

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Zajištění bezpečnosti pacienta na operačním
sále pohledem anesteziologické sestry**

bakalářská práce

Autor práce: Jitka Strachová

Vedoucí práce: Mgr. Zdenka Chodúrová

Jihlava 2021

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Jitka Strachová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Obor: **Všeobecná sestra**

Název práce: **Zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále pohledem anesteziologické sestry**

Cíl práce:

- 1) Zjistit, jakým způsobem je zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále-identifikace, stranový protokol, riziková léčiva, bezpečí na operačním stole.
- 2) Zjistit zajištění psychické pohody pacienta, pocity, komfort-komunikace s personálem, dodržování etiky pacienta během subarachnoideální anestezie při operaci totální endoprotézy kolene a kyčle.

Mgr. Zdenka Chodúrová
vedoucí bakalářské práce

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

Abstrakt

Ve své bakalářské práci se budu zabývat zajištěním bezpečnosti pacienta na ortopedickém operačním sále při operaci totální výměny kolenního a kyčelního kloubu.

Teoretická část charakterizuje vysvětlení typů anestezie při těchto výkonech, průběh svodné anestezie, seznamuje s přijetím pacienta na sál a dodržováním resortních bezpečnostních cílů.

V empirické části seznamuji s výsledky dotazníkového šetření s grafickým vyobrazením.

V závěru shrnuji závěrečné výsledky a doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Bezpečnost; anestezie; komunikace; etika; práva pacienta.

Abstract

In my bachelor thesis I will deal with ensuring the safety of the patient in the orthopaedic operating room during total knee and hip replacement surgery.

Theoretical part characterises explanation of the types of anaesthesia by those performances, process of spinal anaesthesia, gets acquainted with acceptance patient at the operating room and compliance with departmental safety objectives.

In the empirical part I acquainted with the results of a questionnaire survey with a graphic representation.

In conclusion I summarize the results and recommendations for practise.

Key words

Safety, anaesthesia, communication, morality, laws patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a 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.

Byl/a jsem seznámen/a 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 vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 7. dubna 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych chtěla poděkovat Mgr. Zdence Chodúrové za odborné vedení, rady, myšlenky a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

Velké poděkování patří mé rodině za cenné připomínky, technickou pomoc a trpělivost.

Děkuji také vedení Surgal Clinic s.r.o. Brno za umožnění průzkumného šetření.

Obsah

Úvod.....	9
Motivace	10
Cíl práce	10
1 Teoretická část	11
1.1 Resortní bezpečnostní cíle.....	11
1.2 Dělení resortních bezpečnostních cílů	11
1.3 Současný stav problematiky-Zvláštnosti perioperační péče	13
1.4 Rizika ohrožující bezpečnost pacienta a personálu na operačním sále.....	14
1.5 Anestezie	16
1.6 Anestezie v ortopedii.....	18
1.6.1 Subarachnoideální anestezie	19
1.7 Průběh perioperační péče na operačním sále	22
1.8 Aktivní přístup k riziku ohrožujícím bezpečnost pacienta a personálu	24
1.8.1 Informovaný souhlas.....	25
1.8.2 Checklist	26
1.9 Etika v ošetrovatelství	26
1.9.1 Etické principy	27
1.9.2 Etické principy v práci sestry.....	28
1.9.3 Etické principy na operačním sále před a během operace	29
1.9.4 Uplatnění etických principů v komunikaci a péči na JIP.....	30
1.9.5 Etické principy na oddělení	30
1.9.6 Cíle ošetrovatelské etiky	31
2 Výzkumná část (praktická část)	32
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	32
2.2 Metodika výzkumu.....	32

2.3	Charakteristika výzkumného prostředí a respondentů	32
2.4	Průběh výzkumu.....	33
2.5	Zpracování získaných dat.....	33
2.6	Výsledky výzkumu.....	33
3	Diskuse.....	44
	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	47
	Závěr	48
	Seznam použité literatury	50
	Seznam použitých zdrojů.....	52
	Seznam použitých zkratk	54
	Seznam vysvětlivek	55
	Seznam grafů	57
	Seznam příloh	58

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsou si zvolila téma Bezpečnost pacienta na operačním sále pohledem anesteziologické sestry. Popisuje práci perioperačního personálu v otázce zajištění bezpečí pacienta včetně etického přístupu k pacientovi. Metodou průzkumného šetření bude dotazník, který vyplnili pacienti po subarachnoideální anestezii.

Ve své práci se věnuji zajištění bezpečnosti pacienta od vstoupení na operační sál před plánovanou ortopedickou operací, během pobytu na sále až po předání pacienta po výkonu na JIP všeobecné sestře. I plánovaná operace je pro pacienta stresovou záležitostí. Práce na operačním sále je velmi náročná, týmová, vyžaduje kvalifikovaný personál, aby se co nejvíce snížilo riziko vzniku pochybení ze strany personálu.

Z vlastních zkušeností vím, že jakákoliv operace je vysoce stresová záležitost pro pacienta, neboť v prostorách operačního traktu se necítí dobře, protože neví, co se bude s ním dít dál. Je nutné co nejvíce zmírnit jeho obavy dostatečnou informovaností. Potom ví, co přibližně očekávat, je klidnější a více spolupracuje. Rovněž atmosféra kolem něho, úroveň komunikace s ním, i interpersonální, hrají důležitou roli, jakož i zachování intimity po celou dobu operace. Nemocný je v neznámém prostředí, vydaný do rukou zdravotníků, nemůže nic ovlivnit, a to je pro něho velký stresor.

Je nutné, aby zdravotníci získali pacientovu důvěru svým lidským přístupem. Musí se uplatňovat holistický přístup k pacientovi i na operačním sále, snažit se zmírnit rizika technická i duševní laskavým a vlídným přístupem, verbální i neverbální komunikací. Nesmírně důležitý pro pacienta je rozhovor s lékařem pro zmírnění obav a úzkosti. Přístup všech zdravotníků by měl být co nejvíce empatický, snaha o porozumění emocím nemocného, laskavým a vlídným přístupem tyto obavy zmírnit. Při jeho příjezdu na sál nelze zlehčovat operaci, ani bagatelizovat jeho pocity. Je třeba naslouchat, neposuzovat, chovat se profesionálně, vyslechnout, některé dotazy nezodpovídat. Na operačním sále je důležitá mezioborová spolupráce celého týmu. Základem přístupu je profesionální etika opírající se o etický kodex.

Každý pacient reaguje různě. Někdo moc mluví, jiný mlčí, někdo má úzkost vystupující až k panické úzkosti, což se projevuje na vysokém krevním tlaku, pulsu, pocení a třesem. Zmírnění úzkosti začíná již při přijetí na oddělení, seznámením s dalším postupem. Večer přijde anesteziolog, který pacientovi vše vysvětlí, včetně druhů anestezie. Pacient se může na cokoli zeptat a vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s daným typem

anestezie. Postup je pak dle rozhovoru s lékařem. Informace, které pacient obdrží, potom může vnitřně vstřebat a trochu se dopředu připravit. Rozhovor má nemocného částečně uklidnit a vyzvat ke spolupráci.

Velkou motivací pro spolupráci v procesu uzdravování u ortopedických operací pro pacienta je to, že bude obnovena hybnost končetiny, bude moci znovu chodit a vykonávat různé aktivity, zmírní se bolest a bude zase žít kvalitnější život. Na této práci je pozitivní fakt, že má smysl.

WHO se od roku 2004 zaměřuje i na problematiku kvality a bezpečnosti při poskytování zdravotní péče. Vznikla Světová aliance pro bezpečí pacientů, která se zabývá poškozením pacientů neodbornou péčí zdravotnického personálu. Jejím cílem je snížení rizika poškození pacientů.

WHO vydává různé příručky o bezpečí pacienta z multiprofesní perspektivy o neustálém vzdělávání, odborné přípravě a zvyšování kvalifikace zdravotnického personálu.

Motivace

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala, protože jsem pracovala jako anesteziologická sestra v nemocnici Sural Clinic s.r.o. Brno na ortopedickém operačním sále. Připravovala jsem pacienty na celkovou nebo subarachnoideální anestezii a mohla jsem sledovat přitom i práci perioperačního personálu.

Bezpečnost pacienta a snížení rizik spojených s operačním výkonem na operačním sále považuji za velmi důležité téma v procesu léčby. Dodržováním všech postupů lze rizika snížit a bezpečí zvýšit.

Cíl práce

Mým cílem bylo zmapování aktuální situace v oblasti dodržování všech postupů v zajištění bezpečnosti pacienta v souladu s předpisy daného pracoviště, dodržování resortních bezpečnostních cílů a etických principů v péči o pacienta. Také jsem chtěla zjistit, zda existují některé nedokonalosti v těchto oblastech a navrhnout jejich řešení.

1 Teoretická část

1.1 Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle jsou doporučené postupy, které by měly snížit riziko možných nebezpečí pro pacienta při poskytování zdravotnické péče. Mezi rizikové procesy patří identifikace pacienta, prevence záměny operované strany, prevence medikačních chyb, prevence pádu a dekubitů, bezpečná komunikace, bezpečné předávání pacienta a prevence záměny léků.

Ve věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 5/2012 jsou uveřejněny požadavky na bezpečnou péči a zavedení RBC od roku 2012. Tzv. akční plán kvality obsahuje konkrétní nástroje ke zvýšení kvality péče a bezpečí pacienta.

1.2 Dělení resortních bezpečnostních cílů

1. Bezpečná identifikace pacientů

Jedná se o nejdůležitější cíl. Každá nemocnice má své vnitřní předpisy upravující správný postup při identifikaci všech pacientů dle specifických potřeb dané nemocnice. Jsou to nejméně 2 nástroje k identifikaci: jméno, datum narození, rodné číslo. Pacient je identifikován před: každým diagnostickým nebo léčebným výkonem, podáním léků/krevního derivátu/infuze, odběry, předáním na operační sál.

2. Bezpečnost při používání rizikových léčiv

Určuje postupy při podávání léků s vyšší mírou rizika (Inzulín, Heparin, KCl 7,45 %) včetně jejich skladování a evidence. Pokud tyto léky nejsou používány, tak by se neměly na oddělení nacházet. Důležité je, aby nedošlo k záměně léků během anestezie, dávat pozor na podobné obaly, různé síly léků a dbát na řádný popis léků ve stříkačce.

3. Prevence záměny strany výkonu u pacienta

Při chirurgických výkonech se využívá stranový (verifikační) protokol a označení strany, dle zvyklostí oddělení.

4. Prevence pádu pacienta

Jedná se o vstupní hodnocení rizika u nově přijatého pacienta do zdravotnického zařízení. Pokud je riziko minimální, tak ve stupnici Nortonová se riziko neuvádí. Pokud je riziko pádu zvýšené, vybere se ve stupnici příslušné číslo a uvede se do zdravotní dokumentace.

5. Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování péče

Patří sem vnitřní předpisy nemocnic na hygienu rukou zdravotnického personálu, bezbariérové techniky, dezinfekce a pravidelná školení pro personál.

6. Bezpečná komunikace

Zahrnuje postupy při ústní či telefonické komunikaci s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, hlášení výsledků testů a podávání léků (bez písemného naordinování léku lékařem nesmí sestra lék podat).

7. Bezpečné předávání pacienta

Jedná se o postupy při předávání pacienta mezi jednotlivými pracovišti, kompetence personálu a příslušné dokumentace.

8. Prevence vzniku proleženin

Patří sem postupy pro jednotlivá oddělení s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty. V každém nemocničním zařízení se při příjmu pacienta provádí vstupní hodnocení rizika vzniku proleženin a preventivní opatření. Každé zařízení má svůj vlastní systém hlášení vyskytovaných proleženin a vlastní sestru specializovanou na ošetřování chronických ran a dekubitů. Všechen zdravotnický personál se pravidelně účastní školení a celoživotně se vzdělává ohledně prevence proleženin. Viz. věstník Ministerstva zdravotnictví č. 16/2015.

1.3 Současný stav problematiky-Zvláštnosti perioperační péče

Perioperační péče je péče poskytovaná pacientovi zdravotním personálem v období předoperačním, intraoperačním (během operace) a pooperačním. Všechny postupy směřují ke zdárnému průběhu operačního výkonu.

Bezpečnostní opatření upravuje zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce a zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a předpis č. 93/2012 Sb. stanovující podmínky ochrany zdraví zdravotníků ve zdravotnictví. Každý zaměstnanec je povinen dodržovat všechny postupy, používat řádně pomůcky a chránit sobě i svému okolí zdraví. Zaměstnavatel musí zaměstnance pravidelně školit-Bezpečnost a ochrana zdraví při práci a Požární ochrana. (Jedličková, 2019, s. 74)

Operační výkon je jakákoliv činnost, při níž k diagnostickým nebo terapeutickým postupům na těle využíváme instrumentárium s důsledkem změny integrity tkání či orgánů. (Wendsche, 2012, s. 13)

Pacient na OS je vystaven riziku záměny pacienta, záměny operační strany, pádu, otlakům či parézám, alergickým reakcím, poškození přístrojem nebo nástrojem, hypotermii apod. Při přijetí pacienta na OS lze částečně mnoha rizikům předejít při dodržování bezpečnostních cílů. (Jedličková, 2012, s. 268)

Operační trakt utváří uzavřený komplex specificky uspořádaných operačních sálů, přístupových cest, místností pro personál, potřebného materiálu (sterilní, nesterilní), personálu, zacházení s odpady. Řídí se přísnými specifickými pravidly a požadavky na provoz nejen z hlediska prevence nozokomiálních nákaz.

Při vstupu na operační sál se nachází vstupní filtr, což je oddělený prostor, kam vstupuje pouze personál v nemocničním oděvu, nikoliv v operačním. Zde je pacient přeložený sanitářem na sálový vozík. Poté následuje předsálí, kde je provedena potřebná příprava pacienta (změření krevního tlaku, zajištění žilní vstup, aplikace subarachnoideální anestezie).

Na kladném průběhu operace se podílí tým lékařů, vedený operátorem, perioperační sestry (instrumentárka a pomocná obíhající sestra), anesteziolog, anesteziologická sestra a sanitář. Každý v týmu má své úkoly a všichni spolupracují.

- a) **Perioperační sestra** připravuje instrumentárium. Společně s operátorem zkontroluje uložení pacienta do správné polohy. Rovněž kontroluje identifikaci pacienta při přijetí na OS, během operace podává operátorům nástroje a pak je odebírá. Perioperační sestra je zodpovědná za počet nástrojů před a po operačním výkonu. Počty hlásí operátorovi, který tuto skutečnost zapisuje do operačního protokolu.
- b) **Obíhající sestra** podává instrumentárium, potřebný materiál, přikládá neutrální elektrodu na tělo pacienta a je za její umístění odpovědná. Se sanitářem zajišťuje uložení pacienta do správné polohy.
- c) **Anesteziolog** zajišťuje bezbolestné provedení výkonu v úplné nebo částečné anestezii, monitoruje životní funkce, podle rizika ASA (viz. příloha č. 4) se domlouvá s pacientem na celkové nebo subarachnoideální anestezii. Anesteziolog je zodpovědný za bezpečnost pacienta během anestezie.
- d) **Anesteziologická sestra** připravuje anesteziologovi přístroje a pomůcky. Lékař a sestra tvoří anesteziologický tým. (Jedličková, 2019)

1.4 Rizika ohrožující bezpečnost pacienta na operačním sále

a) Záměna pacienta

Vnitřní předpis každého zdravotnického zařízení stanoví postup identifikace pacienta. Základními osvědčenými způsoby jsou identifikační náramky a ústní dotaz. Druhým indikátorem je kontrola dokumentace a operačního plánu-zeptat se pacienta na jméno a datum narození. Kontrola identifikace je vícestupňová (anesteziologická sestra, anesteziolog, perioperační obíhající sestra, ortoped).

b) Záměna operované strany

Prevencí je vícestupňová kontrola identifikace pacienta, označení místa výkonu na těle dle zvyklostí pracoviště (na Surgal Clinic s.r.o. Brno se používá šipka směřující k vyměňovanému kloubu) a verifikační protokol (na Surgal Clinic podepsaný lékařem

a pacientem). Dalším rizikem je spoléhání členů týmu na sebe, bez dostatečné kontroly operované strany, nepozornost, přetíženost personálu (např. na předsálí čeká další pacient, psaní rukou a nečitelné zkratky).

c) Pád a sesunutí pacienta z operačního stolu

Končetiny při změnách polohy během operace nebo jejich fixaci musí mít fyziologickou polohu. Během anestezie v průběhu operace je nutná neustálá přítomnost pracovníků na operačním sále. Pokud je pacient v celkové anestezii, je nutná přítomnost veškerého personálu i při probuzení pacienta. Jedná se o nejrizikovější část operačního výkonu. Bezpečnost pacienta je rovněž zajištěna i neustálou přítomností personálu.

d) Paréza, otlak, ischemie

Všechny místa, kde hrozí riziko otlaku a útlak nervu, musí být dostatečně podložena polohovacími pomůckami.

e) Popálení

Příčinou je kontakt neutrální elektrody s kůží nebo špatné uzemnění přístrojů. Neutrální elektroda musí být řádně nalepena, co nejblíže operačnímu poli. Nutná je taky dokumentace, kde byla elektroda umístěna. Aktivní elektroda musí být odkládána na instrumentační stolek, nikoliv na pacienta.

f) Alergická reakce

Pokud pacient sdělí nějakou látku, na kterou je nebo by mohl být alergický, tak se nesmí tato látka použít. Pokud pacient neví, zda je na nějakou látku alergický, musí personál počítat se vznikem možné alergické reakce.

g) Kontrola vybavení a pomůcek

Kontrolu provádí perioperační sestra, která zkontroluje počet nástrojů, roušek, longet a případné poškození přístrojového vybavení. Z hlediska anestezie se může vyskytnout riziko záměny medicínálních plynů při celkové anestezii. Za přípravu a funkčnost anesteziologického přístroje zodpovídá anesteziologická sestra připravující pomůcky k zajištění dýchacích cest a zdárného průběhu anestezie. Následně vše zkontroluje i anesteziolog odpovídající za bezpečně vedenou anestezii.

