



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**ZÁPADO ESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2013**

**Bc. Martina Popílková**

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina POPÍLKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z11N0012P**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**  
Název tématu: **Standardy v perioperační péči**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování:

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsal metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tiskárenská/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **AORN. Perioperative Standards and Recommended Practices. Denver: 2010. Edition, CO 80231. ISBN: 978-0-939583-68-3**
- **DUDA, Miloslav. Práce sestry na operačním sále. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-642-0**
- **FARKAŠOVÁ, Dana, a kol. Výzkum v ošetrovatelství. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-229-4**
- **JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. Ošetrovatelská perioperační péče. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3**
- **MARX, David, Vlček, František. Národní akreditační standardy pro nemocnice. Praha: SAK o.p.s., TIGRIS s.r.o., 2009. ISBN 978-80-903750-6-2**
- **PODSTATOVÁ, Hana. Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa. Olomouc: Epava, 2002. ISBN 80- 86297-10-1**

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Wichsová**

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2013**

  
Doc. MUDr. Luboš Holubec, Ph.D.  
děkan



  
Mgr. Lucie Kašková  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2013



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## **ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetřovatelství

**Martina Popílková**

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

## **STANDARDSY V PERIOPERATIVNÍ PÉČI**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jana Wichsová

PLZE 2013



**PDF Complete**

*Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**Prohlá-ení:**

Prohla-uji, fle jsem diplomovou práci vypracovala samostatn a v-echny poufité prameny jsem uvedla v seznamu pouffitých zdroj .

V Plzni dne 20. 3. 2013

í í í í í í í í í í í ..

vlastnoru ní podpis



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Děkuji Mgr. Janě Wichsové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.









Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## Anotace

Příjmení a jméno: Popílková Martina

Katedra: Ošetřovatelsví a porodní asistence

Název práce: Standardy v perioperační péči

Vedoucí práce: Mgr. Jana Wichsová

Počet stran: íslované 76, ne íslované 29

Počet příloh: 7

Počet citované literatury: 53

Clíčová slova: Akreditace - audit - operační sál - perioperační péče - perioperační sestry  
- standard.

Souhrn:

Práce je věnována problematice perioperační péče a její standardizaci. Je zaměřena na význam standardů v perioperační péči a jejich používání v praxi. Dále hodnotí subjektivní názory perioperačních sester na přínos standardizace do ošetřovatelské perioperační péče.



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## Annotation

Surname and name: Popílková Martina

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Standards in perioperative care

Consultant: Mgr. Jana Wichsová

Number of pages: numbered 76, unnumbered 29

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 53

Key words: Accreditation ó audit ó operating theatre ó perioperative care ó  
perioperative nurse - standard

### Summary:

This thesis is devoted to problems of perioperative care and its standardization. It focuses on the importance of standards in perioperative care and their use in practice. Also evaluates the subjective opinions of perioperative nurses on contribution of standardization in perioperative care nursing.

Jako téma mé diplomové práce jsem si vybrala standardy v perioperační péči. Toto téma jsem si zvolila z několika různých důvodů. Jedním z důvodů je to, že oblast perioperační péče je mi velice blízká. Už dlouho let pracuji jako perioperační sestra. Význam standardů v perioperační péči jsem sama ocenila při práci v zahraničí, kde jsem se s nimi poprvé setkala. Díky nim jsem standardy používala při své každodenní práci. Práv díky nim jsem přespořádanou jazykovou bariéru byla schopná se zapojit do běžného provozu centrálních operačních sálů. Další důvodem pro výběr tématu je aktuálnost problematiky standardizace ve zdravotnických zařízeních České republiky bez ohledu na jejich velikost i kategorii. Snahou každého zdravotnického zařízení je zvyšovat kvalitu a efektivitu poskytované zdravotní péče. Uplatněním akreditace i certifikace nabývá zdravotnické zařízení na konkurenceschopnosti vůči pacientům i plátcům (pojišťovně). Cestou k získání akreditace i certifikace umožňuje standardizace jednotlivých oblastí zdravotní péče. Cílem této práce je zjistit stav standardizace ošetřovatelské perioperační péče v etnickém názoru perioperačních sester na tuto problematiku. Průzkum je zaměřen na oblast teoretických znalostí a praktického používání standardů v perioperační péči. Dále jsem se zaměřila na názory sester na přínos standardizace v perioperační péči. Průzkumné vyšetření jsem uskutočnila na čtyřech různých pracovištích v České republice.

## 1 Periopera ní pé e

šO-et ovatelství je integrovaná v dní disciplína, jejímfl hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a v-estrann uspokojovat individuální pot eby lov ka zp sobené nemocí a pomáhat t m, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo necht jí starat.õ (13, s. 13) innost o-et ovatelství je velmi rozmanitá. Podle hlediska zam ení ji m fleme d lit na n kolik základních oblastí:

- V-eobecné o-et ovatelství
- D jiny o-et ovatelství
- Metodologie o-et ovatelství
- Aplikované obory

Periopera ní pé i bychom mohli za adit do oblasti aplikovaných obor a to je-t konkrétn ji do oboru chirurgického o-et ovatelství. Obsahem chirurgického o-et ovatelství je komplexní pé e ve v-ech chirurgických oborech. Pé e o pacienty s lé bou konzervativní, tak i opera ní. (13)

### 1.1 Pojem periopera ní pé e

Pojem periopera ní pé e se objevil koncem 90. let minulého století. V tomto období, roku 1996 v rámci eské spole nosti sester vznikla profesní organizace sálových sester. Organizace nesla název šSpole nost instrumentá ekõ. Nejd íve jejími lenkami byly skute n jen sestry instrumentá ky. Pozd ji v-ak tato organizace za adila do svých stanov skute nost, fle leny a lenkami se mohou stát pracovníci mající vztah k práci na opera ních sálech a v-echny sestry provád jící o-et ovatelskou pé i nejen p i vlastním opera ním výkonu, ale i bezprost edn p ed a po n m. Mohli bychom k nim tedy za adit i nap íklad anesteziologické sestry. Celkov byla tato pé e o pacienta v období jeho pobytu na opera ních sálech ozna ena jako pé e periopera ní. Dal-ím d vodem, pro tento název vznikl, byla snaha organizace stát se lenem evropské organizace EORNA (European Operating Room Association). Výraz periopera ní se poprvé v na-í legislativ objevuje afl v zákon . 96 / 2004 Sb. o neléka ských zdravotnických povoláních. (6)

bylo zmíneno v předchozím odstavci, zahrnuje veškerou ošetřovatelskou péči poskytovanou pacientovi při jeho pobytu v operačním traktu. Tuto péči můžeme dále rozdělit podle specifikace ošetřovatelských postupů a intervencí. Jedná se o preoperační, intraoperační a postoperační péči. Jednotlivé úseky ošetřovatelské péče na sebe přímo navazují. Jejich délka je velice individuální. Vždy záleží na typu operačního výkonu, dále na zdravotním stavu pacienta, velkou roli zde hraje možnost vzniku komplikací jak ze strany pacienta, tak i ze strany pracovníků. (7, 49)

### 1.2.1 Preoperační péče

Období preoperační péče začíná přejezdem pacienta ze standardní lůžkové jednotky, jednotky intenzivní péče nebo z oddělení ARO. Pacient je přijímán anesteziologickou sestrou a lékařem anesteziologem. Dochází k přímému předání informací, dokumentace pacienta a ke kontrolní identifikaci pacienta. Pacient je zpravidla překládán z lůžka přímo na desku operačního stolu a následně je transportován do představení daného operačního sálu. Zde je prováděna bezprostřední příprava pacienta. Co si pod slovy bezprostřední příprava představíte? Tato příprava zahrnuje několik různých intervencí a kontrol. Jako příklad můžeme uvést zajištění invazivních vstupů do žilního řečiště pacienta, podávání léků a infuzních roztoků intravenózně, opakovaná kontrola identifikace pacienta, kontrola přesného podání premedikace, kontrola správnosti přípravy pacienta z předchozího oddělení, dále příprava polohy pacienta, kontrola operačního pole a jiné (dále jen aj.). Na bezprostřední přípravě pacienta se podílí zejména anesteziologická sestra a perioperační sestra. Co bych zde chtěla vyzdvihnout je důležitost psychické přípravy pacienta. Sestra by nikdy neměla zapomenout na holistický přístup k pacientovi. V popředí by měla stát i dostatečná edukace pacienta před výkonem. Myslím si, že většina pacientů se bojí a ostýchá zeptat na konkrétní věci, kterým nerozumí nebo je nezná. Pacientova nejistota často vede k nárůstu jeho strachu a obav, ty pak způsobí u pacienta vznik stresu. To negativně ovlivňuje jeho celkový zdravotní stav. Objevuje se například hypertenze, tachykardie, palpitace, nauzea aj.

Často má operační péče za účelem převozu pacienta přímo na operační sál. Péče je zaměřena zejména na vysoké riziko možného vzniku poškození pacienta. Pacient musí být podle typu operačního výkonu uveden do požadované polohy. Tato procedura s sebou nese i riziko pádu z operačního stolu. Riziko vzniku dekubitu, porušení kožní integrity i tlakové poškození periferních nervů je vysoké. Pacient je během operačního výkonu obvykle v anestezii, možný zvýšený tlak na části těla tak nevnímá. Jeho poloha se během výkonu ve většině případů také nemění, takže vznik defektu na kůži stačí opravdu jen málo. S rizikem vzniku porušení integrity kůže souvisí také dezinfekce operačního pole. Samotný dezinfekční roztok je pro některé pacienty rizikový. Jsou známy alergické reakce na určité dezinfekční roztoky. Dezinfekce operačního pole znamená aplikaci dezinfekčního roztoku na velké části těla, proto je zde kladen důraz na znalost alergické anamnézy každého pacienta sálovým personálem. Pokud dezinfekční roztok zateče pod pacienta a pacient několik hodin leží na podlaze, která je navlhčena tímto roztokem, může dojít i ke vzniku popáleniny. Ke popálení pacienta může také dojít v případě nevhodného umístění neutrální elektrody, kdy operátor během výkonu používá elektrokoagulaci. S použitím elektrokoagulace je spojeno i riziko vzniku srdečních arytmií, a to v případě, kdy pacient má již naimplantovaný kardiostimulátor. Mezi další rizika patří záměna operační strany pacienta. Pacient přijíždící z lůžkového oddělení by měl mít výrazně označenou oblast, kde bude operační výkon probíhat. Tento způsob kontroly má své opodstatnění zejména u operačních výkonů prováděných na končetinách pacienta. Správnost označení by měla být také ověřena pomocí dotazem lékaře. Mezi další rizika, kterými je pacient ohrožen během operačního výkonu, je možný vznik infekce. Ve zdravotnických zařízeních se jedná především o nozokomiální nákazy. Mezi nozokomiální nákazy patří všechny druhotné infekce kůže, podkoží, tělesných orgánů a systémů, které vzniknou při pobytu pacienta v nemocničním zařízení. Přivodci těchto nákaz mohou být všechny druhy mikroorganismů, které se u nás vyskytují. Rozhodující je způsob, jakou cestou se dostanou do těla hostitele. Znalost vstupní brány infekce a způsobu přenosu infekce je předpokladem pro úspěšnou prevenci. Prevence je to nejdůležitější. Správnou prevencí a za pomoci bariérového přístupu můžeme zamezit vzniku a šíření infekcí. V sálovém traktu je prevence vzniku a šíření infekcí jedna z nejdůležitějších oblastí, která se uplatňuje

ta. V období intraopera ní pé e se jedná o správné kce, sterilizace a dodrřování provozního ádu. Jedno z dal-ích rizik, které se p i opera ním výkonu vyskytuje, je riziko neúmynného ponechání cizího materiálu v t le pacienta. Jedná se o nástroje, rou-ky a jiné pom cky. Povinností kařdé instrumentá ky je tento materiál p esn registrovat tak, aby po et na za átku a na konci opera ního výkonu vřdy souhlasil. Mohli bychom tedy íci, řle náplní práce zdravotnických pracovník v tomto období je zaji-t ní bezpečného pr b hu opera ního výkonu, jeho dokumentování, dobrá spolupráce mezi leny týmu a neustálé monitorování pacienta. (29, 49)

### 1.2.3 Postopera ní pé e

Období postopera ní pé e za íná p elofením pacienta z opera ního stolu na l řko. Pacient v-ak je-t ve v t-in p ípad neodjřídí p ímo na l řkové odd lení. Postopera ní pé i bychom mohli rozd lit na t i období:

- Bezprost ední poopera ní pé e
- Rané poopera ní období
- Pozdní poopera ní období

#### 1.2.3.1 Bezprost ední poopera ní pé e

V prvních hodinách po opera ním zákroku je pacient v pé i anesteziologického týmu na dospávacím pokoji. *řDospávací pokoj je místnost, která je řsto sou ástí opera ního traktu, nebo se nachází v jeho t sné blízkosti. Zde sestra monitoruje vitální funkce pacienta (TK, dýchání, puls), dále sleduje stav jeho v domí a postupné odeznívání anestezie. D leřtí je řřfl sledování odvodu drenářř a místo opera ního pole. Nezastupitelnou roli hraje sestra v psychické podpo e pacienta. Po anestezii se řsto u pacient objevuje zmatenost, strach, obavy z neznámého prost edí a první pocity bolesti, které se dostaví sou asn s odezn ním anestezie. Svým citlivým a profesionálním p ístupem by sestra m la um t t mto negativním jev m elit, nebo to má potě kladný vliv na následný proces uzdravení pacienta.*ř (34, s. 31)

Charakteristické pro toto období jsou intervence zam ené na zotavení se z anestezie, dále pak na prevenci zam enou na řsné komplikace po opera ním výkonu. Preventivními opat eními se v tuto dobu snaříme zabránit respira ním komplikacím,

### 1.2.3.2 Rané pooperační období

Toto období navazuje na období bezprostřední pooperační péče. Pacient opouští po dvou hodinách prostory dopravního pokoje sálového traktu a je předán do péče ošetřovatelského týmu lůžkového oddělení.

Pacienti po velkých operacích výkonech nebo po výkonech, kde došlo v průběhu operace ke komplikacím, jsou předáváni na oddělení intenzivní péče, popřípadě na oddělení ARO. Klíčové funkce těchto pacientů jsou často nestabilní a hrozí jejich selhání.

### 1.2.3.3 Pozdní pooperační období

Pozdní pooperační období je charakterizováno pobytem pacienta na standardní lůžkové jednotce, rekonvalescencí pacienta a návratem do jeho domácího prostředí.

Pro všechny období pooperační péče jsou ošetřovatelskou péčí společné obecné zásady: (16)

- Kontrola vitálních funkcí (stav vědomí, dýchání, srdeční frekvence, krevní tlak, saturace O<sub>2</sub>)
- Poloha nemocného (prevence pádů, dekubitů, včasná mobilizace a rehabilitace)
- Sledování bolesti
- Pooperační nauzea a zvracení (prevence aspirace)
- Kontrola močení (diuréza, dostatečná hydratace)
- Kontrola obnovení střevní peristaltiky (stolice, odchod plynů)
- Kontrola a péče o operační ránu
- Dostatečná výživa pacienta
- Snaha o soběstačnost pacienta (oblast hygieny, oblékání, stravování)
- Psychická podpora pacienta (spolupráce s rodinou)



samostatné uzavreté oddelení, nachází se obvykle mimo centrum d ní nemocnice. Skládá se z n kolika opera níh sál a p ílehlých pomocných místností. Trendem sou asné doby je centralizace opera níh sál . To znamená, že sály jsou víceoborové, slouží sou asn pro n kolik opera níh obor . K opera nímu traktu bývá asto p íazována i centrální sterilizace. Celý trakt má své specifické stavební a funk ní uspo řádání. (34)

### 1.3.1 Prostorové uspo řádání

Opera ní trakt je vřdy podle stavebního uspo řádání rozd len na jednotlivé zóny, které na sebe plynule navazují. Správné d lení zón by m lo vytvo it optimální podmínky pro dodrřování pln ní hygienicko ó epidemiologického režimu.

#### 1.3.1.1 Ochranná zóna

Ochranná zóna se nachází v p ední ásti opera ního traktu. Za íná ufl p í vstupu personálu a pacienta na oddelení opera níh sál . Do této zóny adíme filtr pro personál, kde se musí v-ichni pracovníci p evléci do speciálního sálového oble ení. Sou ástí oble ení tvo í pokrývka hlavy, ústenka a speciální antistatická obuv. Sou ástí filtru je i hygienické vybavení (WC, sprcha). Mezi dal-í místnosti, které adíme do zóny ochranné, jsou odpo ívárna pro léka e a sestry, sklad zdravotnických pom cek, místnost pro uloření lék , spojovací chodby mezi jednotlivými opera ními sály. Z pohledu pacienta sem také pat í filtr pro pacienta. V této místnosti je pacient p ekládán na opera ní st l a je provád na kontrola jeho identifikace. (11, 33)

#### 1.3.1.2 ístá zóna

Do oblasti ísté zóny pat í anesteziologická p ípravna, kam pacient p íjřdí p ímo po p eloření z l flka. Zde je pacient podroben bezprost ední p íprav p ed výkonem a zaji-t na je monitorizace jeho základních řivotných funkcí. Mezi dal-í místnosti adíme umývárnu pro opera ní tým. Tato místnost slouží pro chirurgickou dezinfekci rukou operatér a instrumentá ky. ást ísté zóny je tvo ena také skladem, který je ur en pro p ístrojové vybavení sál . V neposlední ad sem pat í jifl zmi ovaný dospávácí pokoj.

#### 1.3.1.3 Sterilní zóna

Sterilní zóna je tvořena vlastními operativními sálami. (obr. 1) Operativní sál je vlastně prázdná místnost, v její středě stojí operativní stůl. Strop, strop a podlahy musí být z hladkého, snadno dezinfikovatelného materiálu s minimálním poťm spár. Tvar operativního sálu je vřinou tvercový nebo obdřlnřkovř podle pořadavk provozu. Modernř operativní sály dnes jřř nemajř okna. Vřm na vzduchu je zajřř na klimatizaci s laminárnřm proudřm vzduchu. V místnosti operativního sálu je zajřř n mřrnř p etlak. Otevřenř dveřř ze sálu do p řlehlřch místnostř mř pak za nřsledek proudřnř vzduchu sm řem ze sálu ven. Do sterilnř zřny takř adřme p řleħajřcř sklad sterilnřho materiálu. (11)

#### 1.3.1.4 Odsunovř zřna

Odsunovř zřna je vlastnř cesta, kudy pacient odjřřdřř na dospřvacř pokoj nebo do p řekladacř místnosti. Touto cestou jsou takř transportovřny pouřřitř nřstroje a pom řky ur ěnř k nřslednř dezinfekci ř sterilizaci. Sou řst tvo řř ř uklidovř mřstnost.

### 1.3.2 Organiza nř struktura

Provoz v opera nřm traktu se vřřdř řdř platnřm provoznřm řdem danřho pracovřř . Provoznř řd je sestaven na zřklad projektovř dokumentace, danřch technickřch podmřnek a spektra opera nř ěnnosti. Zam ěn je p řdevřřm na organizaci provozu, asovř harmonogram a nřpln ř práce jednotlivřch kategoriř pracovnřk . Organizace provozu je dřna typem pracovřř . Modernřm trendem je dnes vřstavba centřalnřch opera nřch sřl . Tyto sály jsou samoz řjm vřřdř uzp řobeny typu nemocnice. Kařdř centřalnř opera nř sály majř svřho vedoucřho lřka e a vrchnř sestru, p řpadn ř stani nř sestry. Kařdř pracovnřk by m ř břt s provoznřm řdem vřřdř seznřmen. (15)

Rozvrh pracovní doby je na jednotlivých pracovištích různý. Vždy však odpovídá požadavkům daného provozu. Rozvrh pracovní doby na operačních sálech máme rozdělít podle směnnosti:

- **Jednosměnný provoz** – provoz zajišťuje pouze jedna směna.
- **Dvosměnný provoz** – provoz zajišťují dvě směny (nejčastěji ranní a odpolední).
- **Třisměnný provoz** – provoz zajišťují tři směny (ranní, odpolední a noční).
- **Nepřetržitý provoz** – provoz je zajištěn nerovnoměrně rozvrženými směnami.
- **Flexibilní provoz** – provoz se mění délkou operačního programu.

### 1.3.2.2 Operační program

Cílem operačního programu je sestavit požadovaný výkon na jednotlivých sálech. Při sestavování programu musí být zohledněny hygienické a epidemiologické zásady, technické možnosti sál, náročnost operačního výkonu a personální obsazení jednotlivých oddělení i klinik. V popředí stojí také samotný pacient. Zohledněn by měl být věk pacienta a jeho celkový zdravotní stav. Operační program by měl být srozumitelný a uskutečnitelný. Měl by být sestavován podle denních, týdenních i dlouhodobých plánů. Operační program by měl obsahovat jméno a rodné číslo pacienta, diagnózu a plánovaný operační výkon. Dále by zde měla být uvedena operační skupina, anesteziologický tým, typ anestezie, požadavky pacienta, oddělení, z kterého pacient přijíždí, a u prvního pacienta čas zahájení operačního výkonu. Je důležité, pokud operační program dále obsahuje doplňující údaje jako alergie pacienta i jeho pozitivitu na přenosná onemocnění. (15)

### 1.3.3 Hygienické požadavky provozu

Ve větších nemocnicích tvoří operační sály samostatný celek, na který navazují pooperační jednotky. Vnitřní uspořádání jednotlivých prostor musí umožňovat dodržování správného hygienického režimu. Hlavní zásadou je vytváření aseptického prostředí nejen na sálech, ale i v předsálích a přilehlých prostorech. Musí být dodržovány jednotlivé zóny a nesmí docházet ke křížení cest stejnými směry. Předpokladem

o týmu je p edcházení vzniku a šíení nemocni ních  
nedocházelo, je nutné dodrřovat správná hygienicko ó  
protiepidemická reřimová opat ení. (28)

### 1.3.3.1 Hygienicko ó epidemiologický ád

Tento dokument je sou ástí dokumentace vech opera ních sál . Charakteristiku  
pracovi-t m flme popsat z n kolika hledisek.

- **Personál** ó vstupuje do prostor opera ního traktu p es filtr. Zde se p evléká  
do sálového oble ení, provádí hygienu rukou, nazouvá si sálovou obuv,  
hlavu si pokrývá epicí a na obli ej upev uje ústenku. Takto vybavený vstupuje  
do dal-ích prostor sálového traktu. Po kařdém opera ním výkonu si m ní epici  
a ústenku. P ed kařdým opera ním výkonem provádí opera ní skupina chirurgické  
mytí rukou. Chirurgické mytí rukou spo ívá v mechanickém mytí rukou tekutým  
mýdlem po dobu 1 min pod tekoucí vodou. V p ípad zne í-t ní kone k prst ,  
v oblasti nehtového l flka, se pouřívá sterilní kartá ek. Poté následuje osu-ení rukou  
jednorázovým papírovým ru níkem a následné vtírání alkoholového dezinfek ního  
prost edku v mnořství 10 ml po dobu 3 ó 5 min. sm rem od -pi ek prst  
afl k lokt m do jeho úplného zaschnutí. Tato procedura následuje vřdy mezi  
jednotlivými opera ními výkony. (25, 27)

Do prostor opera ního traktu je zakázáno nosit kabelky, -perky, hodinky  
a mít um lé nehty. P i odchodu p es vstupní filtr personál odkládá sálové oble ení  
do vyzna ených nádob i PVC pytl .

