

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Laura Flores Santiago

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Polohování pacientek v perioperační péči

Bc. Laura Flores Santiago

2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Laura Flores Santiago**  
Osobní číslo: **Z18378**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Téma práce: **Polohování pacientek v perioperační péči**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran  
Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

#### Seznam doporučené literatury:

1. ENGELS, Dawn, Melody AUSTIN, Laurie McNICHOL, Jenifer FENCL, Sat GUPT a Haseeb KAZI. Pressure ulcers: factors contributing to their development in the OR. *AORN JOURNAL* [online]. 2016; 103(3), 271-281 [cit. 2017-10-11]. Dostupné z <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.aorn.2016.01.008>
2. IHNÁT, Peter. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Galén, 2017. 152 s. ISBN 978-80-271-0334-8.
3. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. 330 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
4. KUDLEJOVÁ, Mária. *Inštrumentovanie: Princípy zádady techniky a postupy*. Praha: Osveta, 2014. 969 s. ISBN 978-80-806-3423-0.
5. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8
6. WICHISOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**  
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.**  
děkanka

L.S.

**Mgr. Helena Poláčková v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2021

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „*Polohování pacientek v perioperační péči*“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze Zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b Zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 21. 6. 2021

Bc. Laura Flores Santiago, v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a čas strávený při vzniku této práce. Zároveň bych ráda poděkovala zdravotnickým zařízením, díky kterým byl možný vznik průzkumné části práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Špilínkové za pomoc při formátování práce, manželovi a rodině za podporu během celého studia a trpělivost během tvorby této práce. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala svému zaměstnavateli a pracovnímu kolektivu za vstřícnost a podporu ve chvílích, kdy jsem to potřebovala.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se především zabývá problematikou polohování pacientky na operačním sále. Je členěna na teoretickou část a průzkumné šetření.

Teoretická část se zaměřuje na polohování pacientek na operačním stole, které je nezbytným prvkem perioperační péče, a je rozdělena do následujících kapitol: „Perioperační péče“, „Personál OS, podílející se na perioperační péči“, „Operační trakt a jeho vybavení“, „Polohování pacientky na operačním stole“, „Nežádoucí události a rizika související s polohováním pacientky na OS“, „Zdravotnická dokumentace v rámci perioperační péče“. Ústřední kapitolou teoretické části diplomové práce je „Polohování pacientky na operačním stole“.

Průzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a zúčastněného pozorování na gynekologických operačních sálech jednoho kraje. Hlavním cílem průzkumu bylo zjištění, zda při přesunu a polohování pacientky jsou na operačním stole dodržována bezpečnostní pravidla, a jakým způsobem.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

perioperační péče, polohovací pomůcky, polohování pacientky na operačním stole, porodní asistentka pro perioperační péči, rizika polohování

## **TITLE**

Positioning of patients in perioperative care

## **ANNOTATION**

The main subject of the diploma thesis is the problematics of patient positioning in the operating room. It is divided into theoretical part and the survey.

The theoretical part focuses on positioning patients on the operating table, which is a necessary element of perioperative care. It includes the following chapters: “Perioperative care”, “Operating room staff participating in perioperative care”, “Surgical tract and its equipment”, “Positioning of patient on the operating table”, “Adverse events and risks related to positioning of patient in the operating room”, “Medical documentation tied to the perioperative care”. The main chapter of the theoretical part of the diploma thesis is the “Positioning of patient on the operating table”.

The survey has been carried out by means of semi-structured interviews and participatory observation in gynecological operating rooms of one region. The main goal of the survey was to find out whether safety rules are observed on the operating table when moving and positioning the patient, and in what way.

## **KEY WORDS**

midwife for perioperative care, patient positioning on the operating table, perioperative care, positioning aids, positioning risks



## OBSAH

ÚVOD .....	11
2 CÍLE PRÁCE .....	13
3 TEORETICKÁ ČÁST .....	14
3.1 Perioperační péče .....	14
3.1.1 Preoperační péče .....	15
3.1.2 Intraoperační péče .....	17
3.1.3 Pooperační péče .....	18
3.2 Personál OS, podílející se na perioperační péči .....	20
3.2.1 Porodní asistentka pro perioperační péči .....	20
3.2.2 Kompetence a vzdělání porodní asistentky pro perioperační péči .....	21
3.2.3 Sálový sanitář .....	23
3.3 Operační trakt a jeho vybavení .....	24
3.3.1 Zóny operačního traktu a transport pacientky .....	24
3.3.2 Vybavení operačního sálu .....	26
3.3.3 Operační stůl .....	27
3.4 Polohování pacientky na operačním stole .....	29
3.4.1 Operační polohy .....	31
3.5 Nežádoucí události a rizika související s polohováním pacientky na OS .....	36
3.5.1 Nežádoucí událost .....	36
3.5.2 Riziko .....	36
3.5.3 Riziko pádu .....	37
3.5.4 Riziko dekubitů .....	38
3.5.5 Riziko popálení .....	39
3.5.6 Parézy .....	40
3.6 Zdravotnická dokumentace v rámci perioperační péče .....	41

4	PRŮZKUMNÁ ČÁST .....	44
4.1	Průzkumný design.....	44
4.2	Polostrukturované rozhovory .....	46
4.2.1	Metodika sběru dat.....	46
4.2.2	Charakteristika průzkumného vzorku .....	47
4.2.3	Analýza dat.....	48
4.2.4	Výsledky průzkumu .....	48
4.3	Zúčastněné pozorování.....	60
4.3.1	Metodika sběru dat.....	60
4.3.2	Charakteristika prostředí průzkumu.....	62
4.3.3	Analýza dat.....	63
4.3.4	Výsledky pozorování .....	64
4.3.5	Celkové vyhodnocení pozorovacích archů .....	73
4.4	Spojení metod .....	75
5	DISKUZE.....	77
6	ZÁVĚR .....	85
6.1	Limity diplomové práce .....	87
6.2	Doporučení pro praxi .....	88
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	89
8	PŘÍLOHY .....	98

## SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1: Porovnání výsledků z celkového vyhodnocení záznamových archů.....	73
Tabulka 1: Kategorie č. 1 .....	49
Tabulka 2: Kategorie č. 2 – část 1 .....	50
Tabulka 3: Kategorie č. 2 – část 2.....	50
Tabulka 4: Kategorie č. 3 .....	51
Tabulka 5: Kategorie č. 4 .....	52
Tabulka 6: Kategorie č. 5 .....	53
Tabulka 7: Kategorie č. 6 .....	54
Tabulka 8: Kategorie č. 7 .....	56
Tabulka 9: Kategorie č. 8 .....	57
Tabulka 10: Kategorie č. 9 .....	58
Tabulka 11: Úkony před uložením pacientky na operační stůl.....	64
Tabulka 12: Úkony v průběhu ukládání pacientky na operační stůl.....	67
Tabulka 13: Úkony probíhající po skončení operačního výkonu .....	71

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AORN	Association of Perioperative Registered Nurses ( <i>Americká asociace sálových sester</i> )
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Body Mass Index ( <i>Index tělesné hmotnosti</i> )
EORNA	European Operating Room Nurses Association ( <i>Evropská asociace sálových sester</i> )
GIT	Gastrointestinální trakt
INO	Irish Nurses Organisation ( <i>Organizace irských sester</i> )
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NU	Nežádoucí událost
OS	Operační sál
PA	Porodní asistentka
PC	Personal computer ( <i>Osobní počítač</i> )
PO	Průzkumná otázka
RBC	Resortní bezpečnostní cíl
RTG	Radioizotopový termoelektrický generátor / Rentgen
SOP	Standardní ošetrovatelský postup
WHO	World Health Organization ( <i>Světová zdravotnická organizace</i> )
ZZ	Zdravotnické zařízení

## ÚVOD

Chirurgická léčba je nezbytnou součástí zdravotní péče po celém světě již více než století. Stále narůstá počet lidí, u kterých je chirurgický výkon jedinou možností léčby či terapie, která může zmírnit riziko postižení, nebo snížit riziko úmrtí. Cílem chirurgické léčby je tedy záchrana, nebo zvýšení kvality života pacientky. Avšak chyby či nesprávná chirurgická léčba mohou způsobit značná poškození pacientky. Dle WHO je v průmyslových zemích téměř polovina nežádoucích účinků u hospitalizovaných pacientek spojena s chirurgickou péčí. Na základě toho vznikl impuls pro sestavení chirurgického bezpečnostního listu (Surgical Safety Checklist), který slouží jako nástroj pro bezpečnější chirurgii (WHO, 2009).

Diplomová práce se zabývá problematikou polohování pacientek v perioperační péči v gynekologii a porodnictví, která je důležitou a nedílnou součástí každého gynekologického operačního výkonu. Aby se předešlo vzniku mnoha komplikací, je důležité pacientku před operací uložit do správné polohy. Pod správnou polohu rozumíme kompromis mezi potřebami anesteziologa, operátora a potřebami pacientky. Správná poloha musí zajišťovat optimální přístup k operačnímu poli, nesmí příliš zatěžovat dýchací a kardiovaskulární systém pacientky, a zároveň musí pacientce zajišťovat bezpečí a komfort (Ihnát, 2017, s. 46-47).

K polohování je využíváno polohovacích pomůcek, které fixují pacientku v určené poloze a tím snižují riziko pádu. Zároveň se používají pomůcky, s nimiž jsou podložena predilekční místa, jež mají za cíl zabránit vzniku dekubitů, tzv. antidekubitní pomůcky (Janíková a kol., 2013, s. 42; Wichsová a kol., 2013, s. 136).

Mezi komplikace vzniklé na základě špatné polohy při operačním výkonu je možné zařadit vznik trombózy, parézy nervů, sesunutí neutrální elektrody, popálení, poruchy dýchání či kardiovaskulární poruchy (Ihnát, 2017, s. 46; Wichsová a kol., 2013, s. 135-136). Polohování pacientky na operačním stole se většinou provádí až po jejím uvedení do anestezie. Nejčastěji do správné polohy pacientku na operačním sále polohuje sálový sanitář pod dohledem porodní asistentky pro perioperační péči nebo perioperační sestry (Česko, 2011).

Na téma problematiky polohování na operačním sále a možného vzniku spojených komplikací není v česky publikované literatuře mnoho zdrojů. Naopak v zahraniční literatuře je k dispozici zdrojů zabývajících se touto problematikou mnohem více. Velice aktivně se touto problematikou zabývá např. časopis AORN, který vydává Asociace registrovaných

perioperačních sester, časopis „The Operating Theatre Journal”, nebo „Journal of Perioperative Practice”.

Toto téma diplomové práce jsem si zvolila, protože jej považuji za zajímavé a velice přínosné, a vnímám jej také jako příležitost k prohloubení si znalostí v oblastech, které se bezprostředně týkají mnou studovaného oboru. Zároveň toto téma považuji za důležité, protože každá porodní asistentka pro perioperační péči pracující na operačním sále se s problematikou polohování denně setkává. Na základě tohoto jsem si jako hlavní cíl práce určila zjištění míry souladu běžné praxe, ve vybraných zdravotnických zařízeních na území České republiky, s obecně platnými doporučeními uvedenými v české i zahraniční literatuře o polohování pacientek na operačních gynekologických sálech.

# 1 CÍLE PRÁCE

## **Cíle teoretické části**

Cílem teoretické části diplomové práce je komplexní popis problematiky perioperační péče ve vztahu k polohování pacientky na operačním sále.

## **Cíle praktické části**

### **Hlavní cíl:**

Zjistit, jak je zajišťována bezpečná péče o pacientku při přesunu a polohování na operačním stole.

### **Dílčí cíle:**

*Cíl č. 1:* Zjistit rozdíly v poskytování bezpečné perioperační péče při přesunu a polohování pacientky na operačním stole ve vybraných zdravotnických zařízeních.

*Cíl č. 2:* Zjistit jaký postup je používán ve vybraných zdravotnických zařízeních vzhledem k nežádoucím účinkům souvisejícím s problematikou přesunu pacientky a jejím polohováním na operačním stole.