1.5 Anestezie

Anestezie je umělé usnutí pacienta nebo lokální znecitlivění části těla za účelem provedení operačního výkonu. Lze ji rozdělit do tří skupin:

- 1) **Celková-anestetika** se podávají inhalačně (vdechováním), intravenózně (do žíly) nebo nejčastěji používaný způsob je kombinování inhalační a intravenózní anestezie. Pacient se po celou dobu výkonu nachází ve stavu hlubokého spánku. Dýchací cesty jsou zajištěny a po celou dobu výkonu jsou pacientovi na anesteziologickém přístroji monitorovány životní funkce. Bezpečnost pacienta v průběhu výkonu je základním požadavkem, a proto musí být anesteziologický přístroj vybavený potřebnými funkčními pomůckami k zajištění řešení možných komplikací.
- 2) **Svodná**-jedná se o místní blokádu části těla v oblasti operace (na ortopedii dolní polovina těla). Pacient je při vědomí, necítí bolest, může dostat léky na spaní. Umrtnění (necitlivost) a porucha hybnosti přetrvávají několik hodin po operaci. Nežádoucích účinků je minimum-např. bolest hlavy a v zádech, potíže s prvním vymočením. Po této anestezii se doporučuje 12 hodin ležet, jako prevence bolestí hlavy.

Svodná anestezie se dělí na:

- a) **Epidurální anestezii**-lokální anestetikum je aplikováno do epidurálního prostoru, tzn. do prostoru mezi tvrdou plenou a stěnou páteřního kanálu jednorázově nebo opakovaně nebo kontinuálně. Anestetikum se po aplikaci rozprostře kolem durálního vaku, přeruší se vedení nervového vzruchu při výstupu nervu z durálního míšního vaku. Detekci epidurálního prostoru si ověříme pomocí bezodporové stříkačky nebo tzv. metodou visící kapky, která se vsákne dovnitř, pokud jsme v epidurálním prostoru. Nastane blokáda nejprve citlivosti a pohyblivosti. K aplikaci se používá Tuohyho jehla, přes kterou lze zavést epidurální katetr. V epidurálním prostoru se nachází řídké tukové vazivo umožňující přidávání anestetika v průběhu nebo po skončení operace. Epidurální anestezie se využívá i k zajištění pooperační analgezie v oblasti hrudníku, břicha, po úrazech nebo porodu. (Zemanová, 2014, s. 116-119)

- b) Spinální anestezii neboli subarachnoideální blokádu (SAB)**-lokální anestetikum se aplikuje do subarachnoideálního prostoru, tzn. do mozkomíšního moku. Následně dojde k postupné bloádě senzorické a motorické. Anestetikum se aplikuje jednorázově a vždy pod úroveň míchy L1-L2 speciální tenkou jehlou, z důvodu prevence nechtěné punkce žíly. Po dosažení prostoru odkapává z jehly mozkomíšní mok. (Zemanová, 2014, s. 120-121) Používají se anestetika izobarická (vzlínají vodorovně), hyperbarická (vzlínají dolů, znecitlivění pouze operované končetiny) a hypobarická (vzlínají nahoru).
- c) Blokády jednotlivých nervů** (např. horní končetiny)-využívá se např. v ambulantní anestezii.

3) Analgosedace-jedná se o uklidnění pacienta. Používá se u krátkých zákroků pro ztišení bolesti, kdy pacient slyší, ale je uvedený do hlubšího spánku.

Při volbě anestezie zvažuje anesteziolog důkladně vhodnost vybraného typu anestezie pro konkrétního pacienta. Zohledňuje se zdravotní stav pacienta a druh zákroku. Nikdy nelze zcela vyloučit rizika, jako např. poruchy srdečního rytmu, alergie, trombózu, embolii, srdeční zástavu. Při dodržení všech postupů lze riziko snížit. Pacient, po rozhovoru s anesteziologem a zodpovězení otázek, podepíše písemný souhlas.

Anesteziologická sestra společně s anesteziologickým lékařem tvoří anesteziologický tým. Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. §4 je definována takto: *Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu, vykonává činnosti při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí, nebo pokud toto selhání hrozí.* Musí mít vzdělání všeobecné sestry a specializaci ARIP. Obvykle před prací na sále pracuje několik let na ARO a JIP. Musí se neustále vzdělávat, umět rychle a pohotově v klidu reagovat na nečekané situace v průběhu anestezie. Měla by být pečlivá, spolehlivá, neustále ve střehu, znát přesné dávkování léků, umět ovládat anesteziologické přístroje a odpovídá za jejich funkčnost. Před výkonem připravuje a zkontroluje anesteziologický přístroj a pomůcky k zajištění dýchacích cest. Při převzetí pacienta zkontroluje jeho identitu a ujistí se, že je lačný, nemá na sobě žádné šperky, make-up, kontaktní čočky, naslouchátko, zubní protézu. Také zkontroluje podané léky, antibiotika a infuze. Před začátkem anestezie uklidňuje pacienta a monitoruje jeho životní funkce.

1.6 Anestezie v ortopedii

Důvodem k výměně kyčelního a kolenního kloubu je těžké degenerativní postižení kloubu a okolních měkkých tkání, které pacientovi způsobují bolest, omezení pohybu a nelze je řešit konzervativní léčbou. Kloub s poškozenou chrupavkou je nahrazen novým umělým kloubem, který se ke kosti fixuje kostním cementem nebo je zasazen přesně do připraveného povrchu lůžka pro umělý kloub. Po operaci je pacient většinou do druhého dne na JIP a po týdnu je přeložen na ortopedické oddělení a později na rehabilitační oddělení.

V ortopedii se hojně využívá svodná-subarachnoideální anestezie. Lokální anestetikum se aplikuje jednorázově do subarachnoideálního prostoru do mozkomíšního moku v úrovni obratlů L1-L2. Postupně dojde k senzorickému a motorickému bloku v oblasti dolní poloviny těla.

Mohou u toho nastat velmi časté komplikace. Nejčastěji se jedná o výrazný pokles krevního tlaku v důsledku blokády sympatiku spojeného s vazodilatací. Současně může být nauzea, zvracení až ztráta vědomí. Vzácně vznikne život ohrožující komplikace - totální subarachnoideální blokáda, kdy se lokální anestetikum rozšíří kraniálně, vznikne zástava dechu, mydriáza, pokles krevního tlaku, což vyžaduje okamžitou resuscitaci. Prevencí je dostatečně naplněné krevní řečiště před aplikací anestetika do páteřního kanálu.

Z důvodu zajištění dlouhodobé pooperační anestezie (bezbolestnosti pacienta), neboť účinek léku přetrvává 6 hodin od aplikace do páteřního kanálu, lze ve výjimečných případech nechat zavedený epidurální katetr, do kterého se průběžně aplikují analgetika. Druhou možností je anestezie celková. Individuálně záleží na stavu pacienta a rozhodnutí anesteziologa. Anestezii lze kombinovat, ale záleží na změnách hemodynamických parametrů, které se během anestezie intenzivně sledují.

1.6.1 Subarachnoideální anestezie

Anestezie spinální nastává aplikací lokálního anestetika subarachnoideálně do mozkomíšního moku v oblasti L3-L4, L4-L5. K punkci se používá tenká spinální jehla, která pronikne přes tvrdou plenu míšní. Následně se po ověření dosažení subarachnoideálního prostoru (při punkci odkapává mozkomíšní mok) aplikuje lokální anestetikum v dávce 2-4 ml (záleží na typu anestetika). Většina anestetik se v těle šíří difúzí, ale pokud jde o hyperbarický roztok, tak pacient musí ležet asi 10 minut na straně operované, kterou je potřeba znecitlivět.

Místní (regionální) anestezie zahrnuje postupy, které dočasně vyřazují vnímání podnětů z určité oblasti těla. Používají se k tomu speciální látky (tzv. lokální anestetika) měnící vodivost na membráně nervových vláken.

Lokální anestetika jsou látky, které reverzibilně zamezují vzniku a šíření vzruchů v periferních nervech nebo gangliích vegetativního systému. Závažnost toxické reakce lokálních anestetik je přímo úměrná aplikované dávce. (Zemanová, 2014, s. 121)

Každá anestezie má svá rizika. Konec operace není konec anestezie. Péče o pacienta pokračuje na dšpávacím pokoji, na JIP nebo standartním oddělení.

1.6.1.1 Toxicita lokálních anestetik

Toxicita je místní (protahovaná ischemie nebo vazokonstrikce) nebo celková (vzniká při překročení přípustné dávky anestetika, chybné technice, nechtěné aplikaci do žíly nebo při nečekaně rychlé resorpci anestetika v těle) jedovatost látky.

U celkové toxicity se rozlišuje:

- a) **Neurotoxicita**-tupý pocit na rtech a jazyku, kovová chuť v ústech, neklid, strach až panika, porucha řeči, sluchu, vidění, křeče v obličeji až poruchy vědomí. Projevy mohou nastat ihned po aplikaci nebo až za 30 minut.
- b) **Kardiotoxicita**-vzniká až po neurotoxických projevech. Nervový systém je citlivější na lokální anestetika-hypertenze, tachykardie z vazokonstrikce nebo při předávkování, arytmie, bradykardie, bloky až zástava (např. Marcain (bupivacain) může vyvolat fibrilaci komor až oběhové selhání bez předchozích varovných příznaků z CNS).

1.6.1.2 Komplikace anestezie během výkonu

Na operačním sále pod kontrolou vitálních funkcí anesteziolog po domluvě s pacientem aplikuje SAB, pokud to lze, preferuje se poloha vsedě. Pacient souhlasí s SAB. Komplikace subarachnoideální anestezie se dělí na časné a pozdní.

a) Časné komplikace

Vznikají již během operace a patří sem např. pokles krevního tlaku vznikající do 20 minut po aplikaci anestetika důsledkem blokády sympatiku při vazodilataci v oblasti anestezie a snižující žilní návrat. Pokles krevního tlaku provází často nauzea a zvracení. K poklesu krevního tlaku může dojít i při nedostatečném hrazení tekutin a krve nebo náhlou změnou polohy při výkonu. Prevencí je volumoterapie a doplnění tekutin před výkonem. Pokud nastane pokles krevního tlaku ihned po aplikaci, tak se musí doplnit tekutiny a podají se sympatomimetika (nejčastěji Efedrin).

Mezi časné komplikace patří i totální subarachnoideální blokáda. Jedná se o život ohrožující stav vznikající v důsledku úplné blokády sympatiku, kdy nechtěně dojde ke kraniálnímu rozšíření lokálního anestetika v subarachnoideálním prostoru. Často k ní dochází při změnách polohy těla pacienta během výkonu, kdy lokální anestetikum stoupne o několik segmentů kraniálně. Vzhledem k bezprostřednímu ohrožení života pacienta je nutné okamžitě zajistit dýchací cesty, napojit pacienta na umělou plicní ventilaci, podat léky zvyšující tlak, doplnit objem a případně zahájit kardiopulmoresuscitaci. Tuto komplikaci nelze dopředu odhadnout, proto je nutné trvalé sledování pacienta a stálá přítomnost anesteziologického týmu.

Mezi další možné komplikace patří nedostatečná anestezie, způsobená nízkou dávkou anestetik, deformitou páteře, nevhodným místem vpichu nebo fibrotickými změnami po operaci páteře.

Patří sem i pruritus po podání opioidů, který se vyskytuje jen občas a často sám odezní, a hypotermie vzniklé v důsledku periferní nervové blokády nebo vazokonstrikce v horní polovině těla. Třesavka může být pacientovi nepříjemná a může být překážkou při operaci. Proto se na pacienta položí zahřívací podložka.

b) Pozdní komplikace

Vznikají po delším časovém odstupu.

Patří sem mimo jiné i postpunkční bolest hlavy, při níž punkčním otvorem uniká mozkomíšní mok do epidurálního prostoru. Vzniká v odstupu několika hodin v důsledku tahu za nervové struktury nebo při vertikalizaci pacienta. Může vzniknout i když bude pacient ležet a sama odezní. Prevencí je tenká punkční jehla. Subarachnoideální anestezii neprovádíme u lidí s chronickou bolestí hlavy. Terapií je klid na lůžku, podání tekutin a analgetik.

Mezi další komplikace patří neurologické komplikace, které jsou velmi vzácné, vznikající při neaseptickém postupu a napíchnutí cévy s rozvojem hematomu. Často též dochází k retenci moči, kdy chybí nenutkání na močení a není relaxován svěrač močového měchýře.

Vzácnou komplikací je syndrom caudy equinae projevující se retencí moče, inkontinencí stolice a ztrátou citu v oblasti anestezie ve tvaru jezdeckých kalhot. Terapií při dlouhodobém odeznívání je zavedení permanentního močového katetru.

c) Komplikace způsobené nesprávnou polohou pacienta

Podle vyhlášky č. 424/2004 Sb. §50 zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po výkonu, včetně prevencí komplikací, sestra pro perioperační péči. Je důležité mít přehled o možných komplikacích, průběžně kontrolovat polohu pacienta a věnovat mimořádnou kontrolu poloze pacienta při jejích změnách v průběhu operačního výkonu.

Při nesprávné poloze hlavy vzniká riziko porušení průchodnosti dýchacích cest. Uložení končetin musí být vždy v přirozené poloze, za pomoci různých podložek, a končetiny se nesmí dotýkat kovových částí operačního stolu. Maximální abdukce horní končetiny je 90°, jinak hrozí poškození m. plexus brachialis. Při umístění horní končetiny na závěs během THA hrozí poškození n. radialis nebo n. ulnaris.

d) Komplikace při použití kostního cementu

Při jeho polymeraci se dostává poměrně velké množství do oběhu kostní dřeně a může vzniknout tuková embolie, alergie, vzduchová mikroembolizace až riziko srdeční zástavy.

1.7 Průběh perioperační péče na operačním sále

Bezpečnost pacientů je jednou z priorit, která vyžaduje aktivní zapojení všech zúčastněných osob. Většině nežádoucích událostí lze předejít nebo aspoň zmenšit závažnost dopadu na pacienta přijetím a realizací bezpečnostních postupů. (Jedličková, 2019, s. 67)

Pacienta si u vstupu na OS převezme anesteziologická sestra od sestry z oddělení. Zeptá se ho na jméno, ověří identifikační náramek, zkontroluje podepsaný souhlas s anestezií, stranový protokol, souhlas s operačním výkonem (THA, TKA), ověří, na jaký výkon pacient jde, zkontroluje správnosti dokumentace k danému pacientovi. Pacienta, který dostal premedikaci (dostává každý pacient před operací podle typu operace a dalších nemocí pacienta, podává se večer před výkonem, jedná se o medikaci na snížení úzkosti, metabolismu, vagových reflexů, slinění), vleže s pomocí sanitáře přesune na vozík na předsálí příslušného sálu, přikryje ho sálovou pokrývkou a upozorní ho, aby klidně ležel, neboť vozík je úzký (riziko pádu). Od převzetí na OS přebírá za pacienta odpovědnost anesteziologická sestra. Pacient nesmí zůstat bez dozoru!