- **Pacient** ó je dopravován na opera ní sály na vozíku nebo na pojízdném l flku,  
které je íst povle eno. P i p íjezdu l flko p ejířdí adhezivní plochu umíst nou  
na podlaze u vstupních dve í. Tato plocha zachycuje mikroskopické ástice z obuvi  
a kol vozík . Pacient p ířířdí vlastním filtrem ur eným pouze pro pacienty.  
P i p íjetí pacienta provádíme kontrolu jeho identifikace a kontrolu dokumentace.  
Zam ujeme se na mořnau p ítomnost infek ního onemocn ní a na alergickou  
anamnézu pacienta. Dále se v rámci p ípravy pacienta v nužeme p íprav  
opera ního pole. Dodrřujeme doporu enou dobu expozice p i jeho dezinfekci. (33)
- **Provozní podmínky** ó zahrnují zaji-t ní sterilního materiálu, jeho transport  
a uloření. ístý materiál je transportován v p edepsaných obalech, je ádn ozna en  
datem sterilizace, expirace a kódem pracovníka. Ukládán je nej ast ji do prostor

také úklid jednotlivých sál a všech prostor v operačním jejich těd ní. Úklid na operačních sálech je prováděn mezi jednotlivými operačními výkony, po septické operaci a po ukonění operačního programu. Jedenkrát týdně se provádí velký úklid celého operačního traktu. Při provádění úklidu je důležité dodržovat dezinfekční předpis daného pracoviště. Při činnosti na operačních sálech vzniká specifický zdravotnický odpad. Tento odpad může ohrozit pracovníky, kteří s ním manipulují. Největší riziko je v důsledku infekčního odpadu a u ostrých předmětů. Pro snížení rizika je nutno odpady separovat v místě jejich vzniku a ukládat je do připravených a vhodně označených obalů. Odpad je nutno odstraňovat denně po ukonění směny nebo u nepřetržitých provozů jedenkrát za 24 hodin. (31)

### 1.3.3.2 Nozokomiální infekce

Za nozokomiální nákazu je považována infekce, jejíž první známky se vyskytují u pacienta po více než 48 hodinách od přijetí do zdravotnického zařízení. Musí být však zřejmé, že ještě neprobíhala její inkubační doba. Nozokomiální infekce můžeme rozdělit podle zdroje infekčního agens na endogenní a exogenní infekce. Endogenní infekce vznikají z činností vlastních mikroorganismů z kolonizovaného místa do jiného systému či místa tělo jedince. Oproti tomu exogenní infekce vznikají zanesením infekčního agens z vnějšku do organismu jedince. Nebezpečí vzniku nákazy pacienta stoupá s délkou jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení a s počtem parenterálních výkonů. Riziková jsou pacienti se sníženou imunitou a geriatrickí pacienti. Nejvíce riziková jsou pacienti, kteří jsou oslabeni následkem základního onemocnění. Tyto infekce nejen prodlužují léčbu pacienta, ale mohou ho ohrozit i na život. Léčba pacienta s nozokomiální nákazou je finančně více nákladná. Význam prevence je zde nepřehlédnutelný. Prevence spočívá v přísném dodržování standardních postupů, režimů a zásad bariérového ošetřování. (17)

Bariérové ošetřování je zejména hlavně na mytí a dezinfekci rukou personálu. Kontaminované ruce personálu se stávají výrazným faktorem při přenosu uvnitř nozokomiálních nákaz. Mezi bariérové způsoby patří také pravidelné používání ochranných osobních pomůcek a to zejména rukavic, ústenek, pláště. Základem úspěchu bariérového ošetřování je správné stanovení vnitřních předpisů, jejich pečlivé dodržování a zodpovědný přístup pracovníků. (30, 43)

## ost personálu

V souvislosti s charakterem práce je zdravotnictví druhou nejrizikovější profesí. Práce na operačních sálech s sebou nese pro personál určitá rizika. Jedná se o potenciální rizika související s fyzickým a psychickým stavem, dále o rizika související se sociálními vztahy na pracovišti. Z hlediska fyzické zátěže je pro zdravotníky nejvíce hrozbou přenos infekčního onemocnění (hepatitida A, B, C, tuberkulóza, HIV aj.). Dále je to nebezpečí spojené s vlastním provozem (RTG záření, laser, germicidní záření aj.). Vlastním charakterem práce je dána i zvýšená psychická zátěž na personál (přesnost, rychlost, preciznost, časová tíse aj.). Tyto oblasti jsou potenciální problémy se sociálními vztahy na pracovišti. Práce na operačních sálech je práci týmovou a multioborovou, proto je třeba si uvědomit možnost vzniku interpersonálních konfliktů. Přesto tomu přispívá napjatá atmosféra na pracovišti i momentální projevy syndromu vyhoření u některých pracovníků. Jedním z preventivních opatření je správný management práce na operačních sálech, přesné rozdělení kompetencí a zjištění efektivity práce pomocí zpětné vazby. Neměli bychom také zapomínat na individuální přístup k personálu a podporu jejich volnočasových aktivit. V rámci bezpečnosti a ochrany zdraví při práci by měl být každý pracovník opakovaně proškolen. Mezi preventivní opatření přidáme také vstupní, periodické prohlídky a očkování zaměstnanců. (32, 49)

### 1.4 Personál

Činnost na operačních sálech je práci týmovou, která přináší vždy jeden společný výsledek. Mohli bychom také říci, že se jedná o činnost multioborovou, která má své společné znaky. *Šoperační sál je jedním z míst, kde dochází díky stresu, vysoké psychické a fyzické zátěži, zpětné vazbě mezilidských vztahů, charakteru práce, sociálním faktorům i ekonomickým vlivům k velmi těžkým situacím a záleží velmi na každém členě této skupiny, jak se dokáže vřít do situace a přispět na ostatní jednotlivce ke splnění společného cíle. Tím je samozřejmě zdárný výkon operačního výkonu a spokojený pacient.* (15, s. 22)

tvorby na základě komunikace mezi jednotlivými členy  
dosáhneme za pomoci schopnosti umět naslouchat, přímou  
a jasně komunikovat, akceptovat druhé osoby a jejich názory a dodržovat vzájemnou  
úctu při komunikaci. Pro funkčnost celého týmu je důležitá schopnost řešit problémy,  
dostatečná a včasná informovanost všech členů a dobrá organizace týmu spolu  
s vyhovujícími pracovními podmínkami a technickým zázemím.

### 1.4.1 Kategorie pracovníků

Operační sály jsou pracovištěm, na jejich chodu se podílí různé kategorie  
zdravotnických pracovníků. Každý člen týmu musí přesně plnit svůj úkol a znát roli,  
kterou v týmu zastává.

- **Operatér** obvykle bývá vedoucím celého týmu. Jeho úkolem je určit pracovní postup  
operace a operační výkon provést. Dále také koordinuje ostatní členy týmu.  
On je ten, kdo má vždy poslední slovo v situacích, kdy je nutná volba z více  
možností. Je zodpovědný za celkový výsledek práce. Vedoucím týmu je vždy lékař,  
nemusí to být však ten nejzkušenější. Jeho povinností je bezprostředně po operaci  
napsat operační protokol, který se poté stává součástí zdravotnické dokumentace.
- **Asistent** obvykle je lékař, který během operačního výkonu pomáhá operatérovi  
k provedení výkonu. Dobrý asistent by měl znát myšlenkové pochody a záměry  
operátora již před výkonem, být aktivní a umět pružně reagovat na změny.
- **Perioperní sestra** obvykle je sestra, která svojí činností zabezpečuje chod operačních  
sálů. Její náplň práce bychom mohli rozdělit do dvou oblastí. Jednou z oblastí  
je vlastní instrumentování během operačního výkonu. Sestra se stává plnohodnotnou  
členkou operačního týmu a jejím úkolem je sterilně obléci všechny členy týmu,  
dále příprava instrumentálního stolku a pomoc a dobrá znalost instrumentálních  
postupů. Druhá oblast se týká přípravy operačního sálu, pomoc, příprava  
a v neposlední řadě také bezprostřední přípravy pacienta. Dále také zodpovídá  
za transport pacienta na sál a jeho uložení do požadované polohy, vede sálovou  
operativní dokumentaci a dohlíží na pomocný personál pracující na operačních  
sálech. Této sestře se hovorově říká šobíhající sestra. Má v této nejvíce  
povinností, tvoří spojující článek mezi sterilním týmem a okolím. Společně



Velká míra odpovědnosti za sterilitu operačního materiálu,  
v průběhu celé operace. (37, 41)

Práce instrumentální sestry je náročná nejen na odborné v domosti, ale i na psychickou zátěž, kterou tato práce zahrnuje. Ne každá sestra se na tuto práci hodí stejně dobře. Podmínkou úspěšnosti je dobrá profesionální adaptace. Profesionální adaptace je proces individuální, kdy se sestra vyrovnává s náročností své práce. Velkou roli zde hrají také pracovní a lidské vztahy uvnitř kolektivu na oddělení. Zpočátku převažují emoce nad racionality. Spíběvajícími zkušenostmi se intenzita prožívání snižuje. Sestra, která se dobře adaptovala, dokáže ve všech situacích uvažovat logicky a jednat účelně. Práce na sále je spojena s četnými stresovými situacemi. Mezi stresory patří možné riziko infekce, zatížení kloubního a svalového systému nebo statické i dynamické zatížení páteře. Dále jsou to také stresory psychosociální jako například velká míra zodpovědnosti, konfrontace s utrpením, bolestí, vyrovnání se s pocitem bezmoci, nutnost rychlých rozhodnutí nebo neustálé udržení pozornosti. To vše může vést k nerovnováze mezi požadavky a možnostmi sestry. Vzniklá nerovnováha pak vyúsťuje ve stres. Součástí dovedností sestry je umět tyto situace zvládat a udržovat správnou duševní hygienu. Svou duševní rovnováhu si může zajistit správnou životosprávou, dostatečným spánkem, vhodnou výživou a aktivním pohybem, ale také přestáváním koníček a udržováním přátelských vztahů i mimo pracoviště. (4, 9)

- **Anesteziologický tým** je tvořen lékařem anesteziologem a anesteziologickou sestrou. Úzká spolupráce mezi anesteziologickým týmem a operačním týmem je po celou dobu operace nevyhnutelná. Práce anesteziologického týmu začíná u příjmu pacienta do operačního traktu. Sestra přebírá pacienta s celou jeho dokumentací od sester z lůžkové jednotky. Před začátkem operačního výkonu připravuje a kontroluje funkčnost anesteziologického přístroje a všech ostatních potřebných přístrojů. Podle typu anestezie připravuje léky a pomůcky. Provádí kanylaci hrudního a břišního pacienta a asistuje při samotné anestezii. Během celého výkonu spolupracuje s anesteziologem a řídí se jeho pokyny. Po ukončení operace a následně také anestezie sestra sleduje a zapisuje fyziologické funkce pacienta až do jeho stabilizace. Mezi jednotlivými výkony a po ukončení operačního programu provádí také dezinfekci anesteziologických pomůcek, přístrojů a povrchů. Řídí se hygienicko-epidemiologickým řádem daného pracoviště. (11, 53)



vé náplni práce transportovat pacienta na sál a ze sálu,  
ú st l a v neposlední ad také p ípravu celého sálu.

Dále pomáhá p i dezinfekci a osv tlování opera ního pole.

- **Ostatní pracovníci** ó zde bychom mohli zmínit například pomocný personál, který provádí úklid v celém opera ní m traktu. ádíme mezi n i RTG laboranty, kte í zaji– ují u pacient b hem opera ní ch výkon pot ebné RTG vy– et ení. Dále také techniky nebo i perfuzionisty, starající se o mimot lní ob h pacienta.

### 1.4.2 Vzd lání a kompetence

Zdravotnictví je jedním z obor , kde je vzd lání dáno zákonem. Pro neléka ské obory to stanovuje Zákon . 96/2004 Sb. š *Personál pracující na opera ní ch sálech se dá za adit v m ítku erudovanosti neléka ského zdravotnického personálu mezi kategorie s nejvy– ími pofladavky.* (15, s. 16) Aby se sestra mohla stát odborn kvalifikovanou periopera ní sestrou, musí splnit základní pofladavky na vzd lání. Nejvhodn j– í p ípravu získá absolvováním bakalá ského studijního programu v oboru o– et ovatelství. Po ukon ení tohoto studia se stává v– eobecnou sestrou a získává titul bakalá . Dále také m fle získat doporu ené vzd lání na vy– í odborné – kole. Po jejím absolvování získává titul diplomovaná v– eobecná sestra. Ukon ením jedné i druhé – koly a sou asn p edložením dostate ného po tu kredit je sest e p id lena registrace. M fle tedy pracovat samostatn bez odborného dohledu na základ Zákona . 105/2011 Sb. Tato skute nost je pro sálovou sestru velmi d ležitá. V praxi sice pracuje v týmu, ale p esto musí um t pracovat samostatn . Také by m la být schopna se sama rozhodovat v situacích, kdy je pod asovým tlakem. Po ukon ení základního v– eobecného vzd lání se doporu uje nejmén t íletá praxe. Poté m fle následovat specializa ní kvalifika ní vzd lání. Pro sálové sestry se obor nazývá: Specializa ní vzd lávání v oboru periopera ní pé e ó sestra pro periopera ní pé i. P edpokládaná délka studia je stanovena na 36 m síc . Studium obsahuje ty i moduly. První modul je modul základní, je zam en na oblasti etiky, filosofie, pedagogiky, managementu a výzkumu v o– et ovatelství. Ostatní ti moduly jsou odborné. Zam ují se na znalosti o– et ovatelské pé e na opera ní ch sálech, na charakteristiky jednotlivých opera ní ch obor a poslední záv re ný modul je zam en na praxi

po ukončení specializačního studia získává sestra  
úpláky . 55/ 2011 Sb., o innostech zdravotnických  
pracovník a jiných odborných pracovník , je v §56 definována sestra pro periopera ní  
pé i takto:

Sestra pro periopera ní pé i vykonává innosti podle § 54 p i pé i o pacienty p ed,  
v pr b hu a bezprost edn po opera ním výkonu, v etn interven ních, invazivních  
a diagnostických výkon . P itom zejména m fle:

a) bez odborného dohledu a bez indikace:

1. p ipravovat instrumentárium, zdravotnické prost edky a jiný pot ebný materiál  
a pom cky p ed, v pr b hu a po opera ním výkonu,
2. provád t specializované steriliza ní a dezinfek ní postupy,
3. zaji–ovat manipulaci s opera ními stoly, p ístroji a tlakovými nádobami,
4. provád t antisepsi opera ního pole u pacient ,
5. provád t ve spolupráci s léka em operátérem p ed za átkem a ukon ením každé  
operace po etní kontrolu nástroj a poufitého materiálu, zaji–ovat stálou  
p ipravenost pracovi– ke standardním a speciálním opera ním výkon m;

b) bez odborného dohledu na základ indikace léka e:

1. zaji–ovat polohu a fixaci pacient na opera ním stole p ed, v pr b hu  
a po opera ním výkonu, v etn prevence komplikací z imobilizace,
2. provád t zarou–kování pacient ,
3. instrumentovat p i opera ních výkonech.õ (49, s. 15 ó 16)

M fleme tedy konstatovat, fle sálová sestra poskytuje vysoce individualizovanou  
pé i, je v úzkém kontaktu s pacientem, pracuje v multioborovém týmu, v prost edí,  
které je na vysoké technické úrovni. M la by zvládat identifikovat potenciální problémy  
a komplikace a um t je e–it. Hlavním cílem je v–ak zam ení se na pacienta, na jeho  
bezpe nost a celkový fyzický a psychický stav. (15, 36)

### 1.4.3 Sestra mentorka

V p edchozí kapitole byly popsány kompetence periopera ní sestry. Jak ufl bylo  
zmín no, periopera ní sestrou se stává sestra po absolvování specializa ního studia  
v daném oboru. Nevl–ak sestra za ne studovat, musí splnit danou praxi v oboru.  
B hem t chto rok si osvojuje základní znalosti práce na opera ních sálech. Znalosti

diem a aktivn je získává od zku-en j-ích kolegy .  
zku-enou sestru v periopera ní pé i nová role.  
Sestra se stává mentorkou pro za ínající sest i ky. Jak to vlastn probíhá v praxi?  
Na každém odd lení opera níh sál by m la být ur ena nejmén jedna sestra, která  
plní roli mentorky. Mentorkou se stává sestra po absolvování kurzu zam eného  
na mentorství, nebo po ukon ení dal-ího studia zam eného na pedagogiku.  
Výukou dosp lých se zabývá andragogika, která je jedním z díl ích obor pedagogiky.  
Sestra získává základní znalosti v oblasti pedagogických dovedností a didaktiky.  
U í se, jak postupovat p i výuce, jak pouívat didaktické zásady v praxi. D leíité  
je také um t za ínající sestry motivovat, navodit správnou atmosféru p i výuce, stanovit  
si reálné a uskute nitelné cíle a um t výuku dob e zorganizovat. Na v t-ích  
pracovi-tích, zejména ve fakultních nemocnicích, se mentorka v nuje i praktické výuce  
student . (5, 35)

#### 1.4.4 Profesní organizace

Periopera ní sestry v eské republice jsou sdrueny v organizaci, která nese název  
šSpole nost instrumentá ekō. Její lenství je dobrovolné. Sdruíuje nejen sestry sálové ó  
instrumentá ky, ale jejími lenkami se mohou stát i anesteziologické sestry, které  
se také stejnou m rou podílejí na periopera ní o-et ovatelské pé i. Tato spole nost  
se stala lenem evropské organizace EORNA (European Operating Room Association).

EORNA byla zaloena v roce 1980, svoji innost zahájila v Dánsku roku 1992.  
V sou asné dob sdruíuje 27 spole ností periopera níh sester. V t-ina z nich  
je tvo ena lenkami z evropských zemí. lenky výboru se pravideln setkávají  
a vzájemn spolupracují. Zabývají se jednotlivými tématy, podle kterých jsou rozd leny  
do pracovních skupin. Mezi spole ná témata pat í nap íklad postavení periopera níh  
sester ve spole nosti a zdravotnickém týmu, dále jejich vzd lávání a kompetence nebo  
výzkum v periopera ní pé i. Mezinárodní výbor se schází pravideln dvakrát ro n  
v n které z lenských zemí a každé t i roky po ádá kongres. Cílem asociace evropských  
sálových sester je p edev-ím podpora a udržení vysokého standardu periopera ní pé e  
o pacienta, propojení a spolupráce s p íslu-nými evropskými a mezinárodními  
organizacemi a podpora rozvoje vzd lávacích program pro leny. (12, 50)

entab hem jeho pobytu v sálovém traktu je náro ná. Jakmile se lov k stane pacientem, mnohé se v jeho flivot zm ní. M ní se jeho flivotní hodnoty, vztah k sob i k ostatním lidem. Je zam en více sám na sebe a snaflí se e-it p edev-ím sv j problém. Reakce na okolí a jeho projev bývají také vlivem nemoci odli-né. Akceptace nutnosti podstoupit opera ní zákrok je pro kaflédého z nás jinak náro ná. *šKafldí lov k je individualita, má své jedine né vlastnosti, postoje, názory a pot eby.* (44, s. 10) Na tuto skute nost bychom nem li zapomínat ani v prostorách opera ního traktu. Abychom pacientovi lépe porozum li, je t eba ho vid t nejen jako organismus, ale i jako osobnost s psychickými vlastnostmi i lena spole nosti. B hem flivota jedince dochází k neustálému uspokojování pot eb, které jsou výsledkem interakce mezi organismem a prost edím. Pot eby základní, ni-fl-í jsou pro lov ka nezbytné k jeho p eflití. V periopera ní pé i se zam ujeme práv na n . Vy-í pot eby se rozvíjejí na základ uspokojení pot eb ni-fl-ích, cofl je u kaflde osoby individuální. Uspokojení základních pot eb významn ovliv uje i psychickou stabilitu pacienta a ta je pro n ho v periopera ní m období d leflitá. U pacient , kte í podstupují opera ní výkon, se setkáváme s projevy úzkosti a stresu. Vfl dy jifl samotný p íjezd do neznámého prost edí je stresující. I personál, který se zde pohybuje, je pro pacienta neznámý. Pacient se asto cítí jako pod ízený a nezbývá mu nic jiného, nefl personálu pln d v ovat. V-echny tyto negativní pacientovy pocity m fleme významn ovlivnit svým holistickým p ístupem. Ufl jen vlídné p íjetí pacienta na odd lení opera ní ch sál je pro n ho významné. Pokud se sestra pacientovi p edstaví, snaflí se být empatická a respektuje jeho intimitu, je velká -ance, fle by v n m m la vzbudit pocit jistoty a d v ry. Pacient pak sestru vnímá jako lov ka blízkého a jeho strach, úzkost a obavy se pomalu zmír ují. (48, 52)

Abychom dokázali skute n zmírnit strach a úzkost pacient , m li bychom se také v novat jejich eduka ní výchov . Edukace by m la probíhat ufl v dob , kdy je pacient seznámen se skute ností, fle opera ní zákrok je nevyhnutelný. Kafldí lov k pot ebuje dostatek asu na to, aby informaci skute n dokázal akceptovat. Pacient by m l být obeznámen s tím, jak takový výkon probíhá, a co se s ním bude dít b hem operace. Délka p ípravy pacienta je samoz ejm závislá na v ku pacienta a na jeho intelektových schopnostech. B hem rozhovoru bychom m li pacientovi poskytnout dostate ný prostor k vyjád ení jeho pocit a obav. U edukovaných pacient je pravd podobn j-í výskyt

Léba a rekonvalescence pak bývá úspěšnější a kratší. Lékařem by mělo být doporučeno pacientovy zapojit rodinu a osoby blízké. Je to důležité pro obě strany. Nemocný vnímá podporu od blízkých a má tak větší pocit jistoty. Rodina si zvyká na novou situaci. Na některých pracovištích provádí edukaci pacientů před operací s cílem zvýšením výkonem před operací sestry. (22, 39)

Kvalitní perioperační péče je nemyslitelná bez komunikace a pozorování. I zde hraje významnou roli efektivní komunikace s pacientem. Ve zdravotnictví se uplatňují dvě základní sloffky komunikace: verbální a neverbální. Tyto sloffky se navzájem doplňují a měly by být v souladu. Co to vlastně v praxi znamená? Pokud s pacientem komunikujeme, obsah verbální komunikace by měl odpovídat naší komunikaci neverbální. Neverbální komunikace je v práci perioperační sestry významná. Mezi neverbální komunikaci patří gesta, mimika, proxemika, posturologie, a haptika. Pomocí mimiky a haptiky dokážeme v pacientovi vzbudit důvěru a zklidnit ho. Někdy vhodné dotknutí se pacienta znamená více než slova. V podobných situacích však nemusí být výsledek vlivu stejný. Sestra by měla pacienta vnímat jako bio-psychosociální bytost. S odlišnými reakcemi se můžeme setkat u pacientů jiných národností a kultur. Perioperační sestra by si měla v rámci své přípravy osvojit i základní znalosti multikulturního prostředí. Při své práci velice často zasahuje do intimní zóny pacienta. Je to citlivá zóna pro každého z nás bez rozdílu národnosti. (52)

Perioperační péče není náročná jen svou odborností, ale uměním zvládat stresové situace a komunikační dovedností. Tato péče je pacienty často málo ceněna. Ne proto, že by si jí nevážili, ale proto, že většinou jsou v anestezii a pod vlivem léků tlumících bolest.

Při poskytování perioperačního prostředí zdravotnické péče bychom neměli nikdy zapomínat na bezpečí pacienta a kvalitu poskytované péče.

## Primární péče v nemocničních zařízeních

Primární péče v nemocničních zařízeních: zdravotnictví se rozumí (podle definice WHO) souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. (26, s. 19)

Co však slovo kvalita znamená? Můžeme ho vnímat ve dvou dimenzích. Jak je spokojený nebo pacient spokojený, což představuje dimenzi subjektivní, nebo dimenzi objektivní, kdy sledujeme určitá přesně daná kritéria. Pokud se ohlédneme do minulosti, tak první zmínky o kvalitě nacházíme již v období vzniku jednotlivých cech i manufakturní výroby. Největší rozvoj v oblasti kvality nastává po 2. světové válce. Je to období, kdy dochází na trhu k nedostatku některých výrobků a kvalita se stává nástrojem konkurence. Sedmdesátá léta znamenají stabilizaci a zaměřují se na procesy. V 80. letech se management kvality zaměřuje více na zákazníka. Ten se stává nástrojem určení kvality výrobků a služeb. Také se poprvé objevují snahy o prokázání managementu kvality. Další aktivitou, která se snaží sledovat kvalitu je akreditace. Zásluha o rozvoj managementu kvality patří mnoha osobnostem jako například W. E. Deming, J. M. Juran, K. Ishikawa, A. V. Feigenbaum nebo P. B. Crosby. V současné době je možno získat některé ceny za kvalitu. V USA je to cena Malcoma Baldrige nebo v Evropě je to Evropská cena za jakost (EFQM). (19, 46)

Šco je nejdůležitější: to, že pro kvalitní výrobek i službu je nutné mít kvalitu systémů v celé firmě a na všech úrovních. Mluvíme tak o jakosti výrobku, služby, procesu, zdroji a systému managementu. (19, s. 30) Proč se vlastně zabýváme kvalitou? Nejistě nás k tomu vedou ekonomické důvody, forenzní důvody, kdy se snažíme dokazovat, že poskytnutá péče byla na vysoké úrovni, nebo také konkurenční důvody i určitá prestiž, která může hrát významnou roli i při podepisování smluv se zdravotními pojišťovnami. Můžeme říci, že služba je produkt, který má nehmotnou podobu. Je to činnost, ke které dochází mezi zákazníkem a poskytovatelem. Zákazník formuluje požadavky na službu, což je nevýhoda oproti produktu. Splnit požadavky zákazníka je někdy obtížné, je to obtížnější je však stanovit měřitelná kritéria pro poskytovanou službu. Mezi tyto služby řadíme samozřejmě i zdravotnické služby. V roli zákazníka zde vystupuje pacient, zdravotní pojišťovna nebo samoplátce. Na druhé straně stojí zdravotnické zařízením, lékaři a sestry, kteří zdravotní služby poskytují. Kvalita poskytovaných



tává často zajímavým a citlivým tématem nejen  
kou ve ejnost. Za jakost poskytovaných slufieb institucí  
zodpovídá vrcholový a st ední management, zatímco za kvalitu poskytované pé e  
jednotlivým pacient m zodpovídají samotní odborní pracovníci. Kvalitu slufieb bychom  
mohli charakterizovat vlastnostmi jako je ú innost, bezpe nost, dostupnost, soustavnost  
a návaznost nebo také p íjatelnost, p im enost i ekonomická efektivnost. Na kvalitu  
zdravotních slufieb m fleme pohlíftet ve t ech rovinách:

- **Z hlediska klienta** ó co od slufiby klient o ekává.
- **Z hlediska profesionálního** ó zda slufiby spl ují pot eby klienta.
- **Z hlediska ízení** ó zda se jedná o nejekonomi t j-í a nejproduktivn j-í vyuftívání zdroj .

Zdravotnické slufiby by m ly být chápany jako slufiby komplexní, které zahrnují  
v-echny t i roviny sou asn . (5, 19)

Informace o kvalit ě poskytovaných zdravotních slufieb organizace m fleme získat  
ze ty zdroj . Jedním z nich jsou informace od pacient ů a jiných interních nebo  
externích klient ů . Tyto informace bývají v-ak mén ě objektivní. Dal-ím zdrojem jsou  
informace od externích odborník ů nebo inspektor ů . Nej ast ji uftívané zdroje informací  
jsou audity a indikátory kvality.