*Cíl č. 3:* Zjistit jaká preventivní opatření mají nastavená zdravotnická zařízení, zapojená do průzkumného šetření, v souvislosti s přesunem pacientky a jejím polohováním na operačním stole.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Perioperační péče

Perioperační péči, probíhající na operačních sálech gynekologicko-porodnických oddělení, lze popsat jako péči o pacientku v prostředí operačního traktu, a to těsně před operací (preoperační), v průběhu operace (intraoperační) a krátce po operačním zákroku (postoperační). Tato péče je poskytována pacientkám, které podstupují diagnostické, léčebné, invazivní či intervenční zákroky. Začátkem poskytování perioperační péče v gynekologii a porodnictví je přijetí pacientky k operačnímu výkonu. U větších výkonů je část perioperační péče zahájena již na gynekologickém lůžkovém oddělení, naopak u menších bývá zpravidla zahájena až na operačním sále. Po ukončení operačního výkonu je pacientka předána na pooperační gynekologické oddělení či jednotku intenzivní péče. Dílčí fáze této péče na sebe plynule navazují. Délka jednotlivých fází perioperační péče v gynekologii a porodnictví je různá, a to v závislosti na typu operačního zákroku, zdravotního stavu pacientky, zkušeností operačního týmu a vzniku případných komplikací (Wichsová a kol., 2013, s. 133; Wendsche a kol., 2012, s. 13).

Nejdůležitějším úkolem perioperační péče v gynekologii a porodnictví je poskytování dostatečně kvalitní péče, aby pacientka co nejlépe zvládla operační zátěž a následnou léčbu. Zároveň je během této péče důležité k pacientce dodržovat holistický přístup, tedy přístup z komplexního biopsychosociálního hlediska (Wendsche a kol., 2012, s. 28; Zeman a kol., 2011, s. 134).

Perioperační péče v gynekologii a porodnictví je zajišťována specializovanými porodními asistentkami, či perioperačními sestrami (Surgical nurse, 2020). Vzhledem ke specifikům perioperačního ošetřovatelství a neustálé diferenciaci operačních oborů jsou na kvalitu veškeré perioperační péče kladeny vysoké nároky. Perioperační péče se stejně jako jiné zdravotnické obory neustále a velice rychle rozvíjí. Dochází k celkové modernizaci, vznikají nové přístroje, technologie a materiály, a proto je také nutná neustálá aktualizace standardních ošetřovatelských a operačních postupů a proškolení ošetřujícího personálu tak, aby byla pacientkám poskytována nejkvalitnější možná péče a eliminovala se rizika spojená s chirurgickým výkonem (Wendsche a kol., 2012, s. 14; Jedličková a kol., 2019, s. 14-17).



### 2.1.1 Preoperační péče

Správně poskytnutá preoperační péče vytváří optimální podmínky k lepšímu zvládnutí operační zátěže, k úspěšnému a rychlému zotavování a snížení možného vzniku pooperačních komplikací (Kala a kol., 2010, s. 19).

Všichni zaměstnanci operačního sálu musí před vstupem absolvovat základní očistu v hygienickém filtru, tedy převléknout se do jednorázového oděvu, přezout se do operační obuvi, pokrýt si vlasy operační čepicí a nasadit si ústenku. Před vstupem na operační sál je nutné provést hygienickou dezinfekci rukou. Nejdříve operační skupina provádí chirurgické mytí a poté chirurgickou dezinfekci rukou. Dále se oblékne do sterilních operačních plášťů a rukavic, a poté se účastní na zarouškování pacientky. Obíhající a instrumentující porodní asistentka pro perioperační péči ve vzájemné spolupráci připraví instrumentační stůl (Wichsová a kol., 2013, s. 123).

Postup správného chirurgického mytí a dezinfekce rukou je popsán ve Věstníku MZ ČR č. 5/2012. Chirurgické mytí rukou, oproti hygienickému, zahrnuje i umytí celého předloktí, trvá 1-2 minuty a je zakončeno usušením pomocí jednorázového papírového ručníku. Následná chirurgická dezinfekce rukou je také rozšířena o dezinfekci předloktí, trvá 3-5 minut a musí být provedena dle hygienických zásad. Jedná se o vtírání alkoholového dezinfekčního prostředku o přibližném množství 10 ml do čistých a suchých rukou. Vtírání je rozděleno do tří fází, a to od špiček prstů směrem k loktům, od špiček prstů do poloviny předloktí a od špiček prstů k zápěstí. Důležité je, aby během vtírání dezinfekce nezaschnula. Dezinfekční prostředek je umístěn v bezdotykovém dávkovači. Po úplném zaschnutí dezinfekce se ruce neoplachují ani neotírají (MZ ČR, 2015, s. 18; Ihnát, 2017, s. 36).

Před přijetím pacientky na operační sál, porodní asistentka pro perioperační péči zkontroluje připravenost operačního sálu, operačního stolu a funkčnost přístrojů.

Preoperační péče začíná přijetím pacientky na operační sál, kde také zároveň často dochází k prvnímu setkání pacientky s porodní asistentkou pro perioperační péči, která je v roli obíhající sestry, někde ale přijímá pacientku na operační sál anesteziologická sestra. V některých zdravotnických zařízeních dochází k prvnímu kontaktu již na gynekologickém lůžkovém oddělení, kde sestra pacientku seznamuje s průběhem plánované operace, a to zejména formou edukačního letáku. Ve většině případů je však pacientka seznámena s průběhem operace až na operačním sále (Matlochová, 2012, s. 1).

Předání pacientky probíhá ve vstupním filtru pro pacientky. Pacientka je z gynekologického lůžkového oddělení přivezena sanitářem v doprovodu porodní asistentky, která pacientku předá porodní asistentce pro perioperační péči, anesteziologické sestře, či anesteziologovi. Pacientka je vysvlečena, přikryta prostěradlem a vlasy jsou jí překryty čepicí. Nejprve dojde k pozdravení pacientky, představení se jí, a poté následuje dotaz na její jméno, kontrola identifikačního náramku a kontrola dokumentace. Identifikaci pacientky provádí jak anesteziologická sestra či anesteziolog, tak porodní asistentka pro perioperační péči. Anesteziologická sestra si zkontroluje, zda jsou podepsané informované souhlasy s anestezií a operačním výkonem. Následuje dotazování pacientky na alergie, na předpokládaný operační výkon a stranu operačního výkonu (Jedličková a kol., 2019, s. 155-156; Wendsche a kol., 2012, s. 75).

Před operačním výkonem musí být zkontrolováno, zdali je pacientka lačná, vymočená, že jsou jí odstraněny šperky, popřípadě zubní protéza, jestli došlo k přípravě operačního pole a provedení kontroly stranového protokolu, označení operované strany a uskutečnění první fáze perioperačního bezpečnostního procesu, který probíhá před uvedením pacientky do anestezie (Jedličková a kol., 2019, s. 155-156; Wichsová a kol., 2013, s. 134-135).

Pacientka je na operačním stole vždy uložena do tzv. základní polohy, tedy na záda, s hlavou mírně podloženou polštářkem, horními končetinami položenými podél těla a zafixovanými popruhy, s jednou z končetin povětšinou položenou na podpěře, která k ní usnadňuje přístup anesteziologickému týmu. Důležité je také přikrytí pacientky, poskytující intimitu a částečně zabraňující úniku tepla (Heitz, 2019, s 110-111). Ke změně polohy pacientky dochází v závislosti na typu výkonu, přání operátora a anesteziologa. Změnu polohy lze provést až po uvedení pacientky do anestezie. Polohování musí být prováděno šetrně ke zdraví pacientky. Predilekční místa jsou vypodložena antidekubitními pomůckami. Při výkonu s použitím monopolární elektrokoagulace je na tělo pacientky umístěna neutrální elektroda. Podle typu operačního výkonu a indikace lékaře může být pacientce zaveden permanentní močový katetr (Wichsová a kol., 2013, s. 134-135; Wendsche a kol., 2012, s. 75). Na závěr přípravy pacientky k operaci se provádí antiseptice operačního pole a rouškování.

Cílem antiseptice je snížit osídlení pokožky rezidentními i tranzientními mikroorganismy a tím omezit možnost přenosu infekce do operační rány. Antiseptice operačního pole je provedena potřením kůže sterilním tampónem namočeným v dezinfekčním prostředku pomocí sterilních podávkových kleští, a to od předpokládaného místa řezu dále. Natírání kůže se opakuje třikrát

až čtyřikrát. Pro antisepsi operačního pole lze, dle typu operace, využít několik technik jako je tzv. „šnekování“, nebo technik vodorovných, svislých, či paprskovitých tahů od místa předpokládané incize. Technika „šnekování“ se provádí potíráním kůže krouživým stále se zvětšujícím pohybem od centra k periférii, který jakoby kreslí šnečí ulitu od čistější ke špinavější části operačního pole. Kůži je nutné potřít dezinfekčním prostředkem od linie řezu ve vzdálenosti alespoň 15-20 cm. Celý postup „šnekování“ se opakuje dvakrát. Na závěr se tamponem, namočeným v dezinfekci, oťrou hůře přístupná místa. Podstatné je dodržení doby expozice a dostatečného zaschnutí antiseptika dle pokynů výrobce. Při zatečení dezinfekčního prostředku mimo tělo pacientky, zejména pod bedra, kde hrozí při následujícím použití elektrokauteru popálení pacientky. Z tohoto důvodu je důležitá opatrnost při provádění dezinfekce operačního pole a kontrola této skutečnosti. (Janíková a kol., 2013, s. 42; Jedličková a kol., 2021, s. 79).

V současné době jsou k zarouškování operačního pole používány předem připravené sterilní jednorázové rouškovací sety z pevného, antistatického, nepropustného materiálu s vlastností tepelné a elektrické izolace. Jedná se např. o netkanou textilií, mikrovláknou či trilaminát. Výhodou těchto setů je také poměrně dlouhá doba expirace. Za nevýhody lze považovat dražší pořizovací cenu a vyšší výdaje za likvidaci v rámci odpadu. Rouškuje se ve sterilních rukavicích, ve směru od operačního pole ven, tedy od nejčistší zóny k méně čisté tak, aby roušky překrývaly operační stůl. Roušky na těle pacientky drží pomocí lepících částí, oblast operačního řezu zůstává nezaroškována, nebo je překryta průsvitnou incizní folií. Manipulace s rouškami by měla být omezena na jednoduché rozložení, nikoliv „roztřepávání“. Pokud dojde ke ztrátě sterility jakékoliv části rouškování, je nutné tuto část roušek odstranit a nahradit. Za sterilní je považována oblast nad okrajem instrumentačních stolků, operačního stolu, a u členů operační skupiny jejich horní polovina těla. Zarouškování pacientky je provedeno instrumentářkou ve spolupráci s operátorem či jiným členem operační skupiny. Doporučený začátek rouškování je nejdříve v rozmezí 2-3 minut po dokončení antisepsy operačního pole, a to z důvodu dokonalého zaschnutí dezinfekčního prostředku (Ihnát, 2017, s. 53-54; Jedličková a kol., 2021, s. 79).

### **2.1.2 Intraoperační péče**

Dle Wichsové intraoperační péče začíná až v momentě, kdy je pacientka zarouškována a operační tým je kompletní a připraven na svých místech pro zahájení operačního výkonu.

Naopak Wendsche považuje za začátek intraoperační péče již uložení pacientky na operační stůl (Wichsová, 2020, s. 33-35; Wendsche a kol., 2012, s. 14).

V úvodu, před provedením řezu, se provede druhá fáze perioperačního bezpečnostního procesu dle WHO. Členové operační skupiny se vzájemně představí a uvedou svou funkci na operačním sále. Společně potvrdí totožnost pacientky, stranu a typ operačního výkonu. Je zkontrolováno profylaktické podání antibiotik během poslední hodiny. Je vyřčena předpokládaná délka operace, krevní ztráta a možná rizika. Porodní asistentka pro perioperační péči potvrdí sterilitu a připravenost všech potřebných nástrojů a pomůcek (WHO, 2009; Wichsová, 2020, s. 33-35; Wendsche a kol., 2012, s. 14).

Vedoucím operace je hlavní operatér, který ve spolupráci s asistujícími lékaři a instrumentující porodní asistentkou operuje pacientku tak, aby operace proběhla úspěšně a bez komplikací (Wichsová a kol., 2013, s. 133-138; Jedličková a kol., 2019, s. 155-157).

Před závěrem operace a zašitím operační rány proběhne poslední fáze perioperačního bezpečnostního procesu. Je opět potvrzen typ provedené operace, kontrola odebraného materiálu a jeho správné označení, vyjádřen souhlas s početní kontrolou všech nástrojů a použitého materiálu (WHO, 2009). Stejný obsah perioperačního bezpečnostního procesu uvádí i Jedličková (2019) a Wichsová (2013, s. 160-163). Případný nesouhlas v početní kontrole je nutno ověřit a dohledat chybějící nástroj či použitý materiál. Pokud se to nedaří, mělo by dojít k provedení perioperačního RTG (rentgenu). Tento úkon je označen jako mimořádná nežádoucí událost. Pokud vše početně souhlasí, operační rána se zašije a ošetří. Ošetření spočívá v toaletě a osušení rány, potření rány dezinfekčním roztokem a sterilním krytím, obvazem, či náplastí. V případě většiny vaginálních operací se jako prevence krvácení do pochvy zavede gelaspon a vaginální tamponáda (Wichsová a kol., 2013, s. 137-138).

