy pro akreditační řízení zdravotních zařízení dělíme do několika kategorií, a to na standardy dotýkající se postupů při diagnostice, ošetrovatelské péči v oblasti pacienta, u navazujících procesů, práv pacientů, dodržování standardů a nařízení. Dále se jedná o standardy týkající se chodu nemocnice

a jejího vedení, vytváření vhodných podmínek pro zaměstnance, prevence epidemického charakteru (Marx, Vlček, 2014).

Zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jehož součástí je i hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, se určují podmínky, které musí splňovat zdravotnické zařízení, aby mu byla ministerstvem zdravotnictví udělena akreditace, která se musí každé tři roky obnovovat. Podle Klímové a Brabcové (In Tóthová, 2008) spočívá výhoda akreditace ve sjednocování úrovně kvality péče zdravotních zařízení. Klienti si tak mohou být jisti, že se jim dostává vysoce odborné a bezpečné péče.

1.4.1 Standardy

Historie standardů, které dnes slouží i pro používání rukavic, je datována do 19. století, kdy Florence Nightingalová vypracovala jako první standardizovanou ošetrovatelskou péči o pacienta. Později lékaři z chirurgického oboru v 50. letech 20. století pochopili, jak je důležité v péči o pacienta stanovit určité postupy, a tak vznikl základ ke standardům. Na základě vyhlášení Charty práv pacientů v 70. letech 20. století, byly vypracovány první standardy, které si každý stát upravuje podle svých potřeb a možností. Standard se stal normou, která zavazuje k dodržování stejných parametrů a výkonů ve zdravotnických zařízeních (Mášová a Havrdlíková, 2009). Jak uvedla Kontrová (2008), standardy jsou jistotou pro zdravotnický personál při jejich práci a provádění jednotlivých úkonů a dále i pro samotné pacienty, že daná péče bude provedena dle norem a že nebude docházet k poškození jejich zdraví.

Standardy dělíme dle Klímové a Brabcové (In Tóthová, 2008) na ústřední, které jsou dány do oběhu jako zákony a předpisy ministerstvem zdravotnictví. Všechna zdravotnická zařízení by je měla brát v potaz a řídit se jimi. Dále na místní, které jsou zpracované v daných zdravotnických zařízeních. Veškerý zdravotnický personál by měl být s nimi obeznámen a svým podpisem souhlasit s jejich obsahem, který musí plnit.

Všechny standardy dle Marxe a Vlčka (2014) mají stejnou charakteristiku obsahu neboli svůj vlastní obsah, záměr a ukazatel standardu. Ke kontrole dodržování standardů v ošetrovatelské péči se využívá auditů, jejichž cílem je poukázat na nedostatky v ošetrovatelské péči a snažit se o její zkvalitnění. Jak uvádí Válková (2015) audit neprobíhá za účelem postihů zdravotnického personálu, ale pouze se snaží vyhledat

v ošetrovatelské péči chybné prvky, které je možné odstranit. Audity rozdělujeme na interní audit, který vykonává samotné zdravotnické zařízení a vedení v nich. Dalším auditem je externí, který nařizuje státní organizace, jako je např. ministerstvo zdravotnictví nebo úřady. Audity mohou být buď proponované či náhodné.

1.5 Motivace

Jednotlivé organizace by se měly snažit o to, aby zaměstnávala spolehlivé a schopné lidi, kteří jsou pro vykonávání své profese dostatečně motivováni. Pro management organizací je důležité pochopit, jak své zaměstnance náležitě motivovat, aby nedocházelo k jejich nespokojenosti a aby odváděli co nejkvalitnější výkon. S tímto postojem by měl být obeznámen management organizace a veškerý zaměstnanecký personál, aby se dosáhlo očekávaných výsledků (Pokožová, 2010).

Ve zdravotnických organizacích dochází dle Zelené knihy (2008) k velkému snížení ošetřujícího personálu, a to v celé Evropské unii. Proto byla Bruselem v roce 2008 vydána tato kniha, která se zabývá tím, jak vytvořit co nejlepší podmínky a motivovat ošetřující personál k vykonávání této profese. Jak uvádí Plamínek (2015), motivace je postup, kdy se snažíme dosáhnout něčeho od daného jedince za naším účelem a nabízíme určité uspokojení v jeho prospěch, který je pro něj motivačním stimulem. Aby nedocházelo k manipulativnímu zacházení, je důležité se zaměřit na pochopení druhých a jejich potřeb.

Již dříve Abraham Maslow dle Pokožové (2010) zdůraznil, že je nutné porozumět veškerým potřebám jedince a jejich ovlivňování se navzájem. A nezaměřovat se pouze na materiální stránku. Vytvořil pyramidu potřeb (viz příloha č. 4), kde popisuje, jak je důležité uspokojit potřeby od spodních částí pyramidy (fyziologické funkce, pocit jistoty, láska), čímž se jedinec posunuje směrem vzhůru. Tento názor rozšířil Frederick Herzberg, který zkoumal dvě skupiny jedinců na stejném pracovišti a poukázal na to, že z dlouhodobého hlediska je účinnější, pokud je zaměstnanec motivován kvalitně odvedenou prací, než jedinec, který se zaměřuje pouze na finanční ohodnocení.

Z dlouhodobého hlediska by kvalitně odvedená práce měla být podle Urbana (2017) ohodnocena. Zaměstnanci nevidí základní mzdu jako odměnu a nemělo by k tomu tak přihlížet ani vedení. Odměna by měla být poskytnuta za kvalitně odvedenou práci anebo za plnění úkolů. Měla by být ve formě bonusu k základní mzdě. Pokud dochází k tomu,

že zaměstnanec své úkony neplní anebo dochází k porušování pracovní morálky, lze využít motivaci ve formě sankce. Ta se může projevit jak ve formě finančního postihu, tak i kritiky, která pro jedince není ve většině případů akceptovatelná. Jak zdůrazňuje Rychtaříková (2008), záleží na formě, jak je kritika vyjádřena a jak se s ní jedinec ztotožní. U kritiky by mohlo dojít jak k pozitivní motivaci zaměstnance, tak i k jeho demotivaci.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Záměrem tohoto výzkumného šetření bylo ověřit používání rukavic při ošetrovatelské péči dle standardů zdravotnických zařízení, ověření znalostí těchto standardů, dále ověřit kvalitu rukavic a alergické reakce u ošetrujícího personálu. K této problematice byly zvoleny cíle, ke kterým byly vybrány vhodné výzkumné otázky.

2.1 Cíle práce

- Cíl 1: Zhodnotit používání rukavic ve zdravotnictví dle standardů a porovnat s realitou.
- Cíl 2: Zjistit výskyt alergií u zdravotnického personálu v souvislosti s používáním rukavic.

2.2 Výzkumné otázky

- Výzkumná otázka 1: Jak je zdravotnický personál školen o standardech?
- Výzkumná otázka 2: Jak dodržuje zdravotnický personál použití rukavic v souvislosti se standardy?
- Výzkumná otázka 3: Jaké zkušenosti má ošetrovatelský personál s alergiemi v souvislosti s používáním rukavic?
- Výzkumná otázka 4: Jaká je souvislost mezi druhem rukavic a alergií?
- Výzkumná otázka 5: Do jaké míry ovlivňuje finanční ohodnocení ošetrovatelského personálu dodržování standardů?

3 Metodika

3.1 *Metody a zpracování dat*

Pro objasnění zvolených cílů a hlubší poznání dané problematiky bylo v empirické části bakalářské práce zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Metody vyplývaly z daných cílů a výzkumných otázek. Celkem ve třech nemocnicích, konkrétně na odděleních chirurgie A a B, neurologie a ORL, bylo uskutečněno skryté zúčastněné pozorování a byly provedeny rozhovory s respondentkami. Šetření probíhalo od roku 2016, nepravidelně, vždy při praxi na odděleních daných nemocnic. Výzkum byl písemně odsouhlasen hlavními sestrami. Názvy nemocnic se záměrně neuvádějí z důvodu dodržení anonymity zdroje. Písemné souhlasy k výzkumnému šetření jsou k nahlédnutí u autora práce. Výzkumná část byla rozdělena do dvou fází.

V první fázi jsme zvolili skryté zúčastněné pozorování, které je využíváno především u menšího počtu respondentů. Respondenti jsou v prostředí, které je pro ně dobře známé, a tím sleduje výzkumník skutečnou realitu (Bártlová, 2009). Před samotným pozorováním byly předem vybrány výkony, které jsou běžně prováděné na všech lůžkových odděleních, a kde je podle standardů nutné použít rukavice. K tomuto účelu byl vypracován záznamový arch pozorování (viz příloha 2), kde bylo u každého výkonu zapsáno, zda respondent (v našem případě respondentky) rukavice použil. Vše bylo poté zpracováno v programu Microsoft Word. Respondentky byly předem vybrány a skrytě pozorovány při svých běžných úkonech, kdy nebyly s probíhajícím výzkumem na jejich odděleních seznámeny. Jelikož autorka práce prováděla skryté pozorování při své praxi, nedocházelo ke zkrslení výsledků daného výzkumu.

Ve druhé fázi výzkumného šetření jsme použili polostrukturovaný rozhovor. Dle Švaříčka et al. (2014) patří rozhovor k metodě, která je velmi často využívána při kvalitativním šetření. Jedná se o uspořádanou komunikaci, kdy výzkumník využívá k získání výsledků otázek, které na sebe navazují, a rozšiřují tak pohled na danou situaci. K rozhovoru bylo předem připraveno dvanáct otázek (viz příloha 1). První tři se zaměřovaly na identifikaci respondentek. Zbylé otázky se týkaly ošetrovatelských standardů, kvality rukavic, alergií a motivace k používání rukavic u respondentek. Rozhovor byl proveden s jednotlivými respondentkami individuálně, aby nemohlo dojít ke zkrsleným informacím. Všechny odpovědi byly písemně zaznamenány a přepsány v programu Microsoft Word. Rozpracování otázek proběhlo otevřeným kódováním

a následně byla použita metoda v pojetí Šedřové (In Švaříček, 2014) tužka a papír, kdy výsledky byly upraveny dle zvolených kategorií tak, aby bylo možné dospět k analýze problematiky.

K získání doplňujících informací jsme provedli i rozhovor (viz příloha 3) v nemocnici v Hradci Králové s vrchní sestrou dětského oddělení za souhlasu hlavní sestry, kde používají přístroj Vein Viewer. Během návštěvy jsme pořídili vlastní snímky (viz příloha 5).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 1 – Identifikace respondentek

Respondent	Věk	Praxe na odd.	Vzdělání
S1	38	15 let	vysokoškolské – Bc.
S2	43	20 let	vysokoškolské – Bc.
S3	30	6 let	diplomovaný special.
S4	29	2 měsíce	reg. sestra – maturita
S5	44	3 roky	diplomovaný special.
S6	32	2 roky	zdravotnický asistent
S7	40	15 let	reg. sestra – maturita
S8	30	9 let	vysokoškolské – Bc.
S9	29	7 měsíců	vysokoškolské – Bc.
S10	36	6 měsíců	vysokoškolské – Bc.
S11	42	23 let	diplomovaný special.
S12	46	1 rok	vysokoškolské – Bc.

Zdroj: Vlastní zdroj

Na výzkumu se přímo podílelo 12 respondentek (sester). Jednotlivé respondentky jsou dále označeny písmenem S s příslušným pořadovým číslem. Nejnižší věk dotazované byl 29 let u S4 a S9, nejvyšší věk byl zaznamenán u S12, a to 46 let. Nejkratší doba praxe na daném oddělení byla u S4, a to dva měsíce, nejdelší u S11, a to 23 let.

Nejnižší dosažené vzdělání bylo u S6, a to zdravotnický asistent. Nejvyšší vzdělání bylo dosaženo u S1, S2, S8, S9, S10 a S12, a to vysokoškolské s titulem Bc. Respondentky S3, S5 a S11 dosáhly vzdělání diplomovaný specialista (Dis.). A zbylé respondentky docílily středoškolského vzdělání s maturitou a jsou registrované sestry.

