

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra zdravotnických studií

Riziko pádu v perioperační péči

bakalářská práce

Autor práce: Nikola Jančoková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Vácová

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Nikola Jančoková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Riziko pádu v perioperační péči
Cíl práce:	Specifikovat riziko pádu pacienta při poskytování perioperační péče.

Mgr. Jana Vácová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje perioperační péči se zaměřením na riziko pádu. V současném stavu problematiky jsou uvedeny základní pojmy související s perioperační péčí, vymezené kompetence perioperační sestry, rizika související s perioperační péčí a intervence zajišťující bezpečnost pacienta na operačním sále. Výzkumná část se zabývá výsledky prováděného kvalitativního výzkumu pomocí technik standardizovaného rozhovoru s respondenty a zúčastněného pozorování. Výzkum je zaměřen na to, jak perioperační sestry vnímají riziko pádu a zda jsou na operačním sále dodržovány bezpečnostní standardy snižující riziko pádu pacienta.

Klíčová slova

Perioperační péče, operační sál, perioperační sestra, riziko pádu

Abstract

The bachelor thesis deals with perioperative care with a focus on the risk of falling. In the current state of the art, basic concepts related to perioperative care, defined competencies of perioperative nurses, risks associated with perioperative care and interventions ensuring patient safety in the operating room are given. The research part is devoted to the results of the qualitative research carried out using techniques of standardized interview with respondents and participating observation. Research is focused on how perioperative nurses perceive the risk of falling and whether the operating standards are adhered to in order to reduce the risk of patient falling.

Key words

Perioperative care, operating room, perioperative nurse, risk of falling

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 8. dubna 2020

.....
Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Vácové, která byla tou nejlepší volbou. Děkuji jí za její vstřícné a milé jednání, ochotu, podporu a také za její odborné rady a cenné připomínky. V neposlední řadě patří mé poděkování rodině za nekonečnou trpělivost a podporu. Děkuji.

Obsah

Úvod.....	11
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Perioperační péče	13
1.1.1 Předoperační péče	14
1.1.2 Intraoperační péče	15
1.1.3 Pooperační péče	15
1.2 Operační sál.....	16
1.3 Operační stoly	18
1.4 Perioperační sestra	19
1.5 Rizika v perioperační péči.....	20
1.6 Riziko pádu	24
1.7 Předoperační bezpečnostní procedura.....	26
1.8 Resortní bezpečnostní cíle.....	27
1.9 Nežádoucí události a jejich hlášení	28
1.10 Management kvality ošetrovatelské péče	29
2 Výzkumná část.....	31
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	31
2.1.1 Cíl bakalářské práce:.....	31
2.1.2 Výzkumné otázky:	31
2.2 Metodika výzkumu.....	31
2.3 Charakteristika vzorku respondentů.....	32
2.4 Průběh výzkumného šetření	32
2.5 Výsledky výzkumu.....	33
2.5.1 Riziko pádu v perioperační péči	33
2.5.2 Faktory související s rizikem pádu v perioperační péči.....	33
2.5.3 Rizikovost jednotlivých způsobů vedení anestezie	33
2.5.4 Přítomnost nežádoucí události spojené s rizikem pádu na pracovišti.....	34
2.5.5 Osobní zkušenost s pádem pacienta na operačním sále.....	34
2.5.6 Proškolenost perioperačních sester na téma riziko pádu na pracovišti.....	34
2.5.7 Zajištění prevence rizika pádu při překladi pacienta z překládového pásu na operační stůl a zodpovědnost členů operačního týmu za bezpečí pacienta	34
2.5.8 Zajištění bezpečnosti pacienta při převozu od překládového pásu na operační stůl.....	35
2.5.9 Přítomnost členů operačního týmu u transportu pacienta od překládového pásu na operační sál a zpět.....	35

2.5.10	Způsob zabezpečení pacienta proti riziku pádu po příjezdu na operační sál	36
2.5.11	Ošetrovatelské intervence použité u pacienta na operačním sále proti riziku pádu.....	36
2.5.12	Způsob zajištění pacienta při úvodu do anestezie.....	36
2.5.13	Minimalizace rizika pádu při změně polohy pacienta v intraoperační péči	37
2.5.14	Předcházení rizika pádu při ukončení anestezie a probuzení pacienta	37
2.5.15	Zajištění rizika pádu pacienta při aplikaci svodné anestezie	37
2.5.16	Způsob zabezpečení pacienta při překladi z operačního sálu k pooperační péči.....	38
2.5.17	Typ anestezie významnější pro riziko pádu.....	38
2.5.18	Rizikovost operačního oboru z pohledu rizika pádu pacienta	38
2.5.19	Ovlivnění rizika pádu pacienta v perioperační péči denní dobou a časem.....	39
2.5.20	Výsledky zúčastněného pozorování.....	39
3	Diskuze	46
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	50
	Závěr	51
	Seznam použité literatury	52

Seznam tabulek

Tabulka 1 Příjem pacienta do operačního traktu	39
Tabulka 2 Příjezd pacienta na operační sál.....	42
Tabulka 3 Překlad pacienta z operačního traktu	44

Seznam použitých zkratek

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ASA	Americká společnost anesteziologů
ATB	antibiotika
CMP	cévní mozková příhoda
CO ₂	kysličník uhličitý
COS	centrální operační sály
č.	číslo
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
DC	dýchací cesty
EKG	elektrokardiograf
ID	identifikační
JIP	jednotka intenzivní péče
KCl	chlorid draselný
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
N ₂ O	oxid dusný
NIS	nemocniční informační systém
NN	nozokomiální nákaza
NU	nežádoucí událost
O ₂	kyslík
ORL	otorhinolaryngologie

OS	operační sál
PBP	předoperační bezpečnostní procedury
RBC	Resortní bezpečnostní cíl
RTG	rentgen
SAK	Spojená akreditační komise
SHNU	Systém hlášení nežádoucích událostí
TEP	totální endoprotéza
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization

Úvod

Všechny operační výkony představují vážný a podstatný zásah do organismu člověka. Operace ovlivňuje nejen fyzickou, ale také psychosociální stránku pacienta, je tedy třeba k člověku přistupovat holisticky. S vývojem medicíny postupuje kupředu i přístrojové vybavení a operační technika, které zásadně ovlivnily nároky na personál, materiál a sterilitu s ohledem na míru kvality. K zajištění kvalitní ošetrovatelské péče je nezbytné chápat standardy a doporučení k perioperační problematice a řídit se jimi. K zajištění bezpečnosti v prostorách operačního traktu, tudíž v perioperační péči, je nutné sledovat míru rizika poškození pacienta a v jednotlivých fázích perioperační péče sledovat jednotlivé kroky bezpečností procedury. Operační tým v čele s perioperačními sestrami chrání pacienta před jakýmkoli poškozením, monitoruje stav pacienta a vede odbornou dokumentaci.

Perioperační péče začíná předáním pacienta na operační sál a končí přeložením pacienta z operačního traktu na zotavovací pokoj, jednotku intenzivní péče (JIP) nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Perioperační péče je výsledek jednotlivých činností každého člena operačního týmu. Při každém pobytu pacienta na operačním sále i přímo v intraoperační péči může dojít k pochybení, protože každý jednotlivý krok s sebou nese rizika, která je nutné eliminovat. K těmto situacím může dojít například z důvodu závady na technickém vybavení operačního sálu nebo selháním lidského faktoru.

Jedním z největších rizik, přestože všechna jsou podstatná, je riziko pádu pacienta v perioperační péči. Tato nežádoucí událost může nastat z důvodu pochybení lidského faktoru nebo selháním technického vybavení. Toto riziko velmi ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče a další průběh operace, hospitalizace a celkové ošetrovatelské péče a nese s sebou i vyšší finanční náklady zdravotnické organizace.

Ke snížení rizik v perioperační péči napomáhá předoperační bezpečnostní procedura, kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO) a byla ukotvena Ministerstvem zdravotnictví České republiky do rezortních bezpečnostních cílů. Nežádoucí události informují o kvalitě a bezpečnosti poskytované péče. Jsou to situace, které poškodily nebo mohly poškodit pacienta ve směru fyzickém, psychickém nebo socioekonomickém. Monitorování veškerých rizik v perioperační péči umožňuje plánovat a realizovat

ošetřovatelské intervence tak, abychom docílili minimalizace těchto rizik, protože tím předcházíme následkům a dalším vzniklým komplikacím.

Motivace

Toto téma jsem si vybrala, protože riziko pádu je v současné době v ošetřovatelství velmi diskutované, v perioperační péči je zvláště závažné a je potřeba dbát na zvýšenou pozornost, aby k pádu pacienta na operačním sále nedocházelo. Perioperační péče je vysoce specifický obor ošetřovatelství a ovlivňuje kvalitu poskytované péče ve zdravotnickém zařízení.

Cíl práce

Cílem práce je přiblížit problematiku perioperační péče, kompetencí perioperačních sester a rizika pádu v operačním traktu. Byly definovány dva cíle bakalářské práce:

1. Zjistit postoje perioperačních sester k riziku pádu.
2. Zjistit, jaké intervence perioperační sestry používají ke snížení rizika pádu.

1 SOUČASNÝ STAV

V současné době je perioperační péče expandující obor specifické ošetrovatelské péče, který se nachází na vysoké úrovni. Skládá se ze dvou samostatných a současně vzájemně se prolínajících oblastí. Prvním celkem je operační tým v čele s chirurgem a anesteziologem, kteří se snaží o maximálně profesionální výkon. Druhým celkem je pacient se svými problémy, strachem a bolestmi. Každá strana zúčastňující se procesu perioperační péče má částečně jiné představy o průběhu operace. V posledních letech se zdravotnická péče výrazně posunula vpřed, s ní ale také vzrostly požadavky pacientů (Klementová, 2017).

Velmi důležitým pokrokem je propojení péče předoperační, intraoperační a pooperační. Díky tomu je možné provádět u pacientů velké, náročné a komplikované výkony, které by dříve nebylo možné operovat právě z důvodu špatného zdravotního stavu, neboť by operační výkon nepřežili. Perioperační medicína se tak stává interdisciplinárním oborem a jejím cílem je, aby pacient zvládl operační výkon a všechny změny a komplikace, které jej provázejí (Seidlová a kol., 2018).

1.1 Perioperační péče

Pojem perioperační je odvozený od slova peri, které je řeckého původu a znamená kolem, okolo. V roce 2004 byl přijat Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který v roce 2017 prošel novelizací. Požadavky na vzdělání a specializační vzdělání pro perioperační sestru zůstaly nezměněny. Perioperační péči napříč všemi operačními obory může poskytovat pouze všeobecná sestra, na gynekologických operačních sálech i porodní asistentka. Perioperační sestry se po absolvování adaptačního procesu dále vzdělávají specializačním vzděláváním s názvem Perioperační péče, po jehož absolvování se ze sestry všeobecné stává sestra specializovaná pro perioperační péči. Ve Vyhlášce o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. byl poprvé formulován a použit termín perioperační. Do této doby byly používány termíny předoperační a pooperační období odděleně. Stejně tak bylo zavedeno označení perioperační sestra, které nahrazuje označení sestra instrumentářka (Jedličková a kol., 2019; Zákon č. 201/2017 Sb.).

Perioperační péče je péče o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Tato péče je prováděna na operačních sálech a poskytována perioperačními

a anesteziologickými sestrami. Perioperační péče začíná v okamžiku přijetí pacienta do operačního traktu a končí překladem pacienta buď na zotavovací pokoj, nebo na jednotku intenzivní péče. Perioperační období je rozděleno na předoperační, intraoperační a pooperační (Wichsová a kol., 2013).

1.1.1 Předoperační péče

Perioperační sestra a pacient přichází do kontaktu většinou až při příchodu na operační sál. V některých nemocničních zařízeních chodí perioperační sestry za pacienty večer před operačním výkonem provést předoperační edukaci. Ve většině případů není možné setkání uskutečnit, protože v tom perioperačním sestrám brání pracovní vytíženost. Pokud toto setkání proběhne, je především edukační. Sestra pacientovi poskytuje edukační pomůcky (písemné materiály, obrázky, videa), ústně vysvětlí průběh perioperační péče a ponechá prostor pro pacientovy dotazy, které následně zodpoví (Wichsová a kol., 2013). Pokud okolnosti edukaci dovolí, pacient si sám rozhodne, kde se bude konat, zda na pokoji, nebo někde separovaně v soukromí jen se sestrou. Dotazy na začátek a dobu trvání výkonu, jméno operátora, téma spojené s nahotou a přítomnost sestry, která pacienta právě edukuje, patří mezi ty nejčastější. Právě poslední zmíněný dotaz je pro pacienty jeden z nejvýznamnějších, protože při příjezdu na operační sál je pro ně důležitý pocit, že je tam s nimi přítomen někdo známý. Edukace má význam taktéž pro sestry samotné, protože se mohou dozvědět zásadní informace, například o alergiích, inkontinenci nebo o potřebě specifického přístupu k pacientovi (Matlochová, 2012).