Před zahájením operace přijde za pacientem operatér (většinou chce pacient vidět, zda ho bude operovat lékař, se kterým se domluvil), znovu ověří jeho jméno, typ výkonu a stranu výkonu. Pokud pacient není uvedený do celkové anestezie, jsou mu nabídnuta sluchátka s hudbou, dle jeho výběru.

Potom je pacient převezen sálovým sanitářem na operační sál. Na stůl se ukládá nahý, přikrytý rouškou a s pokrývkou hlavy. Znovu si jeho jméno identifikuje perioperační sestra, která také ověří výkon a stranu. Poté vše ověří a pacienta znovu identifikuje ještě anesteziologický lékař a vysvětlí mu průběh anestezie. Pokud bude pacient v subarachnoideální anestezii, sdělí mu postup, aplikuje vsedě anestezii a pak je pacient uložen na operační stůl. Pokud jde o celkovou anestezii, tak je pacient uložen na stůl hned a dříve, než je uspán, přijde operatér a pak se začne s anestezií.

Po celou dobu je pacient sálovým personálem uložen na operační stůl. Poloha u totální endoprotézy kyčle je vleže na zádech s posunutím na okraj stolu operované strany, horní končetina na operované straně je pokrčená a uvázaná na hrazdičku nad hlavou pacienta. Během výkonu je stůl mírně nakloněn od operátora. Z důvodu zvýšeného rizika pádu je na začátku výkonu umístěna na operačním stole zarážka. Pacient je upoután

bezpečnostním popruhem přes dolní končetiny, aby nespadl. Všechny úkony průběžně vysvětluje anesteziologická sestra, také napojí pacienta na monitor, změří krevní tlak, zajistí žilní vstup, aplikuje infuzi a vypodloží horní končetiny pacienta speciálními molitanovými podložkami (prevence tlakových proleženin). Také zajistí, aby horní končetiny byly pohodlně fyziologicky uloženy a zajištěny popruhem proti pádu. U starších lidí, vzhledem k manipulaci (posuny) na operačním stole (např. při měření délky dolních končetin a zkoušce pohyblivosti nového kloubu), se na křížovou oblast preventivně, nalepí lepení Mepilex ve tvaru srdíčka, jako prevence dekubitů, a je zaveden permanentní močový katetr.

Velká pozornost v průběhu anestezie se věnuje celkovému stavu pacienta, monitoraci fyziologických funkcí a infuzní terapii. V případě velké operační ztráty se podávají krevní deriváty. Po aplikaci kostního cementu může vzniknout výrazná hypotenze a pokles $EtCO_2$, desaturace a poruchy rytmu. (Wendsche, 2012, s. 106-107)

V průběhu operace je pacient přikrytý termickou podložkou a ohřívají se infuze jako prevence hypotermie. Podle aktuální situace se veškeré změny zdravotního stavu aktuálně řeší. Během subarachnoideální anestezie pacient sděluje personálu svoje pocity a jeho otázky jsou mu zodpovězeny. Pokud pacient nespí, musí to mít celou dobu operace personál na paměti a musí korigovat svoji verbální komunikaci.

Po skončení operace je pacient převezen na dospávací pokoj a poté je ve stabilizovaném stavu předán sestře na JIP včetně dokumentace. Na JIP jsou mu aplikovány analgetika dle vizuální analogové škály (VAS). Pokud má pacient zavedený epidurální katetr, tak je analgetická směs podána přímo do katetru. Prevencí tromboembolické komplikace je aplikace nízkomolekulárního heparinu (např. Fraxiparin, Zibor), infuzní a transfuzní terapie, hlídání bilancí tekutin. (Wendsche, 2012, s. 106)

V průběhu operace je vedena dokumentace:

- Anesteziologický záznam
- Identifikace pacienta
- Použité přístroje, materiál, dezinfekce
- Doklad o sterilitě použitých zdravotních prostředků
- Mimořádná událost
- Uložení neutrální elektrody
- Početní kontrola materiálů a nástrojů
- Provedení bezpečnostní procedury
- Jméno a podpis pracovníka zodpovědného za zápis a čas zápisu

Monitorování pacienta během anestezie zajišťuje anesteziologický tým. Nezbytná je trvalá přítomnost anesteziologa v blízkosti pacienta, který společně s anesteziologickou sestrou sleduje pacienta klinicky: pulzace, dýchání, pocení, zornice, cyanóza a trvalá monitorace, EKG, saturace, měření hemodynamiky (centrální žilní katetr, arteriální tlak), kapnografie (např. prudký pokles CO_2 je známkou plicní embolizace), monitorace hloubky anestezie (BIS-bispektrální index-zpracovává EEG a podle číselné hodnoty se určuje hloubka anestezie). Veškeré naměřené hodnoty se v průběhu celé anestezie zaznamenávají do anesteziologického záznamu.

V intraoperačním období je pacient ohrožený už v úvodu do celkové anestezie-riziko obtížné intubace, laryngospasmus, poškození chrupu. Během výkonu se může vyskytnout riziko popálenin nebo pádu, hypotermie v důsledku výkonu i klimatizace, nebo infekce.

Na ortopedickém sále se přísně dodržují aseptické podmínky, rouškování v souladu s platnou legislativou, dezinfekce, uzemnění přístrojů, prevence proleženin (zohledňuje se při polohování a je o tom veden záznam). (Wendsche, 2012)

1.8 Aktivní přístup k riziku ohrožujícím bezpečnost pacienta a personálu

Riziko znamená pravděpodobnost poškození pacienta a týká se veškerých poskytovaných služeb ve zdravotnictví (např. riziko pacientů, personálu, návštěv, přístrojů, vybavení, staveb).

Aktivní přístup k riziku = řízení rizika = risk management = využití veškerých informací o pravděpodobných rizicích a minimalizovat je podniknutím potřebných kroků:

- a) Rozpoznat riziko-K čemu může dojít?
- b) Analýza rizika-Jak závažná by byla nežádoucí příhoda?
- c) Ovlivnění (řízení) rizika-Jak ho omezit, zmírnit nebo odstranit?
- d) Finanční krytí (pojištění firmy)
- e) Hlášení klinické mimořádné události

Lékař zvažuje rizika a přínosy konkrétního postupu. Rizika a přínosy musí být v rovnováze. Lékař je povinen seznámit pacienta se všemi riziky výkonu. Pacient musí se vším souhlasit a podepsat informovaný souhlas. (Nicholls, 2006)

1.8.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je důležitý dokument, který pacienta seznámí s operací, možnými riziky, postupy, důsledky a alternativami. Pacient se může před podpisem ještě dotazovat lékaře a dotazy mu musí být zodpovězeny. Pokud by tak neučinil, hrozil by mu právní postih, který často vyvolávají příbuzní pacienta. Dostatek informací zmírňuje pacientovy obavy. Všechny informace sdělí a vysvětlí lékař i příbuzným.

Při akutním výkonu musí být operátor schopen zdůvodnit, proč jednal bez souhlasu pacienta. Mladý lékař by měl požádat o radu zkušeného lékaře. Dojde-li k nečekané komplikaci, je potřeba včas a otevřeně promluvit s pacientem a jeho rodinou. Tím se předejde stížnosti nebo žalobě, že zdravotníci chtěli něco zamlčet.

Pokud k mimořádné události dojde (např. pád pacienta z operačního stolu), je tato událost zapsána na speciální formulář (zapiše se čas, popis události, podpis lékaře a sestry), který je předán nadřízené osobě a lékařskému řediteli. Poté je o pacienta řádně postaráno.

Každé zdravotnické zařízení má svůj formulář k udělení souhlasu pacienta.

Formulář obsahuje:

- a) Údaje pacienta-jméno, příjmení, datum narození, zdravotní pojišťovna, výška, váha, bydliště, diagnóza
- b) Druh zdravotního výkonu
- c) Popis druhů anestezie a jejich rizika
- d) Prohlášení pacienta o vybraném druhu anestezie
- e) Prohlášení lékaře
- f) Prohlášení a souhlas pacienta s anestezií

1.8.2 Checklist

Na základě výzkumného programu WHO, který se snaží snížit rizika pochybení na operačním sále, vznikl dokument Surgical safety checklist (chirurgický bezpečnostní list).

Checklist je jednoduchý dokument, který má 3 části:

1.část-vyplní před úvodem anesteziologická sestra. Patří sem kontrola identity pacienta, místa operace, operační strany, typu výkonu, souhlasu s výkonem, alergií, funkčnosti anesteziologického přístroje a objednaných krevních derivátů.

2.část-vypíše chirurg, anesteziolog a perioperační sestra. Všichni znovu zkontrolují identitu pacienta a podepíší se, anesteziolog vypíše riziko ASA, perioperační sestra zapíše kompletnost pomůcek a jejich sterilitu.

3.část-vyplní sestra na operačním sále před ukončením výkonu. Zahrnuje souhlasnost nástrojů, roušek a pooperační ordinace léků od lékaře. (Wichsová, 2010, s. 43-44)

1.9 Etika v ošetřovatelství

Ošetřovatelská etika je etika cíleně zaměřená na chování sester a dalších skupin nelékařských povolání. Učí sestry vnímat mravní vztahy, jevy a vyjadřuje mravní hodnoty sestry. (Wendsche, 2012, s. 198)

Etika je souhrn pravidel slušného chování a zároveň věda o mravnosti a morálce. Všeobecně vymezuje způsoby chování dle principu dobra a zla a pomáhá při utváření etických norem a postojů sester. Etika řeší etické dilema-rozpor mezi dobrem a zlem, co je a není správné.

Morálka je soubor mravních norem (úcta, důstojnost, tolerance). Morální právo je forma slušnosti.

Etika v ošetrovatelství se zabývá vztahem a postojem sestry k pacientovi při všech odborných výkonech. Zabývá se mezilidskými projevy-úcta, laskavost, trpělivost, nezájem, lhostejnost, přezíravost, sympatie. Sestra s pacientem má jednat důstojně a s úctou. Jde o partnerství, nikoliv o podřízenost. Velký význam zde má verbální i neverbální komunikace.

Etika se zabývá rovněž i interpersonálními vztahy na pracovišti, které ovlivňují pracovní spokojenost a vnímavost. Morální přístup není vždy jednoznačný. Záleží na pohledu jednotlivce na danou problematiku, o čí dobro se usiluje, co je správné a co je žádoucí.

1.9.1 Etické principy

Mezi principy etiky patří:

- a) **Beneficience** (dobročinění)-vše dobré pro pacienta
- b) **Non-maleficience** (nepoškození)-co nejméně uškodit, zákaz ublížení
- c) **Justicie** (spravedlnost)-všem stejná péče
- d) **Autonomie** (svěprávnost, samostatnost, individualismus)

Znalost etických principů a norem patří mezi základní požadavky pro každého zdravotnického pracovníka. V rámci pomáhajících profesí je žádoucí jejich analýza včetně jejich důsledného dodržování. Etické principy jsou pro sestry závaznou normou, která by je měla ovlivňovat v profesionálním chování jednak k pacientům, jednak ke kolegům.

Mezinárodní rada sester poprvé vytvořila mezinárodní kodex pro sestry v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován. V České republice je používán kodex, který vydala Česká asociace sester v roce 2000:

- a) **Sestry a lidé**-povinnost mlčenlivosti, respekt k životním hodnotám pacientů, poskytování péče lidem, kteří ji potřebují.
 - b) **Sestry a ošetrovatelská praxe**-odpovědnost za svoji odbornou činnost, zajištění co nejvyšší kvality ošetrovatelské péče, zvyšování svých znalostí a dovedností po celou dobu své činnosti.
 - c) **Sestry a profese**-rozvoj profesní úrovně, zvýšení prestiže a image sestry, podíl na výzkumu v ošetrovatelství.
 - d) **Sestry a spolupracovníci**-respekt ke znalostem kolegů, mezioborová spolupráce.
- (Jedličková, 2019, s. 198)

1.9.2 Etické principy v práci sestry

Charakterové vlastnosti, které ovlivňují postoj sestry k pacientovi, jsou: obětavost, mlčenlivost, vnímavost, lidskost, úcta, pravdomluvnost, spravedlnost, důvěryhodnost, vzdělanost, diskrétnost, kolegiálnost, čestnost, svědomitost.

Pokud na OS přijede pacient již edukovaný, plánovitě připravený a tuší, co očekávat, pak je spolupráce snazší a jednodušší. Příjemné vystupování při setkání s pacientem, je dobrou a správnou vizitkou nejen sestry. Současně to v pacientovi posiluje pocit bezpečí.

K poškození pacienta nemusí dojít jenom technikou, ale i nevhodnou verbální i neverbální komunikací přímo s pacientem nebo interpersonálně.

Každý operační výkon je spojen s obavami a úzkostí z operace i prostředí. Pro člověka je to velký stres. Navíc pacient nemůže nic ovlivnit a je plně v rukou zdravotníků. Strach je emoční reakce na nebezpečí a úzkost (obavy, strach, zlé předsudky). Na oboje reaguje člověk i neurovegetativními projevy. Proto je důležité neopomíjet pacienta i po psychické stránce.

Rozhovor pacienta s lékařem před výkonem je velmi důležitý a pacient se duševně připraví. Ortoped se mu představí i na sále a pacient se uklidní, že má svého stejného lékaře, se kterým se domlouval. Cílem přípravy je pacienta co nejvíce zklidnit, vyzvat ke spolupráci a respektovat jeho soukromí.

Celý tým spolupracuje. Jedná se o mezioborovou spolupráci, při níž je nutné profesionální chování a dodržování profesní etiky. Na pacienta působí chování všeho personálu. V případě setkání s neprofesionálním přístupem, nevhodnými projevy, málo informacemi, tak pacient ztratí důvěru ve zdravotníky a začne se chovat negativně, včetně projevení strachu. Na všechny otázky se pacientovi odpoví pomalu a srozumitelně, nechá se ho projevit své pocity a sestra se ho snaží uklidnit. Občas je nutné uklidnění dotykem (haptický kontakt). Pacient očekává vlídné zacházení, pochopení, úsměv, dostatek informací, co se kolem něho děje, a pocit bezpečí. Nevhodným chováním se může pacientovi vzít důvěra od vjezdu na OS až po návrat na JIP. Vlastně po celou dobu hospitalizace.

1.9.3 Etické principy na operačním sále před a během operace

Péče v perioperačním období zahrnuje postupy zaměřené na péči před operačním výkonem, v jeho průběhu a bezprostředně po něm. Péče o nemocného v tomto období je náročná, a proto je důležité věnovat zvýšenou pozornost potřebám nemocného a potencionálním rizikům a pochybení. (Wendsche, 2012)

Nároky na úroveň komunikace a přístup k pacientům a spolupracovníkům na OS jsou stejně vysoké jako na ostatních odděleních. Každý pracovník ve zdravotnictví by měl znát a ctít pravidla ošetrovatelské etiky. (Wendsche, 2012, s.65-68)

Chirurgové se snaží dělat výkony co nejvíce invazivně. Nejčastěji jde o laparoskopické výkony z důvodu co nejmenšího zásahu. Všechny úkony v péči jsou zaměřeny pro dobro uzdravení, zmírnění chronických obtíží a bolestí pacienta. Cílem všech výkonů je co nejméně pacientovi uškodit.

Pacient je dopředu seznámen s výkonem a operatér musí mít před začátkem výkonu podepsaný souhlas pacienta, i s riziky a možnými komplikacemi.

1.9.4 Uplatnění etických principů v komunikaci a péči na JIP

Sestra se při převzetí pacienta z OS od anesteziologa nebo anesteziologické sestry, kteří ji informují o průběhu anestezie na sále, pacientovi představí a informuje ho o tom, že si ho převezme na JIP.

Zásadou etiky je poskytnout pacientovi péči v souladu s platnými standarty, postupy a morálními zásadami, podpořit zdraví, zmírnit bolest a utrpení.

Ihned po operaci se začíná s analgetizací (tlumením bolesti). Záleží na typu anestezie. Pokud jde o ortopedického pacienta, u nichž byla nejčastěji použita spinální anestezie, tak se analgetika nasazují kontinuálně na malé dávce do doby, než plně odezní spinální anestezie. Pak se dle ordinace lékaře dávka navyšuje a přidávají se další analgetika v infuzích. Po celkové anestezii se začíná bolest tlumit ihned v infuzi. Někdy již pacienti analgetikum dostanou na operačním sále ke konci operace.