### **2.1.3 Pooperační péče**

Těsně před ukončením operačního výkonu je v rozmezí cca 10-15 min. pomalu tlumen přívod anestezie, až do úplného zastavení, a pacientka je pomalu buzena. Pokud během operace pacientka zaujímala jinou polohu než základní, je bezprostředně po skončení výkonu do této polohy uvedena, zároveň je však stále zajištěna proti pádu. Pacientka postupně nabývá vědomí a přirozených reflexů, a po celou dobu je na operačním sále pod dohledem obíhající či instrumentující porodní asistentky pro perioperační péči, která se od ní do jejího předání do pooperační péče nevzdaluje. Před extubací a po ní pacientku zároveň důkladně monitoruje

anesteziologický tým. Jakmile odezní anestezie a pacientka je ve stabilním stavu, většinou extubována se spontánním dýcháním, je předána na pooperační gynekologické oddělení, popřípadě na dospávací pokoj, k pooperační monitoraci. V těžkých stavech, kdy pacientku nelze stabilizovat, zůstává zaintubována a převáží se na JIP (jednotku intenzivní péče) či ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení) k umělé plicní ventilaci. Mezi zdravotnickou dokumentací, která je předávána s pacientkou, nesmí chybět záznam o vedení anestezie, operační protokol, ordinace medikace a doporučení pro bezprostřední pooperační péči. Před tím, než je pacientka předána na pooperační gynekologické oddělení, zkontroluje porodní asistentka pro perioperační péči také její stav kůže a sliznic (Wendsche a kol., 2012, s. 75; s. 265; Janíková a kol., 2013, s. 47).

Během prvních 24 hodin po operaci je pacientce poskytována tzv. bezprostřední pooperační péče, která zahrnuje především monitoraci vitálních funkcí (tlak, pulz, vědomí, dech, saturaci, teplotu), polohování pacientky, sledování a mírnění bolesti, řešení nevolnosti a zvracení, kontrolu močení, bilance tekutin, vyprazdňování se, péči o operační ránu a drény, zajištění správné nutrice, hygieny, mobilizace a podpora soběstačnosti pacientky, v neposlední řadě také vyjádření psychické podpory pacientce. Plněním správné pooperační péče se předchází vzniku raných komplikací, mezi něž patří například komplikace respirační, trombotické, či vznik paréz. Na tuto péči systematicky navazuje následná pooperační péče, která je orientována na rehabilitaci a na úspěšný návrat pacientky do běžného života. Během druhého až třetího týdne po operaci mohou nastat časně komplikace jako například komplikace v operační ráně (infekce, krvácení, vznik hernie), nebo poruchy funkce GIT (gastrointestinálního traktu), jako paralytický ileus atd. Komplikace vzniklé po třetím týdnu od operace jsou označovány za pozdní (Janíková a kol., 2013, s. 47-54; Ihnát, 2017, s. 132).

## **2.2 Personál OS, podílející se na perioperační péči**

Na operačním sále se pohybuje personál různých specializací a odpovědností. Správné plnění každé z nich vede k úspěšnému provedení operace. Všichni zaměstnanci na operačním sále by měli mezi sebou dobře komunikovat a spolupracovat. Základem je operační skupina, která se skládá z hlavního operátora, asistujících lékařů, instrumentující a obíhající porodní asistentky pro perioperační péči, sálového sanitáře a anesteziologického týmu. Nedílnou součástí personálu na operačním sále jsou však také techničtí pracovníci a pracovníci úklidu. Kromě výše zmíněných pracovníků je možné se na operačním sále také setkat s externími pracovníky, majícími funkci konziliárních specialistů, či se stážujícími studenty. Všichni přítomní na operačním sále bezpodmínečně musí dodržovat provozní a hygienický řád operačních sálů (Jedličková a kol., 2021, s. 11; Zeman a kol., 2011, s. 184; Wendsche a kol., 2012, s. 15).

Hlavní operátor, jako vedoucí týmu, během operace vede řezy, podvazuje ligatury, preparuje, vkládá roušky a zavádí drény. Na konci operace ve spolupráci s instrumentující porodní asistentkou pro perioperační péči kontroluje počet nástrojů a roušek. První asistent provádí rouškování, vymezuje operační pole, přibližuje operátorovi orgány, zastavuje krvácení, pouští peány, stříhá a adaptuje tkáň při šití. Druhý asistent provádí dezinfekci operačního pole, rozevívá ránu, drží háky, stříhá ligatury a suší (Wichsová a kol., 2013, s. 57).

Vzhledem k tématu diplomové práce bude v následujících podkapitolách podrobně popsána náplň pracovní činnosti porodních asistentek se specializací v gynekologii a porodnictví a sálových sanitářů.

### **2.2.1 Porodní asistentka pro perioperační péči**

Porodní asistentka pro perioperační péči spadá do kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků. Porodní asistentka se porodní asistentkou pro perioperační péči stává po úspěšném ukončení specializačního magisterského studia v oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Na operačním sále má porodní asistentka pro perioperační péči důležitou a nezastupitelnou roli a společně s ostatními pracovníky se podílí na chodu operačního sálu. Dle odlišností pracovní náplně je možné porodní asistentky pro perioperační péči rozdělit na instrumentující, obíhající a nástrojové (Jedličková a kol., 2019, s. 192; Wichsová a kol., 2013, s. 48-5).

Hlavním úkolem instrumentující porodní asistentky pro perioperační péči je asistence během operačního výkonu v bezprostřední blízkosti operační rány. Instrumentující porodní asistentka připravuje instrumentační stolek, pomáhá s rouškováním pacientky, a oblékáním operační skupiny, podává a bere si nástroje během operačního výkonu, a to buď bez, nebo na vyzvání, případně dle gestikulace operatérů, dále provádí početní kontrolu nástrojů, jehel a roušek. Instrumentárium podává chladné, čisté, funkční tak, aby jej bylo možné ihned použít. Během celé operace průběžně kontroluje dodržování sterility v oblasti operačního pole. Zkušená instrumentující porodní asistentka by měla být v průběhu operace schopna předvídat, jaký další krok bude následovat. Instrumentující porodní asistentka je po celou dobu operačního výkonu sterilní (Hirshberg a Mattox, 2019, s. 16; Česko, 2011).

Obíhající (cirkulující) porodní asistentka pro perioperační péči je oporou a informátorkou pacientek i chirurgů, zprostředkovává kontakt mezi operačním týmem a okolím. Zajišťuje adekvátní operační prostředí, kontroluje dodržování hygienicko-epidemiologických zásad, zodpovídá za dostatek operačního materiálu, kontrolu a údržbu zdravotnických přístrojů i operačních nástrojů, pomáhá instrumentující porodní asistentce při početní kontrole nástrojů a použitého materiálu, úkoluje a dohlíží na sálového sanitáře, kontroluje polohu a fixaci pacientky, provádí odběr, označení a odeslání histologického materiálu; je součástí operačního výkonu. Důležitou součástí je i administrativní složka, zejména zakládání, vedení a kontrola perioperační dokumentace. Po celou dobu operačního programu je obíhající porodní asistentka pro perioperační péči nesterilní. Nástrojová sestra pečuje o instrumentárium, stará se o správnou dekontaminaci nástrojů, kontrolu jejich funkčnosti, setování operačních sít a správně provedenou sterilizaci (Wichsová a kol., 2013, s. 137; Česko, 2011).

Porodní asistentky pro perioperační péči by měly disponovat vlastnostmi a předpoklady jako jsou: spolehlivost, pečlivost, emoční stabilita, trpělivost, schopnost týmové spolupráce, ochota učit se nové věci, schopnost improvizace, kreativita, zručnost, fyzická zdatnost a výdrž (Wichsová a kol., 2013, s. 48).

### **2.2.2 Kompetence a vzdělání porodní asistentky pro perioperační péči**

Kompetence porodní asistentky pro perioperační péči jsou stanoveny Vyhláškou č. 55/2011 Sb., kterou mění Vyhláška č. 252/2019 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Činnosti, které může vykonávat porodní asistentka pro perioperační péči, jsou uvedeny pod § 56, který odkazuje na § 54 (O činnostech všeobecných sester se

specializovanou způsobilostí). V § 69 jsou uvedeny činnosti, které může provádět porodní asistentka pro perioperační péči, tento paragraf odkazuje na § 68 (O činnostech porodních asistentek se specializovanou způsobilostí) a § 56 (O činnostech sester pro perioperační péči) (Česko, 2011).

Podle § 54 porodní asistentka pro perioperační péči bez indikace lékaře a odborného dohledu připravuje instrumentační stůl s nástroji, zdravotnické prostředky, materiál a pomůcky a to před, v průběhu, i po operačním zákroku. Provádí sterilizaci a dezinfekci, zabezpečuje manipulaci s operačními stoly, tlakovými nádobami a zdravotnickou technikou. Provádí antisepsi operačního pole, popřípadě na ní spolupracuje s operátorem, samostatně může i zarouškovat operační pole, v praxi však většinou při zarouškování spolupracuje s operační skupinou. Porodní asistentky pro perioperační péči nesou zodpovědnost za stálou připravenost operačního traktu. Mezi její nejdůležitější povinnosti patří aktivní instrumentování při operačních výkonech, tedy včasné, přesné a rychlé podávání nástrojů a operačního materiálu (Jedličková a kol., 2019, s. 14-17; Wichsová; 2013, s. 49-51).

Před zahájením a ukončením operačního výkonu provádí instrumentující porodní asistentka pro perioperační péči ve spolupráci s operátorem, popřípadě s cirkulující porodní asistentkou pro perioperační péči, početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu. Precizní a zodpovědná porodní asistentka pro perioperační péči má však přehled o počtu nástrojů a použitém materiálu v průběhu celého operačního výkonu (Česko, 2019; Wichsová a kol., 2013 s. 49-51).

Podle § 54 Vyhlášky č. 252/2019 může porodní asistentka pro perioperační péči na základě indikace lékaře asistovat u méně náročných operačních výkonů, avšak co přesně znamená méně náročný operační výkon, není definováno. Dále také porodní asistentka pro perioperační péči na základě indikace lékaře společně se sálovým sanitářem zabezpečuje polohu včetně fixace pacientky na operačním stole, a zároveň se stará o prevenci komplikací z imobilizace pacientky. Za činnost sálového sanitáře však nese zodpovědnost perioperační porodní asistentka pro perioperační péči, tedy i za správné uložení a polohu pacientky. (Jedličková a kol., 2019, s. 14-17; Česko, 2011).

Odbornou činnost v perioperační péči může porodní asistentka vykonávat až po úspěšném zakončení specializačního vzdělávacího programu, a to dle Zákona č. 201/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Duda (2000, s. 16)



uvádí, že první specializační programy pro výuku sálových sester vznikaly již v polovině dvacátého století. V současné době specializační studium v perioperační péči pro porodní asistentky nabízí Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice jako navazující magisterský program v oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví, a to v kombinované formě, nebo také některá zdravotnická zařízení akreditovaná pro toto specializační studium. Ta podle rozsahu akreditace nabízí studium jako komplet teoretické i praktické výuky, nebo jen výuku praktické části. (Nekudová, 2019, s. 72).

Dle nařízení vlády č. 164/2018 Sb. je výuka porodních asistentek pro perioperační péči rozdělena do čtyř modulů, jednoho základního a třech odborných; teoretická a praktická část musí mít minimální rozsah 560 hodin, z čehož odborná praxe musí tvořit minimálně 50 %. Obecně toto nařízení stanovuje délku, rozsah a obsah teoretické a praktické výuky, počet získaných kreditů, během specializačního studia a podmínky k jeho úspěšnému zakončení (Česko, 2017; Česko, 2018).

### **2.2.3 Sálový sanitář**

Sálový sanitář je důležitým pomocníkem na operačním sále. Na operačním sále je přítomen po celou dobu operačního výkonu, nebo je snadno k zastížení. Kompetence sanitáře upravuje Zákon č. 96/2004 Sb. ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb. v platném znění, která byla v roce 2019 novelizována. Podle § 26, vztahujícího se k sanitářům pro operační oddělení a centrální sterilizaci, může sálový sanitář pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, způsobilého k vykonávání ošetrovatelské péče, bez odborného dohledu vykonávat péči o hygienu prostředí, transport biologického materiálu, přípravu obvazového materiálu, dezinfekci a úpravu operačního stolu, manipulaci s tlakovými lahvemi, doprovod a převoz pacientek, které již nabyly vědomí. Pod přímým vedením výše zmíněného zdravotnického pracovníka může sálový sanitář asistovat při hygienické péči o pacientku, polohování a fixaci pacientky, dohlížení na prevenci dekubitů, přikládání obvazových materiálů, a také může odstraňovat tvrdé obvazy a manipulovat s přístrojovou technikou (Česko, 2004; Česko, 2011).