Do předoperační fáze patří příprava operačního sálu, která zahrnuje dezinfekci prostředí, přípravu instrumentaria, léčiv a jiných pomůcek, které budou nebo mohou být použity při operaci. Nutné je také připravit a zkontrolovat funkčnost přístrojů (Jedličková a kol., 2019). Pacienta, společně s potřebnou dokumentací, přebírá na překladech částí operačních sálů anesteziologická sestra. Její povinností je zkontrolovat pacientovu totožnost a připravenost k operaci, do čehož spadá například kontrola lačnosti, identifikačního náramku, alergií a nepřítomnosti šperků. V dokumentaci sestra kontroluje podepsaný informovaný souhlas s anestezií a s daným výkonem (Wendsche a kol., 2012). Důležité je s pacientem po celou dobu komunikovat a informovat ho o všem, co se právě děje nebo co se chystáme udělat. Sestra společně se sálovým sanitářem převáží pacienta na operační stole na operační sál, kde předává operačnímu týmu pacientovu dokumentaci. Do předoperační fáze patří přiložení neutrální elektrody, pokud je

předpokládané použití monopolární elektrokoagulace, polohování pacienta dle typu operačního výkonu, aktuálního stavu pacienta a přání chirurga. Dále se v této fázi zavádí močový katétr, pokud ještě není zavedený a je tak indikováno, pokračuje se antisepsi operačního pole a následně jeho sterilním krytím za pomoci rouškovacích systémů (Wichsová a kol., 2013).

1.1.2 Intraoperační péče

Tato fáze je zahájena po zarouškování pacienta. V tomto okamžiku jsou přítomni všichni členové operačního týmu. Následuje bezpečnostní procedura zvaná TIME OUT, kde se potvrdí identita pacienta, místo a typ operačního výkonu a profylaktické podání ATB v posledních 60 minutách (Wichsová a kol., 2013). V intraoperační péči je zásadní týmová práce, která zabezpečuje komplexní péči. V týmu má každý člen určené své povinnosti a úkoly, které jsou odpovídající jeho kompetencím a vzdělání. Pokud jsou tyto úkoly a povinnosti plněny, je to předpoklad pro úspěšnou operaci (Balková a kol., 2013).

Instrumentující sestra plní požadavky operatérů a asistuje jim, kontroluje počet podaných nástrojů a dalšího operačního materiálu. Pokud se odebírá biologický materiál, předává vzorek obíhající sestře do připravené nádoby. Nádoba musí být označena identifikačními údaji, obíhající sestra zaznamená odběr do odběrové knihy a následně zajišťuje jeho transport do laboratoře. Obíhající sestra v průběhu operace slouží jako spojka mezi sterilním a nesterilním prostředím. Doplnuje instrumentující sestře sterilní materiál, zapojuje nástroje do přístrojů a kontroluje, zda jsou funkční. Zajišťuje bezpečný provoz zdravotnických přístrojů potřebných v průběhu operačního výkonu. Obíhající sestra provádí i dokumentaci pacienta do operační knihy a do NIS a pozoruje, zda jsou dodržovány aseptické podmínky na operačním sále (Jedličková a kol., 2019).

Než se ukončí operační výkon, povinností instrumentářky je provést kontrolu počtu všech nástrojů, materiálů a výsledek nahlásit operatérovi. Pokud by chybějící materiál nebyl nalezen ani po opakované kontrole, provádí se perioperační RTG pacienta. Tuto situaci považujeme za mimořádnou událost (Wichsová a kol., 2013).

1.1.3 Pooperační péče

Po dokončení operačního výkonu se provádí poslední fáze perioperační bezpečnostní procedury. V této závěrečné části bezpečnostní procedury se potvrzuje provedený výkon,

zda souhlasí všechny nástroje a materiál, odebrané vzorky tkání a případné problémy vzniklé v souvislosti s operačním výkonem (Wichsová a kol., 2013). V tomto období se sterilně zakrývá operační rána. Dle indikace lékaře se napojují, během operace zavedené, drény na sběrné systémy nebo se přikládá znehybňující dlaha. Pokud byl pacient operován v jiné poloze než vleže na zádech, provede se navrácení zpět do této základní polohy (Jedličková a kol., 2019).

V této fázi je také důležitá péče o pacienta při probouzení se z anestezie. Velká pozornost se musí věnovat případnému zvracení pacienta a riziku následné aspirace. Známkou toho, že anestezie odezněla, je návrat přirozených reflexů. Anesteziologická sestra proto pacienta oslovuje jménem a opakuje mu, že je po operaci, kontroluje fyziologické funkce a reflexy. Po stabilizaci stavu pacienta přichází na řadu jeho transfer na zotavovací pokoj, jednotku intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Rozhodnutí, kam bude pacient po operaci přeložen k bezprostřední pooperační péči, provádí anesteziolog ve spolupráci s chirurgem. Jak uvádí Wichsová (2013), do další péče pacienta předává anesteziolog s doprovodnou dokumentací, která je nutná. Pokud to pacientův stav dovolí a neproběhly žádné komplikace, pacient je předán na zotavovací pokoj a tam je dokumentována péče v průběhu zotavování. Minimální monitorování pacienta na zotavovacím pokoji trvá 30 minut a zahrnuje pulzní oxymetrii, srdeční frekvenci, krevní tlak, EKG a sledování fyziologických funkcí (Wendsche a kol., 2012; ČSARIM, Doporučené postupy a stanoviska, 2009).

1.2 Operační sál

Operačním traktem se rozumí seskupení místností, které dohromady vytvářejí uzavřený komplex a jsou součástí chirurgického pracoviště, nebo jsou brány jako samostatné oddělení, které není součástí chirurgického oddělení, takovým oddělením jsou centrální operační sály (COS). Provoz operačních sálů (OS) je řízen striktními pravidly. Těmto pravidlům se podřizuje dispozice, stavební a technické řešení tohoto komplexu. V operačním traktu musí být správně orientovány všechny vstupy i výstupy (pacientů, personálu, odpadů, sterilního a použitého materiálu) z důvodu, aby došlo k zamezení křížení přístupových a odstupových tratí. V každém operačním komplexu musí být přítomna klimatizace, která zabezpečuje kvalitní a čisté vnitřní prostředí za pomoci vyměňování, zvlhčování, chlazení, ohřívání a filtrování vzduchu (Schneiderová, 2014).

Operační sály ve zdravotnickém zařízení by měly být situované tak, aby byly v bezpečném a čistém prostředí mimo hlavní části zařízení a ve vyšších patrech. Měl by to být uzavřený samostatný celek bez přístupu běžného provozu. (Jedličková, 2019). Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, byla v roce 2017 novelizována vyhláškou č. 284/2017 Sb., ale požadavky na operační trakt zůstaly nezměněny. Vymezuje předpisy a normy pro výstavbu centrálních operačních sálů, které musí být dodrženy. Tato vyhláška zahrnuje požadavky na umístění jednotlivých místností a jejich využití, stavební uspořádání OS, elektrické energie, připojení k telefonní a počítačové síti, dodávku teplé vody, systém odpadních vod, požadavky pro osvětlení, klimatizaci a vybavení operačního sálu a vyměření omyvatelného povrchu stěn (Vyhláška č. 284/2017 Sb.).

Dříve byly operační sály vystavěny v oborovém typu. To znamená, že každé chirurgické oddělení mělo vlastní organizační strukturu pro dva sály, septický a aseptický, a svůj operační tým. S rozkvětem medicíny a její přístrojové techniky dochází k modernizaci staveb operačních sálů a jejich vybavení podle modelu centrálních operačních sálů (Duda, 2000; Wichsová, 2013).

Operační sály jsou uspořádány do jednotlivých zón. V traktu operačních sálů se nachází vstupní filtr, přes který členové operačních týmů přicházejí a který je určen pro převlekání a sprchování, místnost k odpočinku operačního týmu, místnosti pro uložení nástrojů, přístrojů, prádla a jiných potřebných pomůcek. Je zde předsálí, které slouží pro uložení některých přístrojů, a aseptická zóna, která navazuje na samotný operační sál a zahrnuje umývárnu lékařů a perioperačních sester. Za předpokladu, že jsou dva sály stejného typu (např. septický), je možné, aby měly jednu aseptickou zónu. Další částí je samotný operační sál, který je od aseptické zóny oddělen dveřmi. Operační sál je vybaven přístrojovou technikou. V místnosti určené k operování musí být klimatizace, která zajišťuje laminární vertikální proudění vzduchu, a osvětlení, kterým je myšleno základní osvětlení, osvětlení operačního pole a speciální individuální osvětlení. Součástí jsou také medicínální plyny, které jsou dodávány z centrálních rozvodů nebo z tlakových lahví. Mezi technické vybavení operačních sálů patří například elektroautery, odsávačky, rentgenová technika a přístroje pro endoskopické operace (Schneiderová, 2014; Slezáková a kol., 2010).

1.3 Operační stoly

Základní součástí operačního sálu je operační stůl. Jak uvádí Wichsová (2013), pokud je přítomen personál, který bez problémů operační stůl ovládá, ani si jeho zásadní roli neuvědomíme. Tyto stoly lze dělit na univerzální, s výměnnou pracovní deskou, s plovoucí pracovní deskou.

Univerzální operační stoly se dají použít ve všech chirurgických oborech, pokud jsou v základní poloze. K těmto stolům můžeme připevnit různé nástavce (např. traumatologie, gynekologie), k tomu jsou po obvodu stolu umístěny lišty pro upevnění řady příslušenství. Můžeme si zvolit členitost pracovní desky, která je tvořena z více segmentů, které lze přidávat nebo odebírat. Doplnováním jednotlivých částí stolu můžeme vytvořit i extenční stůl, který má využití v traumatologii. Aby nepřekážely přírodní kabely, jsou operační stoly napájeny z bezúdržbových akumulátorů (Schneiderová, 2014).

Dalším typem je operační stůl s výměnnou operační deskou, které jsou používány na nejmoderněji vybavených pracovištích. Principem tohoto operačního stolu je možnost zvolit vhodnou pracovní desku, pokud se v rámci jednoho sálu a jednoho operačního stolu provádí výkony různých chirurgických oborů (Schneiderová, 2014).

Posledním typem jsou stoly s plovoucí deskou, které jsou určeny k diagnostickým, terapeutickým a operačním výkonům za použití nejmodernějších lékařských metod. Díky této pracovní desce je stůl pohodlný jak pro pacienta, tak pro způsob obsluhy. Tato deska je kompletně RTG transparentní (Schneiderová, 2014).

Pacient se vhodně uloží na operační stůl, do správné polohy na připravovaný výkon a zafixuje se. Tyto stoly musí splňovat technické i hygienické požadavky a zároveň pacientovi poskytovat komfortně strávený čas na stole během operace (Ihnát, 2017).

Operační stoly jsou buď upevněny v podlaze, nebo jsou pojízdné. Elementy k ovládání jsou mechanické nebo elektrické. Mezi mechanické patří pedály, kola a páky a elektrické ovládací panely jsou situovány buď u hlavy pacienta, nebo je možné použití dálkového ovládání. Díky těmto segmentům je možné polohování pacienta během operačního výkonu (Zeman a kol., 2011).