4 Výsledky

4.1 Analýza sledovaných kategorií

- 4.1.1 Školení o standardech
- 4.1.2 Znalosti o standardech
- 4.1.3 Znalosti o použití rukavic
- 4.1.4 Odběr krve
- 4.1.5 Aplikace močového katétru
- 4.1.6 Odběr glykémie
- 4.1.7 Ošetření ran
- 4.1.8 Aplikace žilní kanyly
- 4.1.9 Alergické reakce
- 4.1.10 Dostupnost rukavic
- 4.1.11 Kvalita rukavic
- 4.1.12 Dezinfekce rukou
- 4.1.13 Motivace sester k použití rukavic

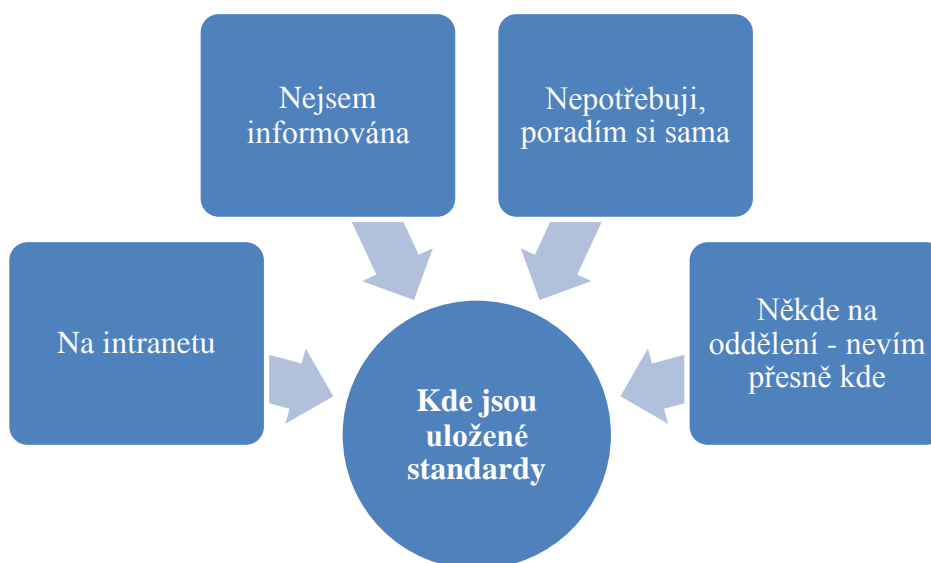
4.1.1 Školení o standardech

K otázce školení v rámci standardů o používání rukavic respondentky S1, S3, S4, S7, S8 a S9 uvedly, že jsou ohledně standardů pravidelně proškoleny. S1, S3, S4, S7, S8, S9 a S12 stručně konstatují, že jsou školeny jednou ročně. S7 uvedla: „Školení u nás probíhá jednou za rok, většinou u nás starších podepisujeme jenom papír. Nemusím ani na porady chodit. Staniční sestra někdy nabízí i školení mimo nemocnici. Vybere se vždy jedna nebo dvě sestry, ale o to moc zájem nemám. Ale nějaká školení určitě jsou. Při školení se ale o rukavicích nemluví. Myslím, že tam byla hygiena rukou.“ S6 zmínila: „Školení ke standardům je prováděno na oddělení 2× ročně. Viděla jsem i audit, kdy byla kontrola, co přesně děláme. Ale nevím, jestli tam byly i rukavice, to fakt nevím. Jednou byla i kontrola na dezinfekci rukou!“ S1 také řekla: „Pravidelně jednou za rok vyplňujeme test hygieny rukou, který hodnotí ústavní hygienik. Hlavní sestra dělá audit přibližně jedenkrát za rok, který se týká dezinfekce rukou, používání rukavic atd. Chodí po odděleních a zkouší. Téma auditu víme dopředu.“ Respondentky S2, S5, S10 a S11 na tuto otázku odpověděly záporně. Uvedly, že ke standardům školeny nejsou anebo jenom nedostatečně. S10 uvádí: „Při vstupním školení jsme byli pouze školeni k mytí

rukou a dezinfekci. O rukavicích nepadlo ani slovo. Když jsem přišla na oddělení, jen mi řekli, kde najdu standardy a že bych si je měla přečíst. Ale že bych byla nějak upozorněna na používání rukavic, to ne.“ S11 k tomu dále sdělila: „Školena jsem nebyla. Ani nevím, že se školí na rukavice. Víím jen o hygieně rukou. Něco podobného jsem dělala v testech na intranetu, myslím.“

4.1.2 Znalosti o standardech

Schéma 1 – Znalosti o standardech



Zdroj: Vlastní zdroj

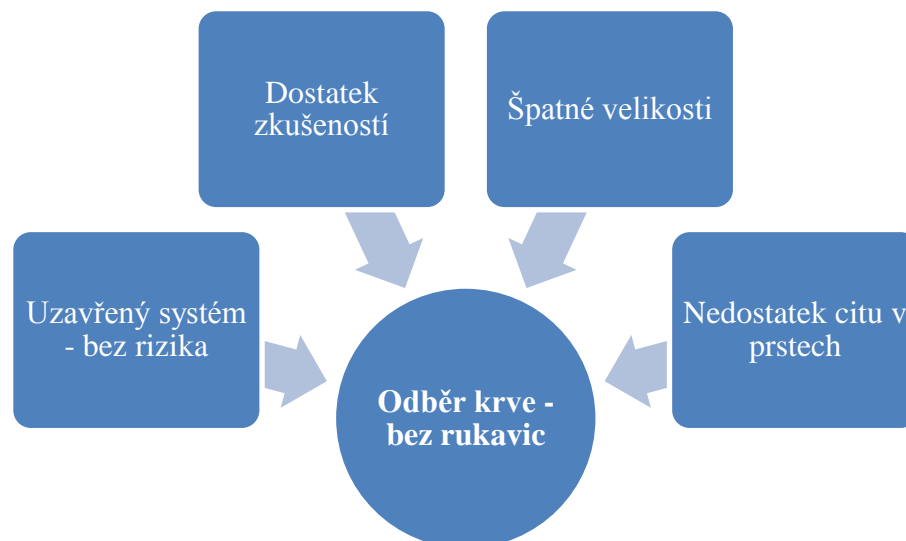
Při dotazování, zda je dokumentace se standardy k dispozici volně na oddělení, nejvíce respondentky uváděly, že jsou volně dostupné na oddělení ve formě jak dokumentů, tak v počítači. S2 a S3 odpovídají shodně, že všechny dokumenty jsou přístupné na oddělení a že standardy využívají pravidelně nebo když je potřebují. Také S10 uvádí: „Tady volně na oddělení jsou. Přečtu si je, jen když nevím, a zajímala jsem se o ně i kvůli svému studiu. Jinak bych asi ani do nich nenahlédla. A myslím, že jsou i na intranetu. Taky děláme testy, ale s rukavicemi jsem se ještě nesetkala.“ Podobně odpovídá i S11: „Jsou tady na oddělení a také na intranetu. V podstatě do nich nahlížím často, myslím, že asi tak 2× až 3× za měsíc. Když si nejsem jistá, tak se podívám.“ Oproti tomu S4, S5, S6, S7 a S8 se vyjádřily stručně, že dokumentace se standardy se někde nacházejí, ale nezajímají se o ně. S8 konkrétně uvedla: „Jsou někde uloženy na oddělení. Ted' zrovna nevím, kde jsou. Nějak jsem se o to nestarala.“ (viz schéma 1)

4.1.3 Znalosti o použití rukavic

Zajímalo nás, zda si zdravotní sestry uvědomují a vědí, kdy mají používat rukavice podle standardů. Většina tázaných respondentek uvedla, že znalosti má. S12 se například vyjádřila takto: „Ano, znám, to zná určitě každá sestra a pomocný personál, jen to nějak nedělají a spoléhají se na to, že je nikdo nekontroluje.“ Totéž potvrdila S10: „Myslím si tedy, že vím. Já je používám úplně u všeho. Nosím je neustále v kapse a neumím si představit, že bych si je nevzala. Už jak začínám pracovat s pacientem, tak mne to vždy trkne, abych si je vzala. Ten kontakt s holou kůží u pacienta mi není vůbec příjemný.“ I respondentka S9 sdělila: „Rozhoduji se sama, řídím se zkušenostmi a znalostmi ze školy. Stále za námi chodili na praxi, abychom je používali. Ale mně to vadilo. V praxi to tak vůbec není.“ K částečným znalostem se vyjádřily konkrétně tři respondentky. S2 uvádí stručně: „Víceméně ano, aspoň si to myslím. Nějak jsem to nezkoumala.“ S11: „No, tak to asi vím. Ale nejsem schopna na sto procent to dodržet.“ A třetí respondentka S7 na konec uvedla: „Ze školení vím zhruba, jak a kdy rukavice použít. Mám praxi.“

4.1.4 Odběr krve

Schéma 2 – Odběr krve



Zdroj: Vlastní zdroj

Na otázku, zda sestry používají při odběru krve rukavice podle standardů, se S3, S5, S10, S11 a S12 vyjádřily, že používají rukavice vždy. S10 konkrétně uvedla: „Práci s krví bych bez rukavic nikdy nedělala. Bojím se hodně o své zdraví. I abych nějak

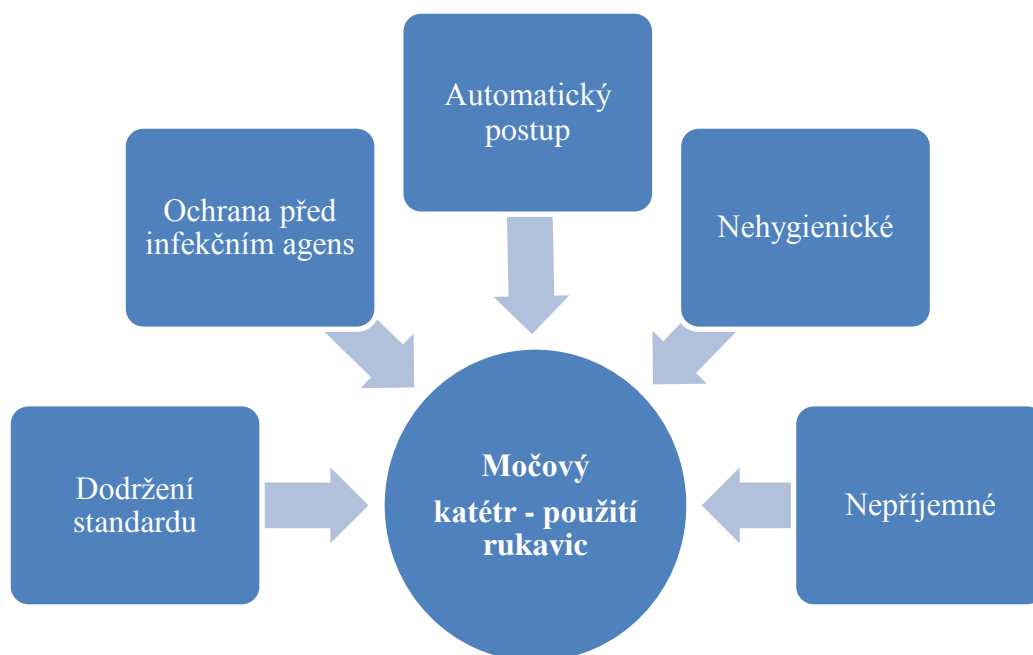
pacienta nepoškodila. Tím pádem by se nemohlo stát, že bych šla odebírat krev bez rukavic. A je úplně jedno, jestli je to vakuový systém, nebo otevřený. Oboje mi přijde nebezpečné.“ S3 doplnila: „U odběru krve ano. Ale je pravda, že hledání žíly je pro mne v rukavicích velmi obtížné, protože v rukavicích nemám cit. U obtížných odběrů si rukavice sundám, abych lépe vyhmatala žílu. Jestli je ale pacient nemocný jako HIV, tak to vždy. To bych se bála o sebe. Vzala bych si potom klidně i zdvojené. Takových pacientů se opravdu bojím.“ Negativní většinový názor však zastávají sestry S1, S2, S4, S6, S7, S8 a S9 v tom duchu, že rukavice při odběru krve vůbec nepoužijí anebo jen podle situace, kdy mají pocit, že pacient je infekční a že hrozí přenos nákazy. Jako hlavní důvod, proč rukavice nepoužívají, S1, S2, S4 a S6 uvedly, že by necítily žíly a nemají cit v prstech. S4 řekla: „Při odběru krve rukavice nepoužívám nikdy, protože necítím žílu, nemám cit v prstech. Nebojím se, že bych se mohla něčím nakazit. Pokud je pacient infikován, rukavice si vezmu. Dozvíím se to z dokumentace, zda je pacient infikován. Nebo mi to řeknou sestry. Ale nepoučím se, stále tento způsob opakuji.“ To potvrdila i respondentka S7, která uvedla: „Rukavice při odběru krve někdy použiji. Když se jedná o rizikového pacienta, tak určitě ano. Když mi to nejde, nemám cit v bříšku prstu. Pokud vím, že je špatná žíla, tak si je neberu. Maximálně jednu a druhou si vyhledám žílu. Na přenos něčeho nemyslím. To bych se z toho musela zbláznit.“ Jiný důvod, proč nepoužívá rukavice, uvedla S9: „U odběru krve jen u infekčních pacientů, protože na našem oddělení odebíráme krev přes uzavřený systém, tak se nemůžu nijak nakazit. Je to čistá práce. To by se už muselo něco stát a pacient by musel být maximálně hodně naředěn, ale to už předem vím.“ (viz schéma 3)

Pozorování č. 1 – odběr krve

Ze skrytého pozorování vyplynulo, že pouze čtyři respondentky, a to S3, S5, S10 a S12, zvolily správný aseptický postup při výkonu – odběru krve –, když dle standardu použily nesterilní rukavice. Všechny respondentky dle rozhovorů uváděly pravdivé informace, kromě respondentky S11, která uváděla, že rukavice používá vždy, ale u výkonu si rukavice nevzala.