K získání způsobilosti k výkonu odborné činnosti v rámci povolání sanitáře je, podle § 42 Zákona č. 96/2004 Sb. měnící Zákon č. 201/2017 Sb., nutné absolvovat akreditační kvalifikační kurz, nebo absolvovat část studia na středních, vyšších zdravotnických, či vysokých školách v akreditovaných zdravotnických studijních programech (Česko, 2004; Česko, 2017).

## **2.3 Operační trakt a jeho vybavení**

Operační trakt lze pospat jako prostor ve zdravotnickém zařízení, který se skládá z jednoho či více operačních sálů, ke kterým v těsné blízkosti náleží další pomocné místnosti, jako jsou například sklady, umývárny či přípravny. Dohromady tvoří komplex, který je z hygienicko-epidemiologických důvodů uzavřen od ostatního nemocničního provozu. Prostřednictvím klimatizace je po celou dobu v operačním traktu udržována stálá čistota, bezprašnost, optimální teplota a vlhkost. Existují dva typy operačního traktu, centralizovaný a decentralizovaný. Na rozdíl od decentralizovaných operačních sálů, je centralizovaný typ využíván několika odděleními zároveň a jeho součástí je často i centrální sterilizace (Schneiderová, 2014, s. 31-32).

Operační trakt je z důvodu minimalizace přenosu infekce z vnějšího nesterilního prostředí do vnitřních prostor se zachovanou sterilitou rozdělen na zóny: zónu ochrannou, čistou – aseptickou, sterilní a zónu odsunovou (Schneiderová, 2014, s. 31-32).

### **2.3.1 Zóny operačního traktu a transport pacientky**

Začátek ochranné zóny tvoří vstupní filtry, ty dělíme na vstupní filtr pro personál a vstupní filtr pro pacientky. Je nutné, aby skrz filtr prošel každý, kdo bude přítomen v prostoru operačního traktu. Nečistá zóna vstupního filtru pro personál je určena pro odložení veškerého oděvu vyjma spodního prádla a jeho uzamknutí do šatních skříněk. Pokračuje se do čisté zóny, kde jsou uloženy nesterilní čisté haleny a kalhoty, operační čepice, ústenky a antistatická obuv. Zde se také nachází sociální zázemí obsahující toalety, sprchy a denní místnost pro personál. Před odchodem z ochranné zóny nesmí být vynechána hygienická dezinfekce rukou. Poslední částí filtru pro personál je stavebně oddělená výstupní zóna, která je určena pro odložení použitého operačního prádla a obuvi (Wichsová a kol., 2013, s. 11-15; Zeman a kol., 2011, s. 167).

Do vstupního filtru určeného pro operantky je přivezena pacientka na lůžku či transportním vozíku, a dochází zde k překladau pacientky na operační sál i s její zdravotnickou dokumentací. Je provedena kontrolní identifikace pacientky (podrobněji v podkapitole 2.1.1). Pacientka je zde kompletně vyslečena, její hlava je pokryta operační čepicí. V kooperaci sálového sanitáře a porodní asistentky pro perioperační péči je pacientka přesunuta na překladačové zařízení, odnímatelnou desku operačního stolu, nebo na transportní vozík vyčleněný pouze pro použití na operačním sále. Při každém transportu musí být pacientka zabezpečena proti pádu, nejčastěji

pomocí fixačních třmenů, a to dle stupně neklidu pacientky, buď jen přes pas, nebo také přes nohy a ramena. Dále se zkontroluje, zda pacientka na sobě nemá šperky či náhrady, které je možné sundat, a zda je čistá a oholená v místě operačního výkonu. Pacientka je vždy z filtru na operační sál převezena v doprovodu sálového sanitáře, porodní asistentky pro perioperační péči, nebo anesteziologické sestry. Perioperační porodní asistentka musí zajistit, aby nenastala situace, kdy by pacientka zůstala sama bez dohledu ležet na transportním vozíku v předsáli (Zeman a kol., 2011, s. 187-188).

V ochranné zóně se také nachází skladové prostory, zázemí pro personál, pracovní staniční sestry a lékařů (Schneiderová, 2014, s. 31).

Zóna navazující na ochrannou se nazývá čistá či aseptická. Nachází se v ní především umývárna, místnost pro sterilizaci, přípravná pro pacientku, kde je možné provádět některé dodatečné úkony těsně před operací; sterilní sklad, nebo zde také může být dospávací pokoj.

Aseptická zóna přechází v zónu sterilní, vzájemně jsou tyto zóny odděleny posuvnými dveřmi, otevíratelnými čidlem. Ve sterilní zóně je dosaženo maximálního stupně čistoty, a patří do ní vlastní operační sály, přípravná sterilního materiálu a sterilní sklad (Wichsová a kol., 2013, s. 11).

Na operační sály jsou kladeny specifické požadavky: dostatečná velikost operačního sálu, jeden operační stůl, půdorys ve tvaru čtverce či obdélníku, hladké a omyvatelné stěny, strop a podlahy v přechodech a rozích zaoblené, antistatická podlaha, bez oken či s dokonale těsnícími okny zabezpečenými proti otevření, klimatizace s laminárním prouděním, baktericidní zářiče a zabezpečení mírného přetlaku na sálech. Na operačních sálech by měla být udržována teplota mezi 20-24 °C a vlhkost mezi 40-60 % (Wichsová a kol., 2013, s. 14; Zeman a kol., 2011, s. 168).

Podle stupně čistoty dělíme operační sály na superseptické, aseptické, poloseptické a septické. Na superseptických sálech jsou prováděny operace srdce a cév, implantace a transplantace. Aseptické sály slouží k mozkové, oční a plastické chirurgii a kostní traumatologii. Poloseptické sály jsou určeny pro operace na GIT (gastrointestinálním traktu) bez tlustého střeva, a na septických sálech se dělají operace, které jsou rizikové pro kontaminaci operačního pole (Wichsová a kol., 2013, s. 14; Zeman a kol., 2011, s. 168).

Pacientka je na operačním sále přesunuta z transportního vozíku na operační stůl pomocí transportní rolovací desky porodní asistentkou pro perioperační péči, spolupracující se sálovým sanitářem (Příloha A). V rámci centrálních operačních sálů je přesun pacientky z lůžka či transportního vozíku na operační stůl často uskutečněn již ve vstupním filtru pro operantky pomocí tzv. překladového zařízení. Toto zařízení je pevně zabudováno do podlahy, má pohyblivou desku, která se ovládá elektrickým ovladačem (Příloha A). Pokud je pacientka na operační sál přivezena na odnímatelné desce operačního stolu, připevní se deska i s pacientkou znovu k nožní konstrukci operačního stolu (Příloha A). Výhoda odnímatelné desky stolu spočívá v tom, že odpadá manipulace s pacientkou při přesouvání z transportního vozíku na operační stůl a zpět, čímž se zároveň snižuje riziko jejího pádu a riziko vzniku odřenin a poškození kůže při častých přesunech. Pacientka musí být na operačním stole dostatečně fixována proti pádu, musí být položena na pryžové, gelové, či molitanové podložce, pokryté čistým prostěradlem. Podrobnější uložení pacientky na operačním stole bylo již popsáno v podkapitole 2.1.1. Po skončení operačního výkonu bude pacientka převezena na pooperační gynekologické oddělení, popřípadě na JIP. Převoz pacientky z operačního sálu je možné uskutečnit až poté, co je kardiopulmonálně stabilizovaná, a to pod dohledem anesteziologa, který ji i s dokumentací předává na určené oddělení (Zeman a kol., 2011, s. 187-188).

Poslední zóna operačního traktu se nazývá odsunová, je výstupní cestou pro pacientky, odpad, použité instrumentárium a jiné zdravotnické prostředky. K zamezení přenosu a šíření infekce je stěžejní, aby se vstupní a výstupní zóny nekřížily. Součástí výstupní zóny jsou úklidové místnosti a místnosti pro dekontaminaci a dezinfekci použitého materiálu (Wichsová a kol., 2013, s. 11-15; Schneiderová, 2014, s. 31-33).

### **2.3.2 Vybavení operačního sálu**

Základní vybavení operačního sálu je možné rozdělit do dvou skupin, a to na vybavení chirurgické a anesteziologické. Veškeré vybavení je nutné používat správným způsobem tak, aby nedošlo k újmě na zdraví pacientek nebo personálu. Důkladné proškolení personálu, který přichází do kontaktu se zdravotnickou technikou, je tedy velice důležité. Aby bylo školení účinné, je zapotřebí jej pravidelně opakovat. Přístroje musí alespoň jednou ročně projít bezpečnostně-technickou kontrolou, která je zaznamenána v servisní knize (Schneiderová, 2014, s. 38).

Mezi chirurgické vybavení se řadí např. operační stoly a lampy, elektrokauter, dále pak klasické operační nástroje jako skalpely, nůžky, pinzety atd., šicí materiál a jehly, implantáty (dlahy, šrouby, hřeby aj.), drobné vybavení (instrumentační stolky, kontejnery, židle atp.), operační oblečení (haleny, kalhoty, empír, a další) a roušky, léky, obvazový a krycí materiál (Schneiderová, 2014, s. 38; Wichsová a kol., 2013, s. 61-62).

Mezi přístrojové anesteziologické vybavení a pomůcky patří anesteziologický přístroj, ventilátory, odsávačka, defibrilátor, monitory, infuzní pumpy, pulzní oxymetr, sondy a katetry. Z těchto jsou nejvyužívanější ty, které slouží k zajištění dýchacích cest a žilního přístupu (Zeman a kol., 2011, s. 139).

Zdravotnické prostředky se, dle Zákona č. 90/2021 Sb., kterým se mění Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, dělí podle stupně rizikovosti pro pacientky do čtyř rizikových tříd: I, IIa, IIb a III. Zdravotnické prostředky z tříd I a IIa patří do neinvazivních, naopak mezi invazivní patří zdravotnické prostředky z tříd IIb a III. Do I třídy patří operační stoly, operační lampy a přístroje pro transport pacientek, do třídy IIa jsou zahrnuty vrtačky, frézy, zvlhčovače, odsávačky atd. Invazivní třída IIb obsahuje elektrokauteře, sterilizátory, RTG přístroje, ventilátory, infuzní pumpy a další. Do třídy III patří mimotělní oběh, kardiostimulátory, srdeční chlopně atd. K přístrojům z tříd IIb a III musí být přiložen návod k použití v českém jazyce, je nutné u nich vést provozní deníky. Použití invazivních přístrojů je povinné zaznamenávat do dokumentace pacientky (Česko, 2021; Wichsová a kol., 2013, s. 61-62).

### **2.3.3 Operační stůl**

Operační stůl je jednou z nejdůležitějších součástí operačního sálu. Jeho hlavní funkcí je bezpečné uložení pacientky během operace. Patří do první třídy rizikovosti a jedná se o neinvazivní zdravotnický přístroj (Ihnát, 2017, s. 21-23). Operační stůl může být poháněn mechanicky či elektromechanicky pomocí dálkového ovladače. Tímto způsobem je možné se stolem snadno pohybovat v různých směrech a nastavit tak nejvíce vyhovující polohu jak pro pacientku, tak i operační tým. Operační stůl je buď pevně zabudován do podlahy operačního sálu, nebo je pohyblivý a s odnímatelnou deskou (Příloha A) (Wichsová a kol., 2013, s. 62).

Mezi základní nároky na operační stoly patří vysoká variabilita, pevnost a bezpečné zajištění polohy pacientky, dostatečná minimální nosnost (250 kg), dobrá omyvatelnost a dezinfikovatelnost. Při potřebě rentgenologického vyšetření je důležité, aby deska stolu byla RTG transparentní (Ihnát, 2017, s. 21).

Součástí operačních stolů je i příslušenství, které se v rámci chirurgických oborů může lišit. Mezi běžné příslušenství patří dlahy pod končetiny, zarážky, opěrky, závěs na paže, rámy, popruhy na fixaci pacientky. Pro operace v gynekologii, proktologii či urologii se používají pro dolní končetiny speciální Schautovy podpěry, v traumatologii a ortopedii je speciální součástí extenční zařízení, v hrudní chirurgii pak hrudní můstek (Wichsová a kol., 2013, s. 62).