1.4 Perioperační sestra

Perioperační sestra je všeobecná sestra se získanou specializovanou způsobilostí pro perioperační péči. Sestra pro perioperační péči a její kompetence jsou ukotveny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která je novelizována vyhláškou č. 391/2017 Sb. o činnosti perioperační sestry můžeme rozdělit na činnosti bez indikace lékaře a odborného dohledu a činnosti bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře sestra připravuje instrumentárium a jiné potřebné pomůcky a materiál v průběhu celé perioperační péče. Její úlohou je také provádění specializovaných sterilizačních a dezinfekčních postupů. V jejích kompetencích je také manipulace s operačními stoly a přístroji. Před začátkem operace provádí antisepsu operačního pole pacientů a ve spolupráci s operátorem zajišťuje před začátkem a před koncem každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu. Jejím úkolem je, aby bylo pracoviště stále připraveno ke standardním a speciálním výkonům. Perioperační sestra rouškuje operační pole a instrumentuje při operaci. Na základě indikace lékaře polohuje a fixuje pacienty na operačním stole v komplexní perioperační péči. Dále zajišťuje prevenci komplikací z imobilizace a asistuje u méně náročných operačních výkonů (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Perioperační sestry na operačních sálech pracují ve dvou rolích podle denního rozpisu stanoveného staniční nebo vrchní sestrou. Sestry pracují během operačního výkonu jako sestry instrumentářky nebo sestry cirkulující, obíhající. Instrumentující perioperační sestra v průběhu operace aktivně instrumentuje při operačním výkonu, a nejen to je náplní její práce. V koordinaci s obíhající sestrou připravuje veškeré nástroje, přístroje i materiál, provádí s operačním týmem zarouškování pacienta po důkladné antisepsu operačního pole a připravuje instrumentační stolky a potřebný materiál, aby byl k dispozici v průběhu operačního výkonu. Mezi její povinnosti patří početní kontrola nástrojů a materiálů připravených k použití ještě před začátkem operačního výkonu, během výkonu a po výkonu. Dohlíží na všechny členy operačního týmu, zda dodržují aseptické podmínky ve sterilní zóně a sama musí dodržovat zásady, mezi které například patří mít ruce nad pasem (ve sterilní zóně), před sebou a tak, aby se nedotýkaly oděvu. Při instrumentování sestra sleduje operační výkon, stav v operační ráně a operátorovi podává nástroje buď na jeho slovní vyžádání, nebo reaguje na gesto operátora, a nejlépe

podává nástroje bez jakéhokoli vyzvání. Po ukončení výkonu zabezpečuje drény i operační ránu tím, že ji ošetří, vydezinfikuje a sterilně překryje. Následně ukládá použité nástroje do dekontaminačního kontejneru, dekontaminuje je dle standardu oddělení a spolu s obíhající sestrou nakonec kontroluje úklid na operačním sále a připravuje sál k dalšímu výkonu (Jedličková a kol., 2019; Wichsová a kol., 2013).

Hlavním úkolem perioperační sestry obíhající je to, že asistuje v průběhu celého výkonu instrumentující sestře. Po příjezdu pacienta na operační sál se s ním seznámí, kontroluje jeho totožnost spolu s dokumentací a účastní se s celým operačním týmem TIME OUT fáze perioperační bezpečnostní procedury. Obíhající sestra zapojuje přístroje a je zodpovědná za jejich funkčnost, zodpovídá za bezpečné a správné uložení pacienta na operačním stole a zajišťuje přiložení neutrální elektrody. Po příchodu operačního týmu na sál pomáhá jednotlivým členům s oblékáním operačních plášťů. Jak je výše zmíněno, spolu s instrumentářkou kontroluje počty nástrojů a materiálu před, v průběhu a po výkonu. Mezi její hlavní úlohy patří zajištění pomůcek a materiálu, které instrumentující sestra nemá v dosahu. V průběhu operace se stará o dokumentaci, zodpovídá za správnost uložení a označení odebraných vzorků a reguluje pohyb personálu na operačním sále tak, aby byl co nejmenší. Jak už je uvedeno, po operaci s instrumentující sestrou zkontroluje úklid a připravuje se na další operační výkon (Jedličková a kol., 2019; Wichsová a kol., 2013).

1.5 Rizika v perioperační péči

V 17. století byl pojem „riziko“ vnímán kladně, protože byl chápán jako pozitivní risk a byl spojován se slovy jako „odvaha“. V dnešní době spojujeme riziko spíše s pravděpodobností vzniku ztráty nebo neúspěchu. Riziko může být ale stále vnímáno pozitivně, v případě, kdy není vyloučen zisk, ovšem je třeba si stanovit jeho meze. Negativní riziko, které je s perioperační péčí spjato, je tedy rozuměno především jako ztráta zdraví nebo života (Šupšáková, 2017).

Bezpečnost pacienta v perioperační péči je jedním z nejdůležitějších prvků ošetrovatelské péče na operačním sále. S bezpečností pacienta jsou úzce spjata rizika nežádoucích událostí na každém kroku. Prioritou ošetrovatelské péče je tato rizika minimalizovat a předcházet jim preventivními opatřeními (Borková, 2016).

V roce 2009 WHO (World Health Organization) publikovala deset zásad, které slouží pro zvýšení bezpečnosti operačních výkonů. Zásadním důvodem vzniku těchto kritérií je předcházet komplikacím spojeným s operací. Tyto zásady zahrnují operování správného pacienta, správný druh výkonu a správné místo. Každý člen operačního týmu se řídí pokyny, které předcházejí riziku infekce operačního pole, riziku neplánovaného zanechání nástroje či materiálu v operační ráně a klade důraz na metody, které zaručují správné a bezpečné označení biologického materiálu. V rámci operačního výkonu je důležitá komunikace mezi členy operačního týmu. Jak zdravotnické zařízení, tak veřejné zdravotnictví provádí neustálou kontrolu nad dodržováním těchto zásad, které slouží ku prospěchu zvyšování bezpečí pacienta a dohlíží na výsledky operačních výkonů. Do těchto deseti zásad spadá také správné podání anestezie a problematika s tímto spjatá, jako je například zajištění dýchacích cest nebo komplikace plynoucí z alergických reakcí (WHO, 2009).

Předoperační bezpečnostní procedura byla v roce 2010 Ministerstvem zdravotnictví zahrnuta do rezortního bezpečnostního cíle č. 3 pojednávajícího o prevenci záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech (MZČR, Resortní bezpečnostní cíle, 2013).

Riziko záměny pacienta snižujeme kontrolou pacienta ihned při překladu. Při dotazování se pacienta ptáme na jméno i datum narození a na operaci, kterou plánuje podstoupit. Preferuje se ústní dotaz pacienta, kontrola identifikačního náramku, dokumentace a operačního programu. Na OS se provádí vícestupňová kontrola, která zahrnuje kontrolu na dispečinku, anesteziologickou sestrou a následně perioperační sestrou (Jedličková a kol., 2019).

Záměna operované strany patří také mezi nežádoucí události. Prevencí je pečlivá kontrola dokumentace, rozhovor s pacientem, kontrola s operačním programem a kontrola označení operované strany bezprostředně před výkonem (Suchá, 2009).

Riziko nozokomiálních nákaz je hojnou pooperační komplikací, setkáváme se s ní velmi často a je velkým strašákem zdravotnických zařízení. Nozokomiální nákazou (NN) se rozumí nákaza spojená s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Může být způsobena viry, plísněmi a nejčastěji bakteriemi. NN může vzniknout v souvislosti s operací z mnoha faktorů, těmi jsou invazivně zajištěné vstupy a náročné operace. Používání velkých

přístrojových technik u náročných operací je také rizikem NN. Starší nebo polymorbidní pacienti jsou mnohem náchylnější k získání NN. Především rostoucí věk pacientů, počet vykonávaných invazivních zákroků a další rysy charakterizující dnešní moderní medicínu zintenzivňují růst NN. Podstatnou prevencí NN je dodržování aseptických podmínek a správná dezinfekce rukou (Wendsche, 2012; Reichardt a kol., 2017).

Riziko pádu na operačním sále je velkou hrozbou pro všechny personál operačního sálu. Samotnému pádu lze předejít a tato preventivní opatření jsou povinností u každého operačního výkonu. Pokud je pacient správně uložen na operačním stole, je zabezpečen proti pádu fixačními pásy-popruhy. S tímto rizikem úzce souvisí i riziko vzniku dekubitů nebo parézy, proto i těmito hrozícím situacím předcházíme tak, že všechna riziková místa, kde popruh přímo vyvíjí tlak na kůži, musíme vypodložit polohovacími pomůckami (Suchá, 2009).

Dalším rizikem jsou **ischémie, otlaky, parézy a dekubity**. Dekubity jsou lokalizovaná poškození vzniklá neprokrvením tkání z důvodu působením tlaku na predilekční místa. Předcházet dekubitům v průběhu operace můžeme odstraněním tlaku z predilekčních míst antidekubitními pomůckami a dodržením správné polohy na operačním stole. (Hovorková, 2017).

Riziko popálení v perioperační péči vzniká v souvislosti s používáním vysokofrekvenčních elektrokoagulačních přístrojů. Významnou roli hraje správné připevnění neutrální elektrody na kůži pacienta, uzemnění přístrojů a minimalizace rizika při použití hořlavých antiseptik. Při přikládání neutrální elektrody se musí dbát na to, aby byla umístěna co nejbližší k operačnímu poli, a je potřeba, aby místo bylo oholené a suché, aby byla elektroda v kontaktu s pacientem po celou dobu operačního výkonu. Riziková je v tomto ohledu změna polohy pacienta v průběhu výkonu. Mezi preventivní opatření proti popáleninám patří zaschnutí povrchového antiseptika před začátkem operace (Jedličková, 2019).

Riziko alergické reakce vzniká nejčastěji v souvislosti s podáním transfúze. Dalším rizikovým bodem pro vznik alergické reakce je používání antiseptických přípravků, podávání ATB, například profylakticky, nebo alergická reakce na léky (Málek a kol., 2016).

V neposlední řadě pacienta ohrožuje **riziko záměny medicínálních plynů**. Medicínální plyny slouží pro lékařské účely zejména v souvislosti s inhalační terapií a anestezií. Tyto plyny jsou dodávány buď z centrálních rozvodů, nebo z tlakových lahví. Jak rychlospojka, kterou jsou plyny odebírány z centrálních rozvodů, tak i tlakové lahve jsou barevně rozlišeny dle přítomného plynu. Kyslík (O₂) je značen bílou barvou, oxid dusný (N₂O) tmavě modrou barvou, vakuum, využívané pro odsávání, žlutou barvou a kysličník uhličitý (CO₂) šedou barvou. Při zacházení s těmito plyny musíme dbát na zvýšenou opatrnost, aby nedošlo k záměně (Jedličková, 2019; Pokorná a kol., 2019).

Dalším rizikem je **poškození spojené s medicínskými přístroji**. Ke každému přístroji patří jeho provozní dokumentace, která je uschována po celou dobu provozu přístroje. Jeho kontrola musí být prováděna alespoň jednou za 12 měsíců. Rozsah této kontroly stanovuje legislativa a místní provozní bezpečnostní předpis. Pacient může být poškozen např. laserem, RTG přístrojem, elektrokoagulačním přístrojem nebo může vzniknout poškození v souvislosti s operačním stolem (Jedličková, 2019).

Riziko podchlazení neboli hypotermie, které je spojováno s operačním výkonem, může vést k celkovému zhoršení pacientova stavu. Preventivně je pod pacientem uložena vyhřívací podložka, nebo můžeme pacienta zakrýt termoizolační příkrývkou. Další možností je podávání ohříváných infuzních roztoků. V intraoperační péči samozřejmě kontrolujeme funkci vyhřívací podložky, aby nedošlo k následné hypotermii nebo hypertermii (Jedličková, 2019).

Riziko zapomenutého nástroje nebo roušky v operační ráně je významným rizikem. Toto selhání lidského faktoru by představovalo jak pro pacienty, tak pro operační tým a samotné zdravotnické zařízení vážné problémy. Tento rizikový faktor se vyskytuje převážně při akutních operacích, pokud se neočekávaně v průběhu operace změní operační výkon, nebo jestliže se na výkonu podílelo více operačních týmů. Těmito komplikacím předcházíme početnými kontrolami veškerých nástrojů a materiálu, který přichází do styku s operačním polem (Jedličková, 2019).

1.6 Riziko pádu

Od druhé poloviny 90. let se prosazuje podstata zajištění adekvátní bezpečnosti pacienta s ohledem na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Riziko pádu je jedním z nejdiskutovanějších témat v souvislosti s kvalitou a bezpečnou péčí o pacienta (Svobodová, 2013).