4.1.5 Aplikace močového katétru u žen

Schéma 3 – Aplikace močového katétru u žen



Zdroj: Vlastní zdroj

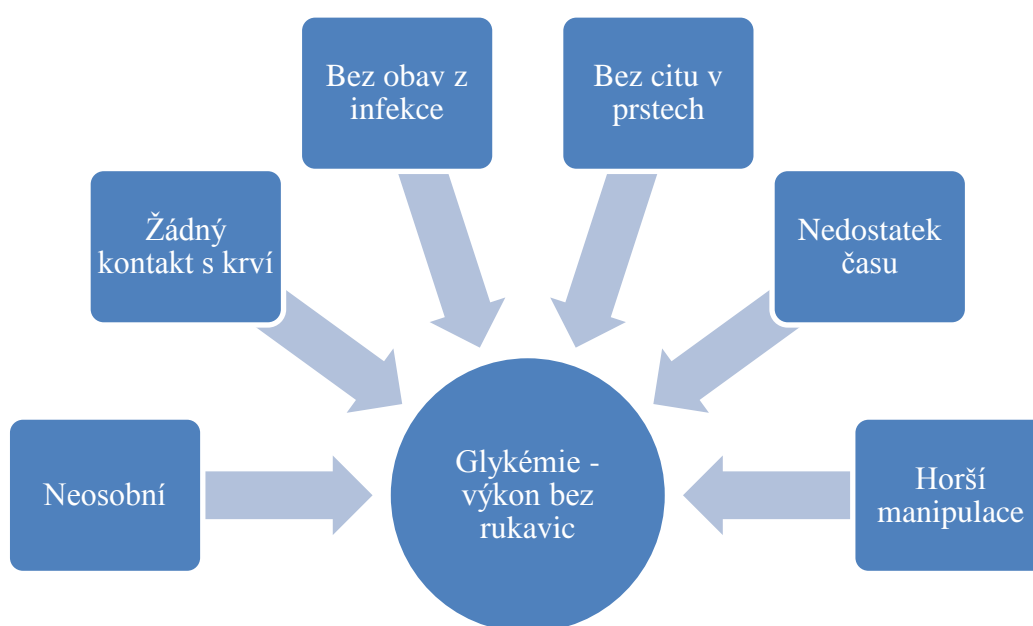
U otázky zavádění močového katétru se všechny respondentky shodly, že rukavice použijí vždy. Většinovým důvodem pro použití rukavic je to, že se jedná o nehygienický výkon. K tomu S10 uvedla: „S cévkou dělám vždy sterilně. Jednou jsem zažila při praxi, jak zdravotní sestra nedbala vůbec na hygienu. Dokonce použila cévku několikrát při zavádění, i když už byla nesterilní, a pracovala bez rukavic. Myslela si, že když je to paní před smrtí, tak je to už jedno. Bylo mi z toho úplně špatně, jak pracovala. Od té doby na to myslím ještě více. Vždycky si vezmu sterilní rukavice. Nechtěla bych nějak pacienta ohrozit na zdraví.“ S11 tento názor také podpořila výpovědí: „U aplikace cévky to snad dělá každý v rukavicích. Ještě jsem nikoho neviděla, aby si rukavice nevezal. To je přece jen genitál a tam je to hodně o hygieně.“ Takto hovoří i respondentky S6, S9 a S5. S3 zdůraznila, že jednoznačně rukavice ano, je to nehygienické. S7 se jako jediná odkazuje na standardy, z nichž ví, že musí použít sterilní rukavice vždy.

Pozorování č. 2 – aplikace močového katétru

U tohoto výkonu sestry použily rukavice, a to sterilní, ve všech případech. Praktický úkon byl proveden přesně dle standardu, nebyla vyzorována žádná chyba. Respondentky vždy použily rukavice z připraveného balíčku.

4.1.6 Odběr kapilární krve – glykémie

Schéma 4 – Odběr kapilární krve – glykémie



Zdroj: Vlastní zdroj

K otázce použití rukavic při odběru glykémie se dvě třetiny respondentek (S1, S3, S4, S5, S6, S7, S9 a S11) vyjádřily ve smyslu, že rukavice nepoužijí nikdy. Důvod byl opřen o většinový názor, že nemají cit při nahmatání žíly k odběru a nákazy při kontaminaci krví se nebojí. S11 konkrétně shrnula důvody: „*Ne, v rukavicích ztrácím cit a není nic, co by ovlivnilo, abych rukavice použila. Nemyslím si, že bych se mohla nějak zamazat krví.*“ S12 podpořila jiný názor: „*Hodně sester rukavice nepoužívá, což nepochopím. Já osobně bych glykémii bez rukavic neodebírala. Hlavně vím, že ve standardech je, že je používat musíme.*“ Negativně se k použití rukavic při odběru glykémie vyjádřila respondentka S2, S10 a S12. S8 uvedla: „*Při zjišťování glykémie je neberu víceméně nikdy, pokud je ale pacient HIV, hepatitida B a C, tak ano. Zase mi to přijde jako neosobní a nemám cit v rukou.*“ Dále se kladně vyjádřila respondentka S10, která řekla: „*Při odběru glykémie mám také negativní zkušenost. Jako studentka jsem si*

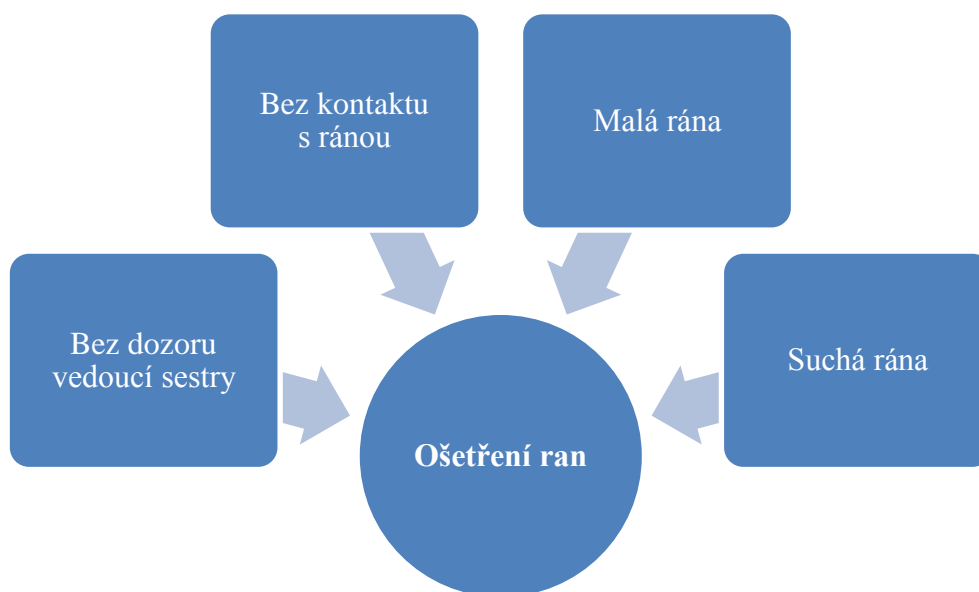
rukavice jednou nevzala, pacient byl zrovna naředen a po vpichu krev tekla tak moc a rychle, že jsem měla celé ruce od krve. Od té doby už bych to nikdy nechtěla zažít. Byl to velmi nepříjemný pocit.“ (viz schéma 4)

Pozorování č. 3 – odběr kapilární krve – glykémie

Ze skrytého pozorování u výkonu – odběr glykémie – vyplynulo, že výpovědi respondentek souhlasí. Pouze dvě respondentky použily nesterilní rukavice, a to S10 a S12. Před odběrem glykémie si dezinfikovaly ruce pouze respondentky S1, S6 a S7. Jinak odběr proběhl rukama respondentek, které si ruce ani nedezinfikovaly, ani nepoužily rukavice.

4.1.7 Ošetření ran

Schéma 5 – Ošetření ran



Zdroj: Vlastní zdroj

K problematice použití rukavic při převazu ran se většina respondentek vyjádřila kladně. S1, S2, S4, S6, S8, S9 a S11 uvedly, že záleží, jaké povahy je ošetřovaná rána. Podle toho si rukavice vezmou, nebo ne. Respondentka S2 přímo uvedla: „*Používám je, když rána mokvá, krvácí. Pokud je suchá, nepoužiji. Když chci zachovat sterilitu rány, použiji. Pokud to není nutné a rána není infekční, rukavice si nevezmu. Na dva stýžky je také nepoužiji.*“ Ve stejném duchu pokračovala S11: „*To většinou ano. Hlavně jestli je rána mokvavá anebo nepěkná. Pokud je rána malinká nebo jen potřebuji udělat převaz, tak si je někdy nevezmu. Pracuje se mi v nich špatně a hlavně i náplast se mi do nich*

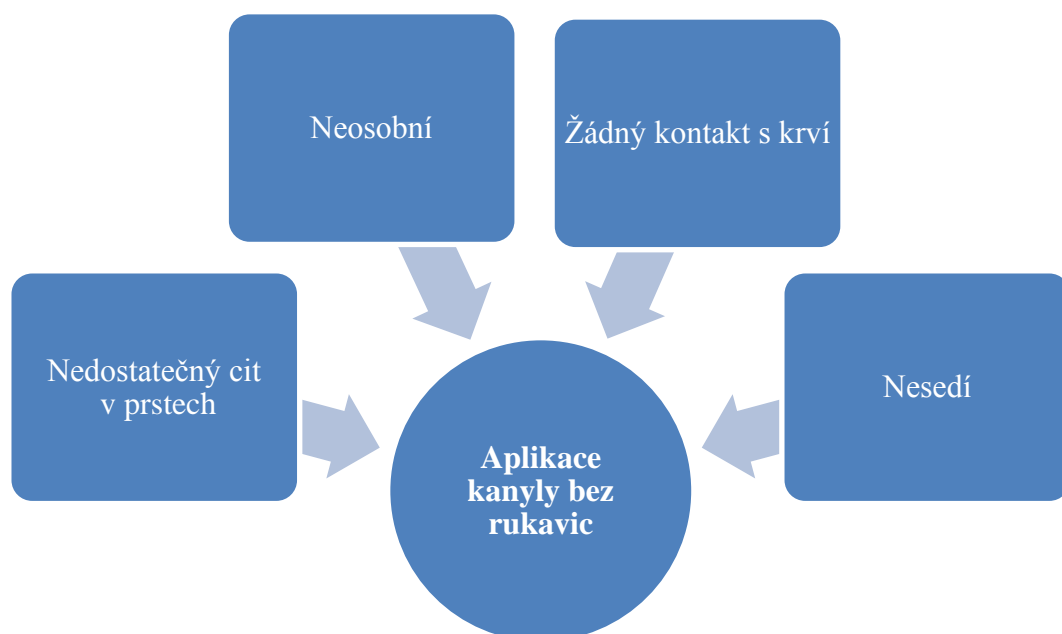
lepi. *Samotné zavazování obvazem není v rukavicích moc dobrý nápad.*“ Další důvod k použití rukavic uvádějí respondentky S3, S5, S7, S10 a S12, a to že se obávají přenosu infekce. S12 řekla: *„U nás na chirurgii se dost kontroluje používání rukavic při ošetřování ran. Při převazu operačních ran je spotřeba rukavic vysoká, při jednom takovém převazu spotřebuji minimálně tři páry rukavic. Bylo by nezodpovědné rukavice nepoužívat, jak už kvůli infekci, tak kvůli sobě.*“ Shodně se vyjádřila i S3: *„U převazu ran vždy. V tomto případě bych bez rukavic převaz nedělala. Na každý převaz mám rukavice vždy. Nechci přenést infekci do rány.*“

Pozorování č. 4 – ošetření ran

Při skrytém pozorování nás zajímalo, zda respondentky používají rukavice při převazu ran tak, jak uvádějí v rozhovorech. Respondentky S1, S3, S4, S5, S6, S7, S10, S11 a S12 uvedly, že nesterilní rukavice použijí vždy při ošetřování ran. Z pozorování se tato skutečnost potvrdila, všechny rukavice použily. Zbylé respondentky S2, S8 a S9 vypověděly, že nesterilní rukavice víceméně nepoužívají anebo vůbec. To také vyplynulo z jejich pozorování.