Obsluha operačního stolu je zodpovědností sálového sanitáře a porodní asistentky pro perioperační péči v roli obíhající sestry. Sálový sanitář se zároveň stará o funkčnost, údržbu a čistotu operačního stolu a jeho příslušenství. Je nezbytné, aby před začátkem operačního programu byla funkčnost stolu otestována. Po každé operaci musí být stůl řádně vydezinfikován a po skončení operačního programu kompletně dekontaminován (Wichsová a kol., 2013, s. 62-64).

## 2.4 Polohování pacientky na operačním stole

Zajištění správné polohy pacientky na operačním stole je nepostradatelným a velmi důležitým prvkem každého operačního výkonu. Za správnou je považována poloha taková, která je v souladu s anatomickými a fyziologickými možnostmi pacientky, je pro ni komfortní a bezpečná, značně nezatěžuje dýchací a kardiovaskulární systém, dovoluje optimální přístup k operačnímu poli a zajišťuje jeho přehlednost. U pacientky, uložené ve vyhovující poloze, se značně snižují rizika vzniku mnoha komplikací (Jedličková a kol., 2021, s. 69; Ihnát, 2017, s. 46; Beckett, 2010, s. 26).

Ke správnému polohování se využívají polohovací pomůcky, a to zejména antidekubitní, kterými se podkládají predilekční místa a tím se zajišťuje snížení působícího tlaku na místa náchylná ke tvorbě dekubitů (Příloha D). Tyto pomůcky mohou být nafukovací, molitanové, či gelové; mají rozličné tvary a velikosti dle využití v různých polohách. Dále se využívají polohovací pomůcky, zajišťující stabilitu a fixaci pacientky, mezi které patří dlahy pod končetiny, zarážky, opěrky a fixační popruhy (Příloha B) (Janíková a kol., 2013, s. 41; Wichsová a kol., 2013, s. 135). K přesunu pacientky z transportního vozíku na operační stůl (viz podkapitola 2.3.1) se využívají polohovací pomůcky jako transportní rolovací desky („rollbord“). Ty mají vyztužený vnitřek, okolo něhož se otáčí rukáv. Tento mechanismus umožňuje bezpečný přesun pacientky a zároveň usnadňuje práci ošetřujícímu personálu, protože není nutné pacientku zvedat. Na centrálních operačních sálech se často využívají překladová zařízení s elektrickým ovladačem – ta pracují na obdobném mechanismu.

Polohovací pomůcky se skladují mimo prostory operačního sálu. Operační sál se vybaví jen těmi polohovacími pomůckami, které budou při konkrétní operaci využity. Polohovací pomůcky musí být omyvatelné a dezinfikovatelné (Wichsová a kol., 2013, s. 135).

Nejčastěji je poloha pacientky upravována ve spolupráci porodní asistentky pro perioperační péči a sálového sanitáře, v některých případech se však polohování účastní i anesteziologická sestra. I v případě, že sálový sanitář polohuje pacientku sám, je nutné, aby porodní asistentka pro perioperační péči na sanitáře během tohoto úkonu dohlížela a výslednou polohu pacientky zkontrolovala. V praxi však porodní asistentka pro perioperační péči často plně důvěřuje schopnostem sanitáře a dohled ani kontrolu polohy nerealizuje. Polohování pacientky na operačním stole, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, však patří podle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů do kompetencí porodní asistentky

pro perioperační péči, ta tedy za polohování a konečnou polohu nese zodpovědnost. Polohu, ve které bude operace probíhat, určuje operatér, ale v praxi často uložení pacientky konzultuje s anesteziologem, který dokáže nejlépe odhadnout, v jaké poloze bude pacientka během operace nejlépe kardiopulmonálně stabilizovaná (Nursing Management, 2006, s. 9; Janíková 2013, s. 41-42; Česko, 2011).

Mezi rizikové faktory související s polohováním patří faktory pacientky jako: věk, pohlaví, obezita, komorbidita, zdravotní stav, nutriční stav, stav pokožky atd., faktory mechanické jako: povrch, tření, střížná síla, a faktory anestezie jako: hypoxie, hypotenze a hypotermie. Se zvyšující se délkou operačního výkonu se také zvyšuje riziko např. vzniku dekubitů, tromboembolických komplikací. Zmíněné faktory musí porodní asistentka pro perioperační péči umět vyhodnotit a na jejich základě s pacientkou adekvátně zacházet. Při správném zacházení s pacientkou dochází k významnému snížení rizika komplikací, mortality a morbidit, ke zkrácení doby hospitalizace a minimalizaci nákladů na péči o pacientku. Náklady na následnou péči vždy převyšují náklady na preventivní opatření, jimiž je možné předejít vzniku komplikací během operace (Woodfin a kol., 2018, s. 325). Většina zdravotnických zařízení má v dnešní době vypracovány SOP (standardní ošetrovatelské postupy) na polohování pacientky na operačním sále.

Dle AORN (americké asociace sálových sester), bezpečný transport a polohování pacientky začíná rozhovorem mezi porodní asistentkou pro perioperační péči a pacientkou, na jehož základě je možné určit míru tolerance pacientky k plánované poloze. Otázky jsou směřovány na rizikové faktory pacientky zmíněné v předchozím odstavci. Polohování vyžaduje znalost a porozumění fyziologickým efektům a důsledkům polohy vzhledem k posouzenému stavu a omezením pacientky. Dále je nutné se ujistit, že pro zvolenou polohu je připraveno dostatečné množství vhodných polohovacích pomůcek. Do bezpečného a správného polohování patří i předávání informací o potřebách pacientky zbytku operačního týmu (Rank, 2008, s. 21; AORN, 2001, s. 231-235).

Před přesunem pacientky z transportního vozíku na operační stůl musí být zkontrolována funkčnost operačního stolu a být očištěn a vydezinfikován. Hrany stolu a vzpěry musí být zajištěny tak, aby se předešlo riziku vzniku dekubitů a paréz nervů. Pokud se jedná o delší operaci, je připravena i vyhřívací podložka. Musí být připraveny všechny potřebné polohovací a antidekubitní pomůcky pro různé polohy v různých velikostních a tvarových variacích, být



vydezinfikované, čisté a suché (Příloha Příloha **D**). Porodní asistentka pro perioperační péči musí znát jejich funkci, jejich správné použití a jak se s nimi zachází. Také je zapotřebí zkontrolovat teplotu ovzduší na operačním sále (Adedeji a kol., 2010, s. 143-147).

Při přesunu pacientky z transportního vozíku na operační stůl je nezbytné překontrolovat zajištění kol vozíku proti pohybu. Operační personál zajistí pacientku proti pádu a při přesunu se vyvaruje tahání a posouvání pacientky, čímž se předejde frikci a vzniku střížné síly, a tedy poškození kůže. K přesunu se výhradně používá k tomuto určená překladová deska (Příloha A), nikoliv deka nebo prostěradlo, při jejichž použití dochází k frikci a tím i riziku poškození integrity kůže (AORN, 2016; Spruce, 2017, s. 98).

Pacientka musí být po uložení do požadované pozice na operačním stole dostatečně zajištěna proti pádu a z důvodu možného termického poškození se nesmí dotýkat kovových částí stolu. Po celou dobu operačního výkonu jsou monitorovány vitální funkce pacientky a při každé změně její polohy je nezbytná kontrola jejího správného uložení.

Mezi nejčastější rizika, spojená s polohováním, patří: pád, vznik dekubitů, popálení, útlaky nervů a parézy.

### **2.4.1 Operační polohy**

Operační polohy lze klasifikovat různými způsoby. Zahraniční literatura uvádí zejména dělení operačních poloh na základní a speciální. Dle doporučení, publikovaného v článku zahraničního časopisu AORN, se zahrnují do základních, a zároveň nejčastěji využívaných, polohy supinační, Trendelenburgovy, reverzní Trendelenburgovy, pronační, laterální, litotomické a polohy vsedě nebo polosedě (Woodfin a kol., 2018, s. 327). Jiný zahraniční zdroj zahrnuje do základních poloh jen polohy pronační, supinační, laterální a litotomickou (Adeji a kol., 2010, s. 144).

V české literatuře podle podobného schématu rozdělují operační polohy na základní a speciální autoři Jedličková a Wendsche (Jedličková a kol., 2019, s. 127-129; Wendsche a kol., 2012, s. 79-80).

Jiný druh klasifikace dělí operační polohy dle oblasti těla výkonu operace, a to na oblasti: hrudníku, dolních a horních končetin, krku, hlavy, retroperitonea a malé pánve. V knize Operační polohy (Kolektiv autorů, 2021) jsou operační polohy členěny podobně, a to dle

chirurgických oborů na polohy ve všeobecné chirurgii, urologii, traumatologii, kardiochirurgii a robotické chirurgii.

Na gynekologických operačních sálech je možné se nejčastěji setkat s polohou litotomickou, Trendelenburgovou a supinační, které budou i se základními polohami z časopisu AORN dále podrobněji popsány.

#### ***2.4.1.1 Poloha na zádech (supinační)***

Poloha na zádech (supinační), kdy se pacientka nachází v horizontální poloze, je jednou z nejvyužívanějších poloh v břišní chirurgii a při některých operacích v oblasti pánve, srdce, obličeje, úst, krku a operacích na končetinách (Příloha E). Nejčastěji má pacientka jednu horní končetinu přitaženou a zajištěnou u těla v mírné supinační poloze, tedy dlaň by měla směřovat ke stehnu, výběžek kosti loketní by měl být podložen polštářem proti poškození loketního nervu. Druhou horní končetinu má v abdukci položenou na podpěře s tím, že úhel abdukce nesmí přesáhnout 90 stupňů, aby nedošlo k poškození brachiálního plexu; tuto končetinu je třeba podložit antidekubitní gelovou pomůckou. Končetina položená na podpěře slouží k využití anesteziologickým týmem. Hlava a krk jsou v neutrální poloze, hlava mírně vypodložena nízkým molitanovým polštářem. Oči pacientky by měly být zavřené a přelepené páskou. V některých zdravotnických zařízeních jsou před přelepením očí aplikovány oční kapky nebo oční mast. Dolní končetiny jsou položeny volně vedle sebe, nesmí se křížit, a nad kolena jsou připoutány fixačním popruhem (Kolektiv autorů, 2021, s. 26-27). Porodní asistentka pro perioperační péči může polštářem pacientce podložit kolena, čímž podpoří její bederní páteř, sníží hypertenzi kolen a riziko komprese podkolení žíly. Důležité je i vypodložení pat a zad (Woodfin a kol., 2018, s. 327; Nursing Management, 2006, s. 9).

#### ***2.4.1.2 Trendelenburgova poloha***

Jedná se o modifikaci polohy na zádech, kdy je lůžko nakloněno pod úhlem 15 až 30 stupňů a hlava pacientky směřuje dolů (Příloha E). V této poloze je nutné využít zarážky na ramena, které zabrání pacientce v průběhu operace sklouznout z operačního stolu. Zarážky musí být vypořstrované nebo vypodložené antidekubitní pomůckou a je třeba je umístit tak, aby rozložení tlaku na ramena bylo rovnoměrné (Woodfin a kol., 2018, s. 327-328). Tato poloha se využívá zejména při operacích laparoskopických a v pánvi. Trendelenburgova poloha je kontraindikována pro extrémně obézní pacientky s BMI (indexem tělesné hmotnosti) vyšším než 40, jimž by mohla způsobit rozsáhlý edém plic (Wicklin, 2018, s. 124).

### **2.4.1.3 Reverzní Trendelenburgova poloha**

Při reverzní Trendelenburgově (anti-Trendelenburgova) poloze je lůžko s pacientkou nakloněno opačně, tedy její nohy jsou níže než hlava. Jedná se o léčebnou polohu využívanou pro lepší prokrvení dolních končetin při onemocnění tepen.

### **2.4.1.4 Poloha na břiše (pronační)**

Do polohy na břiše (pronační) (Příloha E) je pacientka uvedena z polohy supinační, a to většinou až po uvedení do anestezie. Pacientka leží na antidekubitní podložce na břiše. Hlava je položena ve speciální vypořstované gelové podpěře obličejem dolů v jedné linii s tělem. Pokud operační stůl nemá speciální podporu na hlavu, je možné hlavu otočit na pravou či levou stranu, musí být však správně vypořstována k prevenci otlaků. Horní končetiny mohou být umístěny podél těla pacientky v pronační poloze, tedy dlaněmi ke stropu s vypořstovanými lokty. Druhou možností je uložení horních končetin podél hlavy. Ty je třeba abdukovat v úhlu menším než 90 stupňů, flektovat lokty a otočit dlaně ke stolu. Oblast hýždí a kolen je mírně ohnuta (Kolektiv autorů, 2021, s. 24-25). Důležité je vypořstování oblasti hrudníku, pánve, kolen a kotníků. Tato poloha je využívána zejména pro operace v oblasti páteře, zad, zadní části dolních končetin a u některých operací v intrakraniální oblasti (Rank, 2008, s. 23; Nursing Management, 2006 s. 9-10).