Jak uvedla ve svém článku Svobodová (2013), pád není jednotně definován. Můžeme ho popsat jako událost, kdy se pacient ocitne na podlaze, aniž by to bylo v úmyslu. V této situaci nemusí dojít k přímému poranění. Nahlášený by měly být všechny pády nehlásě na jejich příčinu. Pokud u pacientova pádu není nikdo přítomen, měl by ho sám pacient ohlásit (Pokorná a kol., 2019).

Pády klasifikujeme do tří skupin dle klasifikace americké výzkumné pracovnice Janice Morse. Prvním typem jsou náhodné pády, při kterých dochází k zakopnutí nebo uklouznutí pacienta jednak kvůli faktorům souvisejícím s prostředím, nebo z důvodu selhání pomůcek. Jako příklad můžeme uvést vylitou tekutinu na podlaze. Druhým typem jsou nepředvídatelné fyziologické pády, jejichž důvodem je fyzický stav pacienta, který nemohl být nikterak předvídan. Příkladem jsou mdloby, epileptické záchvaty nebo obecně křečové stavy. Poslední skupinou jsou předvídatelné fyziologické pády. Tyto pády nastávají u pacientů, kteří jsou dle hodnotících stupnic pro riziko pádu riziková. Jsou to pacienti, kteří mají například pád v anamnéze nebo poruchu duševních funkcí (da Mata, 2017).

Jak uvádí WHO (2018), každé osobě, která spadne, hrozí zranění. Faktory, které ovlivňují druh a závažnost zranění, jsou věk, pohlaví a zdraví každého jedince. Pro pacienty znamenají pády velmi negativní zkušenosti, které se následně přenášejí do jejich běžného života, buď jako následky psychické a sociální, nebo fyzické. S pádem souvisí následné prodloužení hospitalizace a tím se zvyšující náklady zdravotnického zařízení. Také může dojít k žalobě zdravotnického zařízení za neposkytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče (Miertová, 2019).

Hlavní rizikové faktory, které souvisejí s pádem, jsou spojené s psychickým stavem pacienta, se zdravotním stavem a věkem pacientů. Velmi rizikovými pacienty jsou děti mladší 5 let a osoby starší 65 let. Riziko pádu v perioperační péči je spojeno s každým

pacientem. Pacienti na operačních sálech jsou upoutáni na lůžko a po ukončení anestezie jsou spaví s doznívajícími účinky anestezie (da Mata, 2017).

Rizikové faktory pádů můžeme rozdělit do dvou skupin – endogenní a exogenní. **Endogenní neboli vnitřní rizikové faktory pádu** vycházejí z celkového stavu pacienta a s ohledem na perioperační péči můžeme do této kategorie zahrnout farmakologické faktory, změny psychického stavu související s operačním výkonem, dehydrataci a změny fyziologických funkcí, které mohou ovlivňovat ztráty krve, bolest a stres. Farmakologické faktory souvisí s premedikací, léky vztahujícími se k anestezii a medikací indikovanou po operačním výkonu především ke snížení bolesti. **Exogenní (vnější) rizikové faktory pádu** jsou spojovány s okolním prostředím. Mezi tyto faktory při pobytu na operačním sále řadíme zvláště bezpečnost pacienta při překladi, transportu v prostorách operačních sálů, kvalitu fixačních pásů a změny polohy v průběhu operace (Miertová, 2019).

Bezpečnost pacientů na operačním sále je primární věc, která musí být zajištěna v nadstandartní kvalitě, aby nedošlo k nežádoucím událostem. Potencionální rizika pádu pacienta vychází především z podání anestezie a změny polohy pacienta během výkonu. Americká společnost anesteziologů (ASA) v roce 2017 uvedla reálné případy pádů v perioperační péči jako odstrašující případy pro zabezpečování pacientů. Jeden z popsaných případů je u 77leté ženy, která podstoupila kyphoplastiku. Po probuzení z anestezie byly odstraněny fixační prvky a přímo u pacienta nebyl přítomen sálový personál. K pádu pacientky z operačního stolu došlo tedy z důvodu pochybení zdravotnického personálu. Pacientka pád přežila bez závažného poranění. Obdobný případ se stal 40leté pacientce podstupující laparoskopickou salpingooforektomií a enterolýzu v celkové anestezii. Tato událost nastala také z důvodu pochybení personálu, protože po uvedení do celkové anestezie pacientka nebyla fixována bezpečnostními popruhy, a i přes to, že u ní stála perioperační sestra, pacientka spadla ze stolu. Perioperační sestra byla otočena k pacientce zády a nemohla tedy pádu zabránit. Pád se obešel také bez trvalých následků. ASA také uvedla dva fatální pády, kdy jeden z nich prožil 61letý pacient po cévní mozkové příhodě (CMP). Na operačním sále byl pacient umístěn do polohy na boku z důvodu bederní drenáže, došlo k selhání bezpečnostního popruhu, pacient upadl na podlahu a po následné intenzivní péči za pět týdnů zemřel. Dalším takovým případem je 60letý pacient, který byl před robotickou prostatektomií

uveden do celkové anestezie a umístěn do Trendelenburgovy polohy. Před umístěním o této polohy u pacienta nebyly provedeny žádné bezpečnostní intervence s ohledem na riziko pádu. Pacient se tedy sesunul z operačního stolu přímo na oblast hlavy a o dva dny později zemřel. ASA zveřejněním těchto závažných událostí apeluje na nepodceňování rizika pádu v perioperační péči (Prielipp a kol., 2017).

1.7 Předoperační bezpečnostní procedura

Předoperační bezpečnostní procedura (PBP) byla vytvořena na základě stanovení deseti zásad dle WHO v roce 2009 a Ministerstvo zdravotnictví ji v roce 2010 zahrnuje do třetího Resortního bezpečnostního cíle, který se zabývá prevencí rizik při chirurgických výkonech. Předoperační bezpečnostní procedura představuje pravidla, díky kterým se minimalizují rizika, např. záměny operované strany nebo záměny pacienta. WHO tuto proceduru nazvala Surgical Safety Checklist (Chirurgický kontrolní list). PBP představuje systematickou kontrolu, která se provádí u každé operace a zajišťuje bezpečnost v kritických momentech operačního výkonu. Tento proces probíhá pod vedením obíhající perioperační sestry. Surgical Safety Checklist probíhá ve třech fázích. Cílem této procedury není dlouhé vypisování dokumentace, jde o jednoduché a rychlé zaškrtnutí políček v checklistu, a především o reálnou kontrolu v praxi (Wichsová a kol., 2013; Jedličková, 2019).

První fáze předoperační bezpečnostní procedury se nazývá SIGN IN (přihlásit se), provádí se před podáním anestezie a kontrolujeme tak identitu pacienta, místo operačního výkonu a jeho označení, předpokládaný typ operace, zda má podepsaný informovaný souhlas s operací. Dále se provádí kontrola funkčnosti anesteziologického přístroje, připravených zvolených anestetik a správnosti přiložení a funkčnosti pulzního oxymetru. Dále ověřujeme známé alergie pacienta, zajišťujeme riziko aspirace, kontrolujeme průchodnost dýchacích cest (DC) a předpokládané riziko ztráty krve během výkonů (Filipová a kol., 2011).

Druhá fáze je pojmenována TIME OUT (zastavit se). Tato část předoperační bezpečnostní procedury se provádí těsně před incizí kůže. V této fázi všichni členové operačního týmu představí a zároveň uvedou svou úlohu při daném výkonu, znovu se ověří a potvrdí identita pacienta, místo a typ operace a také se za současné kontroly

s dokumentací potvrzuje antibiotická profylaxe v intervalu jedné hodiny před operací. Dále se posuzují rizika z pohledu operátora, který udává předpokládanou dobu operačního výkonu, předpokládané krevní ztráty, průběh výkonu a jeho současná rizika a taktéž potvrzuje profylaktické podání ATB. Anesteziolog uvádí možná rizika související s anestezií a perioperační sestra se vyjadřuje k připravenosti nástrojů, operačních pomůcek a také k jejich sterilitě (Wichsová, 2013).

Třetí krok se označuje jako SIGN OUT (odhlásit se). Úkolem perioperační sestry je potvrdit realizaci daného výkonu, uvést početní souhlas nástrojů, materiálů a odebraných vzorků tkání. Její povinností je také nahlásit případné vyskytující se problémy s vybavením operačního sálu. Povinností operátora a anesteziologa jsou následné pooperační intervence zahrnující medikaci a celkovou pooperační péči o pacienta (Wichsová, 2013; Filipová a kol., 2011).

1.8 Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle (RBC) jsou udávány jako doporučené postupy, které vedou ke snižování rizik, které směřují k poškození pacientů a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Těmito RBC jsou povinny se řídit organizace Ministerstva zdravotnictví a pro ostatní zdravotnická zařízení, nehledě na jejich typ, slouží jako doporučení. Jako kritéria pro RBC vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů, včetně infekcí spojených se zdravotní péčí, a z doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů, které byly modifikovány národními podmínkami. V roce 2010 bylo Ministerstvem zdravotnictví České republiky vyhlášeno pět RBC. V roce 2011 byly Resortní bezpečnostní cíle rozšířeny o RBC č. 6 a 7. Rokem 2015 byl vyhlášen osmý a doposud poslední RBC. První RBC se zabývá bezpečnou identifikací pacienta, druhý pojednává o bezpečném podávání rizikových léčiv, v RBC č. 3 je zahrnuta bezpečnost pacienta při chirurgických výkonech a cíl č. 4 obsahuje riziko pádu. Následující cíle se vztahují ke správné hygieně rukou a bezpečné komunikaci. Sedmý Resortní bezpečnostní cíl je zaměřen na bezpečné předávání pacienta a osmý, nově přidaný, RBC náleží riziku vzniku dekubitů (MZČR, Resortní bezpečnostní cíle, 2013).

V této práci si přiblížíme Resortní bezpečnostní cíle úzce související s perioperační péčí:

V prvním znění RBC byla ukotvena **bezpečná identifikace pacientů**. Účelem tohoto standardu je sjednotit postup pro identifikaci pacientů. Jsou k tomu určeny alespoň dva pacientovy údaje, většinou jméno a příjmení a datum narození. Správná identifikace musí proběhnout před plněním veškerých intervencí souvisejících s pacientem (MZČR, Resortní bezpečnostní cíle, 2015).

RBC č. 3 se nazývá **Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech**. Tento cíl je naplněn, pokud zdravotnické zařízení standardizuje způsoby označování místa výkonu a zavede předoperační bezpečnostní proceduru, což je bezpečnostní proces, který před zahájením výkonu na operačním sále zaručí, zda se jedná o správného pacienta, výkon a místo k výkonu a je připraveno veškeré potřebné vybavení a odpovídající dokumentace (SAK, 2013).

RBC č. 4 se zabývá **prevencí pádu**, protože pády jsou nejčastější nežádoucí událostí ve zdravotnických zařízeních, týkající se pacientů všech věkových kategorií. Tento standard se zabývá minimalizací pádu samotných a jejich hlášení, protože díky evidovaným pádům je možné vytvářet a uskutečňovat postupy vedoucí ke snížení tohoto rizika a minimalizování samotné události (MZČR, Resortní bezpečnostní cíle, 2015).

RBC č. 6 se zaměřuje na **bezpečnou komunikaci** mezi zaměstnanci zdravotnického zařízení. Při nedodržování standardizovaných zásad bezpečné komunikace hrozí riziko nedorozumění a následné poškození pacienta. Proto je nutné pacienta identifikovat dle RBC č. 1 a správně interpretovat ordinaci týkající se pacienta (SAK, 2013).

RBC č. 8 je posledním resortním bezpečnostním cílem a zabývá se **prevencí rizika vzniku dekubitů**. Tato problematika společně s pády patří mezi nejčastější nežádoucí události. Za nejefektivnější variantu, která řeší problém dekubitů, se považuje včasné identifikování a poskytování preventivních opatření, která jednak zvýší kvalitu ošetrovatelské péče a za druhé sníží náklady na poskytovanou péči. Daný cíl taktéž pojednává o monitoraci existujících dekubitů, jejich rizik a snaze minimalizovat jejich výskyt (MZČR, Resortní bezpečnostní cíle, 2015).

1.9 Nežádoucí události a jejich hlášení

Nežádoucí událostí (NU) se rozumí situace nebo faktor, který má nebo mohl mít za následek poškození pacienta, přičemž se mu dalo zamezit. Poškození nemusí být jen

fyzické, ale také psychické nebo socioekonomické a poškozeným nemusí být pouze pacient, ale také poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho zaměstnanci. Důležité je tedy vytknout, že nežádoucí událostí není pouze přímé poškození, ale jsou jím i situace, které k takovému jednání přímo vedou a podaří se jim zamezit (MZČR, Nežádoucí události, 2018).