Indikátor kvality je dané kritérium, které je m ěřitelné a v porovnání s ur itým  
standardem, sm rnicí i pofladvkem nám ukazuje, jak dalece bylo tohoto standardu  
dosafeno. M fleme íci, fle indikátor je vftdy kvantita, íslo, které nás informuje  
o kvalit ě . Indikátory mohou být zam ěny na jevy pozitivní, ale i negativní, na procesy,  
události nebo systém. Rozeznáváme dva druhy indikátor ů , pom rové a sentinelové.  
Pom rové indikátory jsou zalofeny na sb ru dat vyskytujících se jev ů , které nacházíme  
s ur itou frekvencí. Mohou být vyjád ěny jako pom ry nebo pr m ry. Sentinelové  
indikátory mají za úkol identifikovat jevy, jejichftl výskyt je vnímán jako nefládnoucí  
událost a následkem je okamftité vy-et ování a analýza p í in. (42)

## 2.1 Standardy pé e

Pokud hovo íme o standardech pé e, znamená to, fle máme na mysli standardy  
proces ů a ínností, které jsou provád ěny v pr b hu lé by pacienta. Standard pé e  
je závazná norma zaji-ující p edem dohodnutý stupe kvality poskytované pé e.  
Dále je také neodd ělitelnou sou ástí systému ízení kvality, prost edkem k trvalému

realizaci audit . Z historického hlediska sahají ko eny  
mské války (1853 ó 1856). V této dob jifl sestavuje  
Florence Nightingalová standardy týkající se o-et ovatelského procesu. Sou asn také  
stanovuje první indikátory kvality pé e. *šPrvní standardy vznikaly v USA v 70. letech  
jako odezva zdravotník na vyhlá-ení první Charty práv pacient . Každá zem a každé  
zdravotnické za ízení vychází p i vytvá ení standard z vlastních podmínek. Pacienti  
vyžadují kvalitní pé i, a je proto zapot ebí kvalitní pé i poskytovat.* (21, s. 19 - 20)

Jednotný model pro m ení kvality pé e stanovil uznávaný americký univerzitní  
profesor A. Donabedián (1919 - 2000). Jeho schéma obsahuje t i ásti - strukturu,  
proces a výsledek. Standardy m fleme d lit podle zam ení. (24)

- **Standardy zam ené na strukturu** ó jsou pojmenovány slovem sm rnice.  
Jsou definovány platnou legislativou a stanovují informa ní systémy, nástroje  
na integraci a komunikaci, dále metody vedení lidí apod.
- **Standardy zam ené na proces** ó mají závazn strukturovaný obsah a skládají  
se ze standard o-et ovatelských postup poufívaných p i výkonech nebo v pr b hu  
o-et ovatelského procesu.
- **Standardy zam ené na výsledek** ó neboli monitorovací standardy ur ují metody  
a nástroje pro sledování, m ení, analýzu a hodnocení výsledk . Zde m fleme  
jako p íklad uvést spokojenost pacient a personálu nebo výskyt neřádoucích  
událostí a jev (výskyt pád , dekubit , nozokomiální nákazy, stranová zám na aj.)

Každý standard by m l vřdy obsahovat parametry, které jsou m itelné  
a hodnotitelné. Stylistická stránka standardu by m la být ve form volného textu.  
P i tvorb bychom nem li zapomenout na tyto body. (21)

- Název (znak nemocnice), po adové íslo
- Typ standardu
- Oblast p sobení, pro koho je ur en, místo poufítí
- Kdo jej sestavil, schválil, platnost
- Vymezení: vybrané pojmy, definice, cíl, kompetentní osoby, pom cky, postup,  
zvlá-tní upozorn ní, poufítá literatura, zpracovatelé.
- Kritéria k auditu
- P ílohy



hodnocení i p ezkoumání ur itého p edm tu i procesu nezávislou osobou. Kvalifikovaná osoba, která se touto inností zabývá, se nazývá auditor. V sou asné dob je audit nedílnou sou ástí m ení kvality pé e ve zdravotnickém za ízení. Audity jsou provád ny podle stanoveného plánu audit , který plánuje vedoucí pracovník odd lení kvality pé e. O každém auditu je veden písemný záznam. *šCílem auditu nikdy není vyhodnocení výkonu sester za ú elem hledání chyb a následných disciplinárních opat ení. Jde o nalezení š slabých místů v systému/procesu a o zaji-t ní co nejrychlejš nápravy.* (42, s. 108 ó 109)

Audit bychom mohli dále rozd lit na audit interní a externí. Interní audit je provád n vlastním pro-koleným personálem daného zdravotnického za ízení. Jeho cílem je hodnocení kvality a bezpe í poskytovaných zdravotních služeb a snaha o jejich zlep-ení. Pro tento proces interního hodnocení vypracovalo jiřl Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ) š minimální pofladavky, které jsou uve ejn ny ve V stníku MZ . 5 / 2012. Hlavní podmínkou pro úsp -ný audit je zejména schopnost a ochota personálu realizovat zm ny, které z n ho následn vyplývají. Každý proces auditu zahrnuje jednotlivé na sebe navazující kroky. Prvním krokem je vřdy volba len auditorské skupiny a jejich odborné pro-kolení. Dále následuje podle plánu audit ur ení p edm tu, kritérií a místa auditu. Pokud máme toto spln no, m fleme jiřl p istoupit k samotnému praktickému provedení auditu. B hem n ho provádíme písemné záznamy, které nám následn pomohou provést vyhodnocení. V záv ru vyhodnocení by m lo být vřdy uvedeno doporu ení o nutnosti provedení zm ny. Posledním krokem auditu je kontrola, zda do-lo k doporu eným zm nám v praxi. V p ípad externího auditu se jedná o audit, který je provád n kvalifikovanými auditory, kte í k této innosti získají oprávn ní podle zákona . 372/2011 Sb. (42)

### 2.3 Akreditace zdravotnických za ízení

Co to vlastn akreditace je? Mohli bychom ji definovat jako dobrovolný proces, jehořl principem je hodnocení shody mezi procesy, které probíhají ve zdravotnickém za ízení s akredita ními standardy. Tyto standardy pokrývají ve-keré oblasti zdravotnické innosti, které souvisejí s pé í o pacienty. Každé za ízení si akredita ní standardy upravuje obvykle vnit ními p edpisy, ve kterých je stanoven doporu ený postup, jenřl je závazný pro v-echny pracovníky. Cílem akreditace je poskytovat

—í možné kvality, redukce náklad , zvy-ování efektivity

1) Po podání žádosti o provedení externího hodnocení je na vlastní akredita ní proces d leflité se nejd íve pe liv p ípravit. P í p íprav je možné vyuffít i konzulta ní innosti pracovník akredita ní komise. Vždy v-ak platí pravidlo prevence konfliktu zájmu. Auditor, který nav-tíví zdravotnické za ízení ve funkci konzultanta, nem fe být následn lenem akredita ní komise na daném pracovi-ti. P ípravu bychom mohli rozd lit na dv oblasti, teoretickou a praktickou. Teoretická p íprava probíhá formou seminá a je zam ena na jednotlivé kapitoly akredita níh standard . Praktická ást obsahuje nácvik auditní techniky a p edakredita ní -et ení. Akredita ní proces provád jí kvalifikovaní akredita ní inspekto i ó léka i, neléka ský zdravotnický pracovník nebo administráto i zdravotnických za ízení, kte í k této innosti mají oprávn ní. Výsledkem akredita ního -et ení je výsledná zpráva akredita ní komise o ud lení i neud lení akreditace. Akreditace je obvykle ud lována na ur ité asové období. Po jejím uplynutí musí být v daném zdravotnickém za ízení provedena reakreditace. V sou asné dob mají v R oprávn ní k externímu hodnocení kvality a bezpe í poskytovaných zdravotních služeb: Spojená akredita ní komise, o.p.s., e-ISO, a.s. a eská spole nost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. (2, 23)

## 2.4 Systémy zaji-ování a ízení kvality

V sou asné dob existují r zné p ístupy, které se snaží vyhodnocovat úrove kvality poskytovaných inností v oblasti zdravotní pé e. Jednotlivé modely lze rozd lit do n kolika kategorií: **mezinárodní** (Mezinárodní organizace pro normalizaci ó ISO), **národní a nadnárodní** (JCAHO, JCIA, Spojená akredita ní komise R, eská spole nost pro akreditaci ve zdravotnictví), **modely definující proces tvorby národních akredita níh standard** (ALPHA) a **modely excellence** ó sv tové ceny za kvalitu ( Baldrige, EFQM, Six Sigma). (42)

## Commission on Accreditation of Healthcare (CAHO)

JCAHO je nezávislou a neziskovou organizací, která vznikla v roce 1951 v USA. Její innost je zam ena na rozbor kritérií pro hodnocení kvality poskytované zdravotnické pé e ve zdravotnických za ízeních. Ty jsou hodnoceny podle 500 ukazatel . V roce 1994 do-lo k poslední aktualizaci standard . Standardy jsou d leny do ásti nepovinné a povinné, tuto ást musí zdravotnické za ízení vfdy respektovat. Celé hodnocení trvá ty i dny a provádí ho mezinárodní akredita ní komise, která pak ud lí zdravotnickému za ízení certifikát. Jeho platnost je t i roky. B hem hodnocení komise komunikuje s personálem, nahlíí do dokumentace, zam uje se na práva pacient a etiku aj. V posledních letech v USA v-ak od této akreditace nemocnice ustupují. D vodem je její cena a skute nost, fe není kontrolována fládnou ve ejnou organizací. V ervenci roku 1999 vznikla její dce inná spole nost Joint Commission International Accreditation (JCIA), která vydala mezinárodní standardy ur ené k akreditaci zdravotnických za ízení. Standardy se týkají pot eb pacienta a také funkce nemocnice jako instituce. (19, 40)

### 2.4.2 Akreditace Spojené akredita ní komise (SAK)

Tato akredita ní komise vznikla roku 1997 a platí zde podobný postup jako u JCAHO. Byly vydány standardy, které jsou len ny do deseti oblastí.

- Standardy ízení kvality a bezpe í
- Standardy diagnostické pé e
- Standardy pé e o pacienta
- Standardy kontinuity zdravotní pé e
- Standardy dodrfování práv pacient
- Standardy podmínek poskytované pé e
- Standardy managementu
- Standardy ízení lidských zdroj
- Standardy pro sb r a zpracování informací
- Standardy protiepidemických opat ení

mezi sebou provázány, práce podle nich proto není  
certifikát platný tři roky. Osvědčení má platnost  
pouze pro oblast zdravotnictví České republiky. (19, 20)

### 2.4.3 Akreditace České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví

Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví provádí hodnocení kvality a bezpečí  
v lékařské zdravotní péči. Oprávnění jí bylo uděleno v říjnu 2012. Poskytuje  
také odborné konzultace, pořádá kurzy a odborné akce. Hodnotící standardy rozděluje  
do čtyř oblastí: (10)

- Standardy řízení kvality a bezpečí
- Standardy péče o pacienty
- Standardy řízení lidských zdrojů
- Standardy zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance

### 2.4.4 Akreditace Českého institutu pro akreditaci (ČIAK)

Český institut pro akreditaci byl založen vládou České republiky v roce 1998.  
Tento institut se stal národním akreditačním orgánem. Poskytuje služby státním  
i soukromým zařízením. Provádí akreditaci ve zdravotnických, zdravotnických  
a kalibračních laboratořích. (40)

### 2.4.5 Akreditace Národního akreditačního střediska pro laboratorní diagnostiku (NASKL)

V České republice vzniklo v roce 2004 při České lékařské společnosti J. E. Purkyně  
národní akreditační středisko pro laboratorní diagnostiku. Tato organizace uděluje akreditaci  
zdravotnickým laboratořím v České republice. Cílem střediska je sjednocení požadavků  
na různé laboratorní diagnostiku. (40)

## Standard Organization (ISO)

Čím se kvalitou je certifikace ISO. Mohli bychom říci, že certifikace znamená nestranné ověření shody s danými specifickými požadavky. Mezinárodní organizace pro standardy prověřuje, zda v organizaci existují a správně fungují procesy kvality. Tyto normy byly přijaty Mezinárodní normalizační společností v roce 1987. Postupně však došlo k jejich novelizaci. Normy vycházejí ze zkušeností firem, které dosáhly výborných výsledků v oblasti kvality. Dnes mají normy již univerzální podobu a jsou aplikovatelné ve všech odvětvích. Nejpoužívanější je v současnosti nová norma ISO 9001: 2008 o Požadavky managementu jakosti. Pokud dojde ke splnění podmínek této normy v dané organizaci, znamená to pro zákazníka určitou jistotu kvality poskytovaných služeb organizací. (26)

## 2.5 Kvalita a bezpečí v perioperační péči

Důležitost kvality péče a bezpečí pacienta v perioperačním období je stejná jako v jiných oblastech péče. Mohli bychom říci, že operační výkon je náročný proces pro všechny zúčastněné aktéry. Vyžaduje velkou míru odborných znalostí, soustředění, trpělivosti, odolnosti, umění zvládat stresové situace a disciplíny. Samotný operační zákrok znamená pro pacienta celou řadu rizik. Tato rizika jsou podrobněji popsána v kapitole 1.1.2 Intraoperační péče. (38)

Zdravotnická zařízení používají nejrozličnější indikátory, které jim napomáhají k objektivnímu hodnocení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. V oblasti perioperační péče bychom se mohli zmínit o konkrétních indikátorech, které se na operačních sálech používají. (3)

- počet neplánovaných návratů pacienta na operační sál
- dodržování hygienického režimu
- příprava sterilního instrumentária a materiálu
- vedení dokumentace perioperační sestrou
- výskyt neřádných událostí (vznik infekce, dekubitů a útlak periferních nervů, popálení pacienta, výskyt pádů, záměna operované strany aj.)
- výskyt perioperačních komplikací

operačních výkonech se zabývá WHO. Jejím výsledkem je seznam **Checklistů** (obr. 2), jehož účelem je eliminovat možná pochybení tím, že na konci v pravou chvíli upozorní operativní tým. Bezpečnostní list je postup, který se skládá ze tří kroků. Tyto kroky jsou použity při kritických momentech v průběhu operačního výkonu.

- **Před podáním anestezie** – je prováděna kontrola identity pacienta, typu operačního výkonu, místa operace, souhlasu s operací, dále se zjišťuje alergická anamnéza pacienta, průchodnost dýchacích cest, funkčnost přístrojů, labilita pacienta a eventuální potřeba krevní konzervy k podání.
- **Před kořením zubem** – je prováděna identifikace operačního týmu, pacienta, kontrola místa a typu operačního výkonu, operativní sdělí předpokládanou délku výkonu a ztrátu krve, anesteziolog vyjádří možná rizika, instrumentálka potvrdí sterilitu nástrojů a připravenost požadovaných pomůcek, dále je prováděna kontrola podání antibiotik.
- **Před ukončením operačního výkonu** – je potvrzen název operačního výkonu, souhlas po použití nástrojů a materiálu, počet a označení odebraného biologického materiálu a pooperační ordinace.

Cílem bezpečnostního listu je krátké zodpovězení daných bodů v jednotlivých krocích a tím zajistit prevence pochybení při operačních výkonech. (51)

I přes to, že zdravotnický personál možná rizika zná a jejich následky si plně uvědomuje, k nečekaným událostem na operačních sálech ojediněle dochází. Pokud k této situaci dojde, personál je povinný včas ihned hlásit lékaři, aby bylo zajištěno ošetření poškozeného. Následně je proveden zápis o události, který ji popisuje podle skutečnosti, bez hledání viníka. Nečekaná událost se může obejít bez následků na zdraví pacienta, ale také může skončit jeho iatrogenním poškozením. Z právního hlediska je tato skutečnost klasifikována jako nedbalostní inženýr ze strany zdravotnického personálu. Podle závažnosti poškození pacienta může být viník podle trestního práva sankcionován. (47)

Poškození pacienta může být somatické, psychické i kombinované. Nejvíce ohroženi pochybením jsou novorozenci a děti, starší pacienti, mentálně postižení a pacienti s jazykovou bariérou. Pochybení a omyly vznikají nejčastěji nesprávným rozhodováním, nedostatkem preventivních opatření, nedostatečnou intervencí, nedostatečnou komunikací a chybami v dokumentaci. (8)

### 3 Cíl pr zkumu

Cílem této práce je zjistit stav standardizace o-et ovatelské periopera ní pé e ve vybraných nemocnicích v etn postoj perioper ních sester.

### 4 Hypotézy

**Hypotéza .1** *ó P edpokládám, že více než 70 % dotázaných sálových sester rozumí pojmu šStandardizace v periopera ní pé i.*

(viz dotazník ó otázka . 6, 7, 8)

**Hypotéza .2** *ó Domnívám se, že v t-í p ínos standardizace v periopera ní pé i vidí sestry víceoborových sál než sestry jednooborových sál .*

(viz dotazník ó otázka . 5, 14, 15)

**Hypotéza .3**

**3a)** - *P edpokládám, že více než polovina sálových sester pouřívá standardy v praxi.*

(viz dotazník ó otázka . 9, 10, 11, 12, 13)

**3b)** - *Domnívám se, že sestry, které pouřívají standard p i p íprav pom cek k operaci, jsou technicky lépe p íraveny, než sestry, které jej nepouřívají.*

(viz dotazník ó otázka . 15, 16)



## ndent

respondenti zahrnuty sálové sestry pracující na n kolika  
–pi kových pracovi–tích v eské republice. Osloveny byly sálové sestry pracující  
na centrálních opera ních sálech Úst ední vojenské nemocnice St e–ovice,  
Fakultní nemocnice Motol a Fakultní nemocnice Plze . Dále byly také osloveny sálové  
sestry jednotlivých klinik opera ních obor Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

## 6 Metoda pr zkumu

Praktická ást této práce je tvo ena empirickým kvantitativním výzkumem.  
K získání dat je pouflita metoda dotazníkového –et ení. Na základ stanovených hypotéz  
byl sestaven dotazník, s jehofl pomocí byla data sbírána. (viz p íloha . 1)  
Dotazník obsahoval celkem 16 otázek, z toho bylo 10 otázek uzav ených  
(2 dichotomické, 8 polytomických), 2 polouzav ené, 2 otev ené a 2 filtra ní.  
Dotazník byl ur en pouze pro periopera ní sestry v–ech opera ních obor  
a byl anonymní. P ed zahájením dotazníkového –et ení bylo nutné získat souhlas  
nám stky o–et ovatelské pé e jednotlivých nemocnic k provedení pr zkumného  
–et ení. Mohu konstatovat, fle jsem se ve v–ech oslovených nemocnicích setkala  
s ochotou a vst ícností. (14, 18)

Pilotní pr zkum byl proveden ve Fakultní nemocnici Plze . Vzhledem k tomu,  
fle návratnost byla 82 % a pouze 1 dotazník byl nesprávn vypln n, dotazník jsem  
jiřl neupravovala. Pr zkumné –et ení prob hlo b hem m síce února 2013 ve Fakultní  
nemocnici Plze , dále ve Fakultní nemocnici Motol, Fakultní nemocnici Královské  
Vinohrady a v Úst ední vojenské nemocnici St e–ovice. Celkem bylo rozdáno  
200 dotazník , z nichfl se vrátilo 169 vypln ných dotazník . Celková návratnost ínila  
84,5 %. Toho mnoflství zahrnovalo 11 dotazník chybn vypln ných.  
Pro zpracování získaných údaj jsem tedy pouflila 158 (100 %) dotazník . Získaná data  
jsou pro názornost v t–inou zpracována i podle jednotlivých pracovi– .





**PDF Complete**

*Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

dotazníkového šetření byla statisticky zpracována. Zpracování bylo provedeno v počítačovém programu Microsoft Office Excel 2007, konkrétně za pomoci kontingenčních tabulek. Výsledky dotazníkového šetření jsou prezentovány v praktické části v podobě tabulek a grafů. Tabulky znázorňují absolutní a relativní četnost zastoupení jednotlivých souborů. Grafy prostorově zobrazují relativní četnost jednotlivých souborů.

## Tabulka získaných údaj

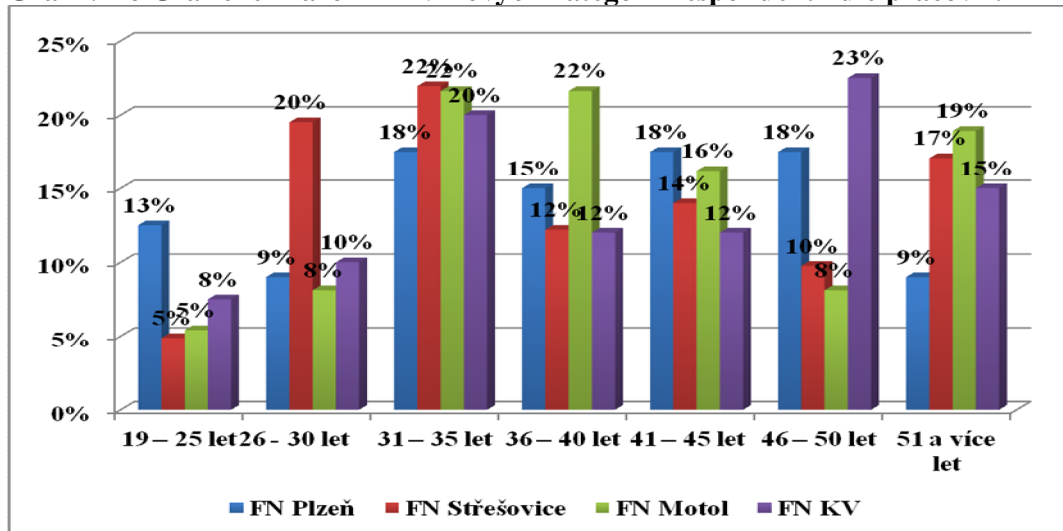
### 8.1 Analýza sociologických údaj

Otázka .1: Do jaké věkové kategorie patří jste?

Tabulka .1 věkové kategorie respondent

Věk	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
19 - 25 let	12	8
26 - 30 let	19	12
31 - 35 let	32	20
36 - 40 let	24	15
41 - 45 let	24	15
46 - 50 let	23	15
51 a více let	24	15
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Graf .1 Grafické znázornění věkových kategorií respondent dle pracoviště



Tabulka .1 znázorňuje věkové kategorie respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu. Respondenti byli podle věku rozděleni do sedmi věkových kategorií. Z celkového počtu 158 (100 %) respondentů bylo v kategorii 19 - 25 let 12 (8 %) respondentů, v kategorii 26 - 30 let 19 (12 %) respondentů, v kategorii 31 - 35 let 32 (20 %) respondentů, v kategorii 36 - 40 let 24 (15 %) respondentů, v kategorii 41 - 45 let 24 (15 %) respondentů, v kategorii 46 - 50 let 23 (15 %) respondentů a v kategorii 51 a více let 24 (15 %) respondentů.

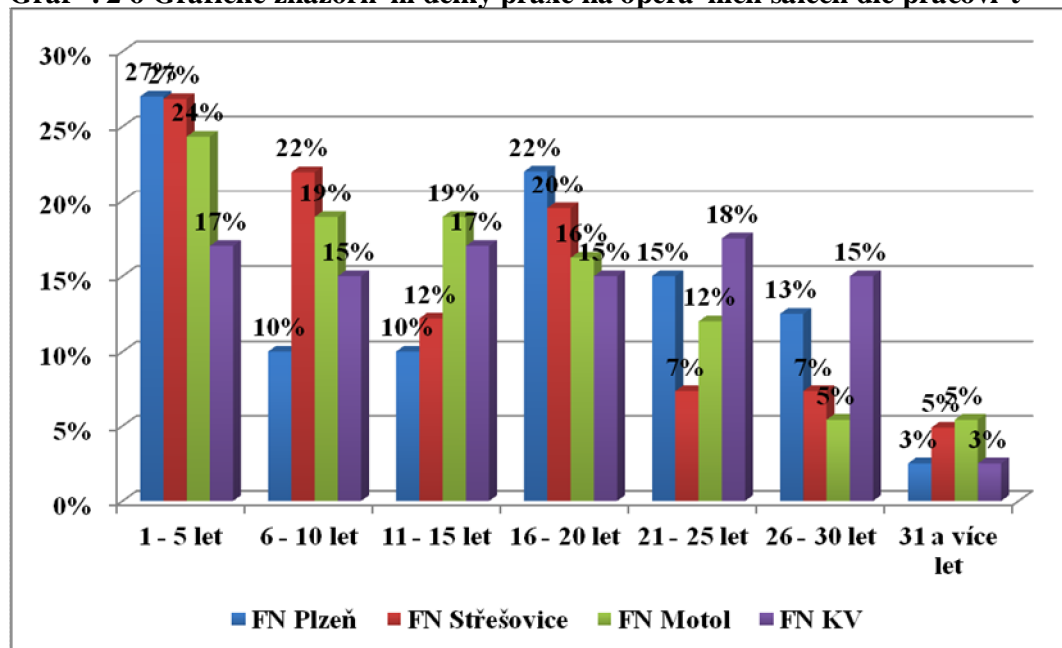
Graf .1 zobrazuje relativní etnost věkových kategorií respondentů na jednotlivých pracovištích.

## Délka praxe na operačních sálech?

Tabulka 2.2 o Délka praxe na operačních sálech

Délka praxe na operačních sálech	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
1 - 5 let	38	24
6 - 10 let	26	16
11 - 15 let	23	15
16 - 20 let	29	18
21 - 25 let	20	13
26 - 30 let	16	10
31 a více let	6	4
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Graf 2.2 Grafické znázornění délky praxe na operačních sálech dle pracovišť



Tabulka 2.2 zobrazuje délku praxe respondentů na operačních sálech. Respondenti byli rozděleni do sedmi skupin podle délky praxe. Ve skupině 1 - 5 let bylo 38 (24 %) respondentů, ve skupině 6 - 10 let bylo 26 (16 %) respondentů, ve skupině 11 - 15 let bylo 23 (15 %) respondentů, ve skupině 16 - 20 let bylo 29 (18 %) respondentů, ve skupině 21 - 25 let bylo 20 (13 %) respondentů, ve skupině 26 - 30 let bylo 16 (10 %) respondentů a ve skupině 31 a více let bylo 6 (4 %) respondentů.