### **2.4.1.5 Poloha Jackknife**

Polohu na břiše lze modifikovat do tzv. polohy Jackknife (Příloha E). Jedná se o tutéž polohu, ale změní se pozice stolu, a to do úhlu 90 ti stupňů, při které se tělo pacienta dostane do „pozice střechy“. Důležité je zde věnovat pozornost upevnění nohou do schautů (Kolektiv autorů, 2021, s. 22-23). Poloha je využívána pro operace v oblasti rekta (Nursing Management, 2006, s. 10).

### **2.4.1.6 Poloha na boku (torakotomická)**

Do polohy na boku (torakotomické) (Příloha E) je pacientka uvedena opatrnými pohyby z polohy supinační, a to na bok neoperované strany pacientky (Nursing Management, 2006, s. 10). Hlava, krk a páteř by měly být v neutrální poloze, hlava musí být podložena nízkým polštářem, či polštářem ve tvaru koblihy. Po upravení polohy hlavy je důležité zkontrolovat, zda ucho, na kterém pacientka leží, není nepřirozeně srolováno a nedochází tak k jeho otlaku. Pro snížení tlaku na brachiální plexus a axilární cévy je třeba podložit oblast mezi sedmým

až devátým žebrem s tím, že podložení nesmí zasahovat do podpažní jamky (Woodfin a kol., 2018, s. 329).

Horní končetina ležící vespod je umístěna a fixována na vypolstrované podpěře, druhá horní končetina je usazena ve vyšší poloze na vypolstrované podpěře či závěsu. Při polohování horních končetin je nutné dbát na jejich anatomické a fyziologické postavení. V této poloze jsou nejčastěji obě horní končetiny v mírné abdukci, která nesmí přesáhnout 90 stupňů. Dolní končetina ležící vespod je mírně ohnuta v kolenním a kyčelním kloubu a dolní končetina ležící svrchu je natažena a položena na polštáři tak, aby nedocházelo k vzájemnému tlaku obou kolen (Kolektiv autorů, 2021, s. 28-29).

Pacientka je fixována popruhem v oblasti kyčelního hřebene, fixace v oblasti boků by mohla způsobit avaskulární nekrózu hlavice femuru. Tato poloha se využívá při operacích v oblasti hrudníku, při některých ortopedických operacích a pro operace na ledvinách (Rank, 2008, s. 22).

#### **2.4.1.7 Poloha litotomická**

V litotomické poloze pacientka leží na zádech a dolní končetiny jsou zvednuty a fixovány ve speciálních podpěrách a závěsech tak, aby nezasahovaly do operačního pole (Příloha E). Hlava, horní končetiny i trup zaujímají stejné postavení a jsou i totožně vypořádány jako při supinační poloze (viz oddíl 2.4.1.1) (Woodfin a kol, 2018, s. 330).

K elevaci a podepření dolních končetin se využívají nejčastěji tři typy podpěr (Příloha B):

- Schautovy podpěry (Příloha B), které podpírají dolní končetiny v oblasti podkolenní jamky a lýtku. Tuto oblast dolních končetin je nutné vypořadit gelovými pomůckami.
- Botičkové podpěry (boot-type) (Příloha B) jsou vypolstrované podpěry sahající od chodidel ke kolenům, tvarově připomínající lyžařské boty
- Závěs na dolní končetiny (candy cane type) (Příloha B) má tvar připomínající cukrovinku „Santovy hole“, které jsou připevněny po stranách operačního stolu. Do popruhů na konci každé „Santovy hole“ jsou umístěny končetiny v oblasti Achillovy šlachy a plantární oblasti chodidla. Pro morbidně obézní pacientky je možné využít speciálního zavěšení dolních končetin na tzv. pneumatické zvedací třmeny (Bennicoff, 2010, s. 302-305).

Dolní končetiny je třeba polohovat pomalu a obě zároveň, aby pacientka dokázala vyrovnat náhlé hemodynamické změny, a nedošlo k dislokaci kyčlí. Před začátkem polohování dolních končetin je nutné zjistit případné potíže s páteří a kyčlemi, a možnosti bezbolestného a nenásilného polohování (Adeji et kol., 2010, s. 145). Bezpečné polohování dolních končetin předchází poškození lumbosakrálního plexu, femorálního a skrytého (sapheneus) nervu (Woodfin a kol., 2018, s. 329-330).

Litotomická poloha je využívána při gynekologických a urologických operacích, operacích v malé pánvi a v oblasti rekta (Nursing Management, 2006, s. 10; Kolektiv autorů, 2021, s. 36-37).

#### **2.4.1.8 Poloha v polosedě (Fowlerova)**

V poloze v polosedě (Fowlerově) plocha operačního stolu podpírá záda pacientky a horní končetiny jsou flektovány a umístěny na vypořstrovaných podpěrách podél jejího těla. Hlava je v neutrální poloze držena speciální, k tomu určenou, podpěrou, a kolena jsou flektována v úhlu 30 stupňů a podložena antidekubitním válcem. V rámci prevence dekubitů je důležité vypořložení lopatek, křížové kosti, kořčce, sedacích kostí a pat (Woodfin a kol., 2018, s. 330-331). Tato poloha se využívá při neurochirurgických operacích a operacích ramen a nosu. Při využití této polohy se zvyšuje riziko vzduchové embolie, poškození kůže střížnou silou a tvorby hluboké žilní trombózy v dolních končetinách (STERIS, 2018, s. 1-2).

## **2.5 Nežádoucí události a rizika související s polohováním pacientky na OS**

### **2.5.1 Nežádoucí událost**

Definice nežádoucí události dle Ministerstva zdravotnictví ČR je: „*Nežádoucí událostí se rozumí událost, která mohla způsobit nebo způsobila pacientovi újmu, které bylo možné se vyhnout. Újmou se rozumí poškození struktury nebo funkce těla nebo jakýkoliv nepříznivý účinek v důsledku tohoto poškození.*“ (MZ ČR 2012, s. 20). Jedná se o událost, kdy v průběhu procedury nebo péče o pacientku došlo k pochybení, nebo kdy lékařská péče neproběhla v souladu s platnými směrnicemi či ošetrovatelskými standardy, a v důsledku toho došlo k újmě na zdraví pacientky, zaměstnance, jiné osoby, či majetku.

Pochybením se rozumí chyba či omyl, kterému bylo možné se vyhnout, nebo komplikace, které bylo možné maximálně snížit zlepšením kvality poskytované zdravotní péče. Mezi nejčastější pochybení patří diagnostické omyly (špatná diagnóza, neprovedení diagnostického výkonu atp.), nesprávná funkčnost zdravotnických přístrojů, infekce spojená se zdravotní péčí, chirurgické omyly (záměna pacienta, operované strany apod.), omyly spojené s medikací pacienta (chybný lék, nepodání léku, alergie a další) a komplikace vzniklé v důsledku podání transfúze (Pokorná a kol., 2019, s. 4-19)

Aby se předešlo nežádoucím událostem, je zapotřebí dbát na bezpečnost prostředí a poskytované péče. Ke zvyšování bezpečnosti pacientů přispívají zejména pracovní zkušenosti, kvalitní komunikace a organizace práce (Alfredsdottir, Bjornsdottir, 2007, s. 31-32). Moderní zdravotnická zařízení používají k předcházení nežádoucích událostí různé směrnice, metodické pokyny a standardy, pomocí kterých je možné zavčas riziko identifikovat a zhodnotit, a buď jej zcela eliminovat, nebo alespoň minimalizovat negativní dopady na pacientku (Wichsová a kol., 2013, s. 60).

### **2.5.2 Riziko**

Riziko je pravděpodobnost vzniku nežádoucí události, a je vždy vztaženo ke konkrétní hrozbě za daných okolností. Schopnost identifikace, stanovení míry, a navržení možného řešení rizika je důležitým prostředkem k předcházení nežádoucích událostí. Vznik nežádoucí události přináší ztrátu zdraví, života, majetku, hodnot nebo pověsti (Šupšáková, 2017, s. 1; Škrlla a Škrlová, 2008, s. 21-23).

Ke snížení rizik, spojených s poskytováním zdravotní péče, a tím k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů a vyšší kvality poskytované zdravotní péče, zavádí Ministerstvo zdravotnictví ČR systémová opatření. Mezi tato opatření patří vyhlášení tzv. „resortních bezpečnostních cílů“ v podobě doporučených postupů, které jsou závazné pro organizace poskytující zdravotnickou péči pod přímou správou ministerstva zdravotnictví. Pro ostatní zdravotnická zařízení jsou pokládána za doporučení. Resortní bezpečnostní cíle byly vyhlášeny v roce 2010 a rozšířeny v letech 2011 a 2015. Aktuálně je stanoveno osm „resortních bezpečnostních cílů“, z nich tři souvisejí s bezpečným polohováním pacientky na operačním stole (RBC4, RBC7 a RBC8). Platné „resortní bezpečnostní cíle“ vyhlášené MZ ČR (MZ ČR, 2015):

RBC1: Bezpečná identifikace pacientů

RBC2: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

RBC3: Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

RBC4: Prevence pádů

RBC5: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

RBC6: Bezpečná komunikace

RBC7: Bezpečné předávání pacientů

RBC8: Prevence vzniku proleženin / dekubitů u hospitalizovaných pacientů

### **2.5.3 Riziko pádu**

Problematika pádu je popsána v národním ošetřovatelském postupu pro prevenci pádů a postupu při zraněních způsobených pádem vydaném Ministerstvem zdravotnictví České republiky ve věstníku č. 2/2020.

Pád je nežádoucí událostí, při které se pacientka neúmyslně a nepředvídatelně ocitne na zemi či nižším povrchu. Důsledkem pádu bývá často prodloužení hospitalizace pacientky, nebo riziko opětovného pádu. U každé pacientky je důležité individuální vyhodnocení rizika pádu. Mezi hlavní vnitřní rizikové faktory patří snížená pohyblivost pacientky, její duševní stav, věk, poruchy zraku, přítomné bolesti a vlivy onemocnění. K vnějším faktorům patří vliv léků, špatné osvětlení, typ podlahy a její povrch, ale i nedostatečná fixace pacientky k operačnímu stolu, či zkušenost personálu polohujícího pacientku.

K hodnocení rizika pádu se používá např. hodnotící škála dle Conleyové, do níž patří anamnéza pacientky, kde jsou zjišťovány její kognitivní funkce, jaké léky užívá, jakého je věku, zda trpí zrakovými nebo sluchovými problémy, hodnocení míry soběstačnosti a schopnosti spolupracovat. V závěru je třeba se dotázat, zda pacientka trpí závratěmi, nespavostí, a zda má v průběhu noci potřebu močení. Každá z položek je bodově ohodnocena, a podle získaných bodů je pacientka zařazena do jedné ze tří kategorií rizika pádu: bez rizika, se středním rizikem a vysokým rizikem (Resources, 2007, s. 8-10; MZ ČR, 2020).

#### **2.5.4 Riziko dekubitů**

Definice dekubitu (proleženiny) je: „*Proleženinou rozumíme zónu lokalizované poškozené tkáně, která vznikla jako důsledek zhoršené mikrocirkulace a z ní plynoucí hypoxie*“. Porucha mikrocirkulace je vyvolána nepřiměřeným a neustálým tlakem na tkáň (Mikešová a kol, 2006, s. 43-45).

Riziko dekubitů vzniká zejména v tzv. predilekčních místech, tedy oblastech, kde je tenká svalová a tuková vrstva mezi kostí a kůží. Obecně sem patří oblast temena hlavy, uší, loktů, lopatek, ramen, sakrální, kyčlí, kolen, kotníků a pat. V závislosti na poloze pacientky dochází k jejich různým variacím. Riziko vzniku dekubitů také ovlivňuje stav pacientky jako: vyšší věk, polymorbidita, špatná nutriční vybavenost, diabetes, různá srdeční onemocnění, či fyzická omezení. Další faktory negativně ovlivňující vznik dekubitů jsou: zvýšená teplota, vlhkost a tření (Schouchoff, 2002, s. 78).