„Sledování NU v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb na centrální úrovni zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) sběrem dat a metodickou podporou v Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU).“ (Pokorná a kol., 2019, s.17). Tento systém centrálního hlášení je zaveden tak, aby byly hlášeny pouze seskupené NU a bez osobních údajů. Díky tomuto hlášení, kde se zaznamenávají veškeré nežádoucí události, lze provést analýzu a následné zhotovení metodických pokynů jako prevenci nežádoucích událostí. Tyto výsledky jsou přístupné ve veřejné části portálu SHNU. Strategie hlášení NU, která je povinná pro všechny poskytovatele lůžkových zdravotních služeb, je platná od 1. 1. 2018. Každý poskytovatel takové péče je povinen zavést ve svém zařízení lokální systém sledování NU tak, aby jeho podoba odpovídala potřebám dané instituce (Pokorná a kol., 2019). Díky systému, kde se evidují NU ve zdravotnických zařízeních, můžeme účinně řídit rizika. Tato evidence obsahuje veškeré zásadní informace vztahující se ke vzešlé NU nebo skoro pochybení (Hřib, Vychytil, 2009). WHO ukotvuje termín „incident“, který se dále rozvádí na termíny „nedokonaná pochybení“, „incidenty bez poškození pacienta“ a „incidenty s poškozením pacienta“. Pouze odborný název „incident s poškozením pacienta“ je dle WHO uveden jako nežádoucí událost (Pokorná a kol., 2019).

1.10 Management kvality ošetrovatelské péče

Každé zdravotnické zařízení se snaží o zvýšení kvality ošetrovatelské péče nejčastěji z důvodu snahy o získání akreditace či certifikace. Úroveň kvality poskytované péče také přímo souvisí s dobrou pověstí a se získáním jak nových pacientů, tak kvalitně vzdělaného odborného personálu. Pokud je poskytovaná péče kvalitní a na vysoké úrovni, jsou spokojeni pacienti, personál a je to promítáno do celého fungování zdravotnického zařízení. Vznikají-li komplikace, poukazují právě na nekvalitní péči. Pacient nebo

zodpovědný zainteresovaný pracovník určuje požadavky, které vypovídají o kvalitě zdravotnických služeb a tyto požadavky i nadále narůstají (Kilíková, 2013).

Standardizované ošetrovatelské postupy poukazují právě na kvalitu péče a vytyčují její měřitelné rysy. Standardy ošetrovatelské péče, které jsou neodmyslitelnou jednotkou systému řízení kvality, slouží jako nástroj k ustavičnému navyšování míry kvality ošetrovatelské péče a k uskutečňování auditů (Svobodová, 2012).

V zahraničních zemích existují dokumenty, které slouží k shromažďování aktuálních zjištění o té nejlepší možné poskytované zdravotnické péči pro pacienta. Těmito dokumenty jsou klinické doporučené postupy, které se řadí mezi nástroje standardizace ošetrovatelské péče. K vytváření těchto klinických doporučených postupů je využívána ošetrovatelská praxe založená na důkazech (Evidence based nursing). V České republice je tento postup zatím na svém začátku a není zákonem stanovena povinnost použití těchto postupů (Jarošová, 2014).

Již výše zmíněná akreditace zdravotnického zařízení slouží právě k zajišťování kvalitní a bezpečné poskytované péče. Pokud se poskytovatel zdravotnické péče rozhodne oslovit jednu z národních nebo nadnárodních akreditačních institucí, následně proběhne v daném zařízení proces akreditačního šetření, akreditačního auditu a je zakončen vyhotovením akreditačního certifikátu. K této proceduře se poskytovatel zdravotní péče většinou rozhoduje z důvodu zlepšení obrazu daného zařízení a zároveň je nadále jeho povinností neustále zvyšovat kvalitu a bezpečnost zdravotní péče (Somrová a Bártlová, 2012).

Když vezmeme potaz zpětnou vazbu auditů a efektivně namířené cílené edukační aktivity v kombinaci se samotným auditem, představuje toto složení jeden z neúčinnějších nástrojů pro nepřetržité navyšování kvality a bezpečí. Tato oblast také neodmyslitelně přispívá ke kontinuálnímu navyšování dosažené úrovně vzdělání zdravotnického personálu. Audity a jejich zpětná vazba se dají použít ve všech zdravotnických zařízeních. Audity je možné rozdělit na interní, který je vykonáván interními skupinami odborníků, nebo externí, kam je možné zařadit výzkumné skupiny nebo vládní organizace. Výsledky auditů lze po zvážení zveřejnit (Pokorná, 2019).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

2.1.1 Cíl bakalářské práce:

1. Zjistit postoj perioperačních sester k riziku pádu.
2. Zjistit, jaké intervence používají perioperační sestry ke snížení rizika pádu.

2.1.2 Výzkumné otázky:

1. Jak perioperační sestry vnímají riziko pádu u pacientů?
2. Jakým způsobem sestry zajistí pacienta při transportu z překlada na sál?
3. Jaká jsou na operačním sále nastavena intervenční opatření proti pádu u pacienta?
4. Jakým způsobem sestry zajistí bezpečnost pacienta při polohování na operačním stole?

2.2 Metodika výzkumu

Bakalářská práce je zaměřena na riziko pádu u pacientů v perioperační péči. Pro výzkumné šetření byly zvoleny kvalitativní výzkumné techniky. Pro sběr dat byly využity dvě metody, a to metoda polostrukturovaného rozhovoru a metoda zúčastněného pozorování. Výzkum byl prováděn v Nemocnici Jihlava p. o. na Centrálních operačních sálech po předchozím schválení výzkumu náměstkyní ošetrovatelské péče, Mgr. Jarmilou Cmuntovou (viz příloha 1).

Otázky polostrukturovaného rozhovoru (viz příloha 2) byly sestavovány tak, aby se vztahovaly k výzkumným cílům bakalářské práce. Rozhovory byly prováděny s perioperačními sestrami COS Nemocnice Jihlava. Perioperační sestry byly seznámeny s dodržením anonymity při zpracování a publikování výzkumného šetření. Všechny sestry s rozhovory souhlasily a svůj souhlas stvrdily podepsáním informovaného souhlasu (viz příloha 3). Rozhovory byly ihned po nahrávání z výzkumného prostředí zapsány, aby mohlo následovat kódování technikou „tužka a papír“ (viz příloha 4),

a následně byly kategorizovány. Data získaná výzkumným šetřením byla interpretována technikou „výklad karet“.

Zúčastněné pozorování probíhalo na COS Nemocnice Jihlava během operačního programu. Výsledky z každého pozorování byly průběžně zapisovány do záznamového archu (viz příloha 5) a po skončení pozorování byly zpracovány do tabulek. K zúčastněnému pozorování byly vybrány tři operační obory – gynekologie, chirurgie a ortopedie. V každém oboru byly pozorovány ošetrovatelské postupy související s rizikem pádu při stejných operacích. V oboru gynekologie byla zvolena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, v oblasti chirurgie resekce rekta secundum Miles a pozorování na ortopedickém operačním sále bylo zaměřeno na totální endoprotézu kolene.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů

Na COS bylo provedeno s perioperačními sestrami celkem 6 rozhovorů. Všechny respondentky souhlasily s výzkumným šetřením a s nahráváním rozhovorů. Nejkratší praxe v perioperační péči byla u R1 - 9 let, a naopak nejdelší dobu na operačních sálech pracuje R3 - 36 let. 5 respondentek absolvovalo specializační studium a jedna respondentka se v této specializaci právě vzdělává. Všechny respondentky dále uvedly, že v rámci celoživotního vzdělávání navštěvují odborné semináře a kurzy, účastní se kongresů zaměřených na perioperační péči. Respondentky jsou označeny R1, R2, R3, R4, R5, R6. Respondentky jsou z operačních oborů chirurgie, urologie, ORL, traumatologie, ortopedie a gynekologie.

2.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření proběhlo v Nemocnici Jihlava na Centrálních operačních sálech s šesti perioperačními sestrami. Po schválení žádosti o povolení výzkumného šetření probíhal sběr dat od 28. října 2019 do 28. února 2020. Všechny rozhovory proběhly na denní místnosti sester na COS. Respondentky byly srozuměny s jejich anonymitou při zpracování a publikaci výzkumu. Kompletní nahrávky rozhovorů a informované souhlasy respondentek s výzkumem jsou uloženy u autorky.

2.5 Výsledky výzkumu

Předložená empirická data se zaměřují na riziko pádu pacienta v perioperační péči a na postoj perioperačních sester k této problematice. Zodpovězené otázky nás informují o riziku pádu v perioperační péči, o dodržování standardů ošetrovatelské péče souvisejících s rizikem pádu a předcházení těmto rizikovým situacím. Respondentky jsou označeny R1, R2, R3, R4, R5, R6.

Výsledky zúčastněného pozorování slouží jako přehled reálných situací a jejich standardních postupů a řešení zdravotnickými profesionály v praxi.

2.5.1 Riziko pádu v perioperační péči

U otázky rizikovosti se všechny respondentky, až na R3, shodly na tom, že riziko pádu v perioperační péči o pacienta je vždy velké. Jediná R3 uvedla, že *„je riziko pádu velmi malé“*. R4 navíc uvádí, že *„v perioperační péči se pád pacienta řadí mezi nejrizikovější“*.

2.5.2 Faktory související s rizikem pádu v perioperační péči

Mezi rizikové faktory uvedly R1 a R6 věk, přičemž R1 se přiklání především k vysokému věku. Déle se R1 a R5 shodují, že rizikovým faktorem je také medikace a R5 dodává: *„Především sedativa.“* R2, R3, R5 a R6 se také shodují, že riziková je neustálá manipulace s pacientem a R3, R4 a R5 také zdůrazňují důležitost fixace pacienta. Dále R1 dodává: *„Mezi rizikové faktory bych také zařadila dezorientaci, vystresovaného pacienta a u dětí především strach.“* R3 dodává: *„Je důležité, aby u pacienta vždy někdo byl.“* R4 zmínila: *„Rizikovými faktory jsou překládání pacienta na sál a zpět.“* R5 dále tvrdí: *„Demence, dezorientace v souvislosti s operačním výkonem, omezená pohyblivost a smyslové poruchy a strach.“*

2.5.3 Rizikovost jednotlivých způsobů vedení anestezie

V otázce rizikovosti způsobu vedení anestezie se R1, R2, R4 a R5 shodly, že nejrizikovější je celková anestezie. R3 přitom uvádí: *„Jinak si myslím, že každý způsob anestezie je rizikový.“* R6 dále uvedla: *„Nejrizikovější, si myslím, že je spinální anestezie v sedě.“*

2.5.4 Přítomnost nežádoucí události spojené s rizikem pádu na pracovišti

Při dotazu na přítomnost nežádoucí události spojené s rizikem pádu na jejich pracovišti R1, R2, R4 a R5 uvádí, že k této situaci v minulosti došlo, a R2, R4, a R5 dodávají, že k této situaci došlo při překladi pacienta ze sálu na překládový pás. R4 navíc dodává, že „*pacient nebyl dostatečně zabezpečen*“. R3 a R6 odpověděly, že nic takového si nevybavují.

2.5.5 Osobní zkušenost s pádem pacienta na operačním sále

Osobní zkušenost s pádem pacienta na operačním sále má respondentka R5 a uvádí: „*Ano, zažila jsem. Pacient spadl z překládového pásu, když byl překládán ze sálu k pooperační péči. K této události došlo, protože pacient nebyl dostatečně zabezpečen a personál v danou chvíli nedával 100% pozor a tuto situaci už bych nechtěla nikdy zažít. Pacient neměl po pádu žádná závažná poranění a vše bylo nahlášeno.*“ Ostatní respondentky odpověděly jednohlasné „*ne*“.