4.1.8 Aplikace žilní kanyly

Schéma 6 – Aplikace žilní kanyly



Zdroj: *Vlastní zdroj*

Na otázku, zda respondentky použijí rukavice při manipulaci se žilní kanylou, uvedly S1, S2, S4, S7, S8, S9 a S11, že rukavice nepoužijí, a to z důvodu, že ztrácejí cit a neumějí nahmatat žílu. Dokladem toho je odpověď respondentky S11, která vypověděla: „*Tak tady si je neberu vůbec. Ztrácím v nich cit, vím, že bych si je vzít měla, ale neumím v nich pracovat. Neumím nahmatat žílu a i celkově mi to v nich moc nejde. Rukavice jsou mi překážkou.*“ K tomu se vyjádřila i S8: „*U kanyly také rukavice nepoužívám nikdy. Neosobní, osahávám žílu, potřebuji si ji vyhmátat. Nemám cit. Tady jsem někdy ráda, že vůbec žílu najdu a že ji zavedu. Tak to nebudu rušit rukavicemi.*“ Podobně odpověděla respondentka S3: „*U kanyly ano, ale napřed si vyhmátnu žílu, protože jak jsem říkala, v rukavicích nemám cit. Ale vím, že se to tak dělat nemá.*“ Další respondentky S5 a S6 se shodly na tom, že rukavice použijí podle okolností. Záleží na tom, zda je pacient infekční, nebo ne. S5 doslova řekla: „*Při zavedení kanyly rukavice nepoužívám. Pokud má pacient infekci a my to víme, tak je používám vždy. Mám sice problémy nahmatat žíly, tak volím, zda rukavice použít, či ne. Popravdě náhoda je blbec, ale neberu si je.*“ Pouze respondentky S3, S10 a S12 uvedly, že rukavice při zavádění kanyly použijí vždy. S12 přímo uvedla: „*U kanyly se občas stane, že krví poskvrním podložku, než zapojím dětský set, nedovedu si představit kanylaci bez používání rukavic.*“ Tento názor sdílí i S10 a S3 k tomu řekla: „*Ano, ale napřed si vyhmátnu žílu, protože jak jsem říkala, v rukavicích nemám cit. Ale vím, že se to tak dělat nemá.*“

Pozorování č. 5 – aplikace žilní kanyly

Respondentka S3 v rozhovoru uvedla, že rukavice použije vždy při aplikaci kanyly. Při skrytém pozorování vyplynulo, že rukavice nepoužila tak, jak uvedla. Naopak respondentka S9, která se vyjádřila, že rukavice při aplikaci kanyly nepoužívá, si je tentokrát vzala. Jinak zbytek respondentek rukavice použily tak, jak uvedly. A to tak, že respondentky S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8 a S11 rukavice vůbec nepoužily. Naopak S10 a S12 si při výkonu rukavice vzaly.

4.1.9 Alergické reakce

K otázce, zda se respondentky setkaly s alergickou reakcí, odpověděly S6, S7 a S8, že se s ní setkaly přímo u sebe. S8 vypověděla: „*Jsem alergická na talek, musím používat rukavice bez pudru, zapařují se mi ruce a tvoří se mi ekzém. Potřebuji tenčí elasticnost rukavic. U lékaře jsem byla, předepsal mi kortikoidy. Mám na oddělení speciální*

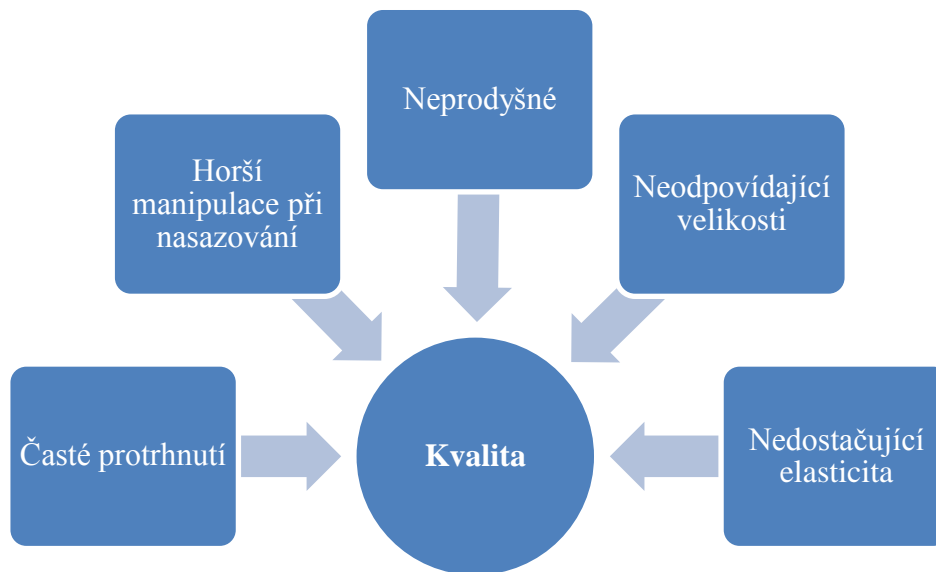
rukavice jen pro sebe.“ Respondentka S6 následně dodala: *„S alergií jsem se setkala pouze u sebe, zčervenala mi kůže, ošetřila jsem se krémem. Alergie zmizela. Jednalo se podle mého o banální věc, protože už se mi to nikdy nestalo.*“ Další skupina oslovených respondentek, konkrétně S2, S4, S5, S10 a S12, se s alergií neseťkala u sebe, ale u své kolegyně. S4 přímo řekla: *„S alergií na rukavice jsem se u své osoby nikdy neseťkala, ale u kolegyně došlo k zarudnutí rukou, změnila typ rukavic bez prášku.*“ Toto potvrdila ze svých zkušeností i S10: *„S alergií jsem se setkala jen u kolegyně. Staniční sestra jí objednala speciální mycí krém na ruce a speciální rukavice. Měla ruce po talku hned červené a loupaly se jí.*“ S žádnou alergickou reakcí se neseťkaly respondentky S1, S3, S9 a S11, poslední přímo uvedla: *„U sebe a ani u nikoho jiného jsem se neseťkala, ale slyšela jsem o alergii na ten pudr v nich. Ale my máme taky několik druhů rukavic. Každý si může vybrat, které mu vyhovují.*“ S9 také řekla: *„Neseťkala jsem se nikdy. Kolegyně také ne, nevím o tom. Nezajímala jsem se o to, když sama alergií netrpím. Ale četla jsem o nich něco. Časté jsou na latex, co vím.*“

4.1.10 Dostupnost rukavic

Na otázku, zda je dostatečná dostupnost rukavic na odděleních, se všechny respondentky vyjádřily kladně. Všechny uvedly, že rukavic je všude dostatek. Respondentka S10 shrnula většinový názor k této problematice následovně: *„Na oddělení jsou rukavice všude, jak na pokojích, tak na chodbách, na sesterně. Je i dostatek velikostí.*“ S4 doplňuje: *„Dostupnost na pracovišti je dobrá, máme speciální boxy, kde jsou rukavice uloženy. Jsou uloženy i po chodbách. I na pokoji pacientů.* Respondentka S6 dále uvedla: *„Dostupnost rukavic je dobrá. Staniční sestra je vždy objednává včas, a tak jich máme dost. Ve skladu jsou pořád v regálu, máme z čeho doplňovat. Všude, kde je třeba převaz, jako je vozík nebo na sesterně, i u pacientů někdy na pokojích jsou.*“ Pouze S9 částečně zpochybnila většinový názor, když uvedla: *„Máme rukavice volně uložené na pracovišti, speciální rukavice nám dává staniční sestra. Setkala jsem se však na jiném oddělení, že bylo rukavic málo a muselo se rukavicemi šetřit.*“

4.1.11 Kvalita rukavic

Schéma 7 – Kvalita rukavic

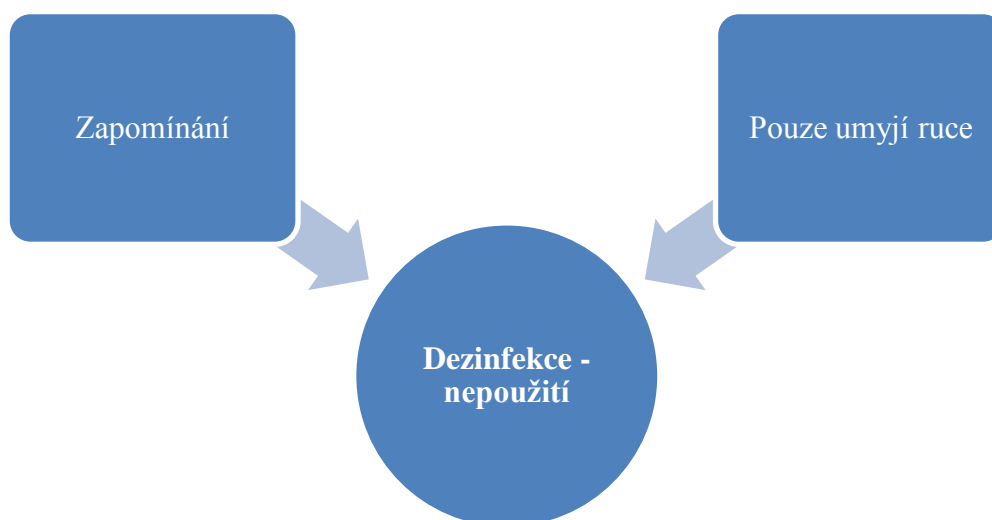


Zdroj: Vlastní zdroj

Ke kvalitě rukavic uvádějí všechny respondentky částečné nedostatky. Většinou se shodují na tom, že kvalita není moc dobrá. S1, S3, S6, S7, S8 a S12 uvádějí, že se rukavice často protrhnou. S12 přímo řekla: „Občas se protrhnou a vadí mi i ta neprodyšnost. Ruce mám po používání zpocené. I jsem zažila, že rukavice mi neseseděly, i když jsem si vzala ty nejmenší. Záleží na dodavateli. Ale ty, co máme teď, ty jsou v pohodě.“ S tímto postřehem souhlasila i S1, která uvedla: „Kvalita rukavic je poměrně nízká, když si je vezmu na zahrádku, tak se protrhnou hned, v nemocnici to jakž takž stačí. Určitě by nemocnice mohla shánět rukavice lepší. Tenci, a přitom aby vydržely.“ Dále se vyjádřila S8, která vypověděla: „Kvalita nic moc. Při nasazení se natrhnou, jsou někdy slabší. Jsou volné a nedrží tvar. Nedá se s nimi pracovat moc.“ Zbylé respondentky S2, S4, S5, S9, S10 a S11 hovořily o tom, že jim rukavice tvarově nesesedí, jsou neprodyšné, nejsou vůbec elastické a plandají. Konkrétně S10 se vyjádřila takto: „Rukavice jsou nejhorší ty modré. Nejsou vůbec elastické a plandají. Jsou hrozné. Také jsem zažila, že jsem vyndala rukavice a byly děravé. Hodně praskaly. Opravdu záleží na výrobcu. Nemocnice asi dost šetří, a proto ta kvalita není nic moc.“ S5 k tomu uvedla: „Kvalita rukavic by mohla být lepší, někdy jsou moc silné. Na odběr krve bych potřebovala citlivější. Operatéři mají lepší kvalitu rukavic jak my. Měli jsme jednou na zkoušku levnější, ale ty často praskaly. Nebyla jsem s nimi spokojena.“