Bolest snáší každý pacient jinak. Je to subjektivní pocit, a proto se komunikuje s pacientem o účinku analgetik, případně se konzultují dávky s lékařem. Bolest se zapisuje do záznamu o bolesti. Současně se zapisuje stupeň bolesti dle VAS (škála bolesti od 0 /žádná bolest/-do 10 /nesnesitelná bolest/) a změny na škále po podání analgetika.

Je velmi důležité, aby pacient netrpěl a analgetická dávka byla nastavena tak, aby bolest byla co nejvíce zmírněna nebo vůbec nebyla. Potom pacient lépe spolupracuje, je obětově stabilní a je pozitivně motivován ke spolupráci.

1.9.5 Etické principy na oddělení

Zdravotní personál musí dodržovat práva pacientů (viz. příloha č. 3).

Ke všem pacientům se přistupuje stejně a všem je zajištěna stejná maximální péče, bez ohledu na barvu pleti, národnost, věk, náboženské vyznání, politické přesvědčení a společenské postavení.

Personál se snaží dbát na soukromí a intimitu při hygieně, převazech a vyprazdňování. Jedná se o obtížný úkol, neboť pacienti jsou na pokojích s dalšími pacienty, lůžka jsou často uspořádána do půlkruhu kolem sesterny a jsou oddělena pouze závěsy.

Ke všem pacientům se přistupuje individuálně. Každý pacient je informován o dalším postupu a vyšetření jsou mu vysvětlena. Pacient se může sám rozhodnout pro další spolupráci v léčbě nebo ji může odmítnout. Záleží na každé sestře, jestli k pacientovi přistupuje se zájmem, aby měl pocit, že na nemoc není sám, a jak mu pomáhá situaci zvládat.

Pacienti jsou o vyšetření informováni lékařem a sestra jim vysvětlí průběh vyšetření. Pacient má čas na rozmyšlenou a následně podepíše souhlas s vyšetřením. Pokud jde o akutní výkon nebo výkon z vitální indikace, zapíše to lékař a pacient souhlas podepíše, pokud je při vědomí. Pokud jde o bezprostřední ohrožení života nebo pacient není schopen podpisu, zapíše tuto skutečnost lékař do dokumentace a obvykle se k zápisu podepíší obě služby mající sestry jako svědci.

1.9.6 Cíle ošetrovatelské etiky

Cílem ošetrovatelské etiky je vhodným způsobem při všech výkonech usilovat o uspokojení terapeutických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta.

Mezi hlavní cíle patří:

a) Všeobecná znalost pravidel ošetrovatelské etiky

b) Odpovědnost za kvalitu péče

Tato oblast vyžaduje:

- Nutnost studovat, vzdělávat se
- Získávat nové informace
- Nebát se přijmout pochybení a hledat v nich možnost nápravy
- Podílet se na zlepšování prostředí
- Vychovávat nové sestry a předávat získané zkušenosti

c) Pozitivní postoj, vztah ke spolupracovníkům na sále i mimo operační prostory

- Pracovat sám na sobě k získání jistoty v pracovním procesu a sebevědomí
 - Předcházet konfliktním a stresovým situacím
 - Komunikativnost mezi jednotlivými skupinami pracovníků
- (Jedličková, 2012, s. 199)

2 Výzkumná část (praktická část)

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

1.cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem je zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále-identifikace, prevence a zajištění bezpečí na operačním stole.

Výzkumné otázky:

Jak je zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále?

2.cílem výzkumu je zjistit, zda probíhá dostatečné zajištění psychické pohody pacienta, pocity, komfort-komunikace s personálem, dodržování etiky během anestezie při operaci.

Výzkumné otázky:

Jak jsou pacienti spokojeni se svodnou anestezií?

Jak byli pacienti spokojeni s komunikací s personálem?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkum jsem využila kvantitativní šetření, pro které jsem vytvořila dotazník s dvaceti otázkami (viz. příloha č. 2). Dotazník jsem sestavila na základě cílů práce tak, abych získala co možná největší množství informací ke zkoumané problematice. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval uzavřené otázky a jednu otevřenou otázku. Respondenti zvolili vždy jednu nebo více možností odpovědí.

2.3 Charakteristika výzkumného prostředí a respondentů

Dotazníkový výzkum probíhal v nemocnici Sural Clinic s.r.o. Brno na ortopedickém oddělení. Celkový počet dotazovaných bylo 50 pacientů. Respondenty byli pacienti a pacientky starší 18 let po operačním výkonu hospitalizovaní na oddělení. Žádost o provedení výzkumného šetření byla schválena náměstkyní ošetrovatelské péče 17.6.2020 (viz. příloha č. 1).

2.4 Průběh výzkumu

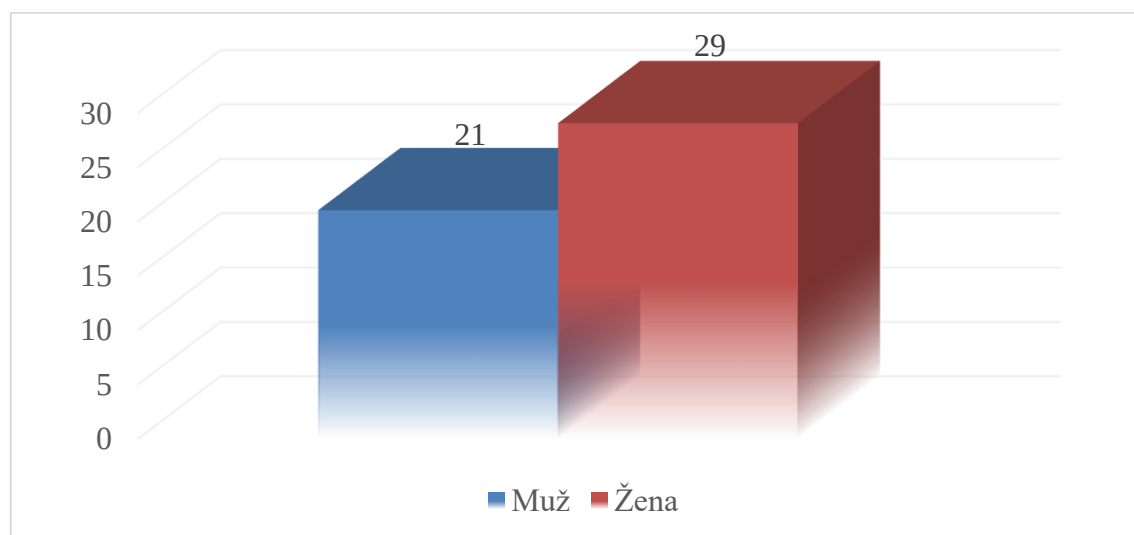
Výzkum probíhal 17.6.2020-17.9.2020 na ortopedickém oddělení. Vzhledem k osobní účasti při rozdávání a sběru dotazníků ihned po jejich vyplnění jsem měla 100% návratnost dotazníků.

2.5 Zpracování získaných dat

Ke zpracování bakalářské práce jsem použila počítačový program Microsoft Word. K vyhodnocení dat z dotazníků a tvorbu tabulek jsem využila Microsoft Excel.

2.6 Výsledky výzkumu

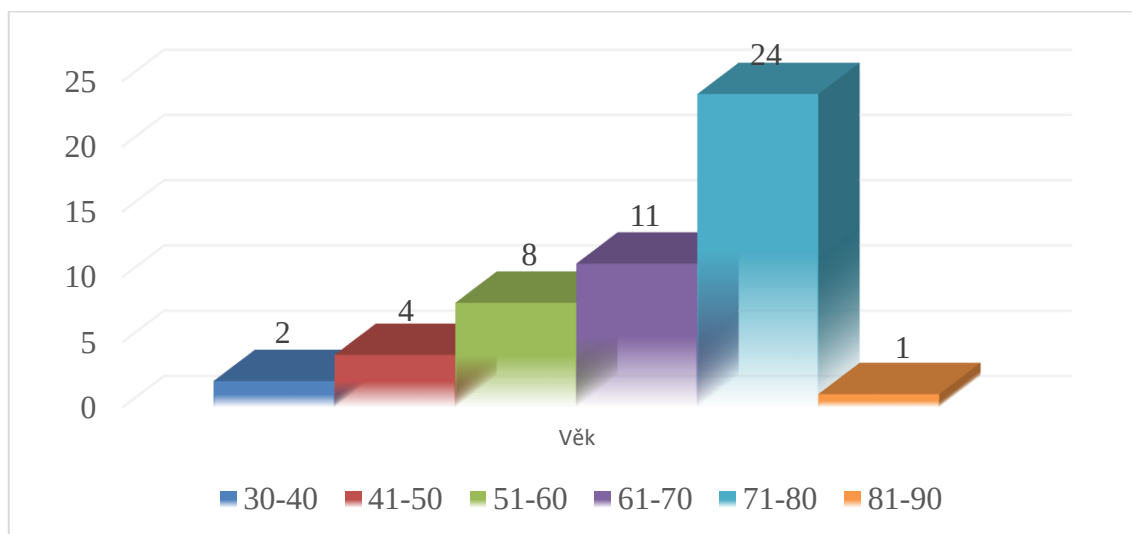
Otázka č. 1: Pohlaví (jedna možnost)



Graf 1 Pohlaví

V grafu 1 je znázorněno zastoupení respondentů z hlediska pohlaví. Dotazování se zúčastnilo 21 mužů (42 %) a 29 žen (58 %).

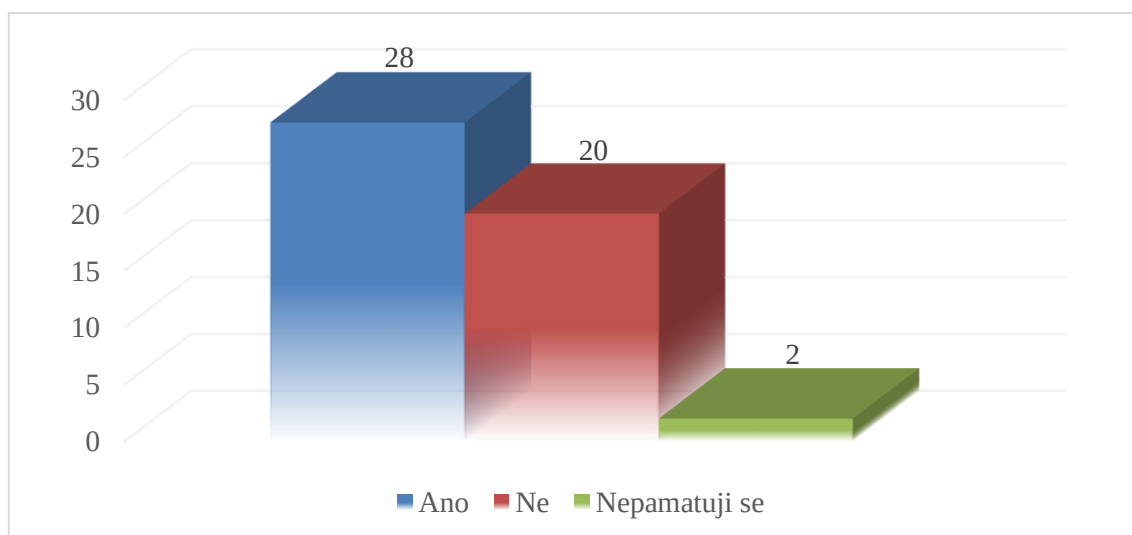
Otázka č. 2: Věk (jedna možnost)



Graf 2 Věk

V grafu 2 je zobrazeno věkové zastoupení respondentů. Dotazování se zúčastnily 2 osoby (4 %) ve věku 30-40 let, 4 osoby (8 %) ve věku 41-50 let, 8 osob (16 %) ve věku 51-60 let, 11 osob (22 %) ve věku 61-70 let, 24 osob (48 %) ve věku 71-80 let a 1 osoba (2 %) ve věku 81-90 let. Nejstarší osobě bylo 84 let a nejmladší bylo 38 let.

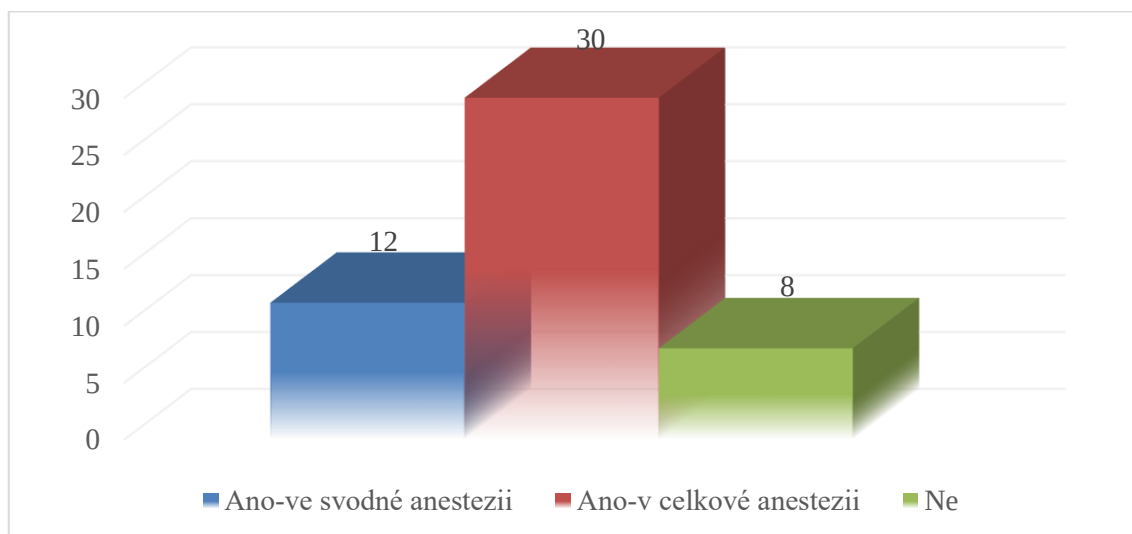
Otázka č. 3: Byl jste operován ve svodné anestezii poprvé? (jedna možnost)



Graf 3 Operace ve svodné anestezii poprvé

V grafu 3 je znázorněno, že 28 osob (56 %) bylo operováno ve svodné anestezii poprvé, 20 osob (40 %) nikoliv a 2 osoby (4 %) uvedly, že si tuto skutečnost nepamatují.

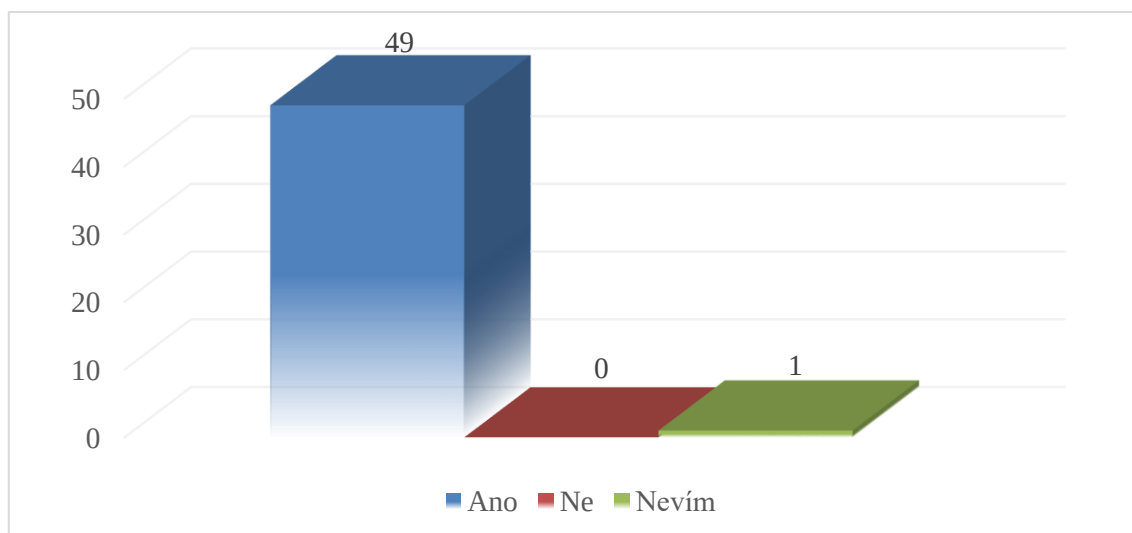
Otázka č. 4: Byl jste již v minulosti operován? (jedna možnost)



Graf 4 Operace v minulosti

Ve grafu 4 je zobrazeno, že 12 osob (24 %) bylo již v minulosti operováno ve svodné anestezii, 30 osob (60 %) bylo v minulosti operováno v celkové anestezii a 8 osob (16 %) nebylo v minulosti operováno.