2.5.6 Proškolenost perioperačních sester na téma riziko pádu na pracovišti

Respondentka R2, uvádí: „*Při studiu jsem proškolená byla, na pracovišti ne, tam nejsme pravidelně školeni.*“ Kromě ní se zbylé respondentky shodují, že na pracovišti proškoleny byly. R1 a R2 uvádí, že proškolení bylo edukační, a také všechny respondentky kromě již jmenované R2 zmiňují, že na toto téma mají vypracovaný standard. Na otázku ohledně opakovanosti daného školení R1 a R5 odpověděly stejně: „*Proškolovány jsme jednou ročně.*“ R3, R4 a R6 se shodují, že tato školení neprobíhají pravidelně a ani opakovaně a R4 uvádí: „*Proškolovány jsme hlavně při nástupu na operační sály.*“

2.5.7 Zajištění prevence rizika pádu při překladi pacienta z překládového pásu na operační stůl a zodpovědnost členů operačního týmu za bezpečí pacienta

Na dotaz ohledně zajištění prevence rizika pádu při překladi pacienta z překládového pásu na operační stůl všechny respondentky odpověděly, že tuto prevenci zajišťují

pomocí fixování pacienta fixačními pásy k operačnímu stolu. A zároveň se všechny s výjimkou R2 shodují, že důležitá pro bezpečí pacienta při překladech na operační stůl je přítomnost personálu. R3 přímo uvádí: „*Překlad pacienta na operační stůl je bezpečný, pokud ho personál chrání a zároveň rovnou informuje o tom, co se právě děje.*“ Všechny respondentky se shodují, že za bezpečí pacienta zodpovídá veškerý sálový personál, R1, R4 a R5 ho navíc přímo definují: „*Lékař, anesteziologická sestra, perioperační sestra a sanitář.*“ R6 odpověděla: „*Při překladech je z obou stran překladačového pásu neustálý dozor a dále používáme bezpečnostní pásy. Zodpovědní za pacientovo bezpečí jsou všichni přítomní.*“

2.5.8 Zajištění bezpečnosti pacienta při převozu od překladačového pásu na operační stůl

Zajišťování bezpečnosti pacienta při převozu od překladačového pásu na operační sál probíhá dle všech respondentek díky fixaci fixačními pomůckami a neustálé přítomnosti personálu. Při překladech pacienta na dispečinku z překladačového pásu na desku operačního stolu je vždy přítomna anesteziologická sestra a sálový sanitář příslušného operačního sálu. Při překladech neklidného pacienta nebo pacienta s nestabilními základními životními funkcemi bývá podle odpovědí respondentek přítomen i lékař a obíhající sestra. R3 navíc dodává: „*Pacient musí být správně uložen na operační stůl.*“

2.5.9 Přítomnost členů operačního týmu u transportu pacienta od překladačového pásu na operační sál a zpět

R5 udává: „*Na operační sál doprovází pacienta anesteziologická sestra a sanitář a při cestě z operačního sálu je přítomen anesteziolog, anesteziologická sestra, perioperační sestra a sanitář.*“ S touto odpovědí se shodují všechny respondentky, pouze R1 navíc dodává: „*Při cestě na operační sál i zpět je přítomna také dispečinková sestra.*“

2.5.10 Způsob zabezpečení pacienta proti riziku pádu po příjezdu na operační sál

Při otázce směřované na zabezpečení pacienta s ohledem na riziko pádu po příjezdu na operační sál se všechny respondentky shodují, že je pacient zabezpečen díky bezpečnostním pásům, kterými je fixován k operačnímu stolu. R1, R2, R5 a R6 uvádí také zabezpečení pacienta díky neustálému dohledu a přítomnosti personálu, R5 ho přímo konkretizuje: „*A to anesteziologické sestry, sanitáře, lékaře a perioperační sestry.*“

2.5.11 Ošetrovatelské intervence použité u pacienta na operačním sále proti riziku pádu

Jako ošetrovatelskou intervenci proti riziku pádu R1, R2, R3, R4 i R5 uvádí bezpečnou fixaci bezpečnostními pomůckami. Dále R1, R2, R4 a R5 hlásí: „*Také dodržujeme neustálý dohled nad pacientem. Spolupracujeme úzce spolu s anesteziologickou sestrou a sanitářem.*“ R1 a R2 poznamenávají, jak významné je dodržování bezpečné manipulace s pacientem. R6 přímo uvádí: „*Dodržujeme standardy, s pacientem komunikujeme, správně ho edukujeme při polohování, kontrolujeme pomůcky na polohování a při polohování držíme končetiny.*“

2.5.12 Způsob zajištění pacienta při úvodu do anestezie

Při úvodu do anestezie R1, R2, R3, R4 a R5 zajišťují bezpečnost pacienta zvýšeným dohledem. R1 a R5 bezpečnou manipulací s pacientem. R1, R3, R4, R5 a R6 také dodávají: „*Bezpečnost pacienta zajišťujeme pomocí fixačních pomůcek.*“ Přičemž R6 přímo uvádí: „*...důležitá je neustálá komunikace s pacientem, správná edukace, zajištění končetin a pokud možno vhodná pacientova poloha.*“ O pacientově poloze se též zmiňuje R3, jakožto o „*vhodném uložení pacienta na operační stůl*“.

2.5.13 Minimalizace rizika pádu při změně polohy pacienta v intraoperační péči

U minimalizace rizika pádu v intraoperační péči při změně polohy pacienta se všechny respondentky shodly v tom, že je nejdůležitější, aby u změny polohy byl přítomen sálový personál v co největším počtu. R1 dodala: „*A je-li to potřeba, vypomáhá personál i z jiného sálu.*“ Dále R4, R5 a R6 uvádí, že nezbytná je taktéž vzájemná komunikace a spolupráce. R5 přímo uvádí: „*Při změně polohy pacienta v průběhu operace je nutné zajistit správnou polohu, vyvarovat se otlaků používáním molitanu a podložením a zajistit pacienta ve stabilizované poloze a musí být přítomen větší počet personálu a je nutné, aby spolu všichni vzájemně spolupracovali.*“

2.5.14 Předcházení rizika pádu při ukončení anestezie a probuzení pacienta

Všechny respondentky se shodují, že předchází riziku pádu při ukončení anestezie a probouzení pacienta dohledem personálu. „*Vždy musí u pacienta někdo být, nesmí zůstat sám bez dohledu.*“ R1, R4 a R5 se také shodly, že pacient musí být fixován bezpečnostními popruhy. R6 dodává: „*A spoluprací všech členů operačního týmu.*“

2.5.15 Zajištění rizika pádu pacienta při aplikaci svodné anestezie

Na otázku zaměřující se na minimalizaci rizika pádu při aplikaci svodné anestezie R6 uvádí: „*Riziko pádu se snažíme snižovat správným napolohováním pacienta, edukací pacienta, neustálou komunikací s pacientem. Pacientovi je velmi důležité vysvětlit, co se v daný okamžik děje a následně bude dít a neustálým dohledem nad pacientem.*“ Všechny respondentky se s R6 shodují, že je třeba zvýšeného dohledu nad pacientem. R4 stejně jako R6 uvádí, že je velmi důležité pacienta informovat a R4 dodává: „*A také je nezbytná součinnost perioperační a anesteziologické sestry, lékaře a sanitáře.*“ R1 a R5 navíc zdůrazňují důležitost přítomnosti personálu v daný okamžik.

2.5.16 Způsob zabezpečení pacienta při překladu z operačního sálu k pooperační péči

Zajištění bezpečnosti pacienta při překladu z operačního sálu k pooperační péči probíhá dle respondentek R1, R2, R3, R4 a R5 tak, jak uvádí ve své odpovědi R1: *„Doprovodem personálu k překládovému pásu za přítomnosti lékaře anesteziologa, anesteziologické sestry, perioperační sestry a sanitáře.“* R3 a R4 navíc zdůrazňují potřebu fixace pacienta během transportu. R6 odpovídá: *„Je důležitý dohled z obou stran překládového pásu a pooperační péči zajišťuje anesteziologická sestra na pooperačním pokoji.“*

2.5.17 Typ anestezie významnější pro riziko pádu

Při dotazu na nejrizikovější typ vedení anestezie odpověděla R1: *„Nejrizikovější v riziku pádu je spinální anestezie, kde je nutná změna polohy a riziko je v tom, že pacient není zajištěn bezpečnostními popruhy.“* Svodnou anestezii dále uvedly i respondentky R2, R5 a R6. Respondentka R2 navíc dodává: *„U svodné anestezie je nebezpečí pádu v tom, že pacientovi nastupuje nepohyblivost dolních končetin.“* R5 se také shoduje v nebezpečnosti nepřítomnosti bezpečnostních pásů. R6 uvádí: *„Všechny jsou rizikové, ale svodná anestezie je asi nejvýznamnější riziko.“* R3 a R4 se shodují, že podle nich je nejrizikovější celková anestezie.

2.5.18 Rizikovost operačního oboru z pohledu rizika pádu pacienta

R6 uvádí: *„Všechny operační obory jsou rizikové v pádu pacienta, riziko spočívá hlavně při polohování a také je rizikovější operace dětí, ale například v gynekologii je rizikovější laparoskopie, LAVH, v urologii nefrektomie a v traumatologii například prodloužený hřeb.“* R2 a R5 také uvádí jako rizikovější obor traumatologii a R5 navíc dodává: *„V ortopedii je vysoké riziko pádu pacienta, protože zde operujeme pacienty s vyšší věkovou hranicí, imobilitou a používáme speciální operační polohy.“* R4 říká: *„Ano, riziková je operativní péče pediatrických pacientů, protože jsou děti na operačním stole více neklidné.“* R1 a R2 mají podobné názory, přičemž R1 odpovídá: *„Riziková je častá manipulace s pacientem, vysoká věková hranice pacienta a speciální polohy, ale toto se týká všech operačních oborů.“* R3 se navíc vyjádřila: *„Každý obor má rizikovější*

polohování a méně náročné polohování, je to tedy dost vyrovnané napříč všemi operačními obory.“

2.5.19 Ovlivnění rizika pádu pacienta v perioperační péči denní dobou a časem

R5 odpovídá: „Čas ani denní doba neovlivňují riziko pádu perioperační péče.“ S touto odpovědí se ztotožňují všechny respondentky. Respondentka R2 však odpověděla: „Myslím, že ne, dle běžných pracovních podmínek. Ale při nedostatku personálu, kdy je někdy například jeden sanitář na dva až tři sály, může nastat kolize, ale to i v kteroukoliv denní i noční dobu.“

2.5.20 Výsledky zúčastněného pozorování

Tabulka 1 Příjem pacienta do operačního traktu

PŘÍJEM PACIENTA DO OPERAČNÍHO TRAKTU										
		LAVH 1	LAVH 2	LAVH 3	MILES 1	MILES 2	MILES 3	TEP 1	TEP 2	TEP 3
Kde probíhá	Dispečink	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Filtr									
	Jinde (epi režim, ARO pacient)									
Předává	Sestra oddělení									
	Jedna Sestra ZOP	.	.	.		.		.	.	.
	Dvě sestry ZOP				.		.			
	Sanitář	.	.	.		.		.	.	.
	Lékař ARO									
	Lékař pediatr									
	Jiný									
Přijímá	Perioperační sestra	.								
	Sestra dispečink	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Anesteziologická sestra	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Přítomni	Lékař ARO		.				.	.		
	Sanitář	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Kontrola identity pacienta podle dokumentace	Sestra dispečink	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sestra anesteziologická	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sestra perioperační									
Kontrola identity pacienta podle ID náramku	Sestra dispečink									
	Sestra anesteziologická	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sestra perioperační									
Pacient přeložen na	Desku op. stolu	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Transportní lehátko									
Fixování při převozu	ANO	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	NE									
Při transportu na operační sál přítomni	Sestra anesteziologická	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sestra perioperační	.								
	sanitář	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lékař ARO		.				.	.		

Z výše uvedeného zpracovaného výsledku pozorování příjmu pacienta do operačního traktu, je zřejmé, že u všech vybraných operací byl pacient přijímán přes dispečink COS. Při předání pacienta přes překládový pás se vypořádané skutečnosti mírně liší. Při MILES 1 a MILES 3 byl pacient přivezen v doprovodu dvou anesteziologických sester ze zotavovacího pokoje, ve zbylých případech byl pacient v doprovodu jedné anesteziologické sestry a jednoho sanitáře ze ZOP. Při příjmu pacienta na operační trakt byly výsledky pozorování u většiny typů operací stejné, a tedy pacienta přijímala sestra z dispečinku COS a anesteziologická sestra. Pouze při operaci LAVH 1 přijímala navíc i perioperační sestra. Při příjmu pacienta byl vždy přítomen sálový sanitář a v případě operací LAVH 2, MILES 3 a TEP 1 se přijímání zúčastnil také anesteziologický lékař. V překládové části COS ve fázi přijímání pacienta prováděly kontrolu identity pacienta dle dokumentace vždy dispečinková sestra se sestrou anesteziologickou a kontrolu identity pacienta podle jeho ID náramku prováděla ve všech případech anesteziologická sestra. Ze souhrnu je jasné patrné, že při všech operacích je pacient překládán na desku operačního stolu, ke které je vždy řádně fixován. Pacienta na

určený operační sál vždy doprovázela anesteziologická sestra se sanitářem. Pouze v případě LAVH 1 pacienta doprovázela také perioperační sestra a při operaci LAVH 2, MILES 3 a TEP 1 na transport dohlížel anesteziolog.