4.1.12 Dezinfekce rukou

Schéma 8 – Dezinfekce rukou



Zdroj: Vlastní zdroj

Na otázku, zda si respondentky dezinfikují ruce po použití rukavic, většina (S2, S3, S5, S6, S7, S10 a S12) uvedla, že si ruce myjí a dezinfikují pokaždé, když rukavice svléknou. Konkrétně S12 uvedla: „*Jak sundám rukavice, umyji si ruce a dám si dezinfekci. Někdy ještě i krém. Mám takový divný pocit po rukavicích, i když je umyji.*“ Také respondentka S3 řekla: „*Jasně že ano. Ruce po rukavicích jsou takové olezlé. Je to nepříjemné. Použiji ještě po dezinfekci krém.*“ Souhlasila i S10, která uvedla: „*Vždycky. Když sundám rukavice, mám nepříjemný pocit z rukou. Někdy si je ještě umyji a potom dezinfekce. To spíš dělám.*“ Občasné použití dezinfekce přiznávají tři další respondentky, konkrétně S1, S4 a S9, když dodávají, že buď na dezinfekci zapomenou, nebo jim stačí jen ruce umýt. Jako příklad uvádíme S4, která se vyjádřila takto: „*Dezinfekci používám jak kdy. Někdy zapomenu.*“ Dezinfekci rukou neprovádějí skoro vůbec respondentky S8 a S11, kdy důvodem je buď nesnášenlivost dezinfekce, anebo zapomenutí. Jako příklad uvádíme S11, která řekla: „*To ne. Na to skoro pořád zapomínám. Ani ruce si potom nemyji. Dezinfekci používám hlavně po kontaktu s pacientem, když rukavice nemám.*“

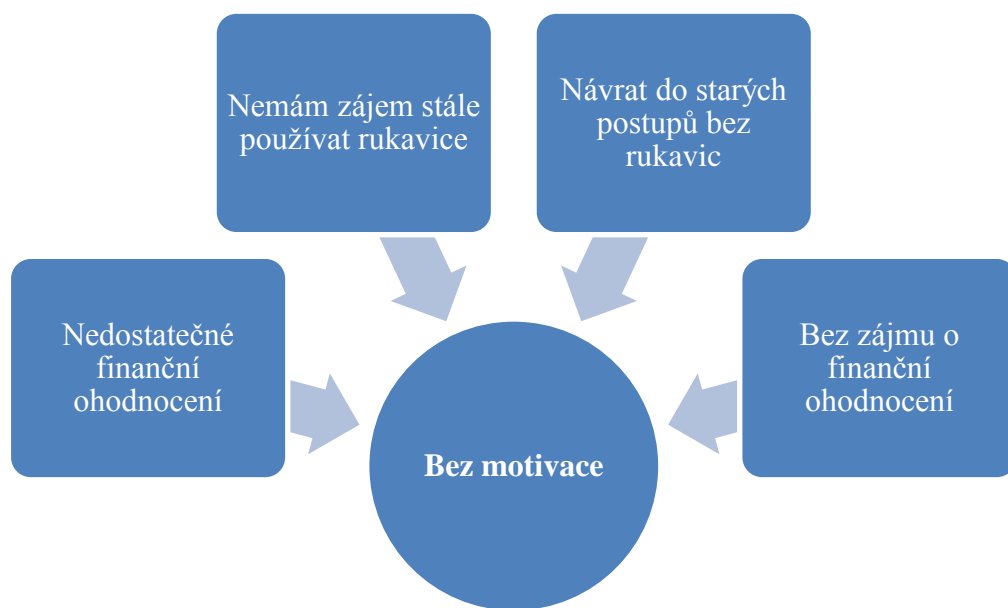
Pozorování č. 6 – dezinfekce rukou

Zde můžeme skupinu rozdělit na tři části. Z porovnání výsledků rozhovorů a skrytého pozorování u první skupiny respondentek vyplynulo, že dezinfekci na ruce po sundání

rukavic použily pouze respondentky S2, S3, S7 a S10, které v rozhovorech tuto skutečnost popsaly pravdivě. Další skupina si ruce po sundání rukavic pouze umyla. Jednalo se o respondentky S6 a S12, které v rozhovorech popisovaly, že si ruce dezinfikují, což se ve skutečnosti nepotvrdilo. Poslední skupinou jsou respondentky, které vůbec dezinfekci nepoužily. Jde o S5, která v rozhovoru uvedla, že rukavice používá vždy. S1 a S4 přímo uvedly, že dezinfekci používají občas a S8, S9 a S11, které řekly, že dezinfekci nepoužijí nikdy, což odpovídá skutečnosti.

4.1.13 Motivace sester k použití rukavic

Schéma 9 – Motivace sester k použití rukavic



Zdroj: Vlastní zdroj

K otázce, zda by respondentky byly ochotné používat rukavice na sto procent po příslušné odměně, se vyjádřily čtyři z nich negativně. Vůbec by je kladné finanční ohodnocení nezajímalo, a to hlavně z důvodu, že by nebyly schopné to vše dodržovat. To uvádí respondentka S1, S4, S5, S6. Jako příklad nám poslouží výpověď S4, která řekla: „Dlouhodobě by mne to nezajímalo, po měsíci by mne to nebavilo. Dlouhodobě nejsem schopna na to stále myslet.“ Další část respondentek se vyjádřila tak, že by možná tuto možnost využila, ale nejsou si moc jisté. Hrála by zde roli vyšší finanční odměna, pro menší částku by to nedodržovaly. Respondentka S11 uvedla: „To jsem se zasmála. Už bych chtěla vidět, jak nemocnice by něco takového zavedla. Ale kdybych je stoprocentně používala, tak bych chtěla stoprocentní odměnu. Jinak bych to nedodržovala.“

5 Diskuse

Tématem této bakalářské práce je Použití rukavic při ošetrovatelské péči. Dodržování standardů v nemocničních zařízeních není důležité jen pro samotnou sestru a pacienta, ale pro veškerý chod nemocnice. Každé zdravotnické zařízení má tendenci uspět v akreditačním řízení, které se snaží sjednotit veškeré standardy a jejich dodržování. Jak uvádí dále SAK ČR (2010): „*Akreditační šetření ověřuje, zda zdravotnické zařízení naplnilo požadavky akreditačních standardů.*“

Ve výzkumné části této práce jsme se zaměřili na ošetřující personál, který je zodpovědný za poskytování kvalitní a odborné ošetrovatelské péče. Vybrali jsme konkrétní výkony, které jsou prováděny na běžných odděleních a zároveň jsou zpracovány ve standardech. Soustředili jsme se především na práci s biologickým materiálem, což je zahrnuto v zákoně č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, kde je stanoveno, za jakých okolností se mají použít rukavice sterilní, či nesterilní. Dále se v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce, uvádí, že zaměstnavatel je povinen školit zaměstnance v souvislosti s používáním rukavic nejen při nástupu do pracovního poměru, ale i v pravidelných intervalech minimálně jednou ročně, a provádět opakovaně kontroly týkající se znalostí zaměstnanců. Jak uvádí Mičudová (In Zítková et al., 2015), zvyšuje vzdělávání všech pracovníků úroveň poskytované péče a také snižuje možnosti pochybení pracovníka. Proto jsme se první výzkumnou otázkou zaměřili na zjištění, zda jsou respondentky pravidelně školeny ke standardům týkajícím se použití rukavic v ošetrovatelské péči. Ve velké části případů se respondentky vyjádřily kladně, kdy uvádějí, že školení probíhá nejméně jednou ročně, ale nezabývá se problematikou použití rukavic. Většinou se vyjádřily, že se setkaly pouze s prezentací hygieny rukou. Zbylé uvedly, že jsou buď školeny částečně, anebo vůbec. Výsledky nás překvapily, protože by mělo být standardem, že budou všichni pracovníci pravidelně školeni, jak je uvedeno v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce. Z našeho pohledu dochází k tomu, že školení jsou provedena, ale pouze co se týče mytí a dezinfekce rukou. K používání rukavic není školení vedeno. Také jsme zaregistrovali, že zájem o školení není příliš velký. Sestry odpovídaly většinou ledabyle, bez zájmu a problematiku bagatelizují. Dle Šupšákové (2017) manažeři zdravotnických zařízení v posledních letech věnují pozornost zvýšení

kvality v poskytované péči. Zde by bylo vhodné si položit otázku, proč tedy potom manažeři zdravotnických zařízení tuto problematiku více nesledují. A nedochází k větší informovanosti a školení zdravotnických pracovníků.

Abychom zjistili, jaké mají respondentky znalosti o standardech, směřovala další otázka do oblasti, zda respondentky vůbec vědí, kde se dokumentace se standardy nachází, a zda je také někdy využijí. Více než polovina respondentek se o standardy zajímá a ví, kde jsou uloženy. Využívají je hlavně v situaci, když si samy při daném výkonu nejsou jisté. Zbylé respondentky nemají téměř žádný zájem se standardy pracovat. Ze schématu 1 vyplývá, že ne všechny respondentky vědí, kde se standardy nacházejí.

Podobné zkušenosti již popisuje průzkumné šetření, které provedla Mášová a Havrdlíková (2009), z něhož vyplývá, že ze čtyřiceti pěti dotázaných respondentek využívá standardy vždy devatenáct z nich a deset jen občas. Zbylé nepoužívají standardy vůbec. Zde jsme si položili otázku, zda k tomuto jevu dochází z důvodu nedostatečného školení respondentek, co se týče standardů, nebo z jejich přístupu k dané problematice. Z výzkumu vyplynulo, že respondentky nevyužívají standardy hlavně z toho důvodu, že si jsou jisté samy sebou a odkazují se na svou praxi ve zdravotnictví. Školení celkově ignorují a nemají zájem se více vzdělávat. Domnívají se, že praxe nahradí teoretické poznání. Což dle našeho názoru a uvedených výsledků šetření není tvrzení pravdivé.

Ošetřující personál by se měl nadále vzdělávat a sledovat nové technologie, které jsou do zdravotnictví zaváděny. Jedná se zde o osobní prestiž každého zdravotního pracovníka. Cílem je dosáhnout kvalitní péče podle standardů. Každý zdravotník jak je uvedeno v etickém kodexu sester ICN (2017), by měl nést za svou ošetrovatelskou péčí zodpovědnost a neprovádět výkony podle svého uvážení, jak k tomu v praxi dochází. Standardy chrání nejen pacienty, ale i zdravotnický personál. Mášová a Havrdlíková (2009) uvádějí: „*V oblasti řízení kvality jsou standardy považovány za základ zdravotnické praxe.*“

Jelikož z výzkumu vyplývá, že nejsou všechny respondentky dostatečně školeny a že standardy zčásti nevyužívají, zajímalo nás, zda si jsou alespoň vědomy, ke kterému výkonu mají rukavice použít, tedy jak k ochraně sebe samotné, tak ochraně pacienta. Na tuto otázku většina respondentek odpověděla, že jsou si jisté, kdy rukavice mají použít, a zbylé mají tyto znalosti částečné. Je patrné, že k těmto znalostem přispělo buď

studium, školení, anebo praxe respondentek. Z výsledků této části tedy vyplynulo, že respondentky mají dostatečné znalosti v oblasti hygieny rukou, ale v praxi tyto znalosti neproaktikují. Je to alarmující, a proto se dále snažíme přijít na to, proč k tomuto jevu dochází.

Druhou výzkumnou otázkou, která se zabývá dodržováním standardů v ošetrovatelské péči, jsme rozdělili na pět částí. V první z nich jsme se zajímali o to, jak respondentky dodržují používání nesterilních rukavic při odběru venózní krve. Dle Kelnarové et al. (2016) je důležité, aby zdravotnický personál dodržoval BOZP, tzn. vždy pracoval v rukavicích při odběru krve. Z rozhovoru s respondentkami vyplynulo, že jen malá část z nich rukavice použije vždy. Toto tvrzení jsme vyvrátili pouze u jedné z nich, když z pozorování vyplynulo, že rukavice nepoužila (viz pozorování č. 1). Zbylé respondentky nepoužily v našem výzkumu rukavice vůbec, což se potvrdilo i skrytým pozorováním. Naše výsledky výzkumného šetření hodnotí tuto situaci ještě v horším světle než výzkum, který byl prováděn Holmanovou et al. (2013), kdy ze šedesáti výzkumných sester použilo rukavice při odběru krve jen dvacet osm z nich. Nejčastějším důvodem, proč rukavice nepoužily (viz schéma 2), byl především nedostatek citu v prstech, což uváděla většina z dotázaných. Část z nich také sdělila, že mají dostatek praxe a z nákazy nemají obavu. Zde bychom rádi zdůraznili, že v tomto případě dochází k neznalosti respondentek a k mylným představám. Toto tvrzení dokládá i Pavlík (In Navrátil et al., 2017), kde je uvedeno, že krví se můžeme infikovat jak HIV, tak hepatitidou typu A, B a C, EB virem, syfilis a dalšími onemocněními. Domníváme se, že zde k tomuto jevu dochází hlavně kvůli nedostatečné informovanosti respondentek a jejich lehkovážnému přístupu, co se týče přenosu infekčního agens. Dále je nedostatečné školení v používání rukavic a audity jsou prováděny nepravidelně. Jelikož nedochází k žádným napomenutím a ani postihům, zdravotnický personál vykonává odběr krve podle svého uvážení a bez pocitu ohrožení. Nedospěli jsme však k závěru, proč sestry práci s krví podceňují, nezískali jsme reálné zdůvodnění, proč tak konají. Sestry nejsou schopny objektivně celou situaci posuzovat, samy nevědí, z jakého důvodu tak činí.