Odborná literatura uvádí, že incidence vzniku dekubitů se u operovaných pacientů pohybuje mezi 12 a 66 %. Riziko výskytu dekubitů se také zvyšuje s rostoucí časovou náročností operačního výkonu (McKenzie a Ramirez, 2018, s. 1; Kourková a kol., 2016, s. 123-125).

Za nejúčinnější způsob prevence vzniku dekubitů se považuje pravidelné polohování, kterým se zamezuje dlouhodobému působení tlaku na jedno místo. Během operačního výkonu není však polohování možné vždy uplatnit, a proto je v takovémto případě kladen důraz na použití antidekubitních pomůcek a dokonalé vypodložení všech predilekčních míst. Ke snížení rizik vzniku dekubitů přispívá vyvážená nutriční pacientky a dobrá kompenzace přidružených onemocnění. Po ukončení operačního výkonu je zapotřebí, aby porodní asistentka pro perioperační péči zkontrolovala stav kůže pacientky, a to zejména v rizikových místech vzniku dekubitů. Jakoukoliv odlišnost, jako je například zarudnutí, porucha citlivosti, či puchýř,



ošetří a zapíše do ošetrovatelské dokumentace pacientky (Mikula a kol., 2008, s. 25-30; Riemenschneider, 2018).

K hodnocení rizika vzniku dekubitů je možné využít např. Bradenovu, či Waterlowu škálu, ale nejčastěji využívanou je hodnotící škála dle Nortonové. Jedná se o jednoduchou a přehlednou tabulku, která hodnotí 9 položek: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další nemoci, tělesný stav, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a kontinenci. Podle stavu pacientky je každá položka bodově ohodnocena v rozmezí od 1 do 4. Pokud je celkový součet všech bodů menší nebo roven 25, znamená to nebezpečí vzniku dekubitů (Mikula a kol., 2008, s. 18-19).

### **2.5.5 Riziko popálení**

Riziko popálení během operačního výkonu vzniká zejména za využití elektrokoagulace, pomocí níž se řeže a koaguluje tkáň. Toto riziko představuje hlavně monopolární koagulace, při které prochází vysokofrekvenční proud z branže nástroje (aktivní elektroda) tělem pacientky až k neutrální elektrodě. Je tedy nezbytné důsledné umístění neutrální elektrody na tělo pacientky tak, aby oblast přiložení byla dostatečnou vybavena svalovou tkání, byla suchá, oholená, a co nejbližší k operačnímu poli (Jedličková a kol., 2019, s. 55-58).

Elektroda musí přilnout celým svým povrchem k tělu pacientky, a její správné uložení je nutné zkontrolovat nejen před zahájením operačního výkonu, ale i průběžně během operace, kdy se elektroda v důsledku polohování pacientky může odlepit či sklouznout a stát se tak příčinou popálení. Mezi nejbezpečnější a nejvyužívanější místa pro aplikaci elektrody patří rameno, stehno, nebo bérce. V současné době jsou hojně využívány jednorázové nalepovací elektrody. Umístění neutrální elektrody na těle pacientky má porodní asistentka pro perioperační péči povinnost zaznamenat do její ošetrovatelské dokumentace (Jedličková a kol., 2019, s. 55-58).

K popálení pacientky může dojít i v případě, že se dotýká některou částí svého těla kovové části operačního stolu. Dochází tak k jejímu uzemnění v oblastech mimo neutrální elektrodu a k porušení uzavřeného okruhu, kterým prochází elektrický proud. Radiofrekvenční energie pak může způsobit termickou traumatizaci tkáně na jiných částech těla, než byla cílená oblast jejího účinku. Jako prevenci vzniku tohoto typu popálení je nezbytné zajistit, aby se pacientka nedotýkala žádné vodivé části operačního stolu jak před započítím operace, tak i při polohování během jejího průběhu (ČSN EN ISO 60601-2-2, 2009; Wichsová a kol., 2013, s. 67).

Dalším rizikem vzniku popálení je používání hořlavých antiseptik, které nestihly dostatečně zaschnout, či zatekly pod pacientku, a poté došlo k jejich vznícení. K popálení může také dojít při nesprávné funkci přístrojů, nebo při odkládání pracovních nástrojů na tělo pacientky (Weaving a kol., 2008, s. 199-203; Wichsová a kol., 2013, s. 67).

### **2.5.6 Parézy**

Parézou označujeme částečné oslabení volné pohyblivosti končetin, zapříčiněné útlakem povrchových nervů proti pevnému podkladu. Takovéto stlačení nervů je dáno nepřirozeným napolohováním pacientky, či dlouhým setrváváním v nevhodné poloze (Krška a kol., 2011, s. 168). Poškození nervů může také vyvolat nesprávné a nešetrné polohování, do kterého lze zařadit různé tahání, převracení a posouvání. Při polohování pacientky je třeba respektovat fyziologii a anatomii těla.

V důsledku položení horní končetiny nad úroveň ramene nejčastěji podléhá parézám plexus brachialis. Při absenci vypodložení horních končetin parézám podléhají zejména nervus ulnaris, radialis a medianus.

Při operacích v gynekologické poloze při nesprávném umístění dolních končetin v Schautových podpěrkách a jejich nedostatečném podložení v podkolení jamce, dochází k narušení funkce nervus peroneus. Jako prevenci paréz je důležité volit co nejpřirozenější polohu a zároveň využívat polohovací pomůcky. Nejčastěji jsou k tomu využívány pomůcky gelové, ale lze použít i pěnové či molitanové (Ambler, 2013, s. 181-189; Wendsche a kol., 2012, s. 78-79).

## 2.6 Zdravotnická dokumentace v rámci perioperační péče

Zdravotnická dokumentace je velice důležitou součástí poskytování zdravotní péče v jakémkoliv zdravotnickém zařízení. Její správné vedení je řízeno zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, který upravuje Vyhláška č. 98/2012 Sb., novelizována Vyhláškou č. 279/2020 Sb. ve znění pozdějších předpisů o zdravotnické dokumentaci. Zákon stanovuje, v jaké formě a rozsahu má být dokumentace vedena, kdo do ní má právo nahlížet, či si z ní obstarávat výpisy a opisy, jaké nástroje jsou zapotřebí k jejímu vedení v elektronické podobě, po jak dlouhou dobu je nezbytné ji archivovat a jaké jsou podmínky její skartace. Pokud není stanoveno jinak, je minimální doba archivace zdravotnické dokumentace 5 let (Česko, 2011; Česko, 2020).

Zdravotnická dokumentace má několik důležitých významů, a to (Wichsová a kol., 2013, s. 43):

- Terapeuticko-diagnostický – přesný popis a záznam všech operačních výkonů, čímž se mapuje vývoj onemocnění a obsah poskytované péče
- Statistický – umožňuje na základě záznamů vyhodnotit vytížení operačních sálů, spotřebu zdravotnického materiálu a zdravotnických prostředků, hospodaření jednotlivých oddělení, počet operačních výkonů, počet operovaných pacientů, počet reoperací apod.
- Právní – zaručuje ochranu osobních údajů, lze využít jako důkazní materiál při řešení stížností a soudních sporů
- Vědecko-výzkumný – umožňuje porovnat jednotlivé případy a postupy, na jejichž základě je možné získávat nové metody léčby nebo zdravotních úkonů
- Vzdělávací – umožňuje využití záznamů jako kazuistiky pro přednáškovou činnost nebo jako součást odborné publikace

Mezi hlavní perioperační dokumentaci je řazena operační kniha, která slouží jako doklad o každé pacientce podstupující operaci. Jsou zde zapsány identifikační údaje pacientky, operátéra, anesteziologa, všech asistentů a porodní asistentky pro perioperační péči, dále je uvedeno datum a druh operačního výkonu, operační diagnóza, typ anestézie a obsahuje prostor pro poznámky. Děni na operačním sále je často udáváno předem sestaveným operačním programem, který obvykle vytváří primář operačních sálů. Je zde stanoveno pořadí výkonů spolu s jejich názvy, jmény pacientek a operátorů.

K dokumentaci na operačním sále patří také ošetrovatelský perioperační záznam, do kterého porodní asistentka pro perioperační péči zaznamenává průběh operačního výkonu. Položky, které v něm musí být zaznamenány, upravuje Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb., která byla novelizována Vyhláškou č. 279/2020 Sb. Kvalitní ošetrovatelský perioperační záznam by měl obsahovat identifikační údaje pacientky, použitý materiál a přístroje, chemické indikátory ze sterilních sít, použité roztoky při výplachu operační rány, informaci o použití drénů, odběru biologického materiálu, a početním souhlasu nástrojů, jehel a použitých roušek, případně tamponů (Česko, 2020).

Ošetrovatelský perioperační záznam by měl také obsahovat informace o poloze, kterou pacientka během operace zaujímal, případně o její změně během výkonu. Dále pak použité pomůcky při polohování, kdo pacientku polohoval, délku operace, umístění neutrální elektrody a stav kožní integrity před a po operaci. V případě nutnosti ošetření kůže, je třeba tuto skutečnost zaznamenat a popsat následný postup k úplnému zotavení poranění. Pokud došlo k poškození pacientky (např. pád, dekubitus, paréza, popálení atd.), je třeba tuto událost také zaznamenat (Nicholson, 2018, s. 55; AORN, 2001 s. 231-235).

Prostřednictvím ošetrovatelského perioperačního záznamu je možné zpětné komplexní posouzení operačního výkonu a osvětlení případných nejasností. Na konci každé operace je nutné, aby operátor vytvořil detailní operační protokol, který je spolu s anesteziologickým záznamem založen do chorobopisu pacientky. Podle potřeby se také po operačním výkonu, v případě „frozen section“ během operačního výkonu, vyplní předpřipravené žádanky pro mikrobiologické či histologické vyšetření odebrané tkáně (Zeman a kol., 2011, s. 194).

Další součástí perioperační dokumentace jsou anesteziologické knihy a záznamy, deníky biologického materiálu, hlášení sester, verifikační protokol, provozní deníky přístrojů, harmonogramy, náplně práce, ošetrovatelské standardy a pracovní postupy, deníky úrazů a nežádoucích událostí (Jedličková a kol., 2021, s. 140-142; Wichsová a kol., 2013, s. 43).

Zdravotnická dokumentace musí být pravdivá, čitelná, věcná a srozumitelná. Každý záznam pak musí být potvrzen razítkem a podpisem zdravotnického pracovníka, který záznam učinil. Některé typy záznamů je nutné označit datem a časem (např. při podávání analgetik či jiných léčiv) (Kováčiková a Janečková, 2009, s. 61-62).

Kladené vysoké nároky na zdravotnickou dokumentaci v současné době vedou k neustálému zdokonalování systémů umožňujících vedení zdravotnické dokumentace v elektronické

podobě. Zdravotnická dokumentace v elektronické podobě šetří čas, který může být využit k lepší péči o pacienta. Nevýhodou těchto systémů jsou vyšší pořizovací náklady na hardware a software, a náklady na dodatečné zaškolení pracovníků. Při nedostatečném zabezpečení systému také hrozí únik důvěrných informací o pacientech a jejich zneužití neoprávněnou osobou.

Jedním z nejrozšířenějších řešení je informační systém MEDIX®, který je možné dle potřeb jednotlivých zdravotnických zařízení nakonfigurovat tzv. „na míru“. Systém disponuje třemi základními funkcionalitami, a to: pro uživatele, pro komunikaci s centrální sterilizací, pro management.

Využívání systému MEDIX® zefektivňuje práci, zvyšuje přesnost a rychlost zpracování dat, snižuje objem papírové dokumentace a umožňuje bezprostřední online sledování změn. Systém zajišťuje právní ochranu za pomoci forenznosti procesů a validace zpracovávaných dat. Nabízí automatické zpracování dokumentace, samočinnou evidenci a monitoraci spotřebovaných prostředků a použitých přístrojů na pacienta, standardizaci metod atd. Umožňuje ekonomické zpracování dat, např. porovnávání nákladů, rozpočítání nákladů na operační výkon a oddělení, analýzu nákladů apod. Systém MEDIX® tedy usnadňuje, zkvalitňuje a snižuje chybovost práce zdravotnických pracovníků (Muntenu a Hammer, 2013).

Mezi další často využívaná řešení patří například systémy FONS Akord a MediCalc®. Obě zmíněná řešení splňují požadavky zdravotnických zařízení podobně jako systém MEDIX®. FONS Akord je moderní klinický informační systém pokrývající provoz zejména klinických pracovišť a umožňuje jednoduché vedení zdravotnické dokumentace a podporuje provozní činnosti na jednotlivých klinických pracovištích. Program MediCalc® nabízí jednoduché vedení zdravotnické dokumentace, která může být sdílena v rámci celého nemocničního informačního systému.