Tabulka 2 Příjezd pacienta na operační sál

PŘÍJEZD PACIENTA NA OPERAČNÍ SÁL										
		LAVH 1	LAVH 2	LAVH 3	MILES 1	MILES 2	MILES 3	TEP 1	TEP 2	TEP 3
Přípravu pacientovy operační polohy provádí	Sanitář	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sestra perioperační									
	Sestra anesteziologická									
	Lékař							.	.	.
Použití polohovacích pomůcek	ANO	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	NE									
Použití fixačních pomůcek	ANO	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	NE									
Pacient po celou dobu fixován k operačnímu stolu	ANO	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	NE									
U pacienta po celou dobu někdo přítomen	ANO	.				.		.		.
	NE		.	.	.		.		.	
Změna polohy pacienta v průběhu operace	ANO	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	NE									
Přítomný personál u změny polohy pacienta v průběhu operace	Sestra perioperační				.	.	.			
	Sestra anesteziologická									
	Sanitář	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lékař	.	.	.						
Přítomný personál u změny polohy pacienta před ukončením anestezie	Sestra perioperační	.			.	.				
	Sestra anesteziologická									
	Sanitář	.	.	.	.	.	.			
	Poloha se již nemění							.	.	.

Přípravu pacientovy polohy u všech zmiňovaných operací provádí sanitář, ovšem při všech operacích TEP vypomáhá i lékař – operatér. Díky pozorování lze konstatovat, že ve všech devíti případech byly použity polohovací pomůcky, fixační pomůcky a pacient byl opravdu po celou dobu fixován k operačnímu stolu. Velké odchylky nám

však vznikají, když se zaměříme na to, zda byl u pacienta vždy a po celou dobu jeho pobytu na operačním sále někdo přítomen. Pouze při operacích LAVH 1, MILES 2, TEP 1 a TEP 3 byl pacient neustále pod kontrolou bezprostředně přítomného člena sálového týmu. Při zbylých operacích bylo zúčastněným pozorováním zjištěno, že tomu tak nebylo a nastávaly okamžiky, kdy u pacienta nikdo nebyl. Záměrně byly k výzkumnému šetření vybrány operace, při kterých se v průběhu intraoperační péče mění pacientova poloha. V intraoperační péči tedy polohu pacienta při operacích LAVH mění sanitář a lékař – operatér, při operacích MILES se změny polohy účastní perioperační sestra a sanitář a při operacích TEP tuto změnu provádí pouze sám sanitář. Při operacích TEP se před ukončením anestezie poloha již nemění, protože pacient zůstává v poloze, do které byl uveden v průběhu operace. U zbylých operací se před ukončením anestezie pacientova poloha mění. Při operaci LAVH 1 ji měnila obíhající perioperační sestra se sanitářem a při operaci LAVH 2 a LAVH 3 pouze sanitář. Pokud se zaměříme na operace MILES, pouze v případě MILES 3 pacientovu polohu mění sám sanitář, jinak v případě MILES 1 a MILES 2 pomáhá také obíhající perioperační sestra.

Tabulka 3 Překlad pacienta z operačního traktu

PŘEKLAD PACIENTA Z OPERAČNÍHO TRAKTU										
		LAVH 1	LAVH 2	LAVH 3	MILES 1	MILES 2	MILES 3	TEP 1	TEP 2	TEP 3
Kdo je přítomen u transportu pacienta z operačního traktu	sanitář	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sestra anesteziologická	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sestra perioperační	.		.		.	.	.		.
	Lékař ARO	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Je pacient fixován k operačnímu stolu?	Ano	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Ne									
Předání pacienta k pooperační péči	dispečink	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	filtr									
	Jinde (EPI režim, ARO pacient)									
Kdo předává	Anesteziologická sestra									
	Perioperační sestra									
	Lékař ARO	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kdo přijímá	Sestra ZOP + sanitář	.	.							
	2 sestry ZOP			.						
	Sestra oddělení									
	Sestra JIP + sanitář				.			.	.	.
	2 sestry JIP					.	.			
	Sestra ARO									
	Lékař									

V této části pozorování, která se týká překlady pacienta z operačního traktu, si můžeme všimnout především toho, že není naprostou samozřejmostí, aby perioperační sestra byla u překlady přítomna. Ve všech případech je u pacienta přítomen sanitář, anesteziologická sestra a anesteziologický lékař, perioperační sestra se v případě operací LAVH 2, MILES 1 a TEP 2 překlady pacienta nezúčastnila. Pacient byl však ve všech situacích fixován k operačnímu stolu. Můžeme si také ve výše uvedené tabulce všimnout, že překlad k pooperační péči proběhl vždy na dispečinku, to znamená, že žádný pacient nebyl infekční nebo přeložen na ARO. Informace ohledně průběhu operace podává „druhé straně“ vždy lékař anesteziolog. Po operaci LAVH pacient vždy odjížděl k pooperační péči na zotavovací pokoj, při transportu pacienta v případě LAVH 1

a LAVH 2 byla přítomna anesteziologická sestra a sanitář, dvě anesteziologické sestry pacienta transportovaly pouze v případě LAVH 3. Při operaci MILES vždy pacientovu pooperační péči zajišťuje jednotka intenzivní péče chirurgie, při tomto transportu byly v situaci MILES 2 a MILES 3 přítomny dvě sestry multioborové JIP chirurgických oborů a při operaci MILES 1 pacienta převážela jedna sestra a jeden sanitář ze zmiňované JIP. Při všech operacích TEP byl pacient přeložen na ortopedickou JIP v doprovodu sestry a sanitáře JIP.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoj perioperačních sester k riziku pádu a druhým cílem bylo zjistit, jaké intervence perioperační sestry používají ke snížení rizika pádu. Na stanovené cíle jsme zjistili odpovědi pomocí polostrukturovaných rozhovorů s perioperačními sestrami a zúčastněným pozorováním na centrálních operačních sálech.

K prvnímu cíli se vztahuje výzkumná otázka týkající se vnímání rizika pádu u pacientů perioperačními sestrami.

K druhému cíli se vázaly zbylé tři výzkumné otázky, které se zabývají postupem, jakým sestry zajišťují pacienta k transportu z překladačného sálu, intervenčními opatřeními proti pádu u pacienta a způsobem, jakým sestry zajišťují bezpečnost pacienta při polohování na operačním sále.

V bakalářské práci byly stanoveny 4 výzkumné otázky odpovídající na 2 cíle.

První cíl týkající se zjištění postoje perioperačních sester k riziku pádu zodpovídá **první výzkumná otázka: Jak perioperační sestry vnímají riziko pádu u pacientů?**

K uvedené výzkumné otázce se vztahují otázky z rozhovoru 3.

Otázka 3 se zaměřuje na vnímání rizika pádu pacienta v perioperační péči perioperačními sestrami. Kromě jedné respondentky se všechny dotazované sestry shodly na vysoké míře rizika pádu pacienta v perioperační péči. V porovnání s Pavlovou (2018), která ve svém výzkumu zjistila, že z pěti dotazovaných uvádějí jako potenciální riziko pádu ve svých odpovědích pouze tři respondentky. Na otázku, zda již došlo na určeném pracovišti k pádu pacienta, odpověděly čtyři respondentky, že se tato nežádoucí událost v minulosti stala. Pouze jedna respondentka byla u této události přítomna. Sestra, která si na svém pracovišti žádnou nežádoucí událost související s pádem pacienta neuvědomuje, uvedla, že je riziko pádu malé.

Můžeme tedy říct, že v současné době se riziko pádu pacienta v perioperační péči dostává do povědomí stále většímu počtu perioperačních sester.

První výzkumná otázka byla zodpovězena.

K druhému cíli zaměřujícímu se na intervence, které používají perioperační sestry ke snížení rizika pádu, se váží tři zbylé výzkumné otázky.

Druhá výzkumná otázka: Jakým způsobem sestry zajistí pacienta při transportu z překlada na sál?

K druhé výzkumné otázce se váží otázky 7,8 a 9.

Z odpovědí na zmíněné otázky z polostrukturovaného rozhovoru jsme se dozvěděli, že sestry dodržují bezpečnost pacienta s ohledem na riziko pádu. Všechny sestry uvedly, že pacient je vždy fixován bezpečnostními pomůckami. Toto tvrzení se naprosto shoduje s výsledky ze zúčastněného pozorování. Až na jednu respondentku sestry také zmínily, že je nezbytné, aby byl u pacienta neustále někdo přítomen. V této otázce se výsledky realizovaného výzkumného šetření rozcházejí s výsledky výzkumu Tábořské (2018), která zjistila, že nebyla dodržena bezpečnost pacienta. Na operačních sálech, kde probíhalo naše výzkumné šetření, při transportu z překlada zóny na operační sál byla vždy přítomna minimálně anesteziologická sestra a sanitář. Jedna respondentka navíc uvedla, že při transportu je přítomna i dispečinková sestra COS, což se ale vylučuje s výsledky zúčastněného pozorování na stejném pracovišti. Při otázce na odpovědnost za pacientovo bezpečí s důrazem na riziko pádu se všechny respondentky shodly, že je zodpovědný všichni sálový personál, který má na starost daného pacienta, toto tvrzení se ovšem neshoduje s informacemi, které jsou ukotveny v legislativě, která se zabývá perioperační péčí. Podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 931/2017 Sb. za bezpečí pacienta zodpovídá, po stránce rizika pádu, perioperační sestra (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Z této části výzkumného šetření vyplývá, že pracoviště, na kterém byl prováděn výzkum této bakalářské práce, má správně nastavené procesy k zabezpečení pacienta proti riziku pádu během transportu na operační sál.

Druhá výzkumná otázka byla zodpovězena.

Třetí výzkumná otázka: Jaká jsou na operačním sále nastavena intervenční opatření proti pádu u pacienta?

Této otázce odpovídají v strukturovaném rozhovoru otázky 10 a 11.

Obě otázky se úzce spojují s intervencemi, které sestry používají k zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále. V obou otázkách se sestry shodují, že používají bezpečnostní pásy sloužící k fixaci pacienta k operačnímu stolu. Toto tvrzení je v souladu s následně zjištěnými postupy zúčastněným pozorováním. V čem se pozorování s odpověďmi sester

neshoduje, je tvrzení respondentů, že je vždy u pacienta někdo přítomen a dohlíží na něj. Z výsledků pozorování je zřejmé, že v pěti případech z devíti není pacient pod neustálým dohledem personálu. Díky výzkumu Prielippa (2017) si můžeme projít malé množství případů, kdy pacient z operačního stolu upadl na zem. Prielipp popsal osm reálných situací, kdy došlo k pádu pacienta. V sedmi případech tuto situaci zavinil lidský faktor, kdy personál nesplnil intervence zajišťující pacienta před pádem z operačního stolu. Pouze v jednom případě došlo k selhání bezpečnostních popruhů. Z našeho výzkumu je zřejmé, že neustálá přítomnost personálu a nepřetržitý dohled nad pacientem je stále podceňován.

Třetí výzkumná otázka zodpovězena.

Čtvrtá výzkumná otázka: Jakým způsobem sestry zajistí bezpečnost pacienta při polohování na operačním stole?

Na již zmíněnou otázku jsme se ptali otázkou 13.