V druhé výzkumné části jsme se zabývali používáním rukavic při zavádění močového katétru. Jak uvádí Burda a Šolcová (2015), je při katetrizaci nutné dodržet aseptický postup a použít sterilní rukavice, abychom zabránili přenosu infekce do močových cest. Zde jsou výsledky šetření velmi překvapivé a povzbudivé, protože všech dvanáct

respondentek by při daném výkonu použilo sterilní rukavice vždy. To potvrdilo i skryté pozorování (viz pozorování č. 2). Všechny respondentky se shodují na tom, že v tomto případě je práce bez rukavic pro ně nepříjemná, nehygienická a je nutné se chránit (viz schéma 3). Očekávali jsme, že respondentky, které standardy k použití rukavic porušují u jiných výkonů, obejdou použití rukavic i zde. To se nepotvrdilo. Zajímavé je, že z pohledu respondentek je tak markantní rozdíl mezi jednotlivým biologickým materiálem, jako je krev a moč, kterou vnímají jako něco nečistějšího a nehygienického. Přitom krev je stejný biologický materiál, kde vzniká vyšší riziko přenosu infekčních agens. K rozdílnému názoru a pohledu zdravotního personálu by nemělo docházet, a rukavice by měly být použity vždy.

Ve třetí části jsou výsledky opět alarmující. Na otázku, zda respondentky používají rukavice při odběru glykémie, odpověděla většina respondentek, že vůbec. Nejvíce rozšířená odpověď (viz schéma 4) zněla, že respondentky obavy z přenosu infekce nemají, protože je to jen kapka krve. Další názor byl ten, že mají dostatek praxe, a nemají tak žádné obavy. Během našeho skrytého pozorování (viz pozorování č. 3) jsme se soustředili na to, zda respondentky použijí před odběrem glykémie aspoň dezinfekci rukou, což by mělo být z našeho pohledu již naprosto samozřejmé. Toto ovšem provedla jen jedna třetina respondentek z celého výzkumného celku. Odběr glykémie probíhal jak bez dezinfekce rukou, tak bez ochranných rukavic. Zde je vhodné si položit otázku, proč respondentky rukavice nepoužívají a nedodržují ani dezinfekci rukou. Podle našeho pohledu a výzkumu se tento výkon stal v očích respondentek bezvýznamným a natolik běžným, že se mu nevěnuje taková pozornost, jaká by měla. Většinou pracují u tohoto výkonu ve spěchu a neuvědomují si, že zde dochází také ke kontaktu s biologickým materiálem, který ohrožuje nejen je, tak jako je tomu např. u odběru krve. A není vůbec podstatné, že se jedná pouze o malé množství krve. Přenos infekčního agens se děje i prostřednictvím mikroskopického vzorku.

Převaz ran byl čtvrtým výkonem, který jsme podrobili našemu zkoumání. Podle Vytejškové, (In Vytejšková et al., 2015) musí být při kontaktu s ránou dodržen aseptický postup a rukavice je nutné při převazu použít vždy. Podle původu rány se používají rukavice buď sterilní, nebo nesterilní. My jsme se zaměřili hlavně na běžný převaz. Výsledky jsme očekávali poněkud horší, protože již z rozhovorů dopředu vyplývalo, že respondentky používají rukavice podle situace a svého uvážení. Záleží, zda je rána suchá, mokvající nebo infekční (viz schéma 5). Ze skrytého pozorování však

vyšlo najevo (viz pozorování č. 4), že si rukavice při převazech nevzaly pouze tři respondentky. Z nich nás nejvíce zaujala respondentka S8, která uvedla: „*Při převazu ran záleží na ráně, mně jde o lidskost. Vše, co se dá porušit, poruším. Nezáleží mi na standardech. Před x lety fungovalo vše bez standardu. Chci pracovat pro lidi, a ne pro vedení nemocnice.*“ Jak uvádí ve své knize Ptáček et al. (2011), sestra by měla mít nejen dobré vzdělání, upravený zevnějšek, ale hlavně i kultivované vystupování, které budí u pacientů důvěru k ní i k celkové péči zdravotnického zařízení. Z našeho pohledu by se tato respondentka měla zamyslet nad svým vyjadřováním. I přesto, že byla upozorněna, že vše bude zveřejněno v bakalářské práci, neměla zájem své vyjadřování pozměnit.

V předposlední výzkumné části jsme se zajímali o výkon, při němž se aplikuje žilní kanyla. Vytejčková (In Vytejčková et al., 2015) uvádí: „*Výkonu předchází dezinfekce rukou a během výkonu musí být použity ochranné rukavice.*“ Tím se ale respondentky, se kterými jsme prováděli rozhovory, neřídí. Pouze jedna třetina uvedla, že rukavice použijí vždy. Ale dle skrytého pozorování i dvě z těchto respondentek si rukavice při výkonu nevzaly (viz pozorování č. 5). Tyto výsledky jsou více než alarmující. Ošetřující personál si stále neuvědomuje, že pracuje s biologickým materiálem, a tudíž nezáleží vůbec na jejich praxi a ani na šikovnosti personálu. Vždy je tu riziko přenosu infekce nejen na ně samotné, ale i na pacienta. Tato situace by se dala z našeho pohledu zvrátit, kdyby docházelo k poučení a školení zdravotnického personálu o komplikacích při zavádění žilního periferního katétru bez hygieny rukou a bez použití rukavic, kdyby se pořizovaly kvalitní rukavice tenčího charakteru a více se dbalo na dodržování standardů, jejich následné kontrole, a to hlavně ze strany staničních sester a managementu. Určitě by se osvědčilo i napomenutí personálu a jejich následného potrestání za opakované nedodržení standardů v ošetrovatelské péči. Zdravotnický personál by si rozmyslel, zda provede aplikaci periferního žilního katétru bez rukavic. Každý zaměstnanec je povinen se svým podpisem zavázat k jejich dodržování. Tím neshledáváme žádný důvod, proč by neměl za své jednání nést následky.

Ze zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, přímo plyne, že povinností zaměstnavatele je poskytnout zaměstnanci dostatek ochranných pracovních prostředků. V souvislosti s tím jsme se tedy dotazovali, zda mají respondentky ke své práci celý sortiment ochranných prostředků, konkrétně rukavic. Chtěli jsme tím dosáhnout potvrzení, či vyvrácení, zda nedodržování standardů může s tímto jevem souviset. Tato otázka se ukázala jako

neopodstatněná, protože všechny dotazované respondentky potvrdily, že rukavic mají dostatek nejen na sesterně, ale i po chodbách a na pokojích pacientů. Tento jev vnímáme jako pozitivní, ale z našeho pohledu by se mělo více dbát na kvalitu, a ne jen na kvantitu. Ošetřující personál rukavice nepoužívá z toho důvodu, že by docházelo k situacím, kdy by bylo rukavic nedostatek. Máme opačné zkušenosti i ze skrytého pozorování, kdy jsme si ověřili, že na každém oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření, je rukavic dostatečné množství. Ze souhrnu všech dílčích výsledků šesti částí vyplynulo, že respondentky většinou rukavice nepoužívají. Zneužívají svých praktických znalostí, nezajímají se o problematiku přenosu infekcí na vlastní osobu a pacienta, nejsou schopny posoudit účelovost a kvalitu rukavic. Určitě bychom také měli zmínit, že zdravotnický personál využívá v dodržování standardů v ošetrovatelské péči benevolence ze strany zaměstnavatele.

Shrňme-li důvody, proč respondentky rukavice nepoužívají, zjistíme, že největší problém nastává z důvodu necitlivosti prstů v rukavicích při palpaci žil při odběru krve a zavádění kanyly. Při těchto úkonech respondentky nedodržovaly standardy nejčastěji. Proto jsme zkoumali, jak bychom mohli tuto situaci změnit. Ve FN Hradec Králové od roku 2011 používají přístroj k vyhledávání cévního přístupu. Tento přístroj se nazývá Vein Viewer a pracuje na bázi infračerveného záření, díky němuž se detekuje hemoglobin. Svůj názor na tento přístroj nám uvedla zdravotní sestra paní Studentová, (viz příloha 3), když řekla, že přístroj sice žíly vyhledá, ale i tak pro vyhledání hlubších žil musí použít palpaci. Proto se i v tomto případě musí použít nesterilní rukavice. Zdravotní sestry se musí s přístrojem naučit zacházet, hlavně s hloubkou zobrazované žíly. Práci by sice Vein Viewer (viz příloha 5) usnadnil, ale zcela konečným řešením není. Pokračovali jsme v hledání východiska z této problematiky a napadlo nás, že bychom mohli zvizualizovat problematické výkony, aby respondentky měly stále na očích, při jakých výkonech mají rukavice použít. Na základě toho vznikl prospekt (viz příloha 6), který slouží k tomu, aby respondentky měly stále na očích, u kterých nejčastějších výkonů mají rukavice použít.

V další části výzkumného šetření nás zajímalo, zda se respondentky setkaly s alergií na rukavice u své osoby. Jedna třetina respondentek uvedla, že s ní mají vlastní zkušenosti, a více než polovina z nich se s ní setkala u svých kolegyně. Příznaky popisují stejně jako Machovcová (In Pelclová et al., 2014), která uvádí u alergické kontaktní dermatitidy, že se projevuje jako svědění, otoky a erytém. Shodují se na tom, že většina alergických

reakcí je způsobena latexem nebo talkem. To vnímáme jako negativní jev, protože v současné době bychom se s tímto problémem měli setkávat jen ve výjimečných případech. Jak totiž uvádí Havlíček (2012), klesl v Německu počet alergií na latexové rukavice o 95 procent, a to z toho důvodu, že od roku 2002 jsou zakázané pudrové a latexové rukavice.

To samé by se proto mělo zavést i v České republice. I když, jak uvádí Fenclová et al. (2015), v roce 2014 bylo nahlášeno pouze pět případů, kdy došlo k alergii na latex, byl dle Fenclové et al. (2016) v roce 2015 výskyt v šesti případech a v roce 2016 dle Fenclové et al. (2017) se vyskytly pouze dva případy. Je otázkou, kolik zdravotnických pracovníků alergii na latex nenahlásilo, a tím zůstal problém skryt.

Jak ze šetření vyplývá, opravdu záleží na kvalitě rukavic. Z našeho zkoumání plyne, že se v našich zdravotnických zařízeních ještě s latexovými a pudrovými rukavicemi setkáváme. Ale na druhou stranu shledáváme pozitivní zjištění, že se na odděleních snaží vyjít vstříc respondentkám, které jsou na latex či talk alergické, a obstarávají jim rukavice, které jsou antialergické. Což zdůrazňuje i Novotná (2007), že povinností zdravotnického zařízení je zabezpečit rukavice, které jsou nelatexové a nepudrové, pokud se prokáže alergie na latex či jiné látky.

Dále jsme ověřovali kvalitu rukavic, se kterými se respondentky setkávají. Je potřeba, aby vyhovovaly nejen po stránce ekonomické, ale hlavně aby splňovaly bezpečnou ochranu personálu. To také potvrzuje Vejtasa (2011), který uvádí, že ochranné pracovní prostředky musí zaměstnance dostatečně chránit a nesmí se hledět jen na ekonomickou stránku. To je v rozporu s výsledky našeho výzkumu, kde z analýzy výpovědí respondentek shledáváme, že při nákupu rukavic je podstatná především ekonomická stránka. Většinově respondentky uváděly, že jsou s kvalitou rukavic nespokojené (viz schéma 7). Zbylé respondentky jinak sdělily, že spokojené jsou, ale i tak našly nedostatky v nepřílnavosti, neprodyšnosti a porušitelnosti rukavic. Tento výsledek nás nepřekvapil, dokonce jsme s ním počítali, protože již předchozí odpovědi naznačily, že problém v nepoužívání rukavic skutečně vězí v jejich nízké kvalitě.