## 3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část diplomové práce je vypracována v návaznosti na část teoretickou. Před uskutečněním průzkumného šetření byla prostudována dostupná odborná literatura, zabývající se tématem polohování, perioperační péčí a tématy s těmito úzce souvisejícími.

### 3.1 Průzkumný design

Jedná se o teoreticko-průzkumný typ diplomové práce, zaměřené na polohování pacientky v perioperační péči. Správným polohováním lze výrazně snížit některá rizika, ohrožující pacientku v průběhu perioperační péče, a tím zajistit její bezpečí a komfort během operace. Naopak, důsledky nesprávného polohování mohou mít dalekosáhlý dopad, jak pro pacientku postiženou dočasnými či trvalými následky, tak pro zdravotnické zařízení, které může utrpět na pověsti.

Znalosti, získané z literatury použité v teoretické části diplomové práce, byly použity jako podklad pro zpracování průzkumné části. Průzkum probíhal na několika oborových operačních sálech vybraných zdravotnických zařízení v rámci jednoho kraje, a byl zaměřen na dodržování správného polohování pacientek na operačním sále a na rizika vznikající v souvislosti s pochybením při tomto procesu.

Průzkum byl realizován prostřednictvím kvalitativní metody, skládající se ze dvou částí. První část průzkumného šetření tvořil polostrukturovaný rozhovor s manažerkami gynekologických operačních sálů. V druhé části průzkumu následovalo zúčastněné pozorování na týchž sálech. Některé výsledky těchto pozorování byly z důvodu přehlednosti a srozumitelnosti kvantifikovány. Za účelem záznamu dat během pozorování byl využíván arch, sestavený na základě doporučených zásad správného polohování, uvedených v české i zahraniční literatuře. Závěry byly vyvozeny na základě výsledků průzkumu v kombinaci s nastudovanou teorií.

Podle daných cílů diplomové práce a prostudované odborné literatury byly stanoveny následující průzkumné otázky:

***PO1: Jak je dodržováno bezpečné polohování pacientky na operačním sále?***

***PO2: S jakými nežádoucími událostmi se při polohování respondentky setkaly, a jak probíhalo jejich řešení?***

***PO3: Jaké jsou možnosti polohování pacientky na operačním stole, a jak se pečuje o polohovací pomůcky?***

Nejdříve byla realizována první část průzkumu, tedy polostrukturované rozhovory s manažerkami gynekologických operačních sálů, na které navazovalo zúčastněné pozorování. Pro přehlednost je průzkumná část diplomové práce rozdělena na tyto dvě části.

## **3.2 Polostrukturované rozhovory**

Průzkumná část byla zahájena polostrukturovanými rozhovory se staničními sestrami gynekologických operačních sálů. Realizace průzkumu probíhala v období od začátku prosince roku 2020 do poloviny března roku 2021. Polostrukturovaný rozhovor byl zaměřen na to, jak staniční sestry gynekologických operačních sálů vnímají problematiku správného polohování pacientek na operačním stole, a jak je nastavena a dodržována správná technika polohování pacientek na jejich pracovištích. Tyto informace byly porovnány s výsledky zúčastněných pozorování.

### **3.2.1 Metodika sběru dat**

Metoda polostrukturovaného rozhovoru spadá do kvalitativní formy průzkumu. Ta se zaměřuje na hlubší poznání zkoumaného jevu, popisuje jak jednotlivci či skupiny vnímají a vysvětlují určitý jev, jaký mu přiřkládají význam, a jak jej chápou. Jedná se o detailní a širokosáhlý popis určité skutečnosti, jejíž podstatou není zjištění četnosti výskytů daného jevu (Hendl, 2016).

Polostrukturované rozhovory byly vedeny se staničními sestrami ze čtyř gynekologických operačních sálů zúčastněných nemocnic. Na základě rešerše literatury byly sestaveny otázky (viz kapitola 3.1) pro polostrukturované rozhovory – jednalo se tedy o přibližný návod, jakým směrem by se rozhovory měly ubírat. Kutnohorská uvádí, že tato metoda výrazně snižuje riziko opomenutí některého ze stanovených témat, které má být během rozhovoru probráno (Kutnohorská, 2009, s. 40).

Wildemuth a Zhang (2009) popisují polostrukturované rozhovory jako organizované, systematické a více adaptivní než rozhovory strukturované.

K polostrukturovanému rozhovoru bylo připraveno 12 otevřených otázek (Příloha F), z nichž první tři se zaměřovaly na základní charakteristiku každé z respondentek, a ostatní se týkaly problematiky polohování. Původně bylo plánováno rozhovory nahrávat na diktafon a následně záznamy přepsat, ale vzhledem k tomu, že respondentky s nahráváním rozhovoru nesouhlasily, byly odpovědi zaznamenávány formou poznámek. Poznámky byly ihned po ukončení rozhovoru, ještě v prostorách zdravotnického zařízení, rozpracovány.

Záznamy z rozhovorů byly zcela anonymizovány a neobsahují osobní informace respondentek, ani identifikující informace o zdravotnických zařízeních. Rozhovory byly předem domluveny



na termín vyhovující oběma stranám, a respondentky byly dopředu seznámeny se záměrem rozhovoru. Setkání probíhala vždy po skončení operačního programu v kancelářích staničních sester. Všechna sezení proběhla bez komplikací a v přátelské náladě. Délka rozhovorů se odvíjela od možností respondentek a v průměru se pohybovala okolo 30 minut.

### **3.2.2 Charakteristika průzkumného vzorku**

Rozhovory probíhaly ve čtyřech nemocnicích v rámci jednoho kraje. Pro zachování anonymity jsou tato zařízení v diplomové práci označována pod písmeny abecedy jako „Nemocnice A“ až „Nemocnice D“.

Rozhovory byly vedeny s manažerkami gynekologických operačních sálů, na kterých probíhalo zúčastněné pozorování (viz kapitola 3.3). Všechny čtyři respondentky („Respondentka A“ až „Respondentka D“), byly během průzkumu zaměstnány na pracovní pozici staniční sestra. Průměrná délka pracovní činnosti respondentek na operačních sálech jako porodní asistentky pro perioperační péči byla 27,5 roku.

- „Respondentka A“ na operačních sálech pracovala 35 let. Má ukončené vzdělání na střední zdravotnické škole v oboru Všeobecná sestra, na které navázala pomaturitním specializačním studiem v oboru Instrumentování na operačním sále.
- „Respondentka B“ působila na operačním sále 29 let. Vystudovala všeobecné gymnázium a své odborné vzdělání si rozšířila na střední zdravotnické škole v oboru Ženská sestra. Později absolvovala pomaturitní specializační studium v oboru Instrumentování na operačním sále.
- „Respondentka C“ na operačních sálech pracovala 20 let. Má ukončené vzdělání na střední zdravotnické škole v oboru Všeobecná sestra, na které navázala pomaturitním specializačním studiem v oboru Instrumentování na operačním sále.
- „Respondentka D“ působila na operačním sále 26 let. Vystudovala všeobecné gymnázium a své odborné vzdělání si rozšířila na střední zdravotnické škole v oboru Ženská sestra. Později absolvovala pomaturitní specializační studium v oboru Instrumentování na operačním sále.

Výběr respondentek na vedoucích pozicích byl záměrný, a to z důvodu předpokládané dlouholeté praxe s prací na operačních sálech a s ní spojených zkušeností v celé problematice perioperační péče. Tento předpoklad byl naplněn.

Nelze vyloučit, že rozhovor mohl respondentky svádět k idealizaci své práce i svého pracoviště, případně opomíjení nebo bagatelizaci nedostatků. Jako důvod k uvedení zkreslené informace lze předpokládat strach z případných postihů.

### **3.2.3 Analýza dat**

K analýze a vyhodnocení dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování. Ta je založena na přístupu označovaném jako zakotvená teorie a umožňuje odkrývat vztahy a pravidelnosti zkoumaného textu pomocí rozboru, pojmenování, konceptualizace a kategorizace jednotlivých údajů. Touto systematickou analýzou dat vznikají tzv. kódy, které zobecňují konkrétní pozorované jevy v textu a slouží k jeho následné interpretaci. (Švaříček a kol., 2014, s. 91, Řiháček a kol., 2013, s. 44).

Ve zpracovaných rozhovorech byly označeny kódy, na jejichž základě byly vytvořeny kategorie, případně i subkategorie, které zahrnují odpovědi na předem sestavené průzkumné otázky. Kódy byly pro přehlednost zpracovány do tabulek a opatřeny slovními komentáři. K dokreslení situace byly připojeny také ukázky zajímavých odpovědí zúčastněných respondentek.

### **3.2.4 Výsledky průzkumu**

#### ***3.2.4.1 PO1: Jak je dodržováno bezpečné polohování pacientky na operačním sále?***

Na základě kódů z odpovědí na otázky polostrukturovaných rozhovorů (Příloha F) byly určeny kategorie: Dokumenty k bezpečnému polohování, Školení bezpečného polohování, Kontrola správného polohování, Kontrola stavu kůže při překladi pacientky na oddělení a Osoba polohující pacientku. Pro lepší přehlednost jsou ke kategoriím vytvořeny tabulky obsahující jednotlivé kódy a případně subkategorie. Všechny tabulky jsou opatřeny komentářem.

## KATEGORIE 1: DOKUMENTY K BEZPEČNÉMU POLOHOVÁNÍ

Tabulka 1: Kategorie č. 1

KAT.	DOKUMENTY K BEZPEČNÉMU POLOHOVÁNÍ	
PODKAT.	ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE NA OS	DOKUMENTACE ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY
KÓDY	Perioperační bezpečnostní protokol	Seznam přístrojové techniky
	Ošetrovatelská dokumentace pacientky	
	Operační sesterská dokumentace	
	Dokumentace operačních sálů	

### Komentář:

Na základě rozhovorů s respondentkami bylo zjištěno, že zúčastněná zdravotnická zařízení používají dokumenty související s bezpečným polohováním, avšak nejedná se o dokumenty výhradně určené pro záznam bezpečnosti polohování. Použité dokumenty jsou obecnější, a zahrnují postupy celé bezpečnostní předoperační procedury. Všechna zapojená zdravotnická zařízení využívají v různých modifikacích Perioperační bezpečnostní protokol.

„Nemocnice A“ používá pouze Perioperační bezpečnostní protokol. Slovy „Respondentky A“: „*Nic speciálního v rámci polohování nemáme, řídíme se pouze podle Perioperačního bezpečnostního protokolu modifikovaného naší nemocnicí, kde je také uveden bod kontrola bezpečného uložení a fixace pacientky.*“

„Nemocnice B“ a „Nemocnice D“ kromě Perioperačního bezpečnostního protokolu, využívají arch nazvaný Sesterská operační dokumentace, který po vyplnění vkládají do ošetrovatelské dokumentace pacientky. „Nemocnice B“ navíc do ošetrovatelské dokumentace pacientky vkládá seznam přístrojové techniky, která byla v průběhu operace pacientky použita. Slovy „Respondentky B“: „*Používáme list nazvaný Operační sesterská dokumentace, kde zaznamenáváme polohu pacientky, pomůcky a pak i jiné věci, které s polohováním už tak moc nesouvisí. Taký máme seznam přístrojové techniky, kde zaznamenáváme přístroje použité v průběhu operace, a to i operační stůl, tak to taky souvisí s polohováním, nebo ne?*“

„Respondentka C“ uvedla, že k Perioperačnímu bezpečnostnímu protokolu také vyplňují arch nazvaný Dokumentace operačních sálů. Jejimi slovy: *„Máme taky arch, jmenuje se Dokumentace operačních sálů a zaznamenáváme tam například polohu pacientky, umístění neutrální elektrody, kontrolu nástrojů a roušek, polohovací pomůcky, a ještě i jiné věci, ale to už si nevzpomenu.“* Z výpovědi respondentky je zřejmé, že tento arch se obsahově podobá Sesterské operační dokumentaci používané v „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“.

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 1.

## KATEGORIE 2: ŠKOLENÍ BEZPEČNÉHO POLOHOVÁNÍ

Tabulka 2: Kategorie č. 2 – část 1

KAT.	ŠKOLENÍ BEZPEČNÉHO POLOHOVÁNÍ PRO SANITÁŘE	
PODKAT.	ZDROJ	KDY
KÓDY	Staniční sestra	Nástup do zaměstnání
	Sanitářský kurz	Periodicky 1x ročně

Tabulka 3: Kategorie č. 2 – část 2

KAT.	