Dotazovali jsme se na způsob minimalizace rizika pádu při změně polohy v intraoperační péči. Všechny respondenty se shodly, že je nejdůležitější, aby byl v těchto situacích u pacienta přítomen personál v co největším počtu a jistil jeho bezpečí. Z pozorování těchto situací v reálné praxi jsme ale zjistili, že u změny polohy pacienta je vždy a v každém případě přítomen pouze sálový sanitář. Jen ve dvou případech z pozorování se perioperační sestra zúčastnila veškerých změn polohy pacienta a v případech, kdy to vyžaduje sám lékař, si polohu pacienta mění jen za asistence sanitáře. V této otázce výzkumu se naše výsledky shodují s výsledky Táborské (2018), která ve své práci uvádí, že v naprosté většině provádí změnu polohy během operace sám sanitář.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že perioperační sestry podceňují riziko pádu pacienta a přenáší svoji legislativně ukotvenou zodpovědnost za bezpečí pacienta na sálového sanitáře. Polohování pacienta je na pozorovaných operačních sálech přenecháno na sanitáři.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zodpovězena.

Jako nezbytné považujeme také zmínit fakt týkající se standardu, který se zabývá rizikem pádu pacienta na COS v Nemocnici Jihlava. S tímto tématem nepřímo souvisí otázka z polostrukturovaného rozhovoru, která je zaměřena na proškolenost perioperačních sester v riziku pádu pacienta. Pět ze šesti respondentek uvedlo, že na riziko pádu pacienta

mají vypracovaný standard. Vedení operačních sálů jsme požádali, zda by bylo možné nám tento standard poskytnout. Poskytnuty nám byly standardy „Překlad a transport pacienta v rámci COS“ a „Polohování pacienta na operačním stole“.

Přestože se ani jeden ze standardních postupů, které se věnují překladi pacienta z dispečinku na operační sál a polohování pacienta na operačním stole, nezabývá jen specifiky pádu pacienta, lze konstatovat, že všechny intervence týkající se intervencí snižujících riziko pádu pacienta v operačním traktu jsou v těchto standardech zmíněny a je správně popsán jejich postup. Jednotnou směrnicí na COS týkající se rizika pádu u pacienta nemají, ale respondentky znají standardy, které se bezpečím pacienta na operačním sále zabývají, a ví, že standard je na oddělení přítomen.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Pád pacienta v perioperační péči je velmi obávaným rizikem. Velmi důležité je proto toto riziko jako takové nepodceňovat a plnit ošetrovatelské intervence, které zároveň slouží jako prevence pádu u pacienta.

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že ne všechny respondentky považují míru rizika za významnou. Dalším výrazným nedostatkem je edukace perioperačních sester v riziku pádu. Z odpovědí sester je zřejmé, že ke školení nedochází. Jako řešení tohoto problému navrhuje, aby vedení Centrálních operačních sálů toto téma nepodceňovalo a sestry byly pravidelně a účelně edukovány.

Jak už je výše zmíněno, na COS chybí standard na riziko pádu pacienta. Jednotlivé intervence pro zajištění bezpečnosti pacienta s ohledem na riziko pádu jsou uvedeny v jiných standardech. To je jistě správné, ale bylo by vhodné vypracovat standard zabývající se pouze rizikem pádu pacienta z důvodu, aby tato problematika byla pro pracovníky na operačních sálech zdůrazněna, sjednocena a snadno dohledatelná, a také proto, že nebezpečí pádu pacienta na operačních sálech patří mezi nejrizikovější nežádoucí události, které mají fatální následky.

Co se týká pacientovy bezpečnosti s ohledem na riziko pádu, jeví se jako velmi nebezpečné, že u větší části operací, které byly vybrány k zúčastněnému pozorování, není u pacienta nepřetržitě přítomen personál. Této problematice se také týká nedostatek personálního obsazení sanitářů na COS, což zmínila jedna respondentka ve své odpovědi v rozhovoru. Pokud je na směně sanitářů nedostatek, pracuje sanitář na dvou operačních sálech současně. V perioperační péči je každý člen týmu nezastupitelný. Tento problém v personálním obsazení zasahuje do bezpečnosti pacienta právě z toho důvodu, že při různých momentech v perioperační péči o pacienta jeden člen týmu chybí. To si zbytek týmu nemusí vždy plně uvědomovat a může nastat situace, kdy pacient není pod dohledem sestry, a je tedy zcela odkázán na bezpečnost pásy.

Na oddělení Centrálních operačních sálů Nemocnice Jihlava je bezpečnost pacienta s ohledem na riziko pádu dostatečná. Jako zpětná vazba pro management COS a jako podklad pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče a bezpečnosti bude toto výzkumné šetření předáno vedení COS a náměstkyni ošetrovatelské péče nemocnice. Pro COS byly vytvořeny edukační plakáty (viz příloha 6) jako praktický výstup této bakalářské práce.

Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na riziko pádu v perioperační péči. V práci je popsán současný stav rizika pádu a perioperační péče. Práce zahrnuje problematiku operačních sálů, operačních stolů a vymezení pojmu a kompetencí perioperační sestry. Jsou přiblížena obecná rizika v perioperační péči a následně specifikováno samotné riziko pádu. Teoretické poznatky slouží jako seznámení s problematikou rizika pádu v perioperační péči a dále jsou tyto informace doplněny o výzkumnou část, která proběhla formou kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaných rozhovorů v kombinaci s následným zúčastněným pozorováním.

V praktické části týkající se proběhlého výzkumu jsou interpretována data zjištěná výše zmíněnými metodami. Data z pozorování jsou navíc prezentována a vyhodnocena pomocí tabulek. Zúčastněné pozorování nám pomohlo porovnat odpovědi sester s následnými poznatky z praxe. Vybrané typy operací byly zvoleny z důvodu změny pacientovy polohy během operace, s čímž úzce souvisí zvýšené riziko pádu pacienta.

Podařilo se nám zjistit, že v jihlavské nemocnici na Centrálních operačních sálech je pacient proti riziku pádu zabezpečen. Zjištěné nedostatky se vyskytují pouze v oblasti pravidelné edukace sester v riziku pádu pacienta v perioperační péči a v nepřetržitém dohledu nad pacientem při změně polohy v průběhu operačního výkonu. Tento problém se však nevyskytl u každé jedné operace, která byla součástí zúčastněného pozorování.

Obecně lze uvést, že perioperační sestry si riziko pádu uvědomují a až na výše zmíněné body se k tomuto riziku staví velmi zodpovědně.

V průběhu zpracování této bakalářské práce jsem se setkala s mnoha užitečnými znalostmi o současném stavu problematiky a měla možnost podrobně se s touto oblastí seznámit a pochopit všechny souvislosti. Díky zúčastněnému pozorování jsem si při operacích začala všimnout více věcí a především toho, kdo a jaké provádí úkony a zda se dodržují bezpečnostní procedury.

Jako pomocník pro perioperační sestry a k připomenutí rizika pádu byl zpracován plakát, který napomáhá zapamatovat si nejrizikovější okamžiky pacienta s ohledem na riziko pádu a také ukazuje, jak správně jim zabránit, aby bylo riziko minimalizováno.

Seznam použité literatury

BALKOVÁ, Hilda, Martina KOVÁČOVÁ a Martina SIROTOVÁ. 2013. *Ošetrovatelský proces v intraoperačním období* [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osetrovatelsky-proces-v-intraoperacnim-obdobi-470544>

BORKOVÁ, Klára, Martina KRATOCHVÍLOVÁ. 2016. *Péče o klienta v perioperačním období a rizika s ní spojená*. [online]. [2019-11-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/pece-o-klienta-v-perioperacnim-obdobi-a-rizika-s-ni-spojena-480796>

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

ČSARIM. Doporučené postupy a stanoviska ČSARIM, 2009. *Zásady bezpečné anesteziologické péče* [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné z <http://www.csarim.cz/ke-stazeni/doporucene-postupy-a-stanoviska-csarim/>

DA MATA, Luciana Regina Ferreira a kol. 2017. *Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period*. [online]. [2019-11-24]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492651/?fbclid=IwAR15SoUPDsdi5EWAnlVsGWbLO5pZqXyJN_KaPAT9zB2lnDySFRVYHsiyzt8

DUDA, Miloslav a kol. 2000. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada. 389 s. ISBN 80-7169-642-0.

FILIPOVÁ, Monika, Radka POKOJOVÁ. 2011. *Předoperační bezpečnostní proces – úskali implementace*. [online]. [2019-12-05]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/predoperacni-bezpecnostni-proces-uskali-implementace-458209>

HOVORKOVÁ, Jitka. 2017. Rozlišení dekubitu a inkontinenční dermatitidy. *Florence*. 9(9), 28. ISSN 2570-4915.

HŘIB, Zdeněk, Pavel VYCHYTIL. 2009. *Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb*. [online]. [cit. 2019-12-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/evidence-a-rizeni-nezadoucichudalosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece-druha-etapa-analyza-shromazdenych-dat-avytvoreni-doporuceni-pro-spravnou-praxi_7390_2843_29.html

IHNÁT, Petr. 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0334-8.

JAROŠOVÁ, Darja, Renáta ZELENÍKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.

KILÍKOVÁ, Mária. 2013. *Teória manažmentu v ošetrovatel'stve*. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. 391 s. ISBN 978-80-260-3845-0.

KLEMENTOVÁ, Olga. 2017. Comment of Article Perioperative Thermal Management součást kvalitní perioperační péče. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **74/107**(5), 553-560. ISSN 1210-7859.

MÁLEK, Jiří a kol. 2016. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 578-80-247-5632-5.

MATLOCHOVÁ, Eva. 2012. *Edukace pacienta perioperační sestrou* [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukace-pacienta-perioperacni-sestrou-463444>

Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče. 2018. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, částka 7. ISSN 1211-0868.

MIERTO VÁ, Michaela. 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0850-3.

Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. 2015. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, částka 16. ISSN 1211-0868.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2013. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. [2019-11-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html

PAVLOVÁ, Petra. 2018. *Kvalita perioperační péče z pohledu ošetrovatelství*. Pardubice. Disertační práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

PRIELIPP, Richard a kol. 2017. *Falls from the O.R. or procedure table*. [online]. [2019-12-20]. Dostupné z: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2017/09000/Falls_From_the_O_R__or_Procedure_Table.22.aspx

POKORNÁ, Andrea a kol. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-271-0720-9.

REICHARDT, Christiane, Karin BUNTE-SCHÖNBERGER, Patricia VON DER LINDEN. 2017. *Hygiena a dezinfekce rukou*. 2.vydání. Praha: Grada. 72 s. ISBN 978-80-271-0217-4.

SEIDLOVÁ, Dagmar, Petr ŠTOURAČ a kol. 2018. *Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře*. Praha: Mladá fronta. 251 s. ISBN 978-80-204-4857-6.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SOMROVÁ, Jana, Sylva BÁRTLOVÁ. 2012. Význam akreditace nemocnic pro ošetrovatelství. *Kontakt*. **14**(4). 410-420. ISSN 1212-4117.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. 2013. *Resortní bezpečnostní cíle jako součást Akreditačních standardů SAK pro nemocnice*. [online]. [2019-11-24]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/wrote-about-us/1016>

SUCHÁ, Šárka, Kateřina Chrudimská a Ivana Štefková. 2009. *Bezpečí pacienta na operačním sále*. [online]. [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bezpeci-pacienta-na-operacnim-sale-417257>

SVOBODOVÁ, Dita. 2012. Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. *Florence*. 8(6). 28-34. ISSN 1801-464X

SVOBODOVÁ, Dita. 2013. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. *Florence*. 9(6), 23-32. ISSN 1801-464X.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0

TÁBORSKÁ, Šárka. 2018. *Polohování operanta na operačním stole*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

Vyhláška č. 284/2017 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů*, částka 100. ISSN 1211-1244.

Vyhláška 391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*, částka 137. ISSN 1211-1244.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

WHO. 2009. *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009*. 9-117. ISBN 978-92-4-159855-2

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2013. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. [2019-11-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html

WHO. 2018. *Falls*. [online]. [2019-11-24]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls?fbclid=IwAR06V7WxeMQpipeddJe1QwtsllCUIcx27CiI8ZtbBnmwZJgXoJlzSL5tCgA>

WICHISOVÁ, Jana. 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Zákon č. 201/2017 Sb., Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů*, částka 72. ISSN 1211-1244.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. 2011. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Seznam příloh

Příloha 1	Schválení výzkumu
Příloha 2	Otázky polostrukturovaného rozhovoru
Příloha 3	Informovaný souhlas
Příloha 4	Ukázka otevřeného kódování „tužka-papír“ polostrukturovaného rozhovoru
Příloha 5	Záznamový arch k zúčastněnému pozorování
Příloha 6	Edukační leták pro perioperační sestry