Zde je vhodné si položit otázku, proč zdravotnická zařízení při nákupu rukavic hledí především na finanční hledisko. I přesto, že je vědecky podloženo, že prevence proti nozokomiálním nákazám ušetří daným nemocnicím finanční prostředky. Pokud ošetřující personál nepoužívá rukavice dle standardů, dochází ke zvýšenému riziku

přenosu těchto nákaz a tím i k prodloužení hospitalizace nemocných. Což je nákladnější záležitost než prevence samotná. Jak uvedla Bořecká (2011): „*Léčba jediné nozokomiální nákazy stojí v průměru 55 tis. Kč, přitom náklady na jedny hygienicky ošetřené ruce jsou nižší než 1 Kč.*“

V souvislosti s alergiemi jsme zkoumali vliv dezinfekce na případné ekzémy. Dle Věstníku MZ 2005 o hygieně rukou vyplývá, že dezinfekci rukou by měl provádět pracovník vždy po použití rukavic. Z tohoto důvodu jsme se na tento úkon zvláště zaměřili. Ze skrytého pozorování vyplynulo, že jen čtyři respondentky dezinfekci použily, dvě další si ruce pouze umyly a zbytek dezinfekci ani mytí rukou neprovedl. Respondentky jako důvod nepoužití dezinfekce uvádějí, že buď zapomenou a nebo si ruce jen umyjí (viz schéma 8). Pouze jedna respondentka ze tří, která uvedla, že se setkala s alergií u své osoby, použila po použití rukavic dezinfekci. Ta ale už v rozhovoru tuto skutečnost vyvrátila, protože přímo uvedla: „*Se současnou dezinfekcí jsem bez problémů.*“ Další respondentka ze tří řekla, že dezinfekce jí vadí, a po sundání rukavic si ruce jen umyla. Dle Reichardta et al. (2017) může vzniknout reakce na alkohol obsažený v dezinfekci, ale tato alergie je velmi vzácná. Poslední respondentka, která se s alergií setkala, nepoužívá dezinfekci po sundání rukavic vůbec. Vzhledem k nedostatečnému množství respondentek, které se setkaly s alergickými projevy, nemůžeme výzkum objektivně vyhodnotit.

V závěru výzkumu jsme chtěli současně ověřit možnou motivaci respondentek k používání rukavic podle standardů. Podle Zítkové (In Zítková et al., 2015), která charakterizuje motivační proces jako uspokojování potřeb jedince, se domníváme, že hlavním motivačním stimulem pro respondentky může být jejich finanční ohodnocení, a to z důvodu, že zdravotnictví je nedostatečně financováno, včetně platů sester.

Výsledky rozhovorů na toto téma nás negativně překvapily. Předpokládali jsme, že pro respondentky bude finanční přilepšení silnou motivací. To se ale výzkumem nepotvrdilo (viz schéma 9). Méně než polovina respondentek by byla ochotna dodržovat standardy, pokud by za to dostala finanční bonus. U zbylých respondentek by záleželo hlavně na výši odměny. Z našeho pohledu dochází k tomu, že ošetřující personál není dostatečně motivován. Pokud se zamyslíme nad touto problematikou, zjišťujeme, že tato profese je pro zdravotnický personál rutinní a není zde motivace k dobře odvedené práci. Jsme přesvědčeni, že profese sestry by měla být posláním, k němuž by každá z respondentek měla mít úctu a respekt. Především by měly mít z kvalitně odvedené práce dobrý pocit. Z poskytnutých odpovědí vyplývá pravý opak.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké rozpory vznikají při používání rukavic v ošetrovatelské péči. V běžné praxi dochází k porušování standardů ve smyslu nedodržování použití rukavic při výkonech, kdy dochází ke kontaktu s biologickým materiálem, přestože by se rukavice podle zákonů a standardů měly použít vždy, bez výjimky. Jednalo se o ošetrovatelský personál, který tyto standardy dodržovat musí, jak v zájmu svém, tak i v zájmu pacienta.

V teoretické části práce jsme se zaměřili na historický vývoj rukavic. Analýzou dokumentů jsme se dozvěděli, proč je tak důležitá dezinfekce rukou a použití rukavic při ošetrovatelské péči. Jedná se hlavně o přenos nozokomiálních nákaz, které se v nemocničních zařízeních stále vyskytují i přes osvětu prováděnou světovými organizacemi, především World Health Organization. Nedílnou součástí práce bylo i získání teoretických poznatků o vyskytujících se alergiích a jejich příčinách. Zabývali jsme se také akreditačním procesem, ze kterého vyplývaly akreditační standardy ke sjednocení ošetrovatelské péče.

V empirické části jsme zjišťovali skutečnou realitu v používání rukavic podle standardů v ošetrovatelské péči. Výzkum byl proveden na chirurgickém a konzervativním oddělení. Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativním šetřením. Bylo použito skryté zúčastněné pozorování a polostrukturovaný rozhovor. Byly zvoleny dva cíle, kterými jsme se zaměřili na dodržování používání rukavic podle standardů při praxi a také na výskyt alergií u ošetrovatelského personálu. Na základě cílů bylo stanoveno pět výzkumných otázek, které byly zaměřeny na ověření znalostí ke standardům zdravotnického personálu, dodržování standardů v praxi, na reálný výskyt alergických reakcí v souvislosti s používáním rukavic a na motivaci ošetřujícího personálu.

Na základě skrytého pozorování a polostrukturovaných rozhovorů s ošetřujícím personálem vyplynulo, že ošetřující personál rukavice podle standardů nepoužívá, a to především při výkonech, kde dochází ke kontaktu s krví. Jedná se hlavně o zavádění periferního žilního katétru, o odběr krve a kapilární krve – glykémie. Ošetřující personál se odvolává na to, že nemá v rukavicích dostatečný cit v prstech, avšak přenosu infekčního agens se neobává. Dále bylo zjištěno, že alergické reakce na latex se stále

vyskytují v souvislosti s kvalitou a druhem rukavic. Především se jedná o latexové rukavice s pudrem.

Jelikož z našeho výzkumného vzorku bylo zjištěno, že pouze tři zdravotní pracovníci se setkali s reakcí na rukavice u své osoby, nelze zde vyvodit přesné závěry. Výsledky z kvalitativního šetření by bylo vhodné doplnit o kvantitativní výzkum, čímž bychom dosáhli širšího spektra osloveného ošetřujícího personálu.

Součástí této práce je zpracování obrazové instrukce, v níž poukazujeme na nejčastější chyby ošetřovatelského personálu při výkonech, kde se podle standardů rukavice musí použít, a kde použity nebyly.

Zjištěné výsledky lze shrnout jako doporučení pro praxi v ošetřovatelské péči. Především je nutné dostatečně školit a motivovat ošetřující personál a provádět pravidelné audity a kontroly ze stran vedoucích sester. Za nedodržení standardů v používání rukavic udělit napomenutí. Pokud nedojde k nápravě, mělo by se poté přistoupit k závažnějšímu postihu.

Seznam literatury

- [1] Akreditace zdravotnických zařízení, © 2010. SAK [online]. [cit. 2017-09-22]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>
- [2] ARENBERGER, P., ŠTORK, J., 2013. Anatomie, fyziologie a funkce kůže. In: ŠTORK, J. et al. *Dermatovenerologie*. 2. vydání. Praha: Galén, s. 1–12. ISBN 978-80-7262-898-8.
- [3] BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [4] BENDO VÁ, L., 2011. Bojíte se HIV? *Sestra*. 21 (6), 29-30. ISSN 1210-0404.
- [5] BENEŠOVÁ, V., 2008. Nozokomiální infekce. In: NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, s. 345–355. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [6] BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetřovatelská péče 1. díl*. Praha: Grada. 224+4 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
- [7] BOŘECKÁ, K., 2011. Dezinfekce, sterilizace. Ruce zdravotníků odpovídají za většinu nozokomiálních nákaz. *Florence*. 7(2), 44-45. ISSN 1801-464X.
- [8] DOBSONOVÁ, M., 2009. *Nemoci – příběhy nejnebezpečnějších zabijáků historie*. Praha: Slovart. 255 s. ISBN 978-80-7391-292-5.
- [9] FENCLOVÁ, Z. et al., 2016. *Nemoci z povolání v České republice* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/NZP/Hlaseni_a_odhlaseni_2015.pdf
- [10] FENCLOVÁ, Z. et al., 2017. *Nemoci z povolání v České republice* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/NZP/Hlaseni_a_odhlaseni_2015.pdf.
- [11] FENCLOVÁ, Z. et al., 2018. *Nemoci z povolání v České republice* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2018-04-1]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/NRNP/Hlaseni_NzP_2017.pdf

- [12] FENCLOVÁ, Z., PELCLOVÁ, D., 2014. Profesionální onemocnění. In: PELCLOVÁ, D. et al. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3. vydání. Praha: Karolinum, s. 15–27. ISBN 978-80-246-2597-3.
- [13] GALLAND, L., GALLAND, J., 2017. *Jak překonat alergie*. Praha: Beta. 333 s. ISBN 978-80-7306-909-4.
- [14] GILL, P., 2016. *Die Geschichte der Medizin in 50 Objekten*. Haupt Verlag. 224 s. ISBN 978-3-258-08019-2.
- [15] GÖPFERTO VÁ, D. et al., 2013. *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 223 s. ISBN 978-80-246-2223-1.
- [16] GÖPFERTO VÁ, D. et al., 2006. *Epidemiologie – obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. Praha: Karolinum. 299 s. ISBN 80-246-1232-1.
- [17] HAVLÍČEK, P., 2012. Mýty a fakta o hygienické dezinfekci rukou. *Florence*. 8 (12), 8–11. ISSN 1801-464X.
- [18] HEDLOVÁ, D., 2014. Omezování přenosu infekčních agens při poskytování zdravotní péče. In: JINDRÁK, V. et al. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta, s. 562–586. ISBN 978-80-204-2815-8.
- [19] HEDLOVÁ, D., JINDRÁK, V., 2014. Postupy cílené, klinicky orientované prevence a kontroly infekcí. In: JINDRÁK, V. et al., 2014. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta, s. 604–687. ISBN 978-80-204-2815-8.
- [20] HOLMANOVÁ, S. et al., 2013. Správný a bezpečný odběr venózní krve. *Sestra*. 23(1), 31-32. ISSN 1210-0404.
- [21] KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [22] KELČÍKOVÁ, S., Dezinfekce. 2011. Stratégia vzdelávacieho programu hygieny rúk pre klinickú prax. *Florence*. 7 (11), 24-27. ISSN: 1801-464X.

- [23] KELNAROVÁ, J. et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 2. ročník - 2. díl*. 2. vydání. Praha: Grada. 256+4 s. ISBN 978-80-247-5330-0.
- [24] KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 240+4 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
- [25] KLÍMOVÁ, M., BRABCOVÁ, I., 2008. Management ošetrovatelství. In: TÓTHOVÁ, V., 2008. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol – podpůrné texty*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, s. 189–214. Reg. číslo: CZ.04.1.03/3.2.15.2/0205.
- [26] KONRÁD, K., ŠIROKÁ, A., 2008. *Alergie a jak jim čelit*. Pardubice: Mayday. 207 s. ISBN 978-80-86986-35-7.
- [27] KONTROLOVÁ, L. et al., 2005. *Štandardy v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 215 s. ISBN 80-8063-198-0.
- [28] LANDSCHEK, I., 2010. *Allergien im Griff – mit Extrakapitel: Allergien bei Kindern*. Berlin: Stiftung Warentest. 208 s. ISBN 978-3-86851-111-6.
- [29] MACHOVCOVÁ, A., 2012. Jak na kožní alergie? Hormonál, nehormonální léčba dle medicíny založené na důkazu. *Alergie*. 14 (2), 113–119. ISSN 1212-3536.
- [30] MACHOVCOVÁ, A., 2014. Profesionální kožní nemoci z povolání. In: PELCLOVÁ, D. et al. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3. vydání. Praha: Karolinum, s. 41–48. ISBN 978-80-246-2597-3.
- [31] MARX, D., VLČEK, F., 2013. *Akreditační štandardy pro nemocnice* [online]. 3. vydání. Praha: Tigris. 168 s. [cit. 2017-09-20]. ISBN 978-80-87323-04-05. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
- [32] MÁŠOVÁ, R., HAVRDLÍKOVÁ, M., 2009. Štandardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. *Sestra*. 19 (9), 19-20. ISSN 1210-0404.
- [33] MELICHERČÍKOVÁ, V., 2010. Nozokomiální nákazy. *Florence*. 6 (12), 26-31. ISSN 1801-464X.