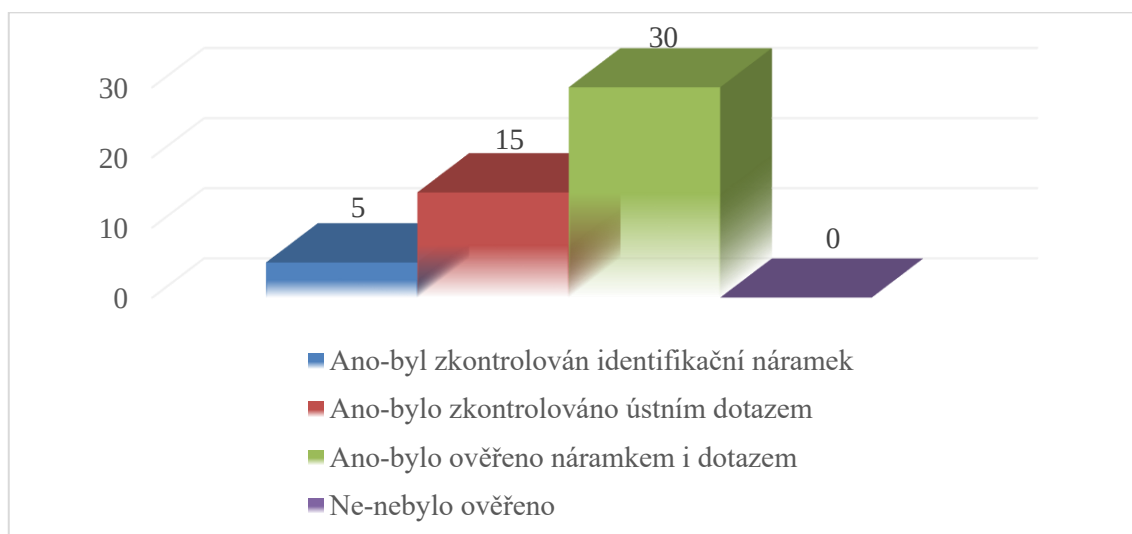
Otázka č. 5: Při předání na operační sál si Vás převzala anesteziologická sestra? (jedna možnost)



Graf 5 Při předání na operační sál převzetí anesteziologickou sestrou

V grafu 5 je znázorněno, že 49 osob (98 %) uvedlo, že při předání na operační sál si je převzala anesteziologická sestra. Pouze 1 osoba (2 %) uvedla, že si není jistá, zdali se jednalo o anesteziologickou sestru nebo o jiného zdravotníka.

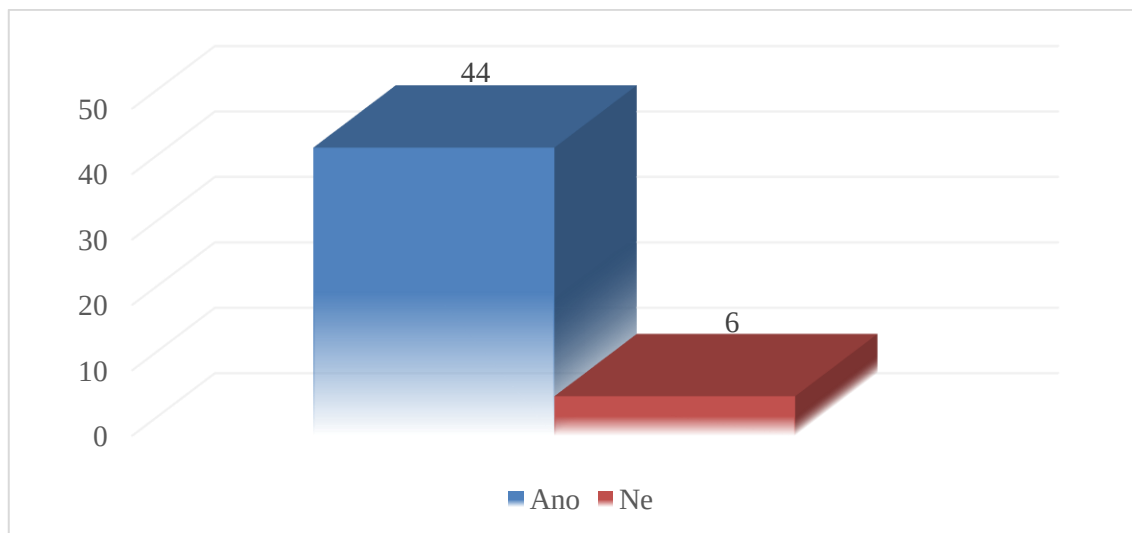
Otázka č. 6: Bylo ověřeno Vaše jméno? (jedna možnost)



Graf 6 Ověření jména

V grafu 6 je znázorněno, že u 5 osob (10 %) bylo jméno ověřeno identifikačním náramkem, u 15 osob (30 %) bylo jméno zkontrolováno ústním dotazem, u 30 osob (60 %) bylo jméno ověřeno náramkem i ústním dotazem. Žádná osoba neuvedla, že by její jméno nebylo ověřeno.

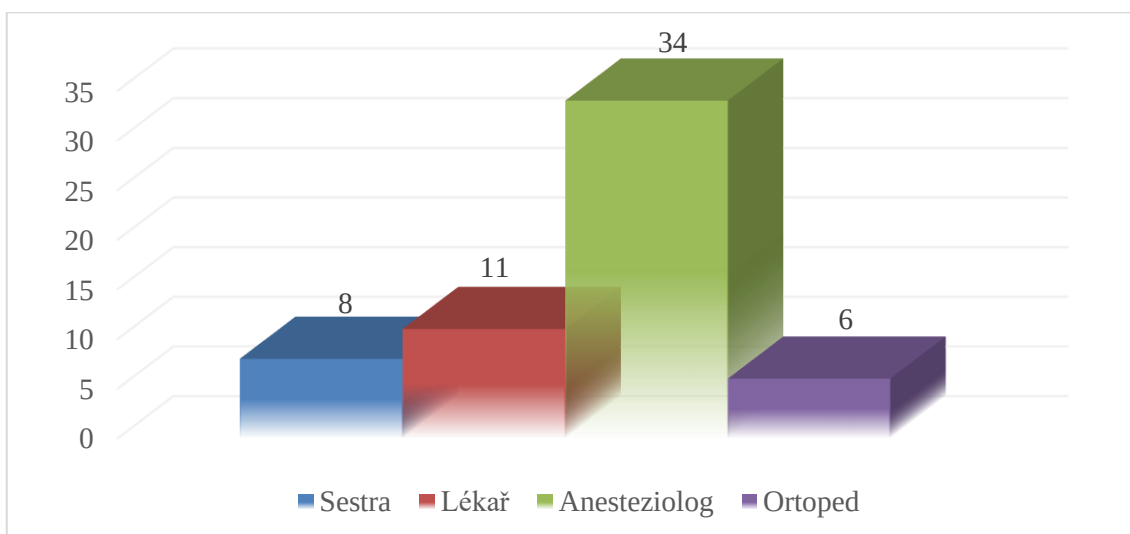
Otázka č. 7: Měl jste na těle označenou operovanou stranu? (jedna možnost)



Graf 7 Označení operované strany na těle

V grafu 7 je zobrazeno, že 44 osob (88 %) mělo před začátkem operace na těle označenou operovanou stranu a 6 osob (12 %) uvedlo, že neměli označenou operovanou stranu.

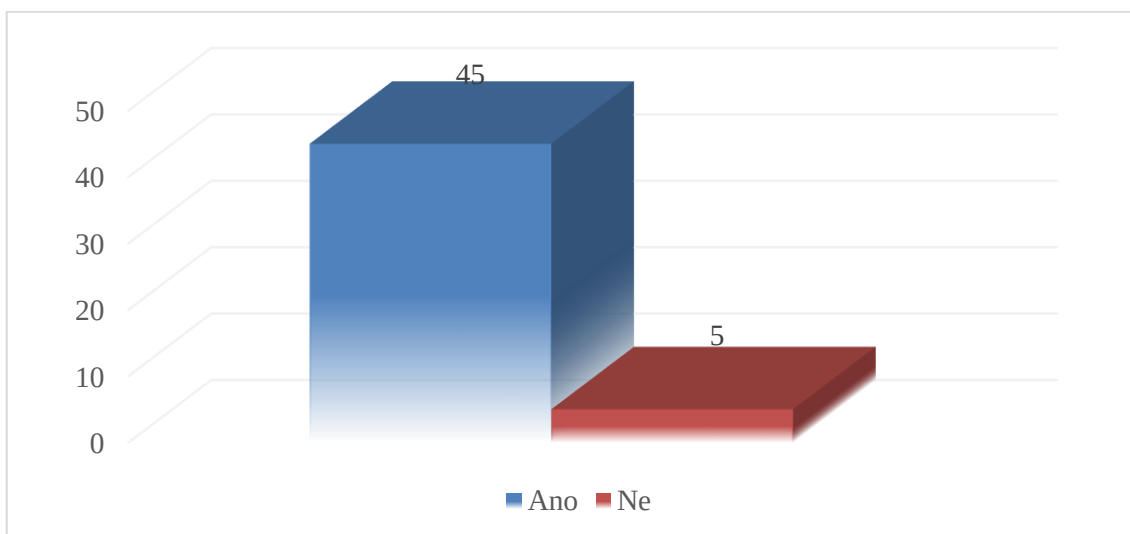
Otázka č. 8: Kdo Vám vysvětlil průběh svodné anestezie? (více možností)



Graf 8 Vysvětlení svodné anestezie

V grafu 8 je znázorněno, že u 8 osob (16 %) vysvětlila průběh svodné anestezie sestra, u 11 osob (22 %) lékař, u 34 osob (68 %) anesteziolog a u 6 osob (12 %) ortoped.

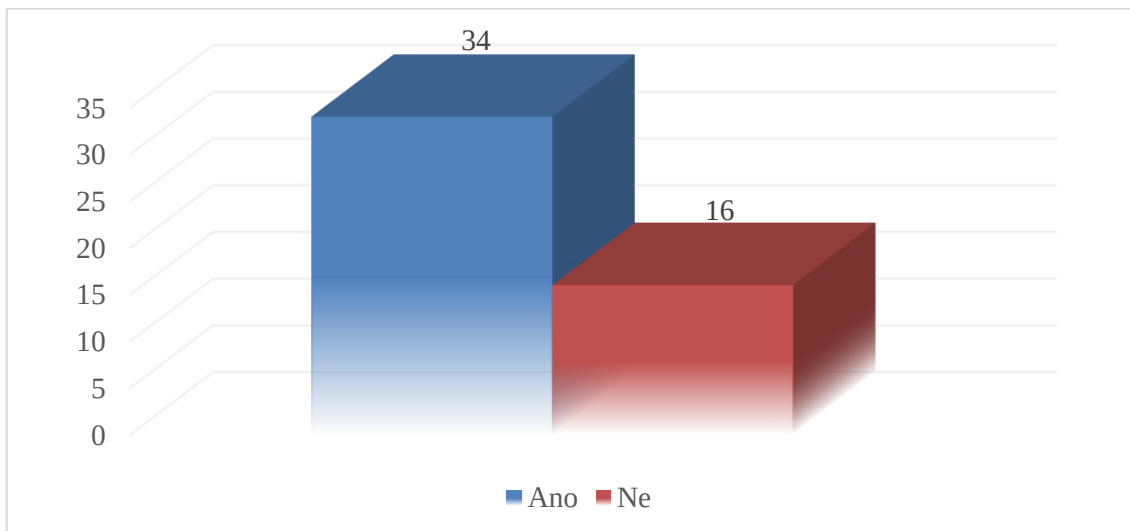
Otázka č. 9: Komunikovala s Vámi anesteziologická sestra před začátkem operace? (jedna možnost)



Graf 9 Komunikace anesteziologické sestry s pacientem před začátkem operace

V grafu 9 je zobrazeno, že se 45 osobami (90 %) před začátkem operace komunikovala anesteziologická sestra. S 5 osobami (10 %) sestra nekomunikovala.

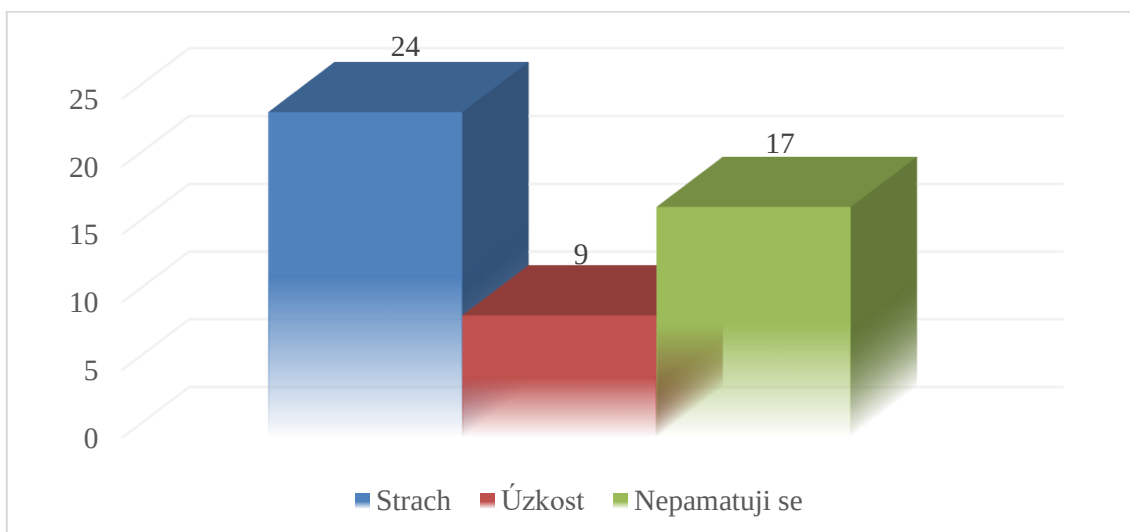
Otázka č. 10: Chtěl jste poslouchat hudbu dle Vašeho výběru během operace?
(jedna možnost)



Graf 10 Poslouchání hudby během operace

V grafu 10 je znázorněno, že 34 osob (68 %) chtělo během operace poslouchat hudbu dle vlastního výběru. 16 osob (32 %) nechtělo hudbu poslouchat.

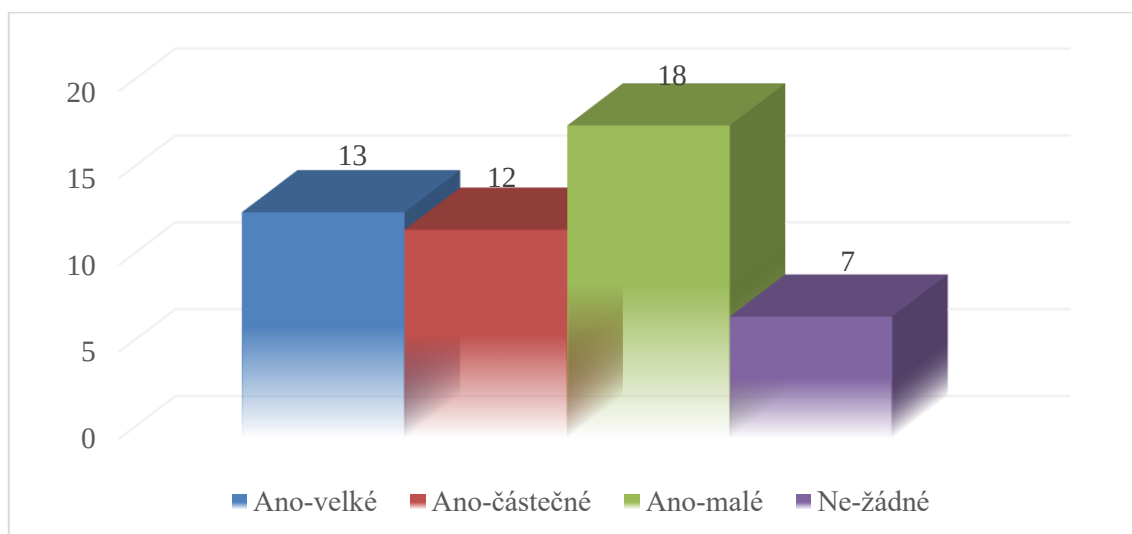
Otázka č. 11: Jaké jste měl pocity v průběhu operace? (jedna možnost)



Graf 11 Pocity pacienta v průběhu operace

V grafu 11 je zobrazeno, že 24 osob (48 %) pociťovalo v průběhu operace strach, 9 osob (18 %) pociťovalo úzkost. 17 osob (34 %) uvedlo, že si na své pocity nevzpomínají.