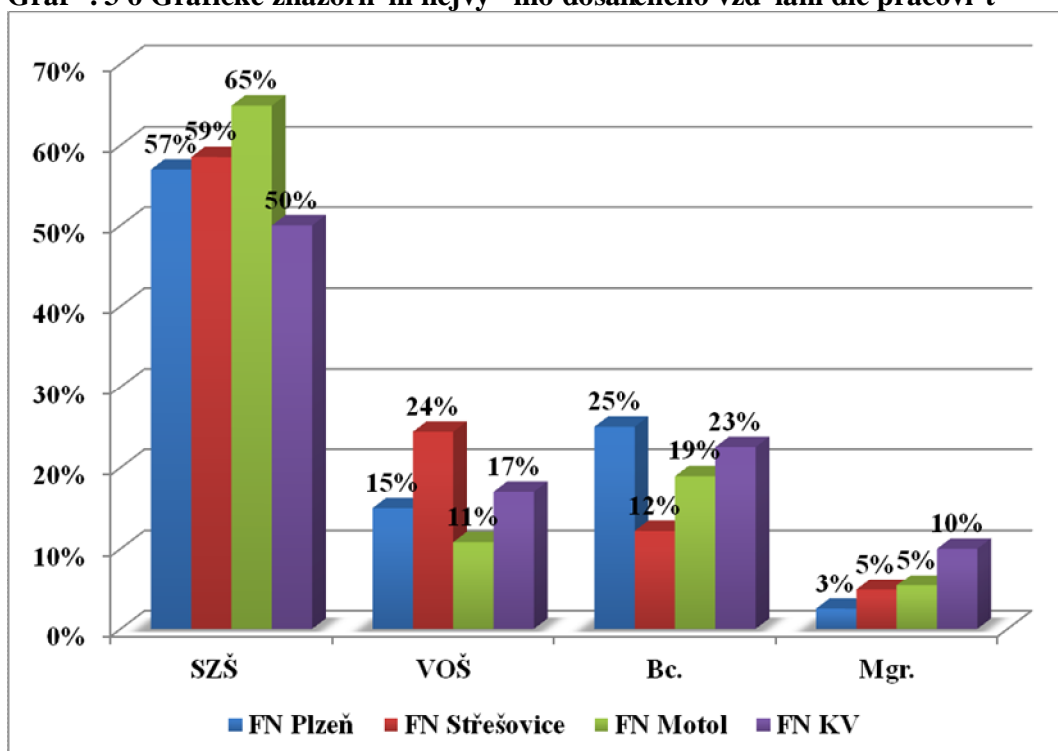
Graf 2.2 zobrazuje relativní etnost respondentů podle délky praxe na operačních sálech na jednotlivých pracovištích.

nejvyšší dosažené vzdělání?

dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
SZ <sup>TM</sup>	91	58
VO <sup>TM</sup>	27	16
Bc.	31	20
Mgr.	9	6
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Graf . 3 ó Grafické znázornění nejvyššího dosaženého vzdělání dle pracovišť



Tabulka . 3 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 158 (100 %) respondentů má 91 (58 %) respondentů střední odborné vzdělání, 27 (17 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 31 (20 %) respondentů bakalářské vzdělání a 9 (6 %) respondentů vzdělání magisterské.

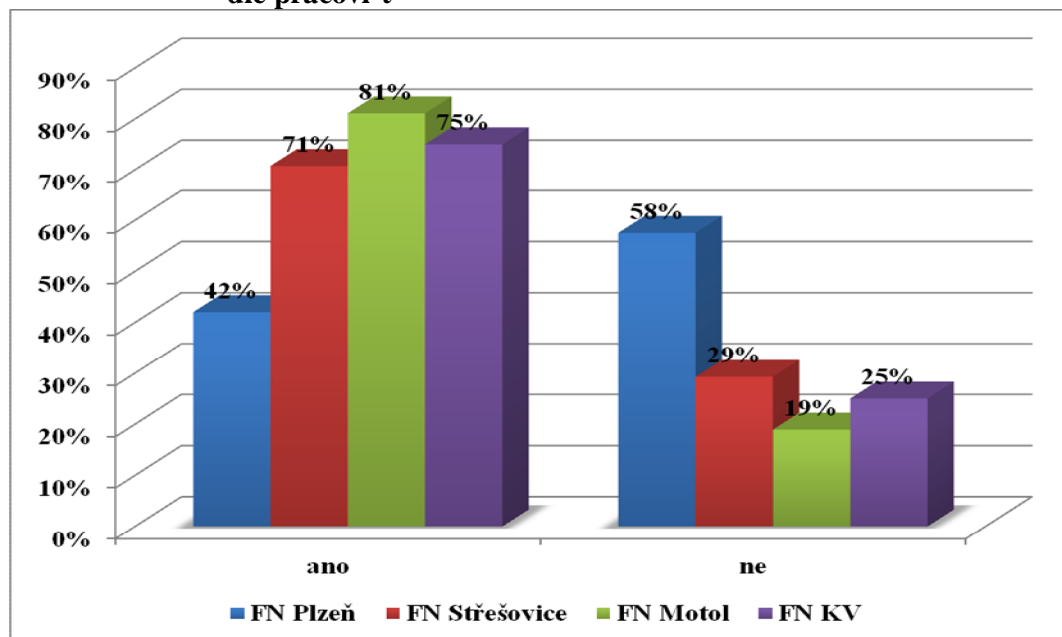
Graf . 3 zobrazuje relativní etnost dosaženého vzdělání respondentů na jednotlivých pracovištích.

v oboru periopera ní pé e?

oboru periopera ní pé e

Specializa ní vzd lání	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Ano	106	67
Ne	52	33
Celkem	158	100

Graf . 4 ó Grafické znázorn ní specializace v oboru periopera ní pé e dle pracovi-t



Tabulka . 4 zobrazuje počet respondentů, kteří mají i nemají ukončené specializační vzdělání v oboru perioperační péče. Z celkového počtu 158 (100 %) respondentů má 106 (67 %) respondentů specializaci v oboru perioperační péče a 52 (33 %) respondentů ji nemá.

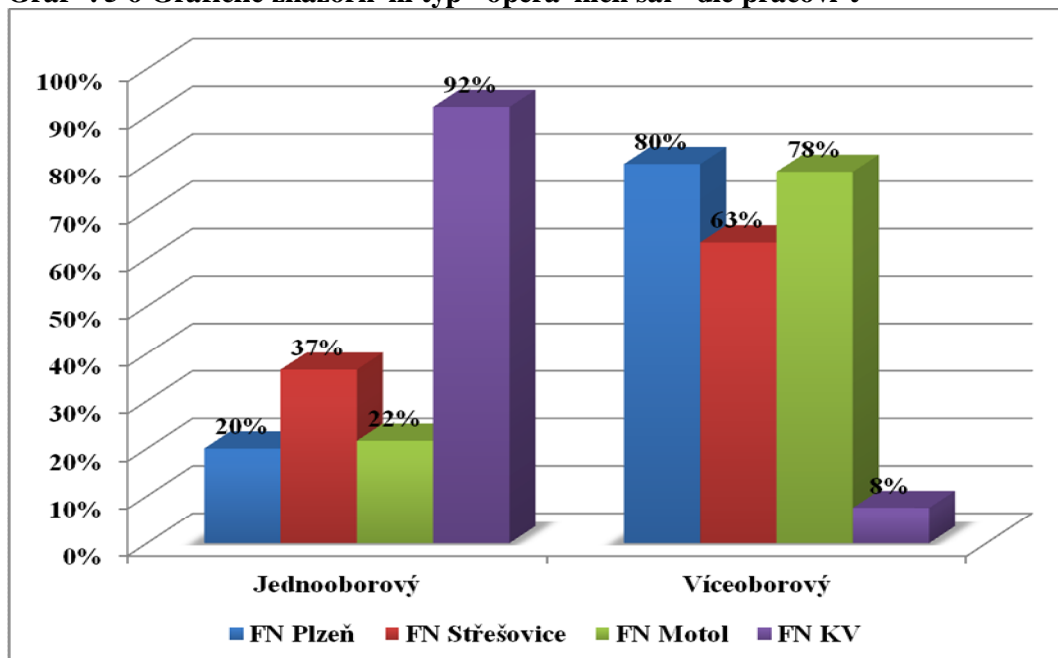
Graf . 4 zobrazuje relativní etnost respondentů, kteří mají i nemají ukončené specializační vzdělání v oboru perioperační péče na jednotlivých pracovištích.

ních sálech pracujete?

o sálu

Typ opera ního sálu	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Jednooborový	68	43
Víceoborový	90	57
Celkem	158	100

Graf . 5 ó Grafické znázorn ní typ opera ních sál dle pracovi-t



Tabulka . 5 zobrazuje po et respondent pracujících na jednooborových a víceoborových sálech. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent pracuje 68 (43 %) respondent na jednooborových sálech a 90 (57 %) respondent na víceoborových sálech.

Graf . 5 zobrazuje relativní etnost respondent pracujících na jednooborových a víceoborových sálech na jednotlivých pracovi-tích.

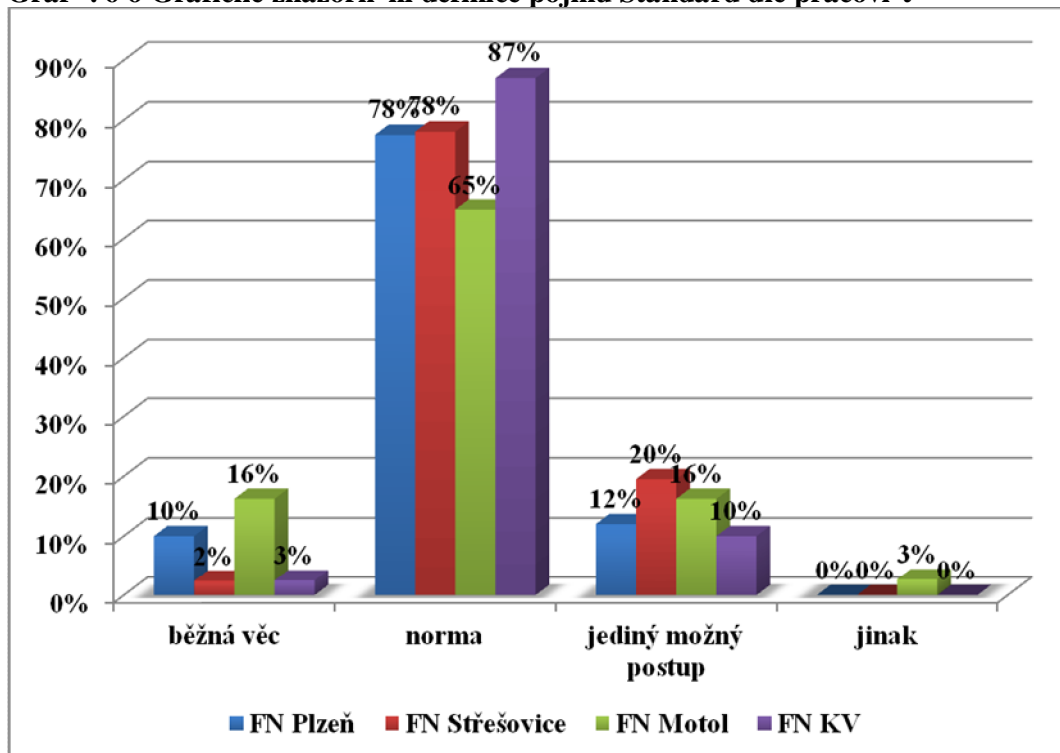
## znalostí

### Tabulka . 6 ó Definicí pojmu Standard ?

Tabulka . 6 ó Definicí pojmu Standard

Definice	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
B řná v c	12	8
Norma, obecn uznávaný vzor	122	76
Jediný možný postup	23	15
Jinak	1	1
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Graf . 6 ó Grafické znázorn ní definice pojmu Standard dle pracovi-t



Tabulka . 6 zobrazuje názor respondent ů na definici pojmu Standard. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent ů ozna ilo 12 (8 %) respondent ů Standard jako b řnou v c, 122 (77 %) respondent ů jako normu, i obecn uznávaný vzor, 23 (15 %) respondent ů jako jediný možný postup a 1 (1 %) respondent jej definoval jinak.

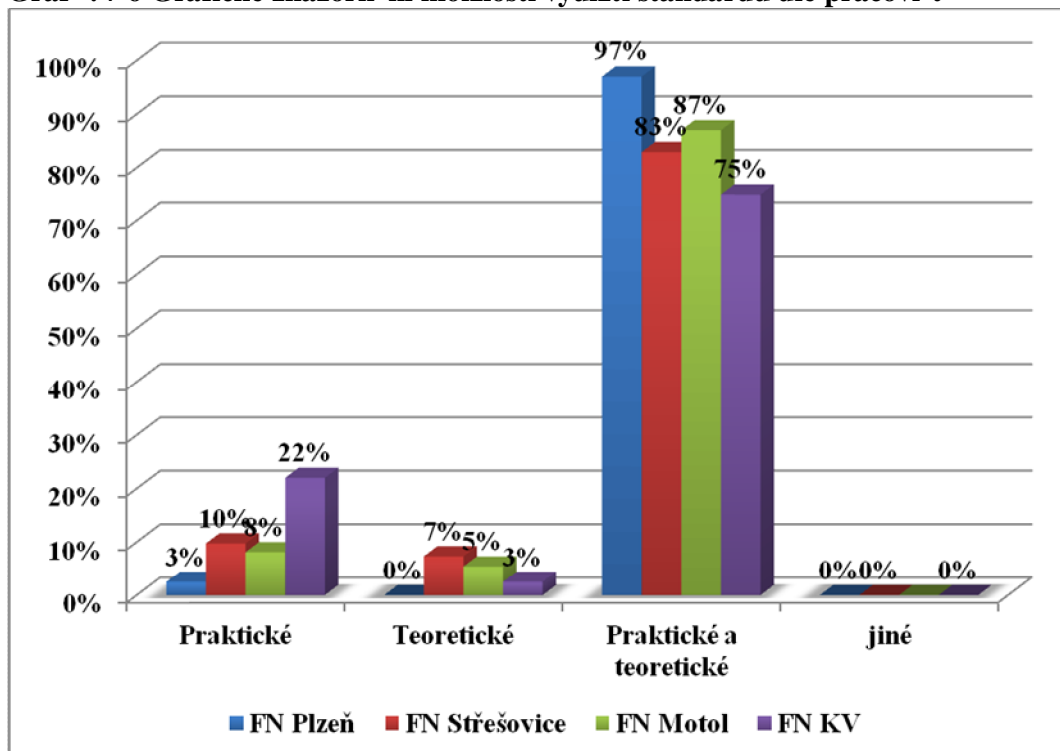
Graf . 6 zobrazuje relativní etnost odpov dí respondent ů na definici pojmu Standard na jednotlivých pracovi-tích.

d vyuffití?

ití standardu

Vyuffití standardu	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Praktické	17	11
Teoretické	6	4
Praktické a teoretické	135	85
Jiné	0	0
Celkem	158	100

Graf . 7 ó Grafické znázorn ní mofností vyuffití standardu dle pracovi-t



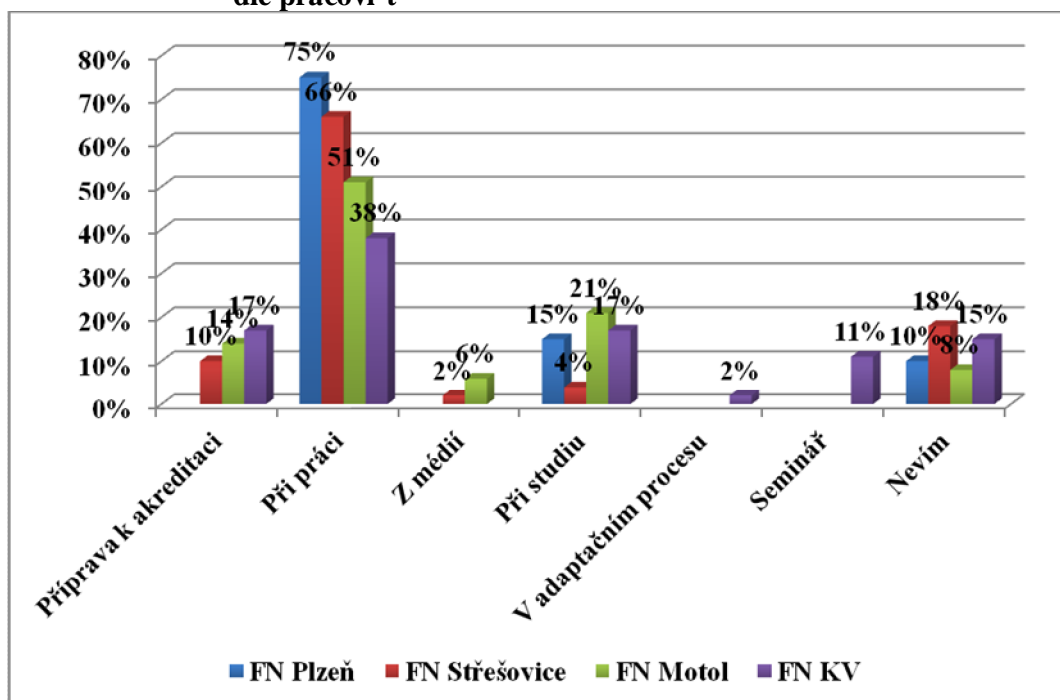
Tabulka . 7 zobrazuje odpov dí respondent na otázku: šJaké má standard vyuffití?š. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent odpov d lo 17 (11 %) respondent , fle standard má vyuffití praktické, 6 (4 %) respondent udává vyuffití standardu teoretické a 135 (85 %) respondent uvádí vyuffití standardu praktické i teoretické.

Graf . 7 zobrazuje relativní etnost odpov dí respondent na vyuffití standardu na jednotlivých pracovi-tích.



Sti jste se setkala s pojmem standardizace?

Ukázka známení se s pojmem standardizace dle pracovní-



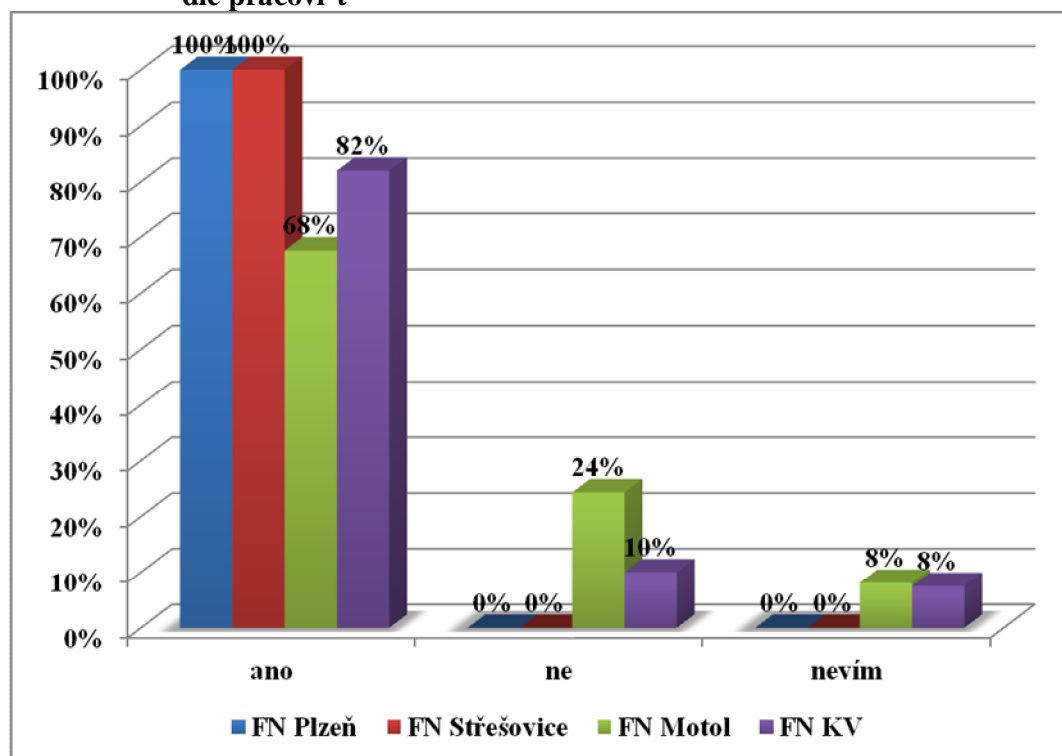
Graf . 8 zobrazuje relativní etnost odpov dí respondent na otázku: ŠP i jaké p íležitosti jste se setkali s pojmem standardizace? Respondenti uvedli celkem sedm oblastí, kde se s pojmem standardizace setkali. Oblasti (p íprava k akreditaci, p í práci, z médií, p í studiu, v adapta ním procesu, na seminá i, nevím) jsou graficky rozd leny podle jednotlivých pracovní- .

Va-em pracovi-ti vytvo eny standardy v rámci ní pé e?

Tabulka . 8 ó Existence standard v rámci periopera ní pé e

Existence standard	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Ano	139	88
Ne	13	8
Nevím	6	4
Celkem	158	100

Graf . 9 ó Grafické znázorn ní existence standard v rámci periopera ní pé e dle pracovi-t



Tabulka . 8 zobrazuje existenci standard v rámci periopera ní pé e. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent 139 (88 %) respondent uvedlo, že mají na pracovi-ti vytvo eny standardy v rámci periopera ní pé e, 13 (8 %) respondent uvedlo, že standardy vytvo eny nemají a 6 (4 %) respondent neví.

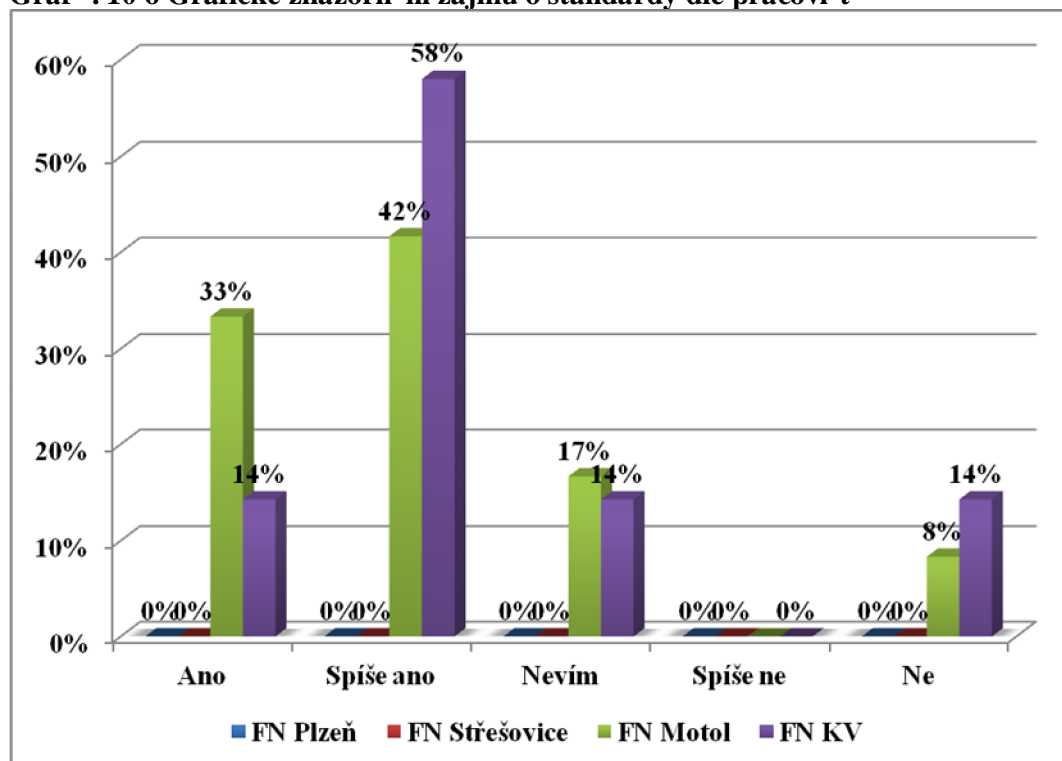
Graf . 9 zobrazuje relativní etnost existence standard na jednotlivých pracovi-tích.

...p edchozí otázku odpov d la šneř nebo šnevímř, standardy na Va-em pracovi-ti?

Tabulka . 9 ř Zájem o standardy na pracovi-ti

Zájem o standardy	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Ano	5	26
Spí-e ano	9	47
Nevím	3	16
Spí-e ne	0	0
Ne	2	11
Celkem	19	100

Graf . 10 ř Grafické znázorn ní zájmu o standardy dle pracovi-t



Tabulka . 9 zobrazuje zájem respondent , kte í uvedli, fe na pracovi-ti standardy nemají nebo o nich neví, o zavedení standard v rámci periopera ní pé e. Z celkového po tu 19 (100 %) respondent 5 (26 %) respondent by standardy uvítalo, 9 (47 %) respondent spí-e uvítalo, 3 (16 %) respondenti nev d li a 2 (11 %) respondenti byli proti zavedení standard v rámci periopera ní pé e.

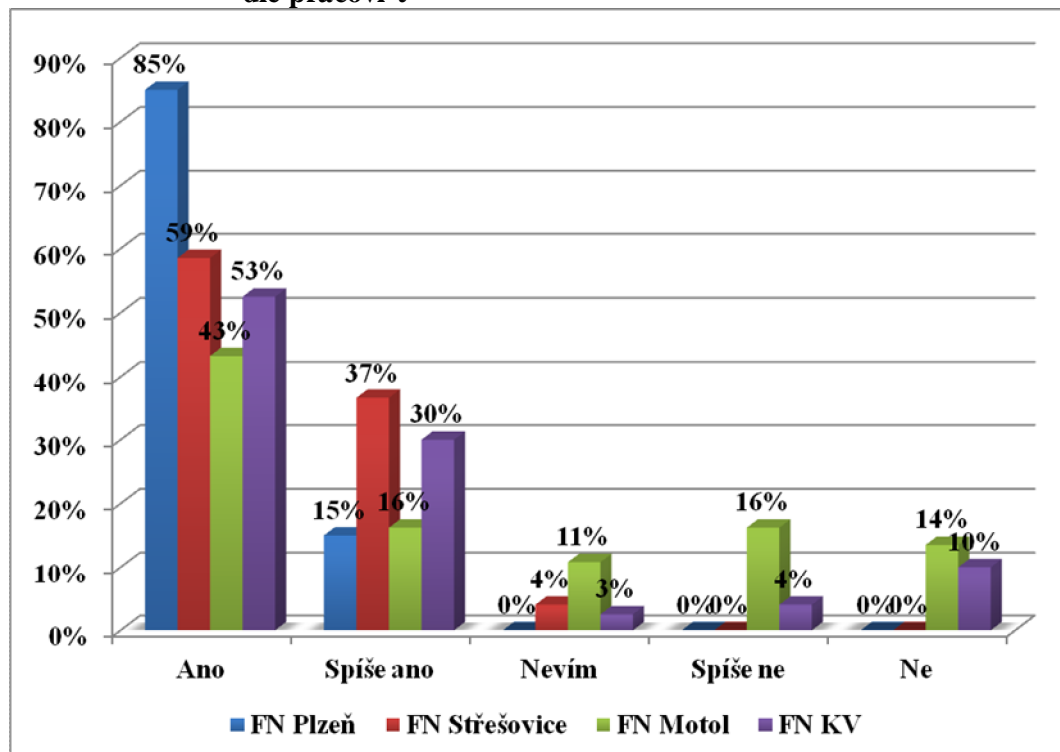
Graf . 10 zobrazuje relativní etnost odpov dí respondent , zda by uvítali zavedení standard v rámci periopera ní pé e na jednotlivých pracovi-tích.