- [34] MIČUDOVÁ, E., 2015. Prostředí organizace. In: ZÍTKOVÁ, M. et al. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi – pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada, s. 31–37. ISBN 978-80-247-5094-1.
- [35] MICHÁLKOVÁ, H., 2012. Zašívání rukavic bylo pro sestry rutinou. *Florence*. 8 (11), 40-41. ISSN 1801-464X.
- [36] MINDEL, E., 2017. *Alergie: léčba a odstranění příčin alergických reakcí*. Praha: Dobrovský s.r.o. 244 s. ISBN 978-80-7390-412-8.
- [37] Metodika pro nakládání s odpady ze zdravotnických, veterinárních a jim podobných zařízení, 2016. *SZÚ* [online]. [cit. 2017-11-18]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/puda/legislativa_odpady/metodika.pdf
- [38] *Věstník č.5/2012*, 2012. [online]. MZ. [cit. 2016/03/09]. Dostupné z: file:///C:/Users/květa/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wek-yb3d8bbwe/TempState/Downloads/ZDRAVOTNICTVI_05-12.pdf
- [39] MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 1. Díl: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 272+4 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- [40] Nařízení vlády č. 290/1995 Sb. kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, 1995. [online].[2016-03-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 76, s. 3968-3978. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1995&typeLaw=zakon&what=Rok>
- [41] Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, 2007. [on line]. [2016-03-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, s. 5086-5229, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2007&typeLaw=zakon&what=Rok>
- [42] NOVOTNÁ, B., 2007. Standard diagnostiky a péče o pacienty s alergií na latex. *Alergie*. 9 (1), 64-67. ISSN 1212-3536.
- [43] NULAND, S. B., 2005. *Špinavé ruce*. Praha: Dokořán. 172 s. ISBN 80-7363-002-8.
- [44] PAVLÍK, M., 2017. Přenosné nákazy, jimi vyvolávaná onemocnění, jejich prevence a léčba. In: NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské*

- zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 414–493. ISBN 978-80-271-0210-5.
- [45] PEHRSON, J. R., 1960. *The surgeons glove*. Springfield: Charles C Thomas. 95 s. Katalogové číslo: 60-7907
- [46] PLAMÍNEK, J., 2015. *Tajemství motivace – Jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 3. vydání. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5515-1.
- [47] PODRAZILOVÁ, P., 2013. Florence a Mary – sestry, bez nichž by na Krymu zahynuly stovky mužů. *Florence*. 9(11), 44-46. ISSN 1801-464X.
- [48] PODSTATOVÁ, R. et al., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
- [49] POKOJOVÁ, R., 2010. Systém managementu kvality – praktická doporučení. *Sestra*. 20(9), 32-33. ISSN 1210-0404.
- [50] PORTER, R., 2013. *Dějiny medicíny*. 2. vydání. Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-287-2.
- [51] PTÁČEK, R., BARTUŇEK, P. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [52] PÜTZ, J. et al., 2007. *Jak žít s alergií*. Brno: Computer press. 136 s. ISBN 978-80-251-1662-3.
- [53] REICHARDT, CH. et al., 2017. *Hygiena a dezinfekce rukou*. Praha: Grada. 72 s. ISBN 978-80-271-0217-4.
- [54] ROHOVSKÝ, T., 2011. Alergie na latex. *Alergie, astma, bronchitida*. 14 (1), 24-25. ISSN 1212-3544.
- [55] ROZSYPALOVÁ, M. et al., 2006. *Sestry vzpomínají – Příspěvek k historii ošetrovatelství*. Praha: Grada. 86 s. ISBN 80-247-1503-1.
- [56] ROZSYPALOVÁ, M. et al., 2009. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Informatorium. 273 s. ISBN 978-80-7333-074-3.

- [57] RUTKOW, I. M., 1993. *Surgery: An illustrated history*. St. Louis: Mosby-Year Book. 550 s. ISBN 0-8016-6078-5.
- [58] RYCHTAŘÍKOVÁ, Y., 2008. *Kritikou a pochvalou k vyšší motivaci zaměstnanců*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2100-2.
- [59] URBAN, J., 2017. *Motivace a odměňování pracovníků – Co musíte vědět, abyste ze svých spolupracovníků dosrali to nejlepší*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-271-0227-3.
- [60] SAVE LIVES: Clean Your Hands 5 May 2018, © 2018. WHO [online]. [2018-03-15]. Dostupné z: <http://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5may2018/en/>
- [61] SEDLÁŘOVÁ, P., 2011. Nozokomiální infekce a jejich prevence. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, s. 232+24. ISBN 978-80-247-3419-4.
- [62] SCHINDLER, J., 2014. *Mikrobiologie – pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. 224+24 s. ISBN 978-80-247-4771-2.
- [63] SCHOTT, H. et al., 1994. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print. 648 s. ISBN 80-85873-16-8.
- [64] ŠEĐOVÁ, K., 2014. Analýza kvalitativních dat. In: ŠVARŤÍČEK, R. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. s. 207-247. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [65] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [66] ŠULOVÁ, O., MORAVCOVÁ, J., 1953. *Speciální ošetrovatelská technika: učební text pro III. ročník zdravotnických škol (zdravotní sestry)*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 142 s. Číslo publikace – 1425/Čkm.
- [67] ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb – manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.

- [68] ŠRÁMOVÁ, H. et al., 2013. *Nozokomiální nákazy*. 3. vydání. Praha: Maxdorf. 400 s. ISBN 978-80-7345-286-5.
- [69] ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [70] THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES, 2012. *International Council of Nurses* [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- [71] VÁLKOVÁ, M., 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.
- [72] VEJTASA, A., 2011. Sanitace – bezpečnost a ochrana zdraví při práci. *Sestra*. 21 (9), 36–37. ISSN 1210-0404.
- [73] VOSMÍK, F., 2013. Ekzémy. In: ŠTORK, J. et al. *Dermatovenerologie*. 2. vydání. Praha: Galén, s. 149–173. ISBN 978-80-7262-898-8.
- [74] Vyhláška č. 104/2012 Sb., o stanovení bližších požadavků na postup při posuzování a uznávání nemocí z povolání a okruh osob, kterým se předává lékařský posudek o nemoci z povolání, podmínky, za nichž nemoc nelze nadále uznat za nemoc z povolání, a náležitosti lékařského posudku (vyhláška o posuzování nemocí z povolání), 2012. [on-line]. [2016-03-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 40, s. 1754-1758. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2012&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=16>
- [75] Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012. [online]. [cit. 2017-03-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 3954-3980. ISSN 1211-1244[cit.2018-3-10]. Dostupné z: http://www.bmt.cz/Data/files/legislativa/vyhlaska_2012_306.pdf
- [76] Vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity), 2009. [online].

- [cit. 2017-11-25]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 113, s. 5014-5105. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/8000A7B2-7C7A-4C83-A6AF-5C941D68CEE5/0/359_2009_1.pdf
- [77] VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. Invazivní vstupy. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada, s. 76-122. ISBN 978-80-247-3421-7.
- [78] VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. Obvazová technika. In: VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada, s. 172-197. ISBN 978-80-247-3421-7.
- [79] Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, 2006. [online]. [cit. 2017-05-20]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 84, s. 3146-3241, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=12>
- [80] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2017-05-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>
- [81] *Zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě*, 2008. [online]. Komise evropských společenství. [cit. 2017-12-15]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_cs.pdf
- [82] ZÍMOVÁ, J., 2014. Aplikovaná fyziologie kůže. In: BRYCHTA, P. et al. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada, s. 23-27. ISBN 978-80-247-0795-2.
- [83] ZÍTKOVÁ, M., 2015. Možnosti motivace nových pracovníků. In: ZÍTKOVÁ, M. et al. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi – pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada, s. 103–110. ISBN 978-80-247-5094-1.

Seznam tabulek a schémat

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Identifikace respondentek	35
---	----

Seznam schémat

Schéma 1 – Znalosti o standardech.....	37
Schéma 2 – Odběr krve.....	38
Schéma 3 – Aplikace močového katétru u žen	40
Schéma 4 – Odběr kapilární krve – glykémie.....	41
Schéma 5 – Ošetření ran	42
Schéma 6 – Aplikace žilní kanyly	43
Schéma 7 – Kvalita rukavic	46
Schéma 8 – Dezinfekce rukou	47
Schéma 9 – Motivace sester k použití rukavic	48

Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky pro sestry

Příloha 2 – Pozorovací arch

Příloha 3 – Rozhovor k Vein Viewer

Příloha 4 – Operační rukavice z gumy (William Steward Halsted)

Příloha 5 – Vein Wiewer

Příloha 6 – Prospekt

Seznam použitých zkratk

BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

ICN – Mezinárodní rada sester

IgE – Imunoglobulin E

IgG – Imunoglobulin G//bv

NN – Nozokomiální nákazy

Ph – Potential hydrogen

SAK – Spojená akreditační komise

WHO – World Health Organization

Příloha 1 – Otázky pro sestry

1. Kolik Vám je let?
2. Kolik let pracujete na oddělení?
3. Jaké máte nejvyšší zdravotnické vzdělání?
4. Jste pravidelně školena ke standardům k používání rukavic? Jak často?
5. Je dokumentace se standardy volně na oddělení? Kde se nachází? Kdy je využíváte?
6. Víte, při jakých výkonech ošetrovatelské péče máte použít ochranné rukavice?
7. Použijete rukavice u výkonů:
 - odběr krve
 - aplikace cévky
 - odběr glykémie
 - převaz ran
 - aplikace kanyly

Proč je použijete, proč ne?

8. Setkala jste se s alergickými reakcemi u své osoby?
 - pokud ano, na jaké konkrétní rukavice jste měla alergii?
9. Máte běžnou dostupnost rukavic?
10. Jakou máte zkušenost s kvalitou rukavic?
11. Provádíte dezinfekci rukou po použití rukavic? Pokud ne, proč?
12. Motivovala by Vás finanční odměna za dodržování standardů k používání rukavic?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Příloha 2 – Pozorovací arch

Respondentky	Odběr krve	Močový katétr	Odběr glykémie	Ošetření ran	Aplikace kanyly	Dezinfekce rukou
S1	0	+	0 S	+	0	0
S2	0	+	0 N	0	0	+
S3	+	+	0 N	+	0	+
S4	0	+	0 N	+	0	0
S5	+	+	0 N	+	0	0
S6	0	+	0 S	+	0	Mytí
S7	0	+	0 S	+	0	+
S8	0	+	0 N	0	0	0
S9	0	+	0 N	0	+	0
S10	+	+	+ N	+	+	+
S11	0	+	0 N	+	0	0
S12	+	+	+ N	+	+	Mytí

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Příloha 3 – Rozhovor k Vein Viewer

1. Jak dlouho je využíván přístroj Vein Viewer na vašem oddělení?

My ho máme od roku 2011. Tak využívá ho nějaká část sester, které jsou zvyklé, jak jsou naučený. Nabírá se ještě na dalších dvou místech a při pohotovosti. Někdo ho používá, někdo ho nepoužívá. Určitě je dobré, že vidíte, kde ta céva vede. Zvlášť u těch pacientů, kteří jsou hodně nabíraní a mají žíly po opakovaných kanelacích, tak má odbočky nebo je někde jinde, kde by to člověk ani nečekal. Na tom to je vidět. Omezení tam je, hloubka, tu nevidíte. To prostě i s tímto přístrojem se musíte naučit pracovat, tu hloubku nevidíte. Musíte se naučit odhadovat, jak hluboko to je. Pokud jsou to obézní děti a už mají podkoží, vidět není taky.

2. Má tento přístroj negativa?

Když si to osvítíte a nepomůže vám to, tak blbě vidíte. Zelené světlo vás osvítí, tak musíte počkat. Ale potom máme zase hodně pacientů, co se obávali, opakovaně jsem je nabírala a s tím přístrojem se sami cítili, že to je lepší a má to význam.

3. Zdravotní sestry ve výzkumném šetření uvádějí, že nepoužívají rukavice z důvodu necitlivosti prstů při vyhledávání žil u pacienta. Myslíte si, že by tento přístroj byl přínosem a vyřešil by tento problém?

Tak my rukavice při odběrech krve rukavice používáme, ale předem si žílu vyhmatáme. Určitě to ukáže, kde ta céva vede, ale stejně si tu žílu musíte vyhmatat. Silné děti, tam si musíte šáhnout.

4. Doporučila byste při Vašich zkušenostech tento přístroj dalším oddělením?

Holky na oddělení, když jsme to zkoušely, tam uváděly, že mají své doktory, kteří při odběru pomohou. Tak ho nepotřebují. Ale já si myslím, že to má smysl. Máme hodně pacientů, kteří chtějí se světylkem.

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Příloha 4 – Operační rukavice z gumy (William Steward Halsted)



Zdroj: (Rutkow, 1993, s. 349)

RUTKOW, I. M., 1993. *Surgery: An illustrated history*. St. Louis: Mosby-Year Book. 550 s. ISBN 0-8016-6078-5.

Příloha 5 – Vein Wiever



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