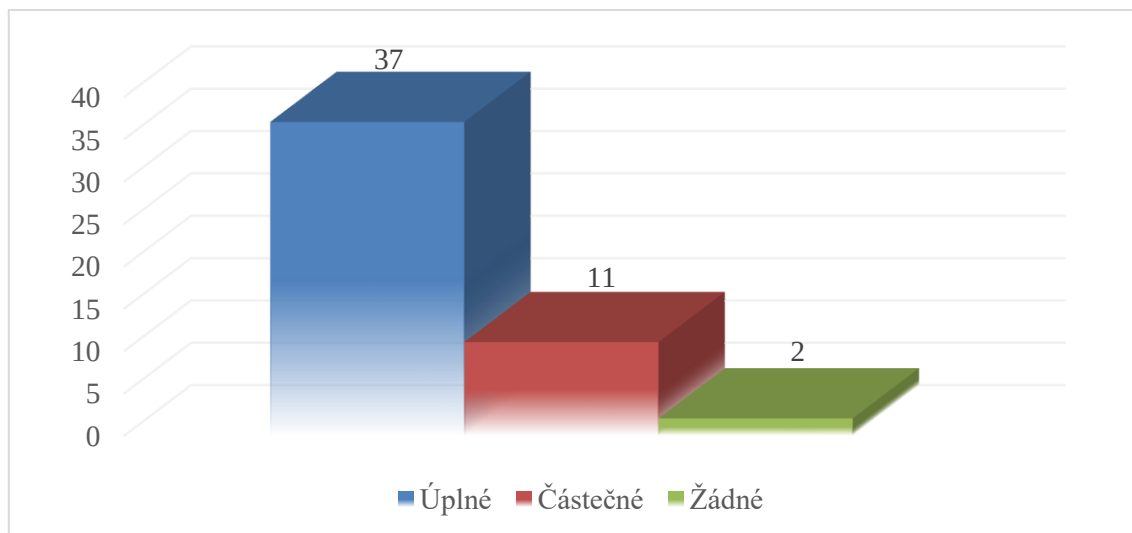
Otázka č. 12: Měl jste obavy z operace? (jedna možnost)



Graf 12 Obavy pacienta z operace

V grafu 12 je znázorněno, že 13 osob (26 %) mělo velké obavy z operace, 12 osob (24 %) mělo částečné obavy, 18 osob (36 %) mělo malé obavy a 7 osob (14 %) nemělo žádné obavy z operace.

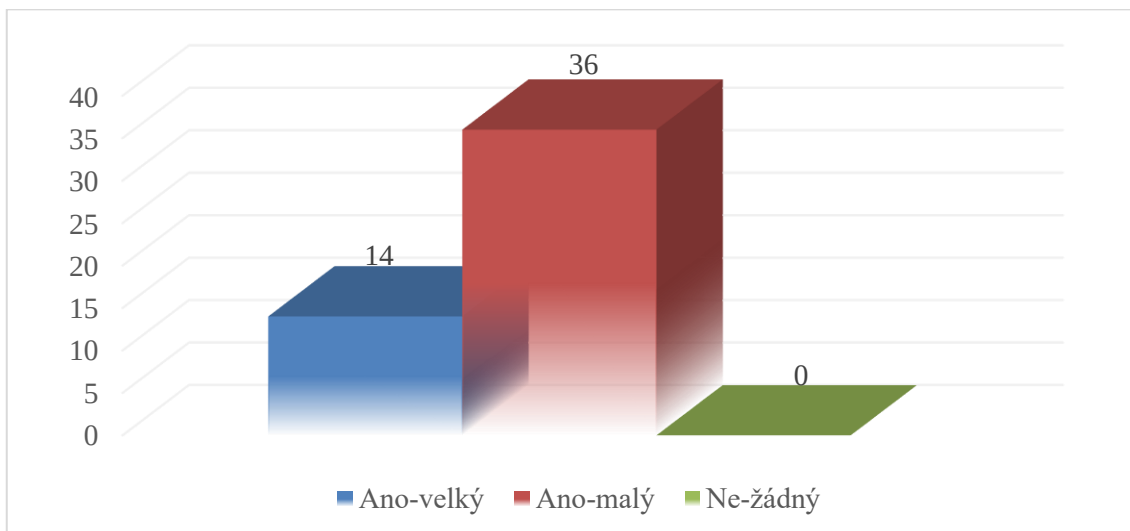
Otázka č. 13: Jaké informace Vám byly poskytnuty o průběhu operace? (jedna možnost)



Graf 13 Informace poskytnuté pacientovi o průběhu operace

V grafu 13 je zobrazeno, že 37 osob (74 %) mělo poskytnuto úplné informace o průběhu operace, 11 osob (22 %) mělo poskytnuto částečné informace a 2 osoby (4 %) uvedly, že neměly poskytnuté žádné informace o průběhu operace.

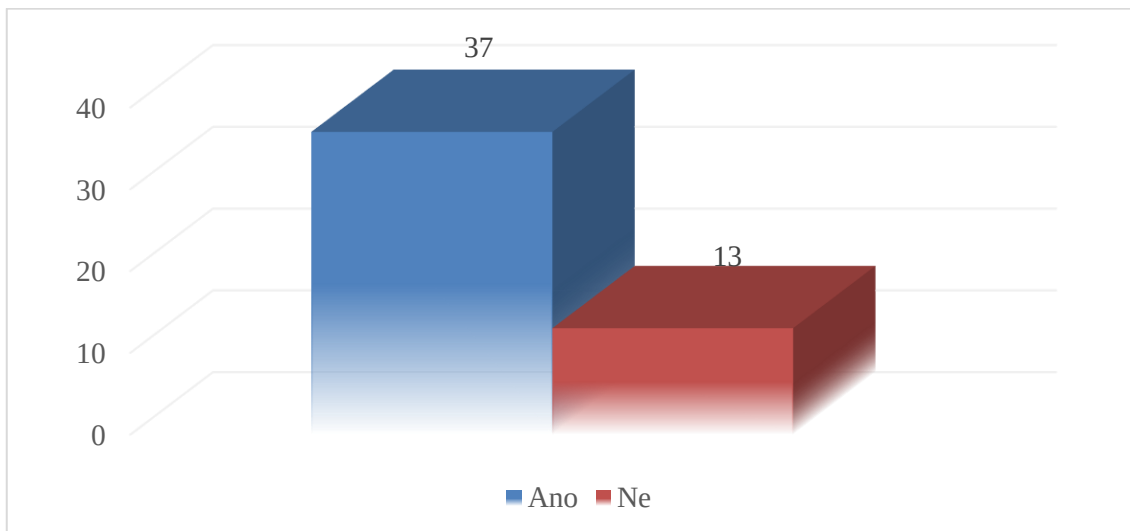
Otázka č. 14: Pociťoval jste chlad během operace na sále? (jedna možnost)



Graf 14 Chlad během operace na sále

V grafu 14 je znázorněno, že 14 osob (28 %) pociťovalo během operace velký chlad a 36 osob (72 %) pociťovalo malý chlad na operačním sále. Žádná osoba neuvedla, že by nepociťovala vůbec žádný chlad.

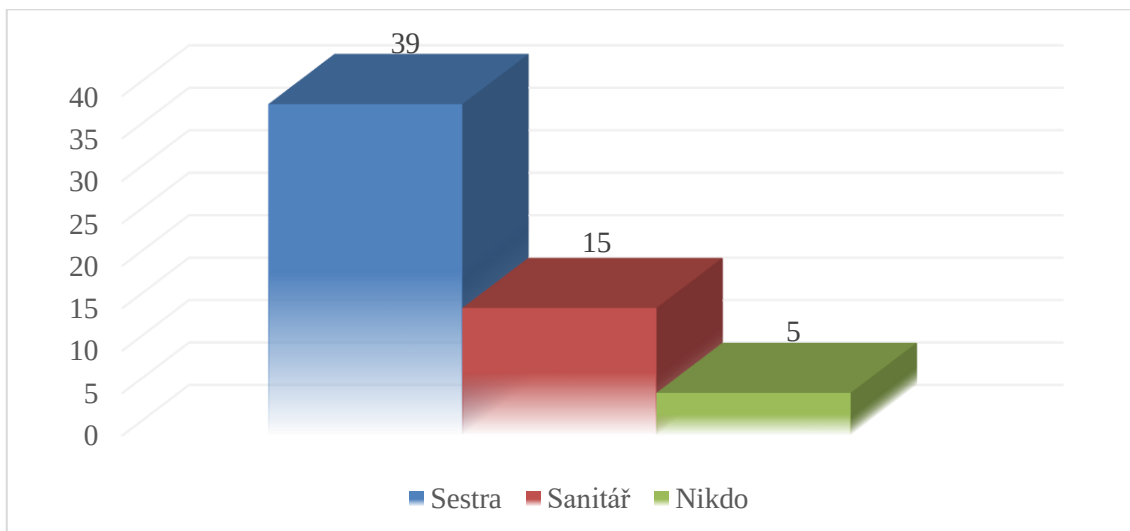
Otázka č. 15: Nabídla Vám sestra zahřívací deku? (jedna možnost)



Graf 15 Možnost zahřívací deky

V grafu 15 je zobrazeno, že 37 osobám (74 %) sestra nabídla zahřívací deku a 13 osobám (26 %) nikoliv.

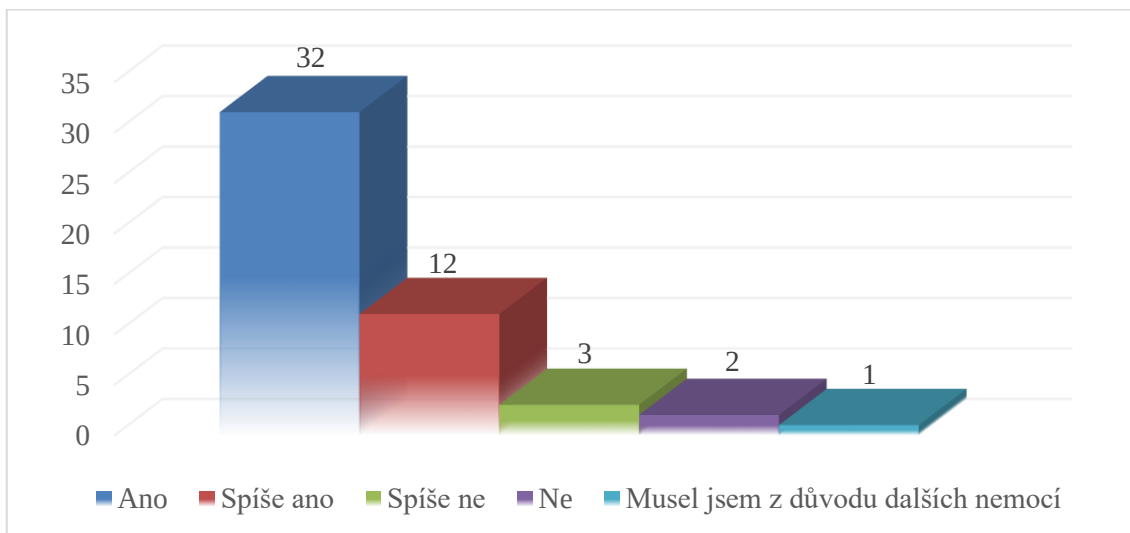
Otázka č. 16: Kdo Vás upozornil na opatrnost jako prevenci pádu? (více možností)



Graf 16 Upozornění na opatrnost jako prevence pádu

V grafu 16 je znázorněno, že 39 osob (78 %) na opatrnost jako prevenci pádu upozornila sestra, 15 osob (30 %) upozornil sanitář a 5 osob (10 %) neupozornil nikdo.

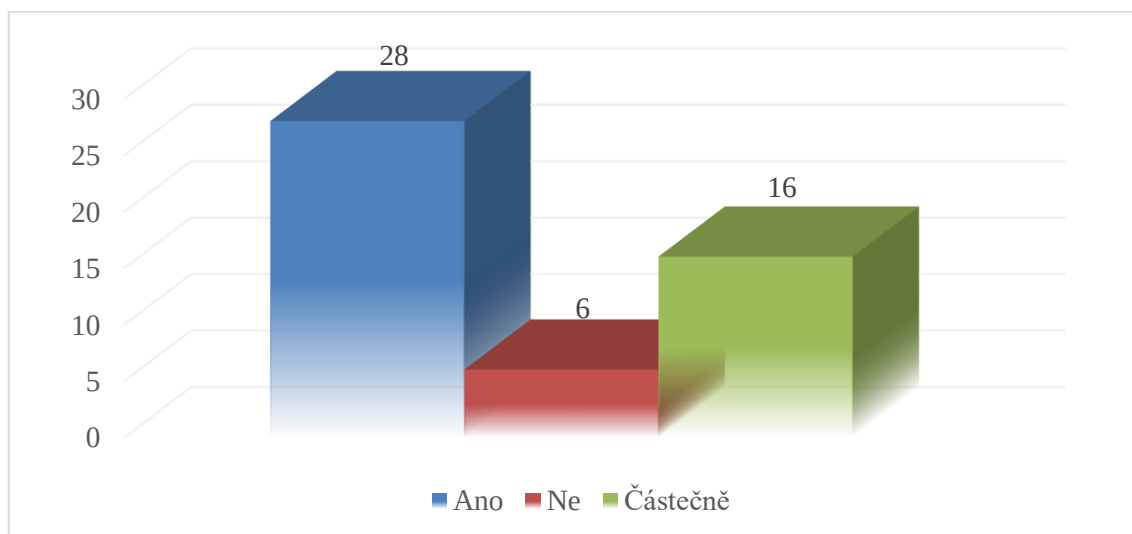
Otázka č. 17: Snášel jste průběh anestezie dobře? (jedna možnost)



Graf 17 Pacientovo snášení průběhu anestezie

V grafu 17 je zobrazeno, že 32 osob (64 %) snášelo průběh anestezie dobře, 12 osob (24 %) spíše dobře, 3 osoby (6 %) spíše špatně a 2 osoby (4 %) špatně. 1 osoba (2 %) uvedla, že anestezii musela snášet dobře, z důvodu dalších nemocí.

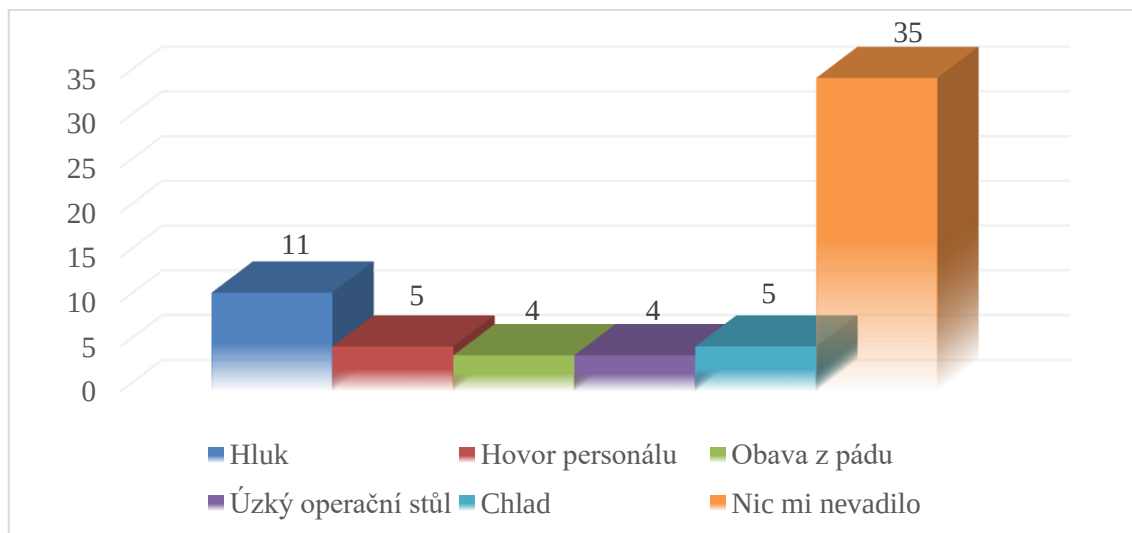
Otázka č. 18: Pomohl Vám rozhovor s lékařem před operací ve zmírnění strachu?
(jedna možnost)



Graf 18 Pomoc rozhovoru pacienta s lékařem před operací ve zmírnění strachu

V grafu 18 je znázorněno, že 28 osobám (56 %) pomohl rozhovor s lékařem před operací ve zmírnění strachu, 6 osobám (12 %) rozhovor nepomohl a 16 osobám (32 %) pomohl rozhovor s lékařem částečně.