### Standardy p i výkonu své práce?

Tabulka . 10 o Použití standard p i výkonu práce

Použití standard p i práci	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Ano	95	60
Spí-e ano	39	25
Nevím	7	4
Spí-e ne	4	3
Ne	13	8
Celkem	158	100

Graf . 11 ó Grafické znázorn ní použití standard p i výkonu práce dle pracovi-t

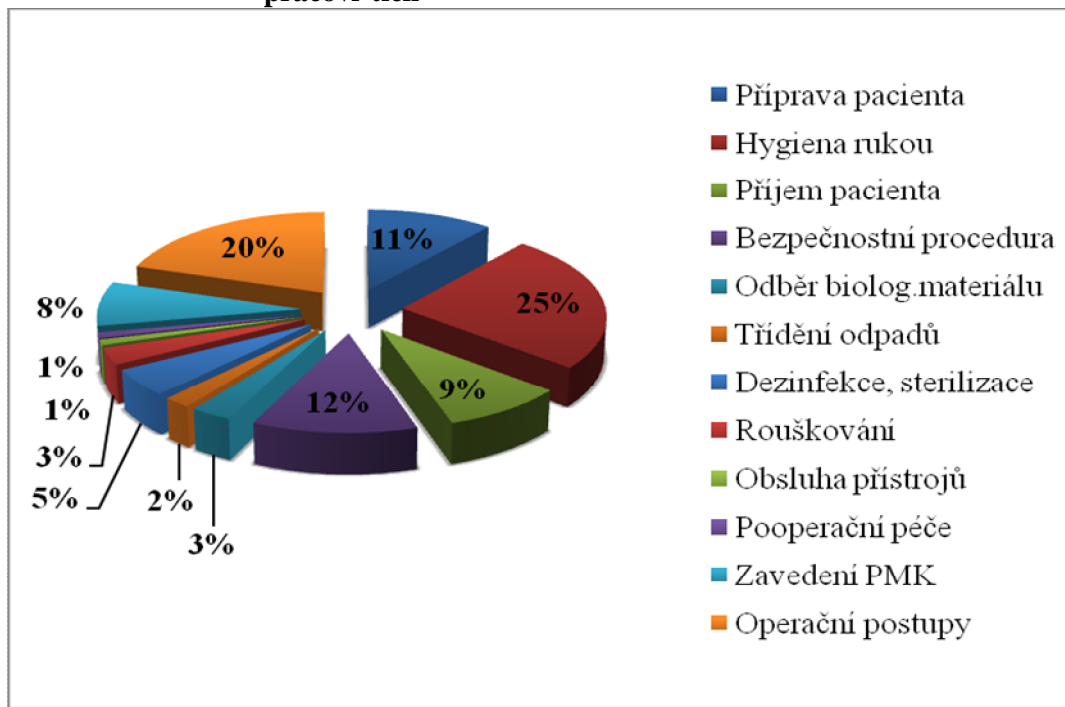


Tabulka . 10 zobrazuje používání standard p i výkonu práce. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent standardy používá 95 (65 %) respondent , spí-e používá 39 (25 %) respondent , o jejich používání neví 7 (4 %) respondent , spí-e je nepoužívají 4 (3 %) respondenti a celkem je nepoužívá 13 (8 %) respondent .

Graf . 11 zobrazuje relativní etnost používání standard p i výkonu práce na jednotlivých pracovi-tích.

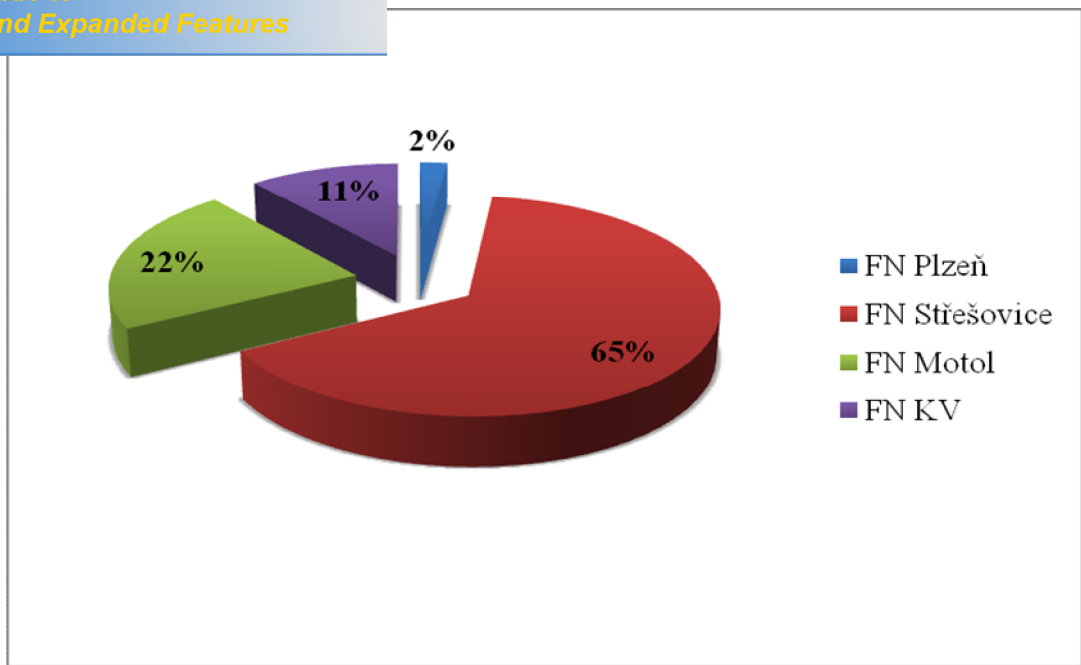
edchozí otázku odpov d la šanoř nebo špí-e anoř,

Graf . 12 ó Grafické znázorn ní standard pouříváných na daných pracovi-tích



Graf . 12 zobrazuje pouříváné standardy v rámci periopera ní pé e a jejich relativní etnost dle odpov dí respondent . Z celkového po tu odpov dí respondent tvo il standard pro p ípravu pacienta 11 %, pro hygienu rukou 25 %, pro p íjem pacienta 9 %, pro bezpe nostní proceduru 12 %, pro odb r biologického materiálu 3 %, pro t íd ní odpad 2 %, pro dezinfekci a sterilizaci 5 %, pro rou-kování 3 %, pro obsluhu p ístroj 1 %, pro poopera ní pé i 1 %, pro zavedení PMK 8 % a pro opera ní postup 20 %.

pro opera ní postupy dle pracovi-t



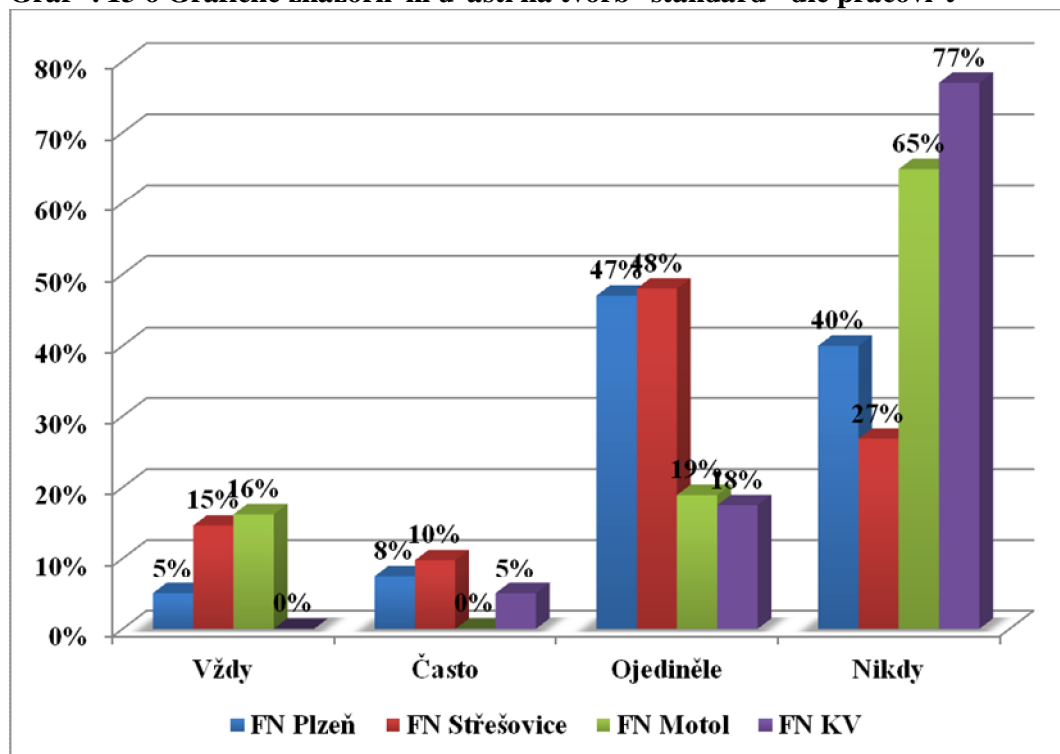
Graf . 13 zobrazuje relativní etnost výskytu standard opera ních postup na jednotlivých pracovi-tích. Standardy opera ních postup jsou podle odpov dí respondent pouřívány ve FN Plze ve 2 %, v ÚVN FN St e-ovice v 65 %, ve FN Motol ve 22 % a ve FN Královské Vinohrady v 11 %.

Účast na tvorbě standardů ?

Účast na tvorbě standardů

Účast na tvorbě standardů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vždy	14	9
často	9	6
Ojedinele	53	33
Nikdy	82	52
Celkem	158	100

Graf . 13 Grafické znázornění účasti na tvorbě standardů dle pracoviště



Tabulka . 11 zobrazuje účast respondentů na tvorbě standardů. Z celkového počtu 158 (100 %) respondentů 14 (9 %) respondentů uvedlo, že se vždy na tvorbě standardů podílelo, 9 (6 %) respondentů uvedlo, že se na tvorbě standardů podílelo často, 53 (33 %) respondentů se na tvorbě standardů podílelo ojedinele a 82 (52 %) respondentů se na tvorbě standardů nikdy nepodílelo.

Graf . 13 zobrazuje relativní četnost účasti respondentů na tvorbě standardů na jednotlivých pracovištích.

## Standardizace do perioperační péče

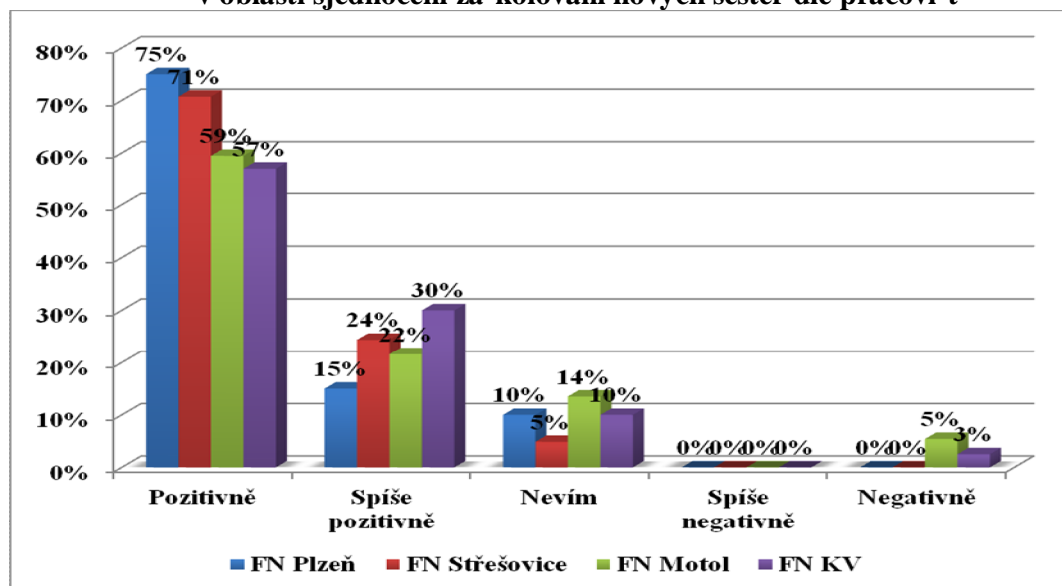
**Otázka . 14:** Jak byste zhodnotila p ínos standardizace do praxe v uvedených oblastech v rámci perioperační péče?

14 a) Sjednocení za-kolování nových sester

**Tabulka . 12 -** Názor respondent na p ínos standardizace v oblasti sjednocení za-kolování nových sester

Sjednocení za-kolování nových sester	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Pozitivn	104	66
Spí-e pozitivn	36	23
Nevím	15	9
Spí-e negativn	0	0
Negativn	3	2
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

**Graf . 14 -** Grafické znázorn ní názoru respondent na p ínos standardizace v oblasti sjednocení za-kolování nových sester dle pracovi-t



Tabulka . 12 zobrazuje názor respondent na p ínos standardizace v oblasti sjednocení za-kolování nových sester. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent 104 (66 %) respondent zhodnotilo p ínos standardizace p í sjednocení za-kolování nových sester pozitivn , 36 (23 %) respondent spí-e pozitivn , 15 (9 %) respondent to nev í a 3 (2 %) respondenti hodnotili p ínos standardizace negativn .

Graf . 14 zobrazuje relativní etnost názoru respondent na p ínos standardizace v oblasti sjednocení za-kolování nových sester.

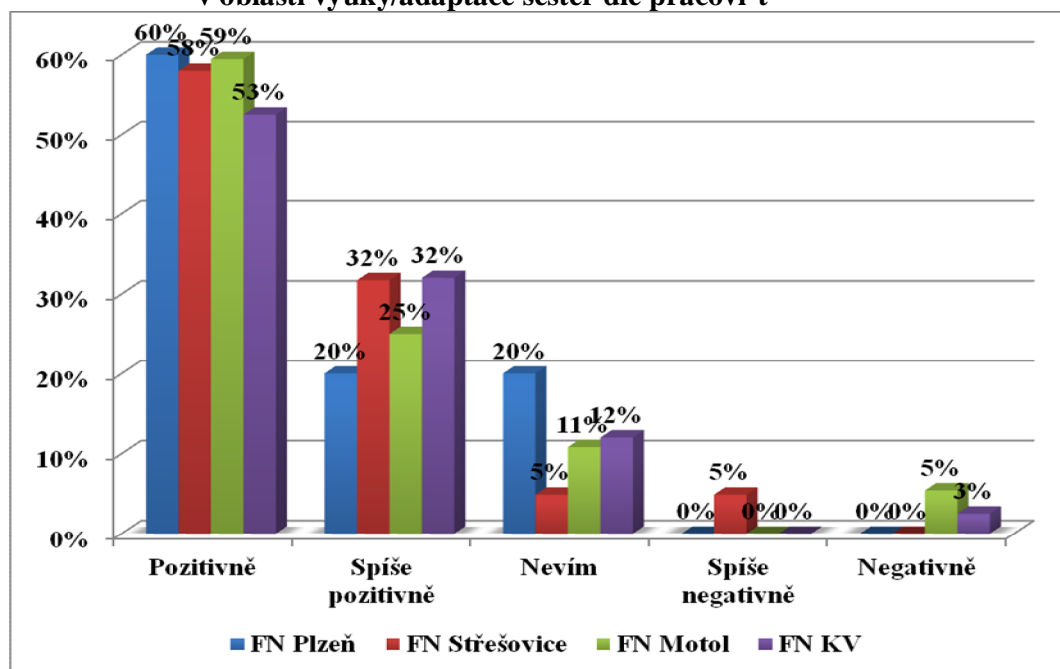


ích sester

Tabulka . 13 - Názory respondent na p ínos standardizace v oblasti výuky/adaptace sester

Výuka / adaptace p íchozích sester	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Pozitivn	91	58
Spí-e pozitivn	43	27
Nevím	19	12
Spí-e negativn	2	1
Negativn	3	2
Celkem	158	100

Graf . 15 - Grafické znázorn ní názor respondent na p ínos standardizace v oblasti výuky/adaptace sester dle pracovi-t



Tabulka . 13 zobrazuje názor respondent na p ínos standardizace v oblasti výuky/ adaptace p íchozích sester. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent 91 (58 %) respondent zhodnotilo p ínos standardizace v oblasti výuky/ adaptace p íchozích sester pozitivn , 43 (27 %) respondent spí-e pozitivn , 19 (12 %) respondent neví, 2 (1 %) respondenti spí-e negativn a 3 (2 %) respondenti hodnotili p ínos standardizace negativn .

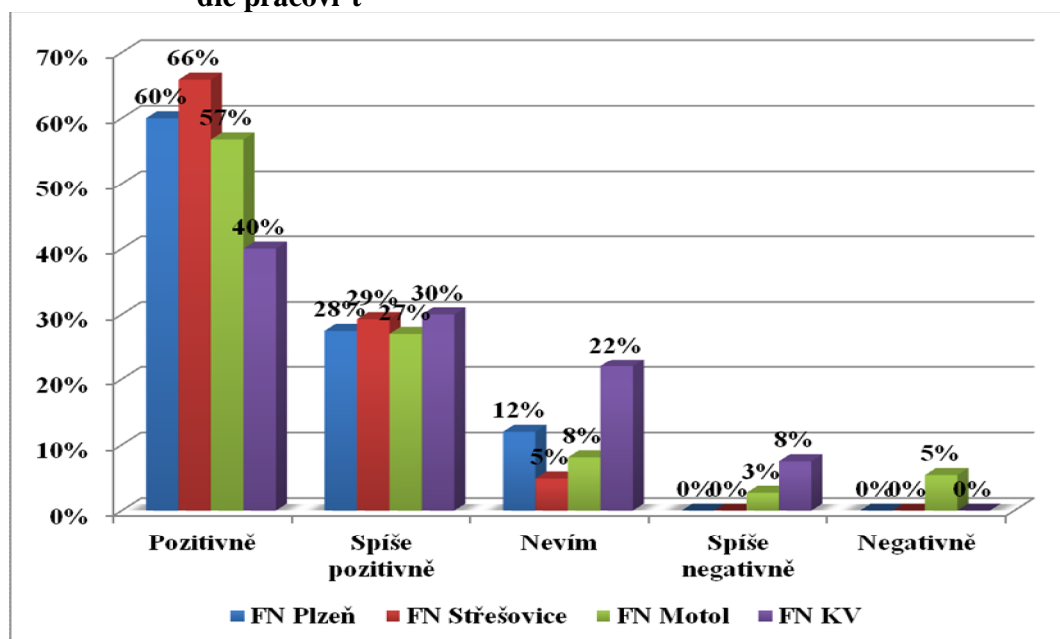
Graf . 15 zobrazuje relativní etnost názoru respondent na p ínos standardizace v oblasti výuky/ adaptace p íchozích sester.

práci na operačních sálech

respondentů na pínos standardizace v oblasti samostatnosti sestry při práci na operačních sálech

Samostatnost sestry při práci	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Pozitivně	88	56
Spíše pozitivně	45	28
Nevím	19	12
Spíše negativně	4	3
Negativně	2	1
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Graf . 16 - Grafické znázornění názoru respondentů na pínos standardizace v oblasti samostatnosti sestry při práci na operačních sálech dle pracoviště



Tabulka . 14 zobrazuje názor respondentů na pínos standardizace v oblasti samostatnosti sestry při práci na operačních sálech. Z celkového počtu 158 (100 %) respondentů 88 (56 %) respondentů zhodnotilo pínos standardizace v oblasti samostatnosti sestry při práci na operačních sálech pozitivně, 45 (28 %) respondentů spíše pozitivně, 19 (12 %) respondentů neví, 4 (3 %) respondenti spíše negativně a 2 (1 %) respondenti hodnotili pínos standardizace negativně.

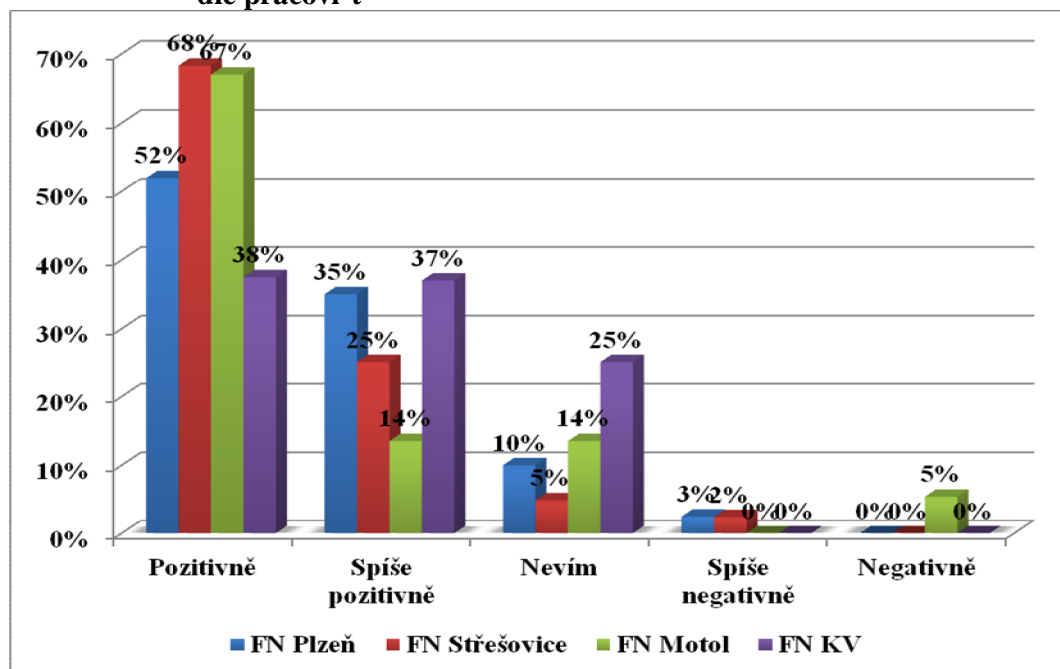
Graf . 16 zobrazuje relativní etnost názoru respondentů na pínos standardizace v oblasti samostatnosti sestry při práci na operačních sálech.

### Názor respondentů na p ínos standardizace v oblasti sn ílení po tu chyb p i p íprav k opera nímu výkonu

Tabulka . 15 - Názory respondentů na p ínos standardizace v oblasti sn ílení po tu chyb p i p íprav k opera nímu výkonu

Sn ílení po tu chyb p i p íprav	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Pozitivn	89	57
Spí-e pozitivn	44	28
Nevím	21	13
Spí-e negativn	2	1
Negativn	2	1
Celkem	158	100

Graf . 17 - Grafické znázorn ní názoru respondentů na p ínos standardizace v oblasti sn ílení po tu chyb p i p íprav k opera nímu výkonu dle pracovi-t



Tabulka . 15 zobrazuje názor respondentů na p ínos standardizace v oblasti sn ílení po tu chyb p i p íprav k opera nímu výkonu. Z celkového po tu 158 (100 %) respondentů 89 (57 %) respondentů hodnotilo p ínos standardizace v oblasti sn ílení po tu chyb p i p íprav k opera nímu výkonu pozitivn , 44 (28 %) respondentů spí-e pozitivn , 21 (13 %) respondentů neví, 2 (1 %) respondentů spí-e negativn a 2 (1 %) respondenti hodnotili p ínos standardizace negativn .

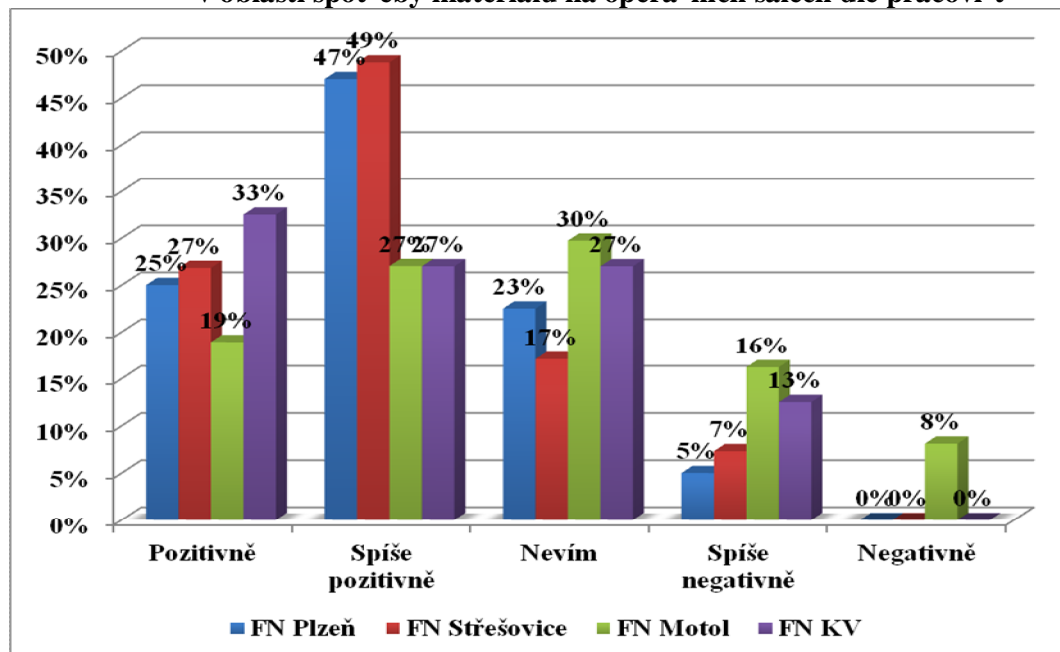
Graf . 17 zobrazuje relativní etnost názoru respondentů na p ínos standardizace v oblasti samostatnosti sestry p í práci na opera ních sálech.

opera ních sálech

respondent na p ínos standardizace v oblasti spot eby materiálu na opera ních sálech

Spot eba materiálu	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Pozitivn	41	26
Spí-e pozitivn	60	38
Nevím	38	24
Spí-e negativn	16	10
Negativn	3	2
<b>Celkem</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Graf . 18 - Grafické znázorn ní názor respondent na p ínos standardizace v oblasti spot eby materiálu na opera ních sálech dle pracovi-t



Tabulka . 16 zobrazuje názor respondent na p ínos standardizace v oblasti spot eby materiálu na opera ních sálech. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent 41 (26 %) respondent zhodnotilo p ínos standardizace v oblasti spot eby materiálu na opera ních sálech pozitivn , 60 (38 %) respondent spí-e pozitivn , 38 (24 %) respondent neví, 16 (10 %) respondent spí-e negativn a 3 (2 %) respondenti hodnotili p ínos standardizace negativn .

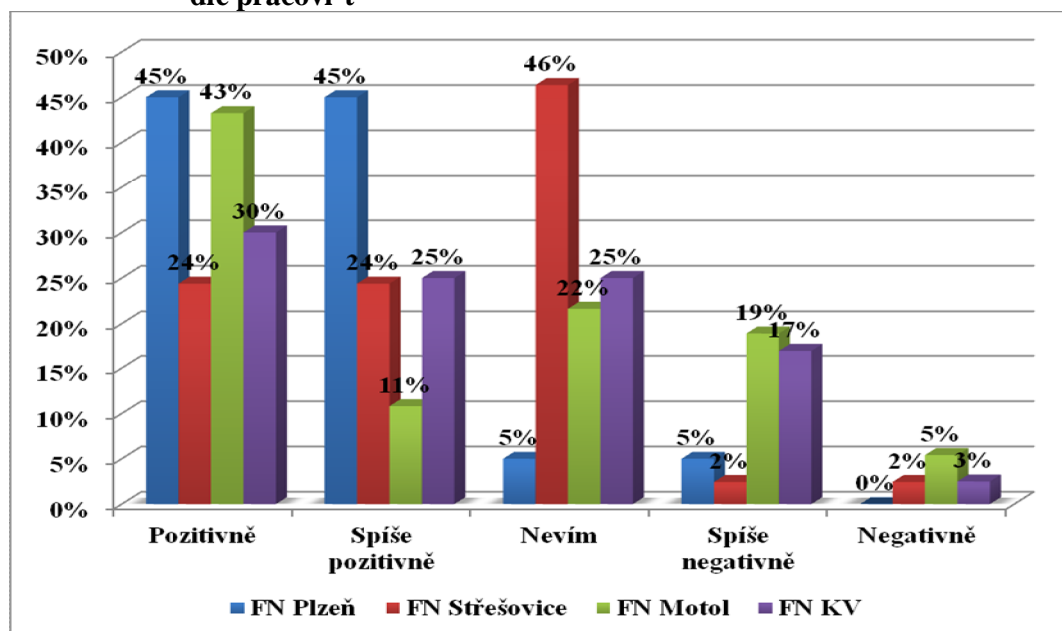
Graf . 18 zobrazuje relativní etnost názoru respondent na p ínos standardizace v oblasti spot eby materiálu na opera ních sálech.

## opera níh sál

**Tabulka . 17 - Názory respondent na p ínos standardizace v oblasti flexibility sester v rámci opera níh sál**

Flexibilita sester	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Pozitivn	56	35
Spí-e pozitivn	42	27
Nevím	39	25
Spí-e negativn	17	10
Negativn	4	3
Celkem	158	100

**Graf . 19 - Grafické znázorn ní názor respondent na p ínos standardizace v oblasti flexibility sester v rámci opera níh sál dle pracovi-t**



Tabulka . 17 zobrazuje názor respondent na p ínos standardizace v oblasti flexibility sester v rámci opera níh sál . Z celkového po tu 158 (100 %) respondent 56 (35 %) respondent zhodnotilo p ínos standardizace v oblasti flexibility sester v rámci víceoborových opera níh sál pozitivn , 42 (27 %) respondent spí-e pozitivn , 39 (25 %) respondent neví, 17 (10 %) respondent spí-e negativn a 4 (3 %) respondenti hodnotili p ínos standardizace negativn .

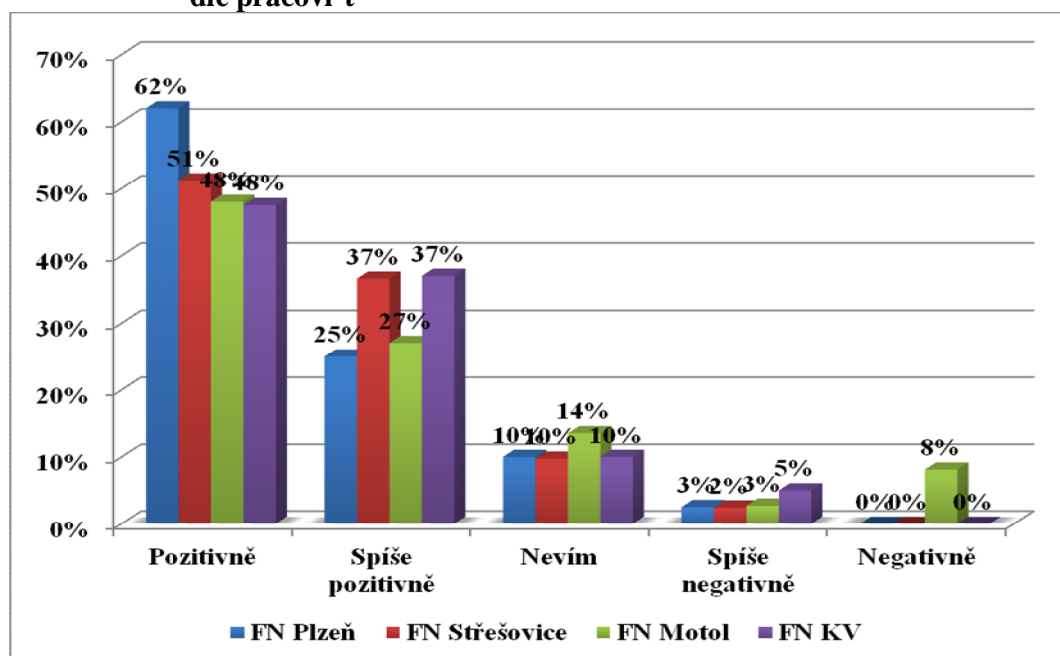
Graf . 19 zobrazuje relativní etnost názoru respondent na p ínos standardizace v oblasti flexibility sester v rámci opera níh sál .

vané periopera ní pé e

pondent na p ínos standardizace v oblasti zvý-ení kvality poskytované periopera ní pé e

Zvý-ení kvality periopera ní pé e	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
<b>Pozitivn</b>	83	52
<b>Spí-e pozitivn</b>	50	32
<b>Nevím</b>	17	11
<b>Spí-e negativn</b>	5	3
<b>Negativn</b>	3	2
<b>Celkem</b>	158	100

Graf . 20 - Grafické znázorn ní názor respondent na p ínos standardizace v oblasti zvý-ení kvality poskytované periopera ní pé e dle pracovi-t



Tabulka . 18 zobrazuje názor respondent na p ínos standardizace v oblasti zvý-ení kvality poskytované periopera ní pé e. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent 83 (52 %) respondent zhodnotilo p ínos standardizace v oblasti zvý-ení kvality poskytované periopera ní pé e pozitivn , 50 (32 %) respondent spí-e pozitivn , 17 (11 %) respondent neví, 5 (3 %) respondent spí-e negativn a 3 (2 %) respondenti hodnotili p ínos standardizace negativn .

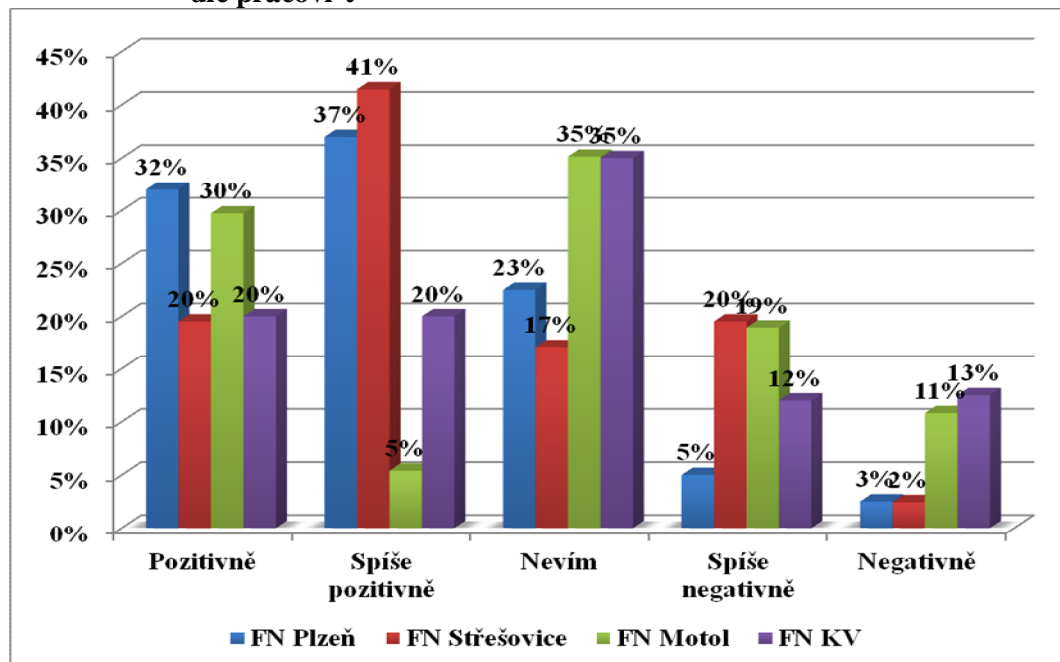
Graf . 20 zobrazuje relativní etnost názoru respondent na p ínos standardizace v oblasti zvý-ení kvality poskytované periopera ní pé e.

### mezi opera ními výkony

Tabulka . 19 - Nazory respondent na p ínos standardizace v oblasti minimalizace prostoj mezi opera ními výkony

Minimalizace prostoj mezi výkony	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Pozitivn	40	25
Spí-e pozitivn	42	27
Nevím	43	27
Spí-e negativn	22	14
Negativn	11	7
Celkem	158	100

Graf . 21 - Grafické znázorn ní názor respondent na p ínos standardizace v oblasti minimalizace prostoj mezi opera ními výkony dle pracovi-t



Tabulka . 19 zobrazuje názor respondent na p ínos standardizace v oblasti minimalizace prostoj mezi opera ními výkony. Z celkového po tu 158 (100 %) respondent 40 (25 %) respondent zhodnotilo p ínos standardizace v oblasti minimalizace prostoj mezi opera ními výkony pozitivn , 42 (27 %) respondent spí-e pozitivn , 43 (27 %) respondent neví, 22 (14 %) respondent spí-e negativn a 11 (7 %) respondent hodnotilo p ínos standardizace negativn .

Graf . 21 zobrazuje relativní etnost názoru respondent na p ínos standardizace v oblasti minimalizace prostoj mezi opera ními výkony.



**Relativní etnost pozitivního p ínosu standardizace v daných oblastech  
pohledem sester z jednooborových a víceoborových sál**

Hodnocení pozitivního p ínosu standardizace v oblasti:	Jednooborové sály	Víceoborové sály
	Relativní etnost (%)	
<b>Sjednocení za-kolování nových sester</b>	88	89
<b>Výuka/adaptace p íchozích sester</b>	86	89
<b>Samostatnost sestry p í práci na opera ních sálech</b>	79	88
<b>Snížení po tu chyb p í p íprav k opera nímu výkonu</b>	84	84
<b>Spot eba materiálu na opera ních sálech</b>	62	66
<b>Flexibilita sester v rámci opera ních sál</b>	50	71
<b>Zvý-ení kvality poskytované periopera ní pé e</b>	85	83
<b>Minimalizace prostoj mezi opera ními výkony</b>	46	57

Tabulka . 20 zobrazuje relativní etnost hodnocení pozitivního p ínosu standardizace v daných oblastech pohledem sester z jednooborových a víceoborových sál . V oblasti sjednocení za-kolování nových sester zhodnotilo pozitivní p ínos standardizace 88 % respondent jednooborových sál a 89 % respondent víceoborových sál . V oblasti výuky/adaptace p íchozích sester zhodnotilo pozitivní p ínos standardizace 86 % respondent jednooborových sál a 89 % respondent víceoborových sál . V oblasti samostatnosti sestry p í práci na opera ních sálech zhodnotilo pozitivní p ínos standardizace 79 % respondent jednooborových sál a 88 % respondent víceoborových sál . V oblasti snížení po tu chyb p í p íprav k opera nímu výkonu zhodnotilo pozitivní p ínos standardizace 84 % respondent jednooborových sál a 84 % respondent víceoborových sál . V oblasti spot eby materiálu na opera ních sálech zhodnotilo pozitivní p ínos standardizace 62 % respondent jednooborových sál a 66 % respondent víceoborových sál . V oblasti flexibility sester v rámci opera ních sál zhodnotilo pozitivní p ínos standardizace 50 % respondent jednooborových sál a 71 % respondent víceoborových sál . V oblasti zvý-ení kvality poskytované periopera ní pé e zhodnotilo pozitivní p ínos standardizace 85 % respondent jednooborových sál a 83 % respondent víceoborových sál . V oblasti minimalizace prostoj mezi opera ními výkony zhodnotilo pozitivní p ínos standardizace 46 % respondent jednooborových sál a 57 % respondent víceoborových sál .



postupujete při dané situaci a jaký postup považujete

### 15 a) Jak postupujete při zvládnání nového operačního výkonu?

Tabulka 21 - Postup zvládnání nového operačního výkonu

Stávající postup při učení	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
N kolikanásobné sledování výkonu	102	65
Podle vlastních poznámek	52	33
Pod vedením zkušené sestry/ -kolitelky	95	60
Podle standardu	32	20
Jinak	11	7

Tabulka 21 zobrazuje stávající postup respondentů při zvládnání nového operačního výkonu. Postup n kolikanásobným sledováním výkonu zvolilo 102 (65 %) respondentů, postup podle vlastních poznámek zvolilo 52 (33 %) respondentů, pod vedením zkušené sestry/ -kolitelky 95 (60 %) respondentů, podle standardu 32 (20 %) respondentů a jiným způsobem 11 (7 %) respondentů.

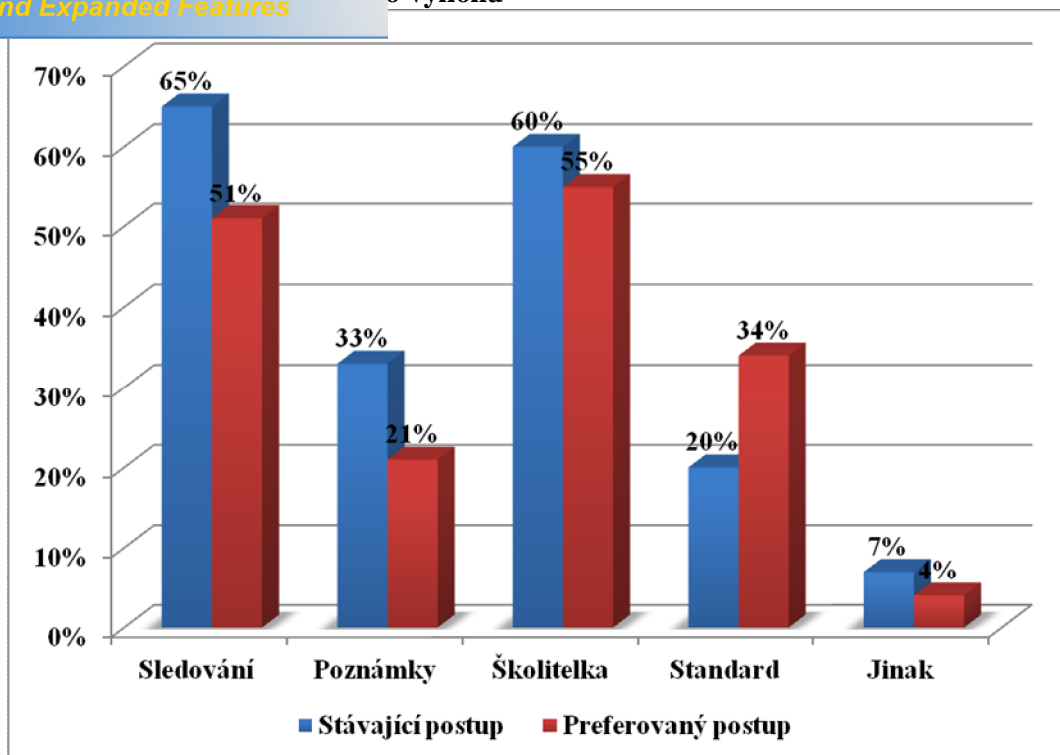
### 15 b) Jaký postup byste preferovala při zvládnání nového operačního postupu?

Tabulka 22 - Preferovaný postup při zvládnání nového operačního postupu

Preferovaný postup při učení	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
N kolikanásobné sledování výkonu	81	51
Podle vlastních poznámek	34	21
Pod vedením zkušené sestry/ -kolitelky	87	55
Podle standardu	54	34
Jinak	6	4

Tabulka 22 zobrazuje preferovaný postup respondentů při zvládnání nového operačního výkonu. Postup n kolikanásobným sledováním výkonu by preferovalo 81 (51 %) respondentů, postup podle vlastních poznámek 34 (21 %) respondentů, pod vedením zkušené sestry/ -kolitelky 87 (55 %) respondentů, podle standardu 54 (34 %) respondentů a jiným způsobem 6 (4 %) respondentů.

**Porovnání stávajícího a preferovaného postupu při zvládnutí nového operačního výkonu**



Graf . 22 zobrazuje relativní etnost stávajícího a preferovaného postupu při zvládnutí nového operačního výkonu.

### 14 c) Jaký postup byste zvolila při přípravě poměrek k operačnímu výkonu?

Tabulka 23 - Zvolit postup při přípravě poměrek k operačnímu výkonu

Stávající postup při přípravě poměrek	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
N kolikanásobné sledování výkonu	44	28
Podle vlastních poznámek	69	44
Pod vedením zkušené sestry/ kolitelky	57	36
Podle standardu	59	37
Jinak	7	4

Tabulka 23 zobrazuje stávající postup respondentů při přípravě poměrek k operačnímu výkonu. Postup n kolikanásobným sledováním výkonu zvolilo 44 (28 %) respondentů, postup podle vlastních poznámek zvolilo 69 (44 %) respondentů, pod vedením zkušené sestry/ kolitelky 57 (36 %) respondentů, podle standardu 59 (37 %) respondentů a jiným způsobem 7 (4 %) respondentů.

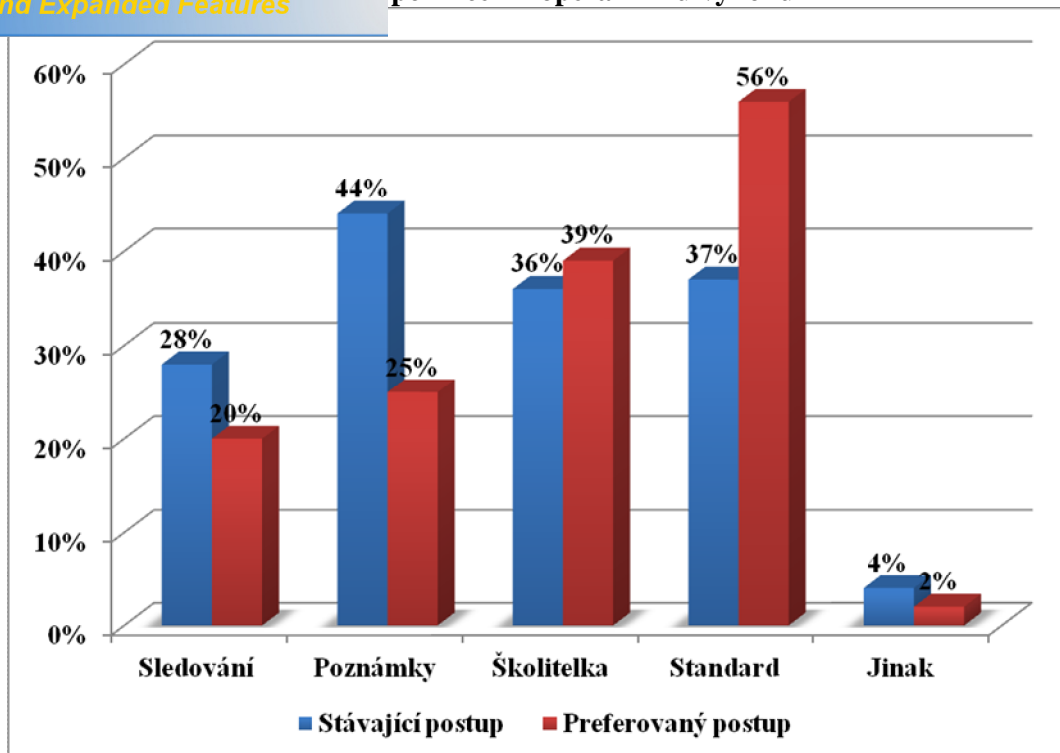
### 15 d) Jaký postup byste preferovala při přípravě poměrek k operačnímu výkonu?

Tabulka 24 - Preferovaný postup při přípravě poměrek k operačnímu výkonu

Preferovaný postup při přípravě poměrek	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
N kolikanásobné sledování výkonu	32	20
Podle vlastních poznámek	39	25
Pod vedením zkušené sestry/ kolitelky	61	39
Podle standardu	89	56
Jinak	4	2

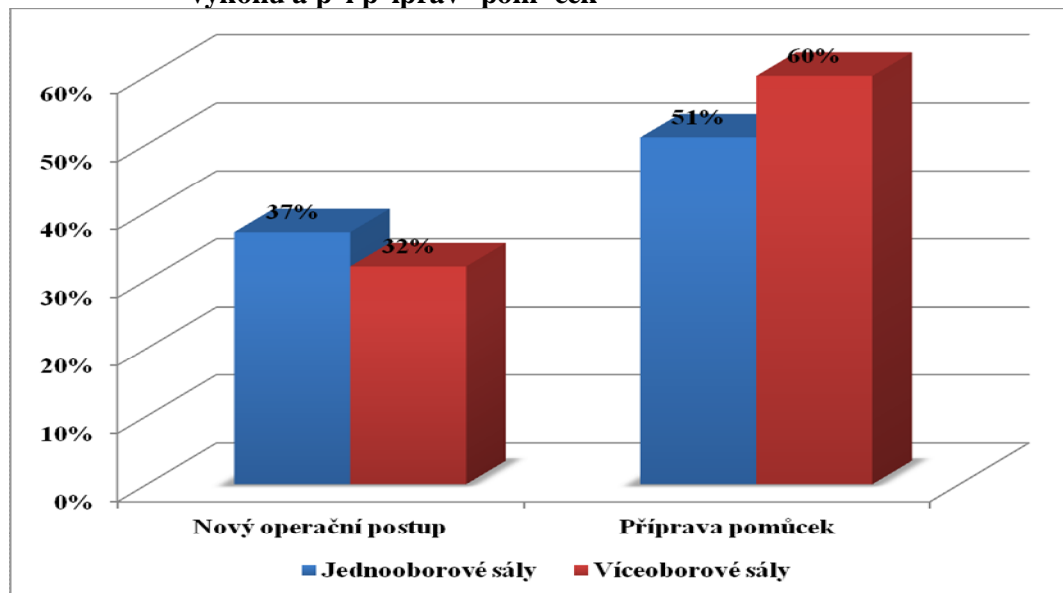
Tabulka 24 zobrazuje preferovaný postup respondentů při přípravě poměrek k operačnímu výkonu. Postup n kolikanásobným sledováním výkonu by preferovalo 32 (20 %) respondentů, postup podle vlastních poznámek 39 (25 %) respondentů, pod vedením zkušené sestry/ kolitelky 61 (39 %) respondentů, podle standardu 89 (56 %) respondentů a jiným způsobem 4 (2 %) respondentů.

Porovnání stávajícího a preferovaného postupu poměrem k operačnímu výkonu



Graf . 23 zobrazuje relativní etnost stávajícího a preferovaného postupu p í p íprav pom ěk k opera nímu výkonu.

Postup šdle standarduů p i u ení nového opera ního výkonu a p i p íprav pom cek



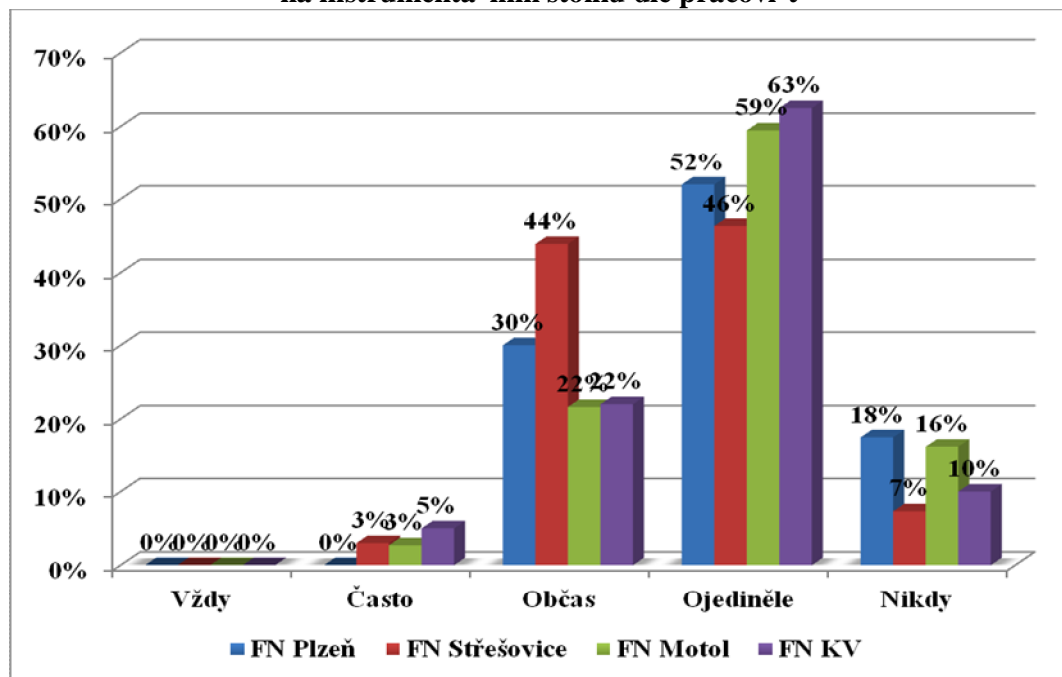
Graf . 24 zobrazuje relativní etnost preferovaného postupu šdle standarduů p i u ení nového opera ního postupu a p i p íprav pom cek.

si, že se na Va-em oddělení stává, že v průběhu výkonu sestru zjistí, že jí některé pomůcky takto chybí?

Tabulka . 25 o Výskyt nekompletnosti pomůcek na instrumentačním stolku

Výskyt nekompletnosti pomůcek na instrument. stolku	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vždy	0	0
často	4	3
Občas	47	30
Ojedinele	87	55
Nikdy	20	12
Celkem	158	100

Graf . 25 - Grafické znázornění výskytu nekompletnosti pomůcek na instrumentačním stolku dle pracoviště



Tabulka . 25 zobrazuje výskyt nekompletnosti pomůcek na instrumentačním stolku během operace. Z celkového počtu 158 (100 %) respondentů uvedli 4 (3 %) respondenti, že jim na instrumentačním stolku chybí pomůcky často, 47 (30 %) respondentů uvedlo, že jim chybí pomůcky občas, 87 (55 %) respondentů uvedlo ojedinele chybění pomůcek a 20 (12 %) respondentů se s chyběním pomůcek nikdy nesešlo.

Graf . 25 zobrazuje relativní četnost výskytu nekompletnosti pomůcek na instrumentačním stolku na jednotlivých pracovištích.

dat

**Výskyt nekompletnosti pomček b hem opera ního výkonu  
p i poufití standardu**

Výskyt nekompletnosti pomček na instr. stolku	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Vfdy	0	0
asto	1	2
Ob as	13	22
Ojedin le	37	62
Nikdy	8	14
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Tabulka . 26 zobrazuje výskyt nekompletnosti pomček b hem opera ního výkonu p i poufití standardu. Z celkového po tu 59 (100 %) respondent , kte í poufvají standardy 1 (2 %) respondent uvedl, fe mu pom cky chybí asto, 13 (22 %) respondent uvedlo ob asné chyb ní pomček, 37 (62 %) respondent uvedlo ojedin lé chyb ní pomček a 8 (14 %) respondent uvedlo, fe jim pom cky nechybí nikdy.

**Tabulka . 27 - Výskyt nekompletnosti pomček b hem opera ního výkonu  
bez poufití standardu**

Výskyt nekompletnosti pomček na instr. stolku	Absolutní etnost	Relativní etnost (%)
Vfdy	0	0
asto	3	3
Ob as	34	34
Ojedin le	50	51
Nikdy	12	12
<b>Celkem</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Tabulka . 27 zobrazuje výskyt nekompletnosti pomček b hem opera ního výkonu bez poufití standardu. Z celkového po tu 99 (100 %) respondent , kte í nepoufvají standardy, 3 (3 %) respondenti uvedli, fe jim pom cky chybí asto, 34 (34 %) respondent uvedlo ob asné chyb ní pomček, 50 (51 %) respondent uvedlo ojedin lé chyb ní pomček a 12 (12 %) respondent uvedlo, fe jim pom cky nechybí nikdy.

a bezpečí poskytované péče pro každé zdravotnické zařízení dle léčitelských a často diskutovaných témat. V těchto zdravotnických zařízeních se snaží o kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. Zvyšuje si tím svoji konkurenceschopnost a prestiž v očích pacientů. Oficiální uznání, které zdravotnické zařízení je schopné poskytovat kvalitní zdravotní péči, představuje obdržení výsledné zprávy, vydané akreditační komisí, o udělení akreditace. Akreditace je dobrovolný proces, jehož principem je hodnocení shody postupů a procesů probíhajících v daném zdravotnickém zařízením s akreditačními standardy. Každé zařízení si tyto standardy upravuje samo vnitřními předpisy. Standardizace se týká všech oblastí zdravotnické činnosti, která souvisí s péčí o pacienty. Standardy se stávají nástrojem pro udržení kontinuální kvality poskytovaných služeb.

Tato práce se zabývá standardizací v perioperační a sesterstevní péči. Průzkum byl proveden technikou dotazníkového šetření. Cílem průzkumu bylo zjistit stav standardizace perioperační péče ve vybraných nemocnicích v etn názor respondentů na danou problematiku. Při výběru respondentů byl zohledněn zejména typ pracoviště, aby bylo ve výsledcích možno jednotlivá pracoviště porovnat. Na základě výběru se mezi respondenty staly sálkové sestry pracující na jednooborových i víceoborových operačních sálech čtyř fakulturních nemocnic v ČR.

Vyhodnocením sociologických údajů respondentů bylo zjištěno, že nejvíce tj. 20 % byla zastoupena v věkové kategorii 31 - 35 let (viz tabulka 1). Délka praxe respondentů dosáhla nejpočetnějšího zastoupení 24 % v kategorii 1 - 5 let (viz tabulka 2). Tato kategorie byla nejpočetněji zastoupena i při porovnání jednotlivých pracovišť (viz graf 2). Tento fakt lze vysvětlit skutečností, že sestry přicházejí na operační sály v tuzemsku až po splnění několikaleté praxe na lůžkových odděleních. Jako nejvýše dosažené vzdělání uvedlo 58 % respondentů střední odborné (viz tabulka 3). Z celkového počtu uvedlo 67 % respondentů, že má specializaci v oboru perioperační péče (viz tabulka 4). Z vyhodnocení výsledků jednotlivých pracovišť je patrné, že na ukončení specializačního vzdělání má vliv i dostupnost možného studia (viz graf 4). V otázce typu operačního sálu bylo zastoupení respondentů téměř rovnoměrné. Respondenti, kteří pracují na sálech jednooborových, tvořili 43 %, a na sálech víceoborových 57 % (viz tabulka 5).



, fle více než 70 % dotázaných sálových sester rozumí  
standardizace v perioperační péči.

Standardizace je pojem nejčastěji používaný v souvislosti se získáváním akreditace zdravotnických zařízení. Data potvrdila k potvrzení i vyvrácení první hypotézy byla získána z odpovědí respondentů na otázku v dotazníku č. 6, 7 a 8 (viz příloha č. 1).

Cílem otázky č. 6 bylo zjistit, zda respondenti rozumí pojmu standard. To, že standard je normou i obecně uznávaný vzor, správně odpovědělo 77 % respondentů (viz tabulka č. 6). Na možnosti využít standardu odpovídali respondenti v otázce č. 7. Většina respondentů tj. 85 % odpovědělo, že využít standardu je praktické i teoretické (viz tabulka č. 7). Při jaké příležitosti se respondenti setkali s pojmem standardizace, vyhodnocuje graf č. 8. Z grafu je patrné, že nejčastěji se respondenti s tímto pojmem setkali v zaměstnání (při práci). Mezi dalšími odpovědi patří: při studiu i při přípravě k akreditaci.

Shrme-li všechna tato získaná data, máme jednoznačně jistotu, že dotazovaní respondenti mají dostatečné znalosti v oblasti standardizace v perioperační péči. Tento výsledek nejspíše souvisí s tím, že se jedná o pracoviště akreditovaná nebo nacházející se v přípravě na akreditaci. Také zastoupení sester s vyšším dosaženým vzděláním není odborné je vysoké, tvoří 42 % (viz tabulka č. 3).

### **Hypotéza č. 1 se tedy potvrdila.**

**Hypotéza č. 2** *Domnívám se, že v rámci přínos standardizace v perioperační péči vidí sestry víceoborových sálů než sestry jednooborových sálů.*

Potvrděné informace pro vyhodnocení hypotézy nám poskytly odpovědi na otázky v dotazníku č. 5, 14 a 15 (viz příloha č. 1).

Otázkou č. 5 bylo zjištěno, jaké je profesní zastoupení respondentů pracujících na jednooborových a víceoborových sálech. Očekávaná profesní péče respondentů víceoborových sálů nebyla tolik výrazná (viz tabulka č. 5). Tento fakt umožnil objektivně vyhodnotit názory obou skupin respondentů. Otázka č. 14 zjišťovala názory respondentů na přínos standardizace v perioperační péči. Dotazy se týkaly těchto oblastí: sjednocení zakolování nových sester, výuka/adaptace příchozích sester, samostatnost sestry při práci na operačních sálech, snížení počtu chyb při přípravě k operačnímu výkonu, spotřeba materiálu, flexibilita sester v rámci operačních sálů, zvýšení kvality poskytované perioperační péče a minimalizace prostojů mezi operačními výkony. Sestry víceoborových sálů vidí v rámci přínos standardizace v těchto oblastech z osmi výše jmenovaných. Jednoznačně přínos standardizace vidí především

...ní na operačních sálech, její flexibilitu a minimalizaci  
...ony. Naopak zvýšení kvality poskytované péče vnímají  
více sestry sál jednooborových (viz tabulka . 20). Otázka . 15 se zabývala postupem  
zvládnání nového operačního výkonu a přípravou pomůcek k němu. Hodnotila stav  
souasný a zjišťovala, jaký postup by sestry preferovaly. Hlubší analýzou dat bylo  
zjištěno, že sestry víceoborových sál by preferovaly přípravu pomůcek podle standardu  
v 60 %, zatímco sestry jednooborových sál v 51 %. Při uvažování se novému operačnímu  
postupu naopak sestry jednooborových sál preferují postup podle standardu až 37 %  
v 37 %, sestry víceoborových sál pouze v 32 % (viz graf . 24).

**Hypotéza . 2 se nepotvrdila zcela jednoznačně .**

Osobně velmi pozitivně vnímám výsledky otázky . 15, z kterých jednoznačně  
vyplyvá, že respondenti by oproti souasnému stavu preferovali až 37 % postup podle  
standardu jak při přípravě pomůcek, tak při zvládnání nového operačního výkonu  
(viz graf . 22 a . 23).

**Hypotéza . 3a) - Předpokládám, že více než polovina sálových sester používá  
standards v praxi.**

Data k potvrzení či vyvrácení hypotézy byla získána vyhodnocením otázek  
v dotazníku . 9, 10, 11, 12 a 13 (viz příloha . 1).

Na otázku . 9 Máte na Vašem pracovišti vytvořeny standardy v rámci perioperační  
péče? odpovědělo 88 % respondentů ano (viz tabulka . 8). Následující otázka . 10  
byla určena respondentům, kteří uvedli, že standardy v rámci perioperační péče  
nemají nebo o nich neví. Z těchto respondentů 73 % uvedlo, že by standardy na svém  
pracovišti uvítali (viz tabulka . 9). Vyhodnocením otázky . 11 bylo zjištěno, že 85 %  
respondentů standardy při výkonu práce používá (viz tabulka . 10). Doplnujícími  
otázkami k této hypotéze byly otázky . 12 a . 13. V otázce . 12 respondenti  
specifikovali, jaké standardy na svém pracovišti používají. Z průzkumu bylo zjištěno,  
že respondenti používají ve 38 % standardy hygienicko-epidemiologické, ve 20 %  
standardy pro operační postupy a ve 42 % standardy týkající se ošetřovatelských  
postupů (viz graf . 12). Druhá doplňující otázka . 13 zjišťovala, zda se respondenti  
osobně podílejí na tvorbě standardů. Ve výsledku převažovaly záporné odpovědi. Pouze  
15 % respondentů uvedlo, že se na tvorbě standardů podílejí vždy nebo často.  
Zbývajících 85 % respondentů se na tvorbě standardů podílejí ojedinele nebo  
se nepodílejí vůbec (viz tabulka . 11).

**Hypotéza . 3a) se tedy potvrdila.**

, fle se na tvorbu standardu podílí malá část respondentů, fle enicko-épidemiologické a standardy pro ošetřovatelské postupy jsou závazné i pro ostatní pracovníky daného zdravotnického zařízení. Je tudíž v této pravděpodobnost, fle standard vytvoří zástupce jiného oddělení. Specifické standardy perioperační péče jsou zastoupeny ve 20 %, ale jejich rozložení mezi dotazovanými pracovníky je nerovnomerné (viz graf . 13). Dále kladně hodnotím, fle z celkového počtu respondentů, 88 % z nich uvedlo, fle mají standardy na svém pracovišti vytvořeny, a 85 % respondentů standardy při práci používá (viz tabulka . 8 a . 10).

**Hypotéza . 3b) - Domnívám se, fle sestry, které používají standardy při přípravě pomůcek k operaci, jsou technicky lépe připraveny, než sestry, které je nepoužívají.**

Data potřebná k potvrzení i vyvrácení hypotézy byla získána z odpovědí respondentů na otázky v dotazníku . 15c) a 16 (viz příloha . 1).

Vyhodnocením otázky . 15c) bylo zjištěno, fle při přípravě pomůcek k operativnímu výkonu používá standard 37 % respondentů (viz tabulka . 23). Otázka . 16 vyhodnotila nekompletnost pomůcek na instrumentálním stolku během operativního výkonu (viz tabulka . 25). Hlubší analýzou dat bylo zjištěno, fle s použitím standardu se 22 % respondentů setkává s obecnou nekompletností pomůcek na instrumentálním stolku, bez jeho použití se s obecnou nekompletností setkává 34 % respondentů. Při použití standardu se s ojedinělým výskytem nekompletnosti pomůcek setkává 62 % respondentů, bez jeho použití se s ojedinělou nekompletností setkává pouze 51 % respondentů (viz tabulka . 26 a . 27).

**Hypotéza . 3b) se tedy potvrdila.**

Podle získaných výsledků je standard jednoduším přínosem pro práci sestry na operačním sále. Tento výsledek potvrzuje i vyhodnocení názoru respondentů na přínos standardizace v oblasti snížení počtu chyb při přípravě k operativnímu výkonu, 85 % respondentů hodnotí přínos standardizace pozitivně (viz tabulka . 15).

Na závěr diskuze bych chtěla shrnout, fle sestry v perioperační péči ve většině případů standardy znají a používají je v praxi. Jejich význam hodnotí pozitivně a uvdomují si, fle používání standardů omezuje výskyt chyb při práci a usnadňuje výuku nových postupů. Na tento pozitivní náhled nemá vliv ani délka praxe sester a ani jejich dosažené vzdělání.



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

...t standard pro jednotlivé opera ní výkony není p íli-  
astý a neexistuje zatím řádná jednotnost, dovolila jsem si vytvo it jakýsi řvzorõ  
standardu (viz p íloha . 7). B hem jeho vytvá ení jsem vycházela z návrhu -ablony  
MZ R (viz p íloha . 6), standard a doporu ených postup vydaných Asociací  
registrovaných periopera ních sester (AORN).

Cílem této práce bylo zjistit stav standardizace ošetřovatelské perioperační péče a vlastní názor perioperačních sester na tuto problematiku.

Výsledky průzkumu provedeného technikou dotazníkového šetření ukázaly, že teoretické znalosti sester v perioperační péči i v oblasti standardizace jsou vyhovující, bez ohledu na jejich dosažené vzdělání. Standardizaci sestry vnímají jako věc pozitivní. Většina z nich udává, že se se standardizací setkala v zaměstnání nebo během příprav k akreditaci i reakreditaci zdravotnického zařízení. Jednoznačný přínos standardizace vidí v oblastech sjednocení a kolování nových sester, a i výuce/adaptaci příchozích sester, v oblasti samostatnosti sestry při práci, snížení počtu chyb a příprav k operačnímu výkonu a v oblasti zvýšení kvality poskytované perioperační péče. Z pohledu jednooborových a víceoborových sál nám průzkum ukázal, že sestry víceoborových sál standardizaci preferují ať již sestry sál jednooborových. Nejčastěji uváděné používané standardy jsou standardy hygienicko-epidemiologické, standardy pro operační postupy a standardy týkající se ošetřovatelských postupů. Výskyt standardů pro jednotlivé operační výkony je však na jednotlivých pracovištích nerovnoměrný a méně častý. Průzkum nám také ozřejmilo i negativa této problematiky. Sestry perioperační péče se na tvorbu standardů téměř nepodílejí.

Na druhé straně však průzkum ukázal, že sestry mají o standardy zájem a rády by je v praxi využívaly. U standardů pro jednotlivé operační výkony zatím neexistuje žádná jednotnost. Jednotlivá pracoviště si je zpracovávají podle vlastních možností. V zahraničí již vycházejí publikace, které se těmito standardy zabývají. Jako příklad bychom mohli uvést Asociaci registrovaných perioperačních sester (AORN), která sídlí v Denveru ve státě Colorado. Jedná se o neziskové sdružení zastupující zájmy více než 160 000 perioperačních sester a umožní jim vzdělávání v oblasti perioperační péče. AORN se zabývá perioperačními standardy a doporučenými postupy, které vycházejí z prováděných výzkumů a tvoří jakési pomezí mezi standardem a praxí.

Pro perioperační sestry v ČR je to zatím vzdálená budoucnost. Já ale věřím, že i naše sestry budou mít jednou možnost při své práci podobné publikace používat.

1. AKREDITACE NEMOCNICE. *Sestra* [online] 2012, . 2, s. 5 [cit. 2013-02-03] ISSN 1210 6 0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/akreditace-nemocnice-463416>
2. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Akreditace zdravotnických zařízení v ČR*. [online] [cit. 2013-02-03] Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cztop/sluzby/akreditace/>
3. BALKOVÁ, Hilda a ZIBRINOVÁ, Monika. Indikátory kvality na operačním sále. *Sestra*. 2012, . 4, s. 42. ISSN 1210 -0404.
4. BALKOVÁ, Ildiko. Náročná práce instrumentářky. [online] In: *Společnost instrumentářek* [cit. 2013-02-03]. poslední revize 31. 01. 2005. Dostupné z: <http://www.instrumentarky.eu/clanek/narocna-prace-instrumentarky>
5. BÁRTLOVÁ, Sylva a kol. *Role sestry specialistky*. Brno: NCONZO, 2011. ISBN 57 -853 -11.
6. BITTNEROVÁ, Zuzana. Proč termín perioperační péče?. *Sestra*. 2007, . 6, s. 48. ISSN 1210 -0404.
7. BITTNEROVÁ, Zuzana. Úkoly sester perioperační péče. *Sestra*. 2004, . 12, s. 24. ISSN 1210 6 0404.
8. BUDINOVÁ, Bronislava a kol. Prevence pochybení na operačním sále. *Sestra*. 2009, . 1, s. 69. ISSN 1210 6 0404.
9. ECHOVÁ, Věra a kol. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80 6 7333 6 028 6 8.
10. ESKÁ SPOLEČNOST PRO AKREDITACI VE ZDRAVOTNICTVÍ s.r.o., *Hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*. Praha: 2012.
11. DUDA, Miloslav a kol. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80 6 7169 6 642 6 0.

13. FARKA<sup>T</sup>OVÁ, Dana a kol. *O-et ovatelství ó teorie*. Martin: Osv ta, 2006. ISBN 80 ó 8063 ó 227 ó 8.
14. FARKA<sup>T</sup>OVÁ, Dana a kol. *Výzkum v o-et ovatelství*. Martin: Osv ta, 2006. ISBN 80 ó 8063 ó 229 ó 4.
15. JEDLI KOVÁ, Jaroslava a kol. *O-et ovatelská periopera ní pé e*. Brno: NCONZO, 2012. ISBN 978 ó 80 ó 7013 ó 543 ó 3.
16. KALA, Zden k a kol. *Periopera ní pé e o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: NCONZO, 2010. ISBN 978 ó 80 -7013 ó 518 ó 1.
17. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *O-et ovatelství v intenzivní pé i*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978 ó 80 ó 247 -1830 ó 9.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v o-et ovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4
19. MADAR, Ji í. *ízení kvality ve zdravotnickém za ízení*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80 ó 247 ó 0585 ó 0.
20. SPOJENÁ AKREDITA NÍ KOMISE R. *Národní akredita ní standardy pro nemocnice*. Praha: Tegis, 2009. ISBN 978 ó 80 ó 903750 ó 6 ó 2.
21. MÁ<sup>T</sup>OVÁ, Renata a HAVRDLÍKOVÁ, Markéta. Standardy o-et ovatelské pé e podle Donabediána. *Sestra*. 2009, . 9, s. 19 ó 20. ISSN 1210 ó 0404.
22. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta periopera ní sestrou. *Sestra*. 2012, . 2, s. 41. ISSN 1210 ó 0404.
23. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ R. *Hodnocení kvality a bezpe í zdravotních slufleb*. [online] [cit. 2013-02-04] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb\\_2556\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html)



ZDRAVOTNICTVÍ R. Standardy o-*et* ovatelské pé e.

] Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-ose-trovatelske-pece\\_7399\\_2849\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-ose-trovatelske-pece_7399_2849_29.html)

25. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ R. V *stník* 9 / 2005. [online]  
[cit. 2013-02-04] Dostupné z:  
[http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3577\\_1771\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3577_1771_11.html)
26. PE<sup>TEK</sup>, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80 6 247 6 0551 6 6.
27. PHIPPEN, Mark a kol. *Competency for safe patient care during operative and invasive procedures*, Competency & Credentialing Institute, Denver: 2009, ISBN-13:978-0-9787582-9-5, ISBN-10: 9787582-9-3.
28. PODSTATOVÁ, Hana. *Hygiena provozu zdravotnických za ízení a nová legislativa*. Olomouc: Epava, 2002. ISBN 80 6 86297 6 10 6 1.
29. PODSTATOVÁ, Hana. *Mikrobiologie, epidemiologie, hygiena*. Olomouc: Epava, 2001. ISBN 80 6 86297 - 07- 1.
30. PODSTATOVÁ, Renata a MA<sup>AR</sup>, Rastislav. *Hygiena rukou v prevenci nozokomiálních infekcí*. [online] In: *Spole nost instrumentá ek* [cit.2013-02-03]. poslední revize 09.12.2007. Dostupné z:  
<http://www.instrumentarky.eu/clanek/hygiena-rukou-v-prevenci-nozokomialnich-infekci>
31. PODSTATOVÁ, Renata a MA<sup>AR</sup>, Rastislav. *Nakládání s odpady ve zdravotnických za ízeních*. [online] In: *Spole nost instrumentá ek* [cit.2013-02-03] . poslední revize 02.12.2007. Dostupné z:  
<http://www.instrumentarky.eu/clanek/nakladani-s-odpady-ve-zdravotnickych-zarizenich>
32. PODSTATOVÁ, Renata a MA<sup>AR</sup>, Rastislav. *Profesionální infekce ve zdravotnictví*. [online] In: *Spole nost instrumentá ek* [cit.2013-02-03]. poslední revize 01.12.2007. Dostupné z:  
<http://www.instrumentarky.eu/clanek/profesionalni-infekce-ve-zdravotnictvi>



- gienicko ó epidemiologický režim na opera níh sálech.  
st instrumentárky [cit.2013-03-02]. poslední revize  
01.01.2011. Dostupné z: <http://www.instrumentarky.eu/clanek/hygienicko-epidemiologicky-rezim-na-operacnich-salech>
34. POPÍLKOVÁ, Martina. *Prost edí opera ního sálu versus pacient*. Plze , 2011. Bakalá ská práce. Západo eská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Linda Ma íková.
35. ROZSYPALOVÁ, Marie a kol. *Psychologie a pedagogika I*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80 6 7333 6 014 6 8.
36. NÁRODNÍ SOUSTAVA POVOLÁNÍ. *Sestra pro periopera ní pé i*. [online] [cit.2013-02-03] Dostupné z: [http://katalog.nsp.cz/karta\\_p.aspx?kod\\_sm1=12&id\\_jp=101381](http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?kod_sm1=12&id_jp=101381)
37. SPAKOVÁ, Martina. *O-et ovatelská dokumentace v periopera ní pé i*. Plze , 2010. Bakalá ská práce. Západo eská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jana Wichsová.
38. SUCHÁ, Ārka a kol. Bezpe í pacienta na opera níh sále. *Sestra*. 2009, . 1, s. 69. ISSN 1210 6 0404.
39. SV RÁKOVÁ, Marcela. *Eduka ní innost sestry*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978 6 80 6 7262 6 845 6 2.
40. SVOBODOVÁ, Dita. Zavád ní a udrřování kvality a bezpe í zdravotní pé e v za ízeních nemocni ního typu na území R. *Florence*. 2012, . 6, s. 28 6 34. ISSN 1801 6 464X.
41. ĀRAPATKA, Jakub. Úskalí mufle ó za áte níka v periopera ní pé i. *Sestra*. 2009, . 7 6 8, s. 64. ISSN 1210 6 0404.
42. ĀKRLA, Petr a ĀKROVÁ, Magda. *Kreativní o-et ovatelský management*. Praha: Advent 6 Orion, 2003. ISBN 80 6 7172 6 841 6 1.
43. ĀRLÁKOVÁ, Martina. *Hygienický režim na opera níh sálech v R a zahrani í*. Plze , 2011. Bakalá ská práce. Západo eská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jana Wichsová.

45. VALENTA, Jiří a kol. *Základy chirurgie.* Praha: Galén, 2007.  
ISBN 978 6 80 6 7262 6 403 6 4.
46. VEBER, Jaromír a kol. *Ízení jakosti a ochrana spot ebitele.* Praha: Grada,  
2006. ISBN 978 6 80 6 247 6 1782 - 1.
47. VONDRÁ EK, Lubomír a WIRTHOVÁ Vlasta. *Právní minimum pro sestry.*  
Praha: Grada, 2009. ISBN 978 6 80 6 247 6 3132 6 2.
48. VYM TAL, Jan. *Léka ská psychologie.* Praha: Portál, 2003.  
ISBN 80 6 7178 6 740 6 X.
49. WENDSCHE, Peter a kol. *Periopera ní o-et ovatelská pé e.* Praha: Galén, 2012.  
ISBN 978 6 80 6 7262 6 894 6 0.
50. WICHSOVÁ, Jana. EORNA: Evropská asociace sálových sester. *Sestra.* 2010,  
. 10, s. 54 6 55. ISSN 1210 6 0404.
51. WICHSOVÁ, Jana. Surgical Safety Checklist. [ on line] In. *Spole nost  
instrumentá ek* [cit.2013-02-03]. poslední revize 15.06.2010. Dostupné z:  
<http://www.instrumentarky.eu/clanek/surgical-safety-checklist>
52. ZACHAROVÁ, Eva a TÍMÍ KOVÁ 6 ÍfíKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie  
pro zdravotnické obory.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978 6 80 6 247 6 4062
53. ZEMANOVÁ, Jitka. *Základy anesteziologie I.* Brno: NCONZO, 2002.  
ISBN 57 6 872 6 02.



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**Obrázek .1 ó Opera ní sál**

**Obrázek .2 - Surgical Safety Checklist**



Zdroj : (vlastní)

## Checklist

### Surgical Safety Checklist



World Health Organization

Patient Safety  
© WHO, 2009. All rights reserved.

#### Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

**Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?**

Yes

**Is the site marked?**

Yes

Not applicable

**Is the anaesthesia machine and medication check complete?**

Yes

**Is the pulse oximeter on the patient and functioning?**

Yes

**Does the patient have a:**

**Known allergy?**

No

Yes

**Difficult airway or aspiration risk?**

No

Yes, and equipment/assistance available

**Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?**

No

Yes, and two IVs/central access and fluids planned

#### Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

**Confirm all team members have introduced themselves by name and role.**

**Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.**

**Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?**

Yes

Not applicable

**Anticipated Critical Events**

**To Surgeon:**

What are the critical or non routine steps?

How long will the case take?

What is the anticipated blood loss?

**To Anaesthetist:**

Are there any patient-specific concerns?

**To Nursing Team:**

Has sterility (including indicator results) been confirmed?

Are there equipment issues or any concerns?

**Is essential imaging displayed?**

Yes

Not applicable

#### Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

**Nurse Verbally Confirms:**

The name of the procedure

Completion of instrument, sponge and needle counts

Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)

Whether there are any equipment problems to be addressed

**To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:**

What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

Zdroj: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590\\_eng\\_Checklist.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf)

aj.	a jiné
AORNA	The Association of periOperativ Registered Nurses / Asociace registrovaných perioperačních sester
ARO	anesteziologicko - resuscitační oddělení
Bc.	bakalář
.	íslo
AK	eská akreditační komise
EORNA	European Operation Room Nurses Association / Evropská asociace sálových sester
FN	fakultní nemocnice
HIV	virus lidské imunodeficiency
ISO	International Organisation for Standardisation / Mezinárodní organizace pro normalizaci
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation / Spojená akreditační komise zdravotnických zařízení
JCIA	Joint Commission International Accreditation / Spojená komise pro Mezinárodní akreditace
KV	Královské Vinohrady
Mgr.	magistra
min.	minuta
ml	mililitr
nap .	například
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře



PVC	polyvinylchlorid
PMK	permanentní močový katetr
RTG	rentgen
s.	strana
SAK	Společná akreditační komise
Sb.	Sbírka
SZ <sup>TM</sup>	Střední odborná škola
TK	tlak krevní
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VO <sup>TM</sup>	Vyšší odborná škola
WHO	The World Health Organisation / Světová zdravotnická organizace

**Tabulka . 1 ó V kové kategorie respondent**

**Tabulka . 2 ó Délka praxe na opera ních sálech**

**Tabulka . 3 ó Nejvyšší dosažené vzd lání**

**Tabulka . 4 ó Specializace v oboru periopera ní pé e**

**Tabulka . 5 ó Typ opera ního sálu**

**Tabulka . 6 ó Definice pojmu Standard**

**Tabulka . 7 ó Možnosti využití standardu**

**Tabulka . 8 ó Existence standard v rámci periopera ní pé e**

**Tabulka . 9 ó Zájem o standardy na pracovi-ti**

**Tabulka . 10 ó Použití standard p i výkonu práce**

**Tabulka . 11 ó Ú ast na tvorbu standard**

**Tabulka . 12 - Názor respondent na p ínos standardizace v oblasti sjednocení za-kolování nových sester**

**Tabulka . 13 - Názory respondent na p ínos standardizace v oblasti výuky/adaptace sester**

**Tabulka . 14 - Názory respondent na p ínos standardizace v oblasti samostatnosti sester p i práci na opera ních sálech**

**Tabulka . 15 - Názory respondent na p ínos standardizace v oblasti snížení po tu chyb p i p íprav k opera nímu výkonu**

**Tabulka . 16 - Názory respondent na p ínos standardizace v oblasti spot eby materiálu na opera ních sálech**

**Tabulka . 17 - Názory respondent na p ínos standardizace v oblasti flexibility sester v rámci opera ních sál**



respondentů na přínos standardizace v oblasti zvýšení  
a ní péče

**Tabulka . 19 - Názory respondentů na přínos standardizace v oblasti minimalizace prostojů mezi operačními výkony**

**Tabulka . 20 - Hodnocení pozitivního přínosu standardizace v daných oblastech pohledem sester z jednooborových a víceoborových sál**

**Tabulka . 21 - Postup zvládnutí nového operačního výkonu**

**Tabulka . 22 - Preferovaný postup při zvládnutí nového operačního postupu**

**Tabulka . 23 - Postup při opravě poměrek k operačnímu výkonu**

**Tabulka . 24 - Preferovaný postup při opravě poměrek k operačnímu výkonu**

**Tabulka . 25 - Výskyt nekompletnosti poměrek na instrumentálním stolku**

**Tabulka . 26 - Výskyt nekompletnosti poměrek během operačního výkonu při použití standardu**

**Tabulka . 27 - Výskyt nekompletnosti poměrek během operačního výkonu bez použití standardu**

- Graf . 1 ó Grafické znázornění v kóvých kategoriích respondentů dle pracovnít**
- Graf . 2 ó Grafické znázornění délky praxe na operačních sálech dle pracovnít**
- Graf . 3 ó Grafické znázornění nejvyššího dosaženého vzdělání dle pracovnít**
- Graf . 4 ó Grafické znázornění specializace v oboru perioperační péče dle pracovnít**
- Graf . 5 ó Grafické znázornění typu operačních sálů dle pracovnít**
- Graf . 6 ó Grafické znázornění definice pojmu Standard dle pracovnít**
- Graf . 7 ó Grafické znázornění možností využití standardu dle pracovnít**
- Graf . 8 - Grafické znázornění seznámení s pojmem standardizace dle pracovnít**
- Graf . 9 ó Grafické znázornění existence standardů v rámci perioperační péče dle pracovnít**
- Graf . 10 ó Grafické znázornění zájmu o standardy dle pracovnít**
- Graf . 11 ó Grafické znázornění použití standardů při výkonu práce dle pracovnít**
- Graf . 12 ó Grafické znázornění standardů používaných na daných pracovištích**
- Graf . 13 ó Grafické znázornění úasti na tvorbě standardů dle pracovnít**
- Graf . 14 - Grafické znázornění názoru respondentů na přínos standardizace v oblasti sjednocení zařkolování nových sester dle pracovnít**
- Graf . 15 - Grafické znázornění názoru respondentů na přínos standardizace v oblasti výuky/adaptace sester dle pracovnít**
- Graf . 16 - Grafické znázornění názoru respondentů na přínos standardizace v oblasti samostatnosti sester při práci na operačních sálech dle pracovnít**

znázornění názor respondentů na přínos standardizace  
v oblasti řízení kvality operativního výkonu dle pracovníků

**Graf . 18 - Grafické znázornění názor respondentů na přínos standardizace  
v oblasti spotřeby materiálu na operačních sálech dle pracovníků**

**Graf . 19 - Grafické znázornění názor respondentů na přínos standardizace  
v oblasti flexibility sester v rámci operačních sálů dle pracovníků**

**Graf . 20 - Grafické znázornění názor respondentů na přínos standardizace  
v oblasti zvýšení kvality poskytované perioperační péče dle pracovníků**

**Graf . 21 - Grafické znázornění názor respondentů na přínos standardizace  
v oblasti minimalizace prostojů mezi operačními výkony dle pracovníků**

**Graf . 22 - Grafické znázornění stávajícího a preferovaného postupu při zvládnutí  
nového operačního výkonu**

**Graf . 23 - Grafické znázornění stávajícího a preferovaného postupu při opravě  
pomocek k operačnímu výkonu**

**Graf . 24 - Preferovaný postup - dle standardu při užití nového operačního  
výkonu a při opravě pomocek**

**Graf . 25 - Grafické znázornění výskytu nekompletnosti pomocek  
na instrumentálním stolku dle pracovníků**



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**Příloha . 1 ó Dotazník**

**Příloha . 2 ó Souhlas s provedením pr zkumu ve FN Plze**

**Příloha . 3 - Souhlas s provedením pr zkumu v ÚVN St e-ovice**

**Příloha . 4 ó Souhlas s provedení pr zkumu ve FN Motol**

**Příloha . 5 ó Souhlas s provedení pr zkumu ve FN Královské Vinohrady**

**Příloha . 6 ó Návrh –ablony**

**Příloha . 7 ó Návrh standardu pro opera ní výkon**



nos standardizace do praxe v uvedených oblastech v rámci pro danou oblast ozna te prosím k ífkem)

	pozitivn	spí-e pozitivn	nevím	spí-e negativn	negativn
Sjednocení za-kolování nových sester					
Výuka/adaptace p íchozích sester					
Samostatnost sestry p i práci na opera ních sálech					
Snížení po tu chyb p i p íprav k opera nímu výkonu					
Spot eba materiálu na opera ních sálech					
Flexibilita sester v rámci opera ních sál					
Zvý-ení kvality poskytované periopera ní pé e					
Minimalizace prostoj mezi opera ními výkony					

15. V následující tabulce ozna te k ífkem odpov dí na otázky, jak v praxi postupujete p i dané innosti a jaký postup považujete za vhodn j-í. (možno ozna it i více odpov dí)

	N kolikanásobné sledování celého opera ního výkonu	Podle vlastních poznámek	Pod vedením zku-en j-í sestry/-kolitelky	Podle standardu	Jinak (popi-te ...)
Jak postupujete p i zvládání nového opera ního výkonu?					
Jaký postup byste preferovala p i zvládání nového opera ního postupu?					
Jak postupujete p i p íprav pom cek k opera nímu výkonu?					
Jaký postup byste preferovala p i p íprav pom cek k opera nímu výkonu?					

16. V-ímla jste si, fe se na Va-em odd lení stává, fe v pr b hu opera ního výkonu sestra zjistí, fe jí n které pom cky na instrumenta ním stolku chybí?

- a) vřdy      b) asto      c) ob as      d) ojedin le      e) nikdy

D kuji Vám za Va-i ochotu.

dením pro zkoumání ve FN Plzeň



#### Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Benešova 15, 305 00 Plzeň - Bory  
ul. Taj. Svobody 90, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00662106 tel.: 377 401 916, 377 103 914

Vážené paní  
Poplíková Martina, Bc.  
Studentka, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a  
porodní asistence

#### Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň udělují povolení ke sběru dat pomocí dotazníku, určeného nelékařským zdravotnickým pracovníkům Operačních sálů Lochotín FN Plzeň a to v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce na téma „Standardy v perioperační péči“.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských / výzkumných / dotazníkových šetření):

- Vrchní sestra Operačních sálů Lochotín souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně rozdáte a seberete dotazníky.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků dotazník vyplnit, pokud by vyplnění dotazníku narušovalo plnění jejich pracovních povinností či pokud by vyplnění dotazníku narušovalo jejich soukromí. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chodrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupčynie náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.: 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [svetlucvs@fnplzeň.cz](mailto:svetlucvs@fnplzeň.cz)

12. 2. 2013

## lením pr zkumu v ÚVN St e-ovice

ÚVN Praha  
náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče  
Mgr. Lenka Gutová, MBA  
U vojenské nemocnice 1200/1  
162 00 Praha – Břevnov

### Věc: **Žádost o umožnění provedení dotazníkového šetření.**

Vážená paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,

Žádám Vás o povolení k provedení dotazníkového šetření, které by mělo být podkladem pro moji diplomovou práci na téma Standardy v perioperační péči. Jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií v Plzni navazujícího magisterského studia v oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Dotazníkové šetření bych ráda provedla na oddělení operačních sálů Vaší nemocnice. Dotazník je určen pro sálové sestry všech operačních oborů. Veškeré získané informace budou považovány za důvěrné a budou použity výhradně pro potřeby mé diplomové práce, dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.



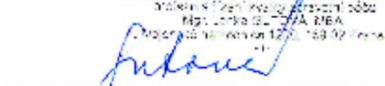
---

Bc. Martina Popilková

V Berouně dne: 4. 2. 2013

Vyjádření k žádosti:

Ústřední vojenská nemocnice -  
Vojenská fakultní nemocnice Praha  
náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické  
profese a řízení kvality zdravotní péče  
Mgr. Lenka Gutová, MBA  
U vojenské nemocnice 1200/1, 162 00 Praha



---

Mgr. Lenka Gutová, MBA

V Praze dne: - 8 -02- 2013



## žádost o provedení dotazníkového šetření pr zkumu ve FN Motol


FN Motol  
náměstkyně ošetrovatelské péče  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
V úvalu 84/1, 15000 Praha 5

### Věc: Žádost o umožnění provedení dotazníkového šetření.

Vážná paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,

žádám Vás o povolení k provedení dotazníkového šetření, které by mělo být podkladem pro moji diplomovou práci na téma Standardy v perioperační péči. Jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií v Plzni navazujícího magisterského studia v oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Dotazníkové šetření bych ráda provedla na oddělení operačních sálů Vaší fakultní nemocnice. Dotazník je určen pro sálové sestry všech operačních oborů. Veškeré získané informace budou považovány za důvěrné a budou použity výhradně pro potřeby mé diplomové práce, dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.



Bc. Martina Popílková

V Berouně dne: 4. 2. 2013

Vyjádření k žádosti:



Mgr. Jana Nováková, MBA

V Praze dne: 6. 2. 2013



## Žádost o provedení dotazníkového šetření pro zkoumání ve FN Královské Vinohrady

FN Královské Vinohrady  
náměstkyrč ošetrovatelské péče  
Mgr. Libuše Gavlasová  
100 34 Praha Šrobárova 1150/50

### Vše: Žádost o umožnění provedení dotazníkového šetření.

Vážná paní náměsíkyňe pro ošetrovatelskou péči,

žádám Vás o povolení k provedení dotazníkového šetření, které by mělo být podkladem pro moji diplomovou práci na téma Standardy v perioperační péči. Jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií v Plzni navazujícího magisterského studia v oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Dotazníkové šetření bych ráda provedla na oddělení operačních sálů Vaší fakultní nemocnice. Dotazník je určen pro sálové sestry všech operačních oborů. Veškeré získané informace budou považovány za důvěrné a budou použity výhradně pro potřeby mé diplomové práce, dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.



Bc. Martina Popilková

V Berouně dne: 4. 2. 2013

Vyjádření k žádosti:



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
PROČÁSKOVSKÁ 48, 120 00 PRAHA 2  
TEL: 224 31 21 11 FAX: 224 31 21 12



Mgr. Libuše Gavlasová

V Praze dne: 25. 02. 2013

## Standardní ošetrovatelský postup

Návrh šablony

### Znak nemocnice [Název]

Vydání: {Číslo}

Frekvence kontroly: {Datum}

Název útvaru a číslo střediska, kde byl SOP vypracován:

Přípomínkové řízení do: {Datum}

{Přípomínkující}

Průběh schvalování standardního ošetrovatelského postupu:

Odborný garant:

Datum:

Schválil: {Schvalovatel – vedoucí zaměstnanec, úseku}

Datum:

Ověřil: {Ověřovatel – kontrolní osoba ze skupiny}

Datum:

Kontaktní osoba: {Z úseku ošetrovatelské péče}

Nabývá účinnosti dne:

Držitel dokumentu: (číslo úseku/ číslem pořadového čísla paré přiděleného správcem dokumentace)

### DEFINICE SOP

{Text} Definování postupu stručně a výstižně

### VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ

{Text} Vysvětlení základních pojmů, popř. zkratk používaných v SOP

### CÍL

{Text} Proč je standardní ošetrovatelský postup zpracován, čeho je zpracováním daného tématu dosaženo. Stručně stanovení rozsahu zpracovávaného SOP a jeho zasazení do širšího rámce ostatních činností s činností popisovanou v SOP související. Indikace a kontraindikace.

### KOMPETENTNÍ OSOBY (kompetence zaměstnanců)

{Text} profese, popř. definovaný stupeň kvalifikace které opravňují nelékařské zdravotnické pracovníky k provádění úkonů popisovaných v SOP

### POMŮCKY (přístroje)

{Text} výčet pomůcek, přístrojů materiálu – prostředků nutných k provedení postupu v SOP popisovaného

### OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

{Text} – popis vlastního provedení výkonu zahrnující chronologicky seřazené kroky

#### a) Povinnosti před výkonem

{Text} Přípravná fáze. Příprava pacienta. Poučení pacienta, souhlas pacienta. Příprava pomůcek a prostředí. Sledování pacienta, co má sestra znát a umět, co sleduje a kontroluje, na co se zaměřuje

#### b) Povinnosti při vlastním výkonu

{Text} Popis konkrétního postupu včetně použití pomůcek, spolupráce pacienta. Sledování pacienta, co má sestra znát a umět, co sleduje a kontroluje, na co se zaměřuje.

#### c) Povinnosti po výkonu

{Text} Ukončení činnosti, za jakých podmínek (stavu pacienta) může sestra úkon ukončit. Uklidnění pacienta, úprava pacienta, péče po zákroku, uklid pomůcek.

#### d) Provedení záznamu do dokumentace

{Text} Výčet a rozsah informací zaznamenávaných sestrou do 24 hodinového záznamu a dalších dokumentů.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

**Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features**

#### **KOMPLIKACE**

*/Text/ Stav, které hlásí lékaři (komplikace – jaké – změny – jaké)*

#### **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ**

*/Text/ Upozornění na speciální úkony, které je nutno provést. Na co se nesmí v žádném případě zapomenout (např. způsob informovaného souhlasu pacienta se zákrokem). Případná související legislativa a další.*

*PŘÍLOHY [Měřicí škály, protokoly apod.]*

#### **POUŽITÁ LITERATURA**

**ZPRACOVATELÉ** [Seznam osob, které na SOP spolupracovaly]

#### **KRITÉRIA K AUDITU**

Zdroj: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-osetrovatejske-pece\\_7399\\_2849\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-osetrovatejske-pece_7399_2849_29.html)

Název nemocnice + logo

Počet stran: 5  
Počet příloh: 0

**Postup ošetřovatelské péče  
Totální endoprotéza kyčelního kloubu**

Datum vydání:

Platnost od:

Kontrola: 1x ročně

	Zpracoval	Ověřil	Schválil
Organizační složka	Oddělení ošetřovatelské péče	Centrální operační sály	Oddělení ošetřovatelské péče
Funkce		Vedoucí sestry	Náměstník ošetřovatelské péče
Jméno			
Datum			
Podpis			

o-et ovatelského postupu	1
2 O-et ovatelský cíl	2
3 Kompetentní osoby	2
4 O-et ovatelský postup	2
4.1 Povinnosti p ed výkonem	2
4.1.1 P íprava pacienta	2
4.1.2 P íprava pom cek a p ístroj	2
4.2 Povinnosti p i výkonu	3
4.3 Povinnosti po výkonu	4
4.4 Mofné komplikace	4
5 Dokumentace	4
6 P íloha	4
7 Zvlá-tní upozorn ní	4
8 Kritéria k auditu	5

## 1 Definice doporu eného o-et ovatelského postupu

Totální endoprotéza je úplná náhrada kloubu kloubem um lým tzv. aloplastika. Indikace k výkonu jsou: vrozené vývojové vady, úrazy, degenerativní onemocn ní (osteoartróza), onkologická onemocn ní (nádory) ky elního kloubu.

P i opera ním výkonu se provádí náhrada kr ku, hlavice femuru a jamky um lým implantátem. Implantát je složen ze t í základních ástí: jamky, d íku a hlavi ky. Podle zp sobu ukotvení komponent endoprotézy d líme na cementované, hybridní a necementované. Cementovaná endoprotéza je totální kloubní náhrada, kdy se jamka i femorální d ík s hlavicí fixuje do kosti za pomoci kostního cementu. U necementované endoprotézy je fixace komponent zalofna na vr stání kosti do pór povrchu endoprotézy. Hybridní endoprotéza je kombinace necementované jamky a cementovaného d íku.

- Bezprostřední péče o pacienta před operačním výkonem
- Příprava instrumentária, pomůcek a přístroj
- Asistence při operačním výkonu
- Vedení sálové dokumentace
- Minimalizace perioperačních rizik pacienta

### 3 Kompetentní osoby

Sestry pro perioperační péči (všeobecná sestra s registrací nebo bez registrace)

## 4 Ošetřovatelský postup

### 4.1 Povinnosti před výkonem

#### 4.1.1Příprava pacienta a šobíhající sestra

- Kontrola identifikace pacienta (verbálně, dokumentace)
- Kontrola operačního pole (kůže, označení operované strany)
- Alergická anamnéza pacienta (léky, dezinfekční roztoky, kovy, náplast)
- Poloha pacienta (vleže na zádech, obě horní končetiny upařeny, fixace neoperované DK a obou horních končetin popruhem, hlava podložena antidekubitálním kolečkem)
- Umístění neutrální elektrody elektrokoagulace (pod rameno na operované straně)

#### 4.1.2Příprava pomůcek a přístroj - instrumentária

#### Pomůcky:

- Rouškový set (kyčelní), 2x rouška (75x90cm), 2x rouška (120x140cm), lepicí páska, návlek na končetinu, incizní folie, 15x bílá rouška (3bal.), tverce (2bal.) vše sterilní
- 3x operační plášť s výstuřím, 1x operační plášť bez výstuřím vše sterilní
- Sterilní rukavice (dle operační skupiny) +3x sterilní bavlněné rukavice
- Dezinfekční roztok, fyziologický roztok, peroxid vodíku



dní síto, kostní síto, síto ó jamka, síto ó d ík) ó

- Aku oscila ní pila, vrta ka, fréza ó v-e sterilní
- 2x sterilní drflák na sv tlo
- Sterilní kovové umyvadlo
- Monopolární elektrokoagulace
- Odsávací souprava
- 3x epelka . 22
- Výplachová st íka ka
- 1x Redon v dren . 12 + vakuový systém
- Implantáty (dle pofadovaného typu)
- Kostní cement (dle typu operace)
- Třící materiál (2 vicryl-svaly, 1PDS-fascie, 0vicryl-podkoffí, 2/0ethilon-k fle)

Pomcky v pohotovostním stavu:

- Cévní instrumentárium
- Aku oscila ní pila, vrta ka, fréza ó zálofní

P ístroje:

- Opera ní st l
- Elektrokoagulace
- Odsáva ka

#### **4.2Povinnosti p i výkonu**

šObíhajícíõ sestra:

- Zavedení a vedení sálové o-et ovatelské dokumentace
- Zapojení p ístroj
- Dopl ování pot ebného materiálu + kontrola expirací
- Vybalení implantát (na pokyn operatéra)

Instrumentá ka:

- Oble ení opera ní skupiny za aseptických podmínek
- Po etní kontrola instrumentária a pom cek
- Instrumentování b hem opera ního výkonu (dle opera ního postupu)



#### 4.3 Povinnosti po výkonu

##### šObíhajícíõ sestra:

- Kontrola pacienta
- Ukon ení sálové o-et ovatelské dokumentace
- Ú ast na p elofení pacienta, úprava polohy

##### Instrumentá ka:

- Po etní kontrola instrumentária a pom cek
- Sterilní krytí opera ní rány
- Dekontaminace instrumentária a jeho zaslání do centrální sterilizace

#### 4.4 Mofné komplikace

- Zám na pacienta
- Zám na operované strany
- Alergická reakce
- Pád pacienta
- Popálení pacienta
- Krvácení
- Selhání p ístroje a nástroj
- Naru-ení aseptických podmínek
- Neúmyslné ponechání materiálu a nástroj v opera ní rán

### 5 Dokumentace

Zavedení a vedení sálové o-et ovatelské dokumentace

### 6 P íloha

### 7 Zvlá-tní upozorn ní

- D kladná kontrola identifikace pacienta a operované strany
- D kladná kontrola alergické anamnézy

...t zaveden kardiostimulátor, je nutné použiť bipolárny

- Dkladná kontrola sterility instrumentária a pomček (expirace)

## 8 Kritéria k auditu

Metoda Pohled/dotaz/sledování	Kontrolní kritéria
Dotazem sestry	1. Sestra zná alergickou anamnézu pacienta.
Dotazem/sledováním sestry	2. Sestra zná polohu pacienta k operačnímu výkonu.
Pohledem do dokumentace	3. Dokumentuje vyplněný bezpečnostní perioperační list.
Sledováním sestry	4. Sestra postupuje asepticky při přípravě k operačnímu výkonu a během něj.
Pohledem do dokumentace	5. Dokumentuje expiraci použitého materiálu a instrumentária
Dotazem sestry	6. Má k dispozici/umí vyhledat na Intranetu standard operačního postupu TEP kyelního kloubu