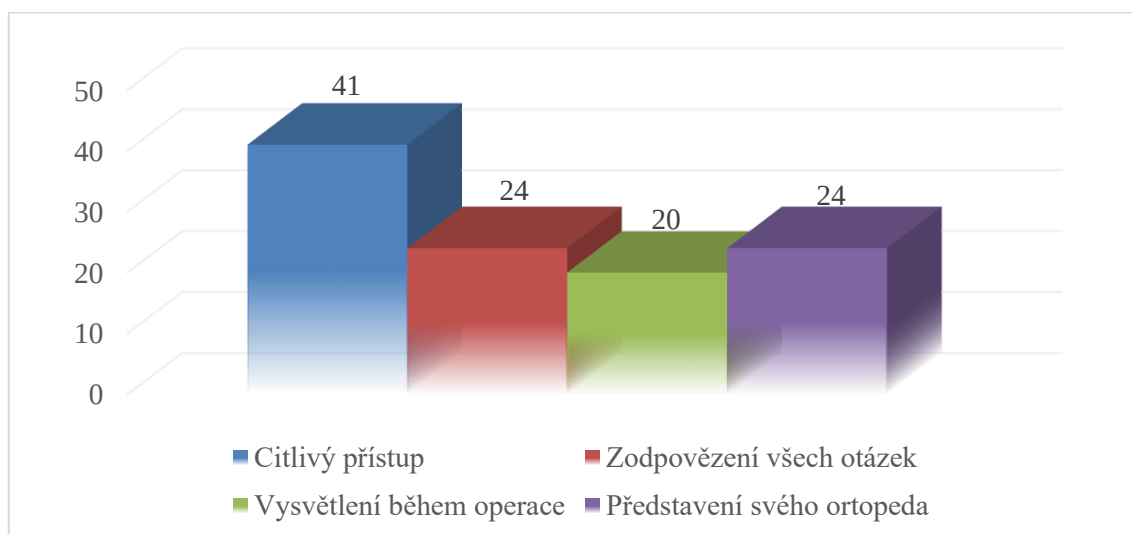
Otázka č. 19: Co Vám na operačním sále vadilo nejvíce? (více možností)



Graf 19 Negativa ze strany pacienta na operačním sále

V grafu 19 je zobrazeno, že 11 osobám (22 %) na operačním sále nejvíce vadil hluk, 5 osobám (10 %) vadil nejvíce hovor personálu, 4 osobám (8 %) nejvíce vadila obava z pádu, 4 osobám (8 %) nejvíce vadil úzký operační stůl, 5 osobám (10 %) nejvíce vadil chlad. 35 osob (70 %) uvedlo, že jim na operačním sále nevadilo nic.

Otázka č. 20: Co byste na operačním sále hodnotil kladně? (více možností)



Graf 20 Pozitiva ze strany pacienta na operačním sále

V grafu 20 je znázorněno, že 41 osob (82 %) na operačním sále ohodnotilo kladně citlivý přístup, 24 osob (48 %) ocenilo zodpovězení všech otázek, 20 osob (40 %) zhodnotilo kladně vysvětlení během operace a 24 osob (48 %) pochválilo představení svého ortopeda.

3 Diskuse

Výzkumné šetření prostřednictvím dotazníku poskytlo mnoho dat, která mi pomohla k vytvoření náhledu na zvolené téma a zjištění informací pro zlepšení bezpečnosti pacienta na operačním sále.

Bezpečnost pacientů na operačním sále je aktuální téma v každé době. Spolupráce pacienta se zdravotním personálem je společně s vhodnou komunikací a empatií důležitým článkem v procesu uzdravování pacienta.

Cílem této bakalářské práce bylo pomocí dotazníků zjištění, zda je bezpečnost na operačním sále v souladu s resortními bezpečnostními cíli a zda jsou pacienti spokojeni s etikou na operačním sále během anestezie. Dotazování se zúčastnilo 50 respondentů, kteří byli operováni na ortopedickém oddělení Surgal Clinic s.r.o. Brno.

Tématem bezpečnosti pacienta na operačním sále se zabývá mimo jiné i atestační práce Mgr. Petry Kourkové z roku 2017. Některé své výsledky dotazníkového šetření jsem porovnávala s jejími výsledky. Obě jsme zjistily, že identifikace pacientů probíhá na 100 % a zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále je v souladu se všemi předpisy daného zdravotního zařízení i resortními bezpečnostními cíli.

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem je zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále- identifikace, stranový protokol, riziková léčiva, bezpeční na operačním stole.

1.výzkumná otázka: *Jak je zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále?*

K zodpovězení této otázky byly použity odpovědi z otázek č. 5, 6, 7. Právě tyto otázky byly zaměřeny na identifikaci pacientů. Otázka č. 5 zjišťovala, jestli si pacienty při převzetí na operační sál převzala anesteziologická sestra. 98 % dotazovaných odpovědělo, že ano. Další otázkou č. 6 bylo třeba zjistit, zdali bylo u pacientů ověřeno jejich jméno. V tomto případě odpovědělo 60 % dotazovaných, že jejich jméno bylo ověřeno ústním dotazem i kontrolou identifikačního náramku. 30 % dotazovaných uvedlo, že jméno bylo ověřeno pouze ústním dotazem. U 10 % pacientů byl zkontrolován pouze identifikační náramek. Žádný dotazovaný neuvedl, že by jeho jméno nikdo alespoň jedním způsobem neověřil. Následující otázka č. 7 zjišťovala, jestli měli pacienti na těle označenou operovanou stranu. Na tuto otázku odpovědělo 88 % pacientů, že ano. Naopak 12 % dotazovaných uvedlo, že označenou stranu neměli.

Uvedené výsledky ukazují, že je dodržována vícestupňová identifikace pacienta a označení operované strany.

Cíl 2: Zjistit zajištění psychické pohody pacienta, pocity a komfort-komunikace s personálem, dodržování etiky pacienta během svodné anestezie při operacích totální endoprotézy kolene a kyčle.

1.výzkumná otázka: *Jak jsou pacienti spokojeni se svodnou anestezii?*

K zodpovězení této otázky byly použity odpovědi z otázek č. 10, 11, 14, 15, 17, 19, 20. Právě tyto otázky byly zaměřeny na spokojenost pacienta s průběhem anestezie. První otázka č. 10 zjišťovala, zdali chtěli pacienti poslouchat hudbu v průběhu operace. 68 % dotazovaných odpovědělo, že ano. Naopak 32 % pacientů hudbu poslouchat nechtělo. Druhou otázkou č. 11 jsem chtěla zjistit, jaké pocity měli pacienti v průběhu operace. Většina (48 %) dotazovaných uvedla, že pociťovali strach. 18 % pacientů odpověděli, že cítili úzkost. 34 % respondentů se na své pocity nepamatuje. Třetí otázka č. 14 zjišťovala, zdali pacienti cítili na operačním sále chlad. U této otázky odpovědělo 72 % pacientů, že ano, ale jen malý chlad. Naopak 28 % pacientů cítilo velký chlad. Žádný dotazovaný neuvedl, že by necítil žádný chlad. Navazující otázka č. 15 ukazuje, že 74 % pacientům nabídla sestra zahřívací deku. U 26 % dotazovaných sestra zahřívací deku nenabídla. Další otázka č. 17 se zabývala snášením anestezie u pacientů. Většina (64 %) dotazovaných uvedla, že průběh anestezie snášeli dobře a 24 % pacientů zvolilo možnost spíše dobře. Následující otázka č. 19 zjišťovala, co nejvíce vadilo respondentům na operačním sále. Největší zastoupení (70 %) měla odpověď nic. 22 % pacientů vybralo možnost hluku. Stejně zastoupení (10 %) měly možnosti hovor personálu a chlad. 8 % dotazovaných vybralo možnost obava z pádu a úzký operační stůl. Další otázka č. 20 se zabývala možnostmi, které skutečnosti by dotazovaní hodnotili na operačním sále kladně. 82 % pacientů vyzdvihlo citlivý přístup. Stejně zastoupení (48 %) měly možnosti zodpovězení všech otázek a představení svého ortopeda. 40 % pacientů pochválilo vysvětlení činností během operace.

Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že pacienti byli s průběhem anestezie velmi spokojeni. Mohli poslouchat hudbu, která přináší uklidňující účinky. Většina pacientů pociťovala na operačním sále chlad, a proto jim sestra nabídla zahřívací deku. Dotazovaní pacienti uvedli, že jim na operačním sále nevadilo nic, což poukazuje na ohleduplnost personálu a dostatečnou informovanost pacientů.

2.výzkumná otázka: *Jak byli pacienti spokojeni s komunikací s personálem?*

K zodpovězení této otázky byly použity odpovědi z otázek č. 8, 9, 12, 13, 16, 18. Právě tyto otázky byly zaměřeny na spokojenost pacientů s komunikací se zdravotním personálem. První otázka č. 8 zjišťovala, kdo vysvětlil pacientům průběh svodné anestezie. 68 % dotazovaných vybralo možnost anesteziologa, 22 % zvolilo možnost lékaře. 16 % dotazovaných zvolilo zdravotní sestru. 12 % pacientů vybralo ortopeda. Druhou otázkou č. 9 jsem zjistila, že s 90 % pacientů komunikovala anesteziologická sestra před začátkem operace. Třetí otázkou č. 12 jsem se dozvěděla, že 36 % pacientů mělo malé obavy z operace. 26 % dotazovaných uvedlo, že měli velké obavy a 24 % mělo jen částečné obavy, Naopak 14 % pacientů nemělo žádné obavy z operace. Další otázka č. 13 mi sdělila, že 74 % pacientů mělo poskytnuté úplné informace o průběhu operace. 22 % respondentů vybralo možnost částečných informací. Otázka č. 16 ukazuje, že 78 % pacientů upozornila sestra na opatrnost jako prevence pádu. 30 % dotazovaných upozornil sanitář. Následující otázka č. 18 ukazuje, že 56 % pacientů pomohl rozhovor s lékařem před začátkem operace ve zmírnění strachu. U 16 % dotazovaných pomohl rozhovor s lékařem jen částečně. Naopak 12 % respondentů rozhovor s lékařem ve zmírnění strachu vůbec nepomohl.

Výsledky výzkumu ukazují, že pacienti jsou převážně spokojeni s komunikací ve zdravotnickém zařízení se zdravotním personálem před, v průběhu i po skončení operačního výkonu. Dotazovaní respondenti jsou dostatečně informováni o průběhu operace i anestezie. Prevencí úrazů je vysoká míra zabezpečení pacientů a časté upozorňování na možné nebezpečí. Ve zmírnění strachu a úzkosti z operace měl pozitivní účinek rozhovor s lékařem před začátkem operace.

Návrh řešení a doporučení pro praxi

Dotazovaní pacienti byli po plánovaném ortopedickém výkonu. Převážná většina byla velice spokojena s citlivým přístupem personálu, klidem na operačním sále, empatií, vysvětlením a dostatečným množstvím informací. Většina ocenila příchod ortopeda před výkonem, což v nich vzbudilo pocit bezpečí.

Dotazníkové šetření dopadlo velmi pozitivně. Na ortopedickém sále Surgal Clinic Brno s.r.o. funguje všechno v dostatečné míře a pacienti jsou se vším spokojeni. Resortní bezpečnostní cíle jsou dodržovány. Je potřeba v těchto nastavených parametrech politiky kvality a bezpečnosti pacientů pokračovat a nic nepodcenit.

Pro praxi mám pouze 2 doporučení. Identifikační náramky na ruku neměli všichni pacienti. Přitom se jedná o jeden z hlavních identifikačních způsobů pacienta, zvláště v případě, že pacient není zcela při vědomí. Tento podnět sdělím na ortopedické ambulanci, aby při přijetí pacienta nebyly identifikační náramky opomíjeny. Dále jsem zjistila, že na ortopedickém sále chybí checklist, který je prostředkem ke zvýšení bezpečnosti pacienta v nemocničním zařízení a předchází poškození zdraví pacienta. Navrhnou podnět na jeho doplnění.

Závěr

Na začátku teoretické části své bakalářské práce jsem nastínila problematiku resortních bezpečnostních cílů, mezi které patří např. bezpečná identifikace pacientů, prevence záměny strany výkonu u pacienta, prevence vzniku proleženin. Mezi zvláštnosti perioperační péče náleží specializovaný operační tým, do kterého zahrnuji perioperační sestru, anesteziologa, obíhající sestru, operátora a anesteziologickou sestru. K rizikům ohrožujících bezpečnost pacienta na operačním sále uvádím např. pád a sesunutí pacienta z operačního stolu, popálení, alergická reakce, kontrola vybavení a pomůcek.

Na následujících stránkách jsem shrnula základní informace k anestezii, která se dělí na celkovou a svodnou anestezii. V ortopedii se hojně využívá svodná-subarachnoideální anestezie, při které dojde ke znecitlivění určité, v mém případě dolní, části těla. Poté jsem rozebrala rizika spojená s anestézií a nastínila jsem možné komplikace anestezie během operačního výkonu. V další kapitole jsem podrobně popsala průběh perioperační péče na operačním sále a aktivní přístup personálu k možným rizikům. Připojila jsem i dokumenty-informovaný souhlas a checklist.

Poslední velkou a velmi podstatnou kapitolou byla etika v ošetrovatelství. Zaměřila jsem se na etické principy při práci zdravotního personálu v průběhu celé péče-od příjmu po propuštění pacienta domů. Důležité je i dodržování určitých etických principů na oddělení mezi personálem. Kapitolu jsem zakončila shrnutím cílů ošetrovateľské etiky.

Ve výzkumné části v oblasti bezpečnosti pacienta jsem zjistila, že na ortopedickém sále jsou dodržována všechna bezpečnostní opatření a vícestupňová identifikace pacienta. Komunikace s pacientem je na vysoké úrovni, vždy k jeho spokojenosti. Taktéž je prováděna dostatečná prevence tlakových lézí a stranový protokol je vždy podepsaný pacientem, lékařem a operátorem. Zásady etických principů v ošetrovateľské praxi jsou plně dodržovány. V průběhu anestezie se anesteziologická sestra s anesteziologem věnují zajištění co největšího komfortu pacienta. Všechny tyto skutečnosti potvrzují i výsledky dotazování.

Výzkumná otázka č. 1 *Jak je zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále?* byla zodpovězena. Naprostá většina respondentů uvedla, že jejich identifikace proběhla několikrát před zahájením výkonu. Tím je dodržován RBC č. 1 Bezpečná identifikace pacientů. Takto výborný výsledek považují za klíčový, protože o bezpečí pacienta se dbá především a pro personál je velmi důležitý.

Výzkumná otázka č. 2 *Jak jsou pacienti spokojeni se svodnou anestezii?* byla zodpovězena též. 56 % dotazovaných bylo operováno ve svodné anestezii poprvé a byli s ní spokojeni. Průběh anestezie zvládli dobře, bez většího diskomfortu. Důležité pro respondenty bylo, že před začátkem operace za nimi přišel operátor, kterého si přáli. Také si pochvalovali citlivý přístup a komunikaci s veškerým personálem. 40 % pacientů nebylo operováno ve svodné anestezii poprvé. Taktéž se shodli, že i předtím byli s anestezií spokojeni.

Výzkumná otázka č. 3 *Jak byli pacienti spokojeni s komunikací s personálem?* byla zodpovězena jako poslední. Ověřila jsem si, že většině respondentů na operačním sále nic nevadilo. S dostatečným časovým předstihem dostali dostatek informací a lékaře se mohli na cokoliv nejasného zeptat. Celkově byli se vším spokojeni.

Celé šetření dopadlo velmi pozitivně. Zpětná vazba, kterou jsem od pacientů pomocí dotazníků získala, je pro mě velice cennou. Potvrdila mi, že zaměstnanci Surgal Clinic Brno s.r.o. se snaží dělat svoji práci kvalitně a dbát všech předpisů a pokynů. Do budoucna bych popřála veškerému personálu ortopedického operačního sálu vydržet v současné vysoké úrovni, nadále se vzdělávat a udržovat příjemné prostředí pro pacienty.

Seznam použité literatury

- ANZANBACHER, Arno. *Úvod do etiky*. 1994, 1. vydání, Praha. Překlad Karel Šprunk. ISBN 80-7113-111-3.
- GULÁŠOVÁ, Ivica. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. 2008, 1. vydání, Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-288-5.
- IVANOVÁ, Kateřina. *Kapitoly z lékařské etiky*. 1998, 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-836-4.
- JANÍKOVÁ, Eva, ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovateľská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 2012, 1. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, a kol. *Ošetrovateľská perioperační péče*. 2012, 1. vydání, Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-543-3.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, a kol. *Ošetrovateľská perioperační péče*. 2019, 2. vydání, Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-598-3.
- JINDROVÁ, Barbora, a kol. *Praktické postupy v anestezii*. 2011, 1. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3626-6.
- JINDROVÁ, Barbora, a kol. *Praktické postupy v anestezii*. 2016, 2. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5612-7.
- KALA, Zdeněk, PENKA, Igor, a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. 2010, 1. vydání, Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-518-1.
- MÁLEK, Jiří, a kol. *Praktická anesteziologie*. 2011, 1. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 2005, 1. vydání, Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
- NICHOLLS, Anthony, WILSON, Iain. *Perioperační medicína*. 2006, 1. vydání, Praha: Galén. Překlad: MUDr. Ivana Suchardová. ISBN 80-7262-320-6.
- REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. 2012, 1. vydání, Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-549-5.

- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 2014, 1. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2019, 2. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2900-8.
- VESELÝ, Radek. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. 2011, 1. vydání, Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-539-6.
- VYMAZAL, Tomáš, a kol. *Doporučené postupy pro podávání anestezie dětem a dospělým*. 2015, 1. vydání, Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3656-6.
- WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea, ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 2012, 1. vydání, Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.
- WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 2013, 1. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.
- WICHISOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. 2020, 1. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1029-2.
- ZAZULA, Roman. *Intenzivní perioperační péče*. 2000, 1. vydání, Praha: Galén. ISBN 80-86257-17-7.
- ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk, a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2011, 3. vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.
- ZEMANOVÁ, Jitka. *Základy anesteziologie-I.část*. 2014, 2. vydání, Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-505-1.

Seznam použitých zdrojů

ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

FILIPOVÁ, Monika. *Prevence pochybení na oddělení operačních sálů*. Závěrečná práce, NCO NZO Brno.

KOURKOVÁ, Petra. *Zajištění bezpečí pacienta a kvality ošetrovatelské péče na operačním sále: závěrečná atestační práce*. Závěrečná práce, NCO NZO Brno.

MASOPUSTOVÁ, Monika, 2018. *Informovanost pacienta o anestezii před plánovaným operačním výkonem*. Závěrečná práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava.

NIKRMAIEROVÁ, Leona, 2016. *Operační výkon jako stresová zátěž*. Závěrečná práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava.

OPÁLKOVÁ, Kateřina. *Kvalita poskytované péče v perioperačním období: atestační práce*. Závěrečná práce, NCO NZO Brno.

POKORNÁ, Marta, 2015. *Spokojenost klientů se subarachnoidální anestezii*. Závěrečná práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava.

ROZMAHELOVÁ, Oldřiška. *Týmová spolupráce na operačním sále*. Závěrečná práce, NCO NZO Brno.

ŠULOVÁ, Martina, 2018. *Předoperační příprava pacienta v intervencích všeobecné sestry*. Závěrečná práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava.

VÍTKOVÁ, Martina. *Proces zajištění bezpečí pacienta na operačním sále*. Závěrečná práce, NCO NZO Brno.

ČLÁNKY

AMMANATULLAH, Derek F., a kol, 2015. Perioperační péče při totální náhradě kolenního kloubu-výběr pacientů, léčba bolesti, tromboprofylaxe a rehabilitace. *Current orthopaedic practise*. 7 (2), 45-51. ISSN 1803-6848.

FOŘTOVÁ, Magdalena, a kol, 2010. Srovnání spokojenosti pacientů po celkové a regionální anestezii u operačních náhrad kyčelních a kolenních kloubů. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 21 (6), 311-316. ISSN 1214-2158.

GOMBALOVÁ, Petra, PLEVOVÁ, Ilona, 2016. Bezpečnostní proces na operačním sále. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. 56-57. ISBN 978-80-7464-826-7.

- GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, Helena, a kol, 2017. Perioperační starostlivost a bezpečnost pacienta. *Ošetrovatel'stvo a porodna asistencia*. 15 (2), 36-39. ISSN 1336-183X.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, HODOVÁ, Silvie, 2013. Edukační program perioperační péče ve FN Brno. *Florence*. 9 (1-2), 24-26. ISSN 1801-464X.
- KISOVÁ, Ildikó, a kol, 2017. Kvalitna a bezpečna intraoperačna starostlivost v kontexte ekonomiky. *Cesta k modernímu ošetrovatel'ství*. 200-206.
- KUDRLIČKOVÁ, Dagmar, a kol, 2014. Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*. 15 (4), 235-237. ISSN 1213-0494.
- LOŠŤÁK, Jiří, a kol, 2016. Spokojenost s náhradou kolena: analýza předoperačních a perioperačních parametrů u 826 pacientů. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Čechoslovaca*. 83 (2), 91-101. ISSN 0001-5415.
- MIŽENKOVÁ, Ludmila, a kol, 2017. Strach a úzkost jako ošetrovatelský problém v perioperačním období. *Molisa*. 116-123. ISBN 978-80-555-1666-0.
- PÁLENÍKOVÁ, Květa, PROSECKÁ, Martina, 2010. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *Sestra*. 20 (2), 41-42. ISSN 1210-0404.
- PAVLOVÁ, Petra, a kol, 2015. Perioperační bezpečnostní proces v praxi. *Profese online*. 8 (1), 24-29.
- VÁCOVÁ, Jana, BRABCOVÁ, Iva, 2016. Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále. *Urologie pro praxi*. 17 (3), 139-142. ISSN 1213-1768.
- WICHISOVÁ, Jana, 2010. Surgical Safety Checklist-prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra*. 20 (2). ISSN 1210-0404.

Ostatní zdroje

- Etický kodex Mezinárodní rady sester přijatý Českou asociací sester 29.3.2003
- Předpis č. 93/2012 Sb. o ochraně zdraví při práci s účinností od 1.4.2012
- Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 5/2012
- Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 16/2015
- Vyhláška č. 55/2011 Sb. §4 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce
- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách s účinností od 1.4.2012

Seznam použitých zkratk

ARIP - specializační vzdělávání zdravotních sester v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO - anesteziologicko-resuscitační oddělení

ASA - American Society of Anesthesiologists-anesteziologické riziko

CNS - centrální nervová soustava

EtCO₂ - parciální tlak CO₂

JIP - jednotka intenzivní péče

KCl – Kalium Chloratum

L1-L2 - prostor mezi prvním a druhým bederním obratlem na páteři

LA - lokální anestezie

m. - musculus (sval)

n. - nervus (nerv)

NCO NZO - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno

OS - operační sál

RBC - resortní bezpečnostní cíle

THA - totální endoprotéza (výměna) kyčelního kloubu

TKA - totální endoprotéza (výměna) kolenního kloubu

WHO - World Health Organization-Světová zdravotnická organizace

Seznam vysvětlivek

Arytmie - poruchy srdečního rytmu

Bradykardie - snížená tepová frekvence

Degenerativní postižení - neobnovitelné poškození kloubu

Desaturace - nedostatek kyslíku ve tkáních

Embolie - zanesení krevní sraženiny do cévy

Fibrotické změny - zvaživovatění po operaci

Fixace - zajištění končetiny v určité poloze

Hemodynamické parametry - arteriální tlak (IBP), centrální žilní tlak v arterii pulmonalis (PAP) a v pravostranných srdečních oddílech (RAP, RVP), ukazatelé CO

Holistický přístup - přístup k pacientovi jako v celku, nikoliv jen k jeho porušené části

Hypertenze - vysoký krevní tlak

Hypotenze - nízký krevní tlak

Hypotermie - podchlazení

Instrumentárium - lékařské nástroje používané při operačních výkonech

Integrita tkání - celistvost (kompletnost) tkání

Ischemie - nedokrvení části těla

Konzervativní léčba - léčba bez operačního zákroku pomocí léků

Kraniální šíření - šíření směrem k hlavě

Medicínální plyny - plyny po inhalační anestezii ve speciálních odpařovačích

Mydriáza - rozšíření oční zornice

Nauzea - nevolnost

Neurovegetativní projevy - projevy vznikající na nervovém podkladě

Nozokomiální nákaza - nákaza, kterou pacient získá ve zdravotnickém zařízení

Paréza - ochrnutí části těla

Perioperační - v průběhu operace

Premedikace - podání léků před začátkem anestezie

Pruritus - svědění

Stranový (verifikační) protokol - pacientem a lékařem podepsaný dokument určující operovanou stranu pacienta

Sympatikomimetika - látky podporující aktivaci sympatiku

Tachykardie - zvýšená tepová frekvence

Trombóza - ucpání cévy krevní sraženinou

Vazodilatace - rozšíření cév

Vazokonstrikce - zúžení cév

Volumoterapie - doplnění objemu tekutin

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví	33
Graf 2 Věk.....	34
Graf 3 Operace ve svodné anestezii poprvé.....	34
Graf 4 Operace v minulosti.....	35
Graf 5 Při předání na operační sál převzetí anesteziologickou sestrou.....	35
Graf 6 Ověření jména.....	36
Graf 7 Označení operované strany na těle	36
Graf 8 Vysvětlení svodné anestezie	37
Graf 9 Komunikace anesteziologické sestry s pacientem před začátkem operace	37
Graf 10 Poslouchání hudby během operace.....	38
Graf 11 Pocity pacienta v průběhu operace	38
Graf 12 Obavy pacienta z operace	39
Graf 13 Pacientovi poskytnuté informace o průběhu operace	39
Graf 14 Chlad během operace na sále.....	40
Graf 15 Možnost zahřívací deky	40
Graf 16 Upozornění na opatrnost jako prevence pádu.....	41
Graf 17 Pacientovo snášení průběhu anestezie	41
Graf 18 Pomoc rozhovoru pacienta s lékařem před operací ve zmírnění strachu	42
Graf 19 Negativa ze strany pacienta na operačním sále	42
Graf 20 Pozitiva ze strany pacienta na operačním sále.....	43

Seznam příloh

Příloha č. 1 Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Práva pacientů

Příloha č. 4 ASA klasifikace

Příloha č. 1 Žádost o provedení výzkumného šetření

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Mgr. Studená Andrea

SurGal Clinic s.r.o.

Drobného 38-40, Brno

V Brně 17.6.2020

Vážená paní náměstkyně,

Jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě a pro svoji bakalářskou práci na téma *Bezpečnost pacienta na operačním sále pohledem anesteziologické sestry*, bych ráda udělala průzkumné šetření formou anonymních dotazníků na ortopedickém oddělení. Proto Vás prosím o souhlas, dotazník přikládám. Děkuji Vám za vstřícnost.

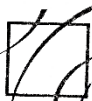
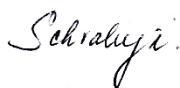
S přátelským pozdravem a poděkováním



Jitka Strachová

4. semestr, kombi studia VŠPJ,

Obor všeobecná sestra



SurGal Clinic ©
SurGal Clinic s.r.o.
Drobného 38-40
602 00 Brno
IČ: 25665033 DIČ: CZ25665033

Mgr. Ivana Keresteši

Příloha č. 2 Dotazník



Vysoká škola polytechnická Jihlava

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Strachová a studuji bakalářské studium všeobecné sestry na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Jednou z podmínek zakončení mého studia je bakalářská práce na téma Bezpečnost pacienta na operačním sále pohledem anesteziologické sestry.

Průzkumné šetření je zaměřeno na zjištění Vaší spokojenosti během pobytu na operačním sále. Proto Vás prosím o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je anonymní a jeho výsledek bude použit pouze pro vypracování mé bakalářské práce. Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku.

Správnou odpověď prosím zakroužkujte.

1. Pohlaví (jedna možnost)

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk: let

,

3. Byl jste operován ve svodné anestezii poprvé? (jedna možnost)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepamatuji se

4. Byl jste již v minulosti operován? (jedna možnost)

- a) Ano-ve svodné anestezii
- b) Ano-v celkové anestezii
- c) Ne

5. Při předání na operační sál si Vás převzala anesteziologická sestra? (jedna možnost)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. Bylo ověřeno Vaše jméno? (jedna možnost)

- a) Ano-byl zkontrolován identifikační náramek
- b) Ano-bylo zkontrolováno ústním dotazem
- c) Ano-bylo ověřeno náramkem i dotazem
- d) Ne-nebylo ověřeno

7. Měl jste na těle označenou operovanou stranu? (jedna možnost)

- a) Ano
- b) Ne

8. Kdo Vám vysvětlil průběh svodné anestezie? (můžete vybrat více možností)

- a) Sestra
- b) Lékař
- c) Anesteziolog
- d) Ortoped

9. Komunikovala s Vámi anesteziologická sestra před začátkem operace?
(jedna možnost)

- a) Ano
- b) Ne

10. Chtěl jste poslouchat hudbu dle Vašeho výběru během operace?
(jedna možnost)

- a) Ano
- b) Ne

11. Jaké jste měl pocity v průběhu operace? (jedna možnost)

- a) Strach
- b) Úzkost
- c) Nepamatuji se

12. Měl jste obavy z operace? (jedna možnost)

- a) Ano-velké
- b) Ano-částečné
- c) Ano-malé
- d) Ne-žádné

13. Jaké informace Vám byly poskytnuty o průběhu operace? (jedna možnost)

- a) Úplné
- b) Částečné
- c) Žádné

14. Pociťoval jste chlad během operace na sále? (jedna možnost)

- a) Ano-velký
- b) Ano-malý
- c) Ne-žádný

15. Nabídla Vám sestra zahřívací deku? (jedna možnost)

- a) Ano
- b) Ne

16. Kdo Vás upozornil na opatrnost jako prevenci pádu? (můžete vybrat více možností)

- a) Sestra
- b) Sanitář
- c) Nikdo

17. Snášel jste průběh anestezie dobře? (jedna možnost)

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Musel jsem z důvodu svých dalších nemocí

18. Pomohl Vám rozhovor s lékařem před operací ve zmírnění strachu? (jedna možnost)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Částečně

19. Co Vám na operačním sále vadilo nejvíce? (můžete vybrat více možností)

- a) Hluk
- b) Hovor personálu
- c) Obava z pádu
- d) Úzký operační stůl
- e) Chlad
- f) Nic mi nevadilo

20. Co byste na operačním sále hodnotil kladně? (můžete vybrat více možností)

- a) Citlivý přístup
- b) Zodpovězení všech otázek
- c) Vysvětlení během operace
- d) Představení svého ortopeda

Příloha č. 3 Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex „Práva pacientů“ navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato práva pacientů byla prohlášena za platná dne 25.2.1992.

Příloha č. 4 ASA klasifikace

I.	Zdravý pacient bez klinického patologického nálezu. Chorobný proces, jenž je indikací k operaci, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu. Platnost vyšetření je jeden měsíc a perioperační mortalita činí 0,06 %.
II.	Pacient s lehkým, kontrolovaným, funkčně nelimitujícím systémovým onemocněním. Platnost vyšetření u pacienta je 14 dní a perioperační mortalita činí 0,47 %.
III.	Pacient s těžkým nebo obtížně kontrolovatelným systémovým onemocněním, pacienta plně limitujícím, neohrožujícím však trvale zdraví pacienta na životě. Platnost vyšetření je maximálně 2 týdny dle klinického stavu a perioperační mortalita je 4,39 %
IV.	Pacient s funkčně limitujícím onemocněním, které ho trvale ohrožuje na životě, dále pacienti po transplantacích, chemoterapiích, radioterapiích, klinicky imunodeficientní a pacienti ve středně těžké malnutrici. Platnost vyšetření je 12-24 hodin a perioperační mortalita činí 23,48 %.
V.	Moribundní pacient, u kterého je předpoklad úmrtí do 24 hodin a operační výkon je poslední možnost záchrany života. Platnost vyšetření je 12-24 hodin a perioperační mortalita je 50,77 %.
VI.	Prokázaná smrt mozku, dárce orgánů.

(Jindrová, 2016; Zeman, 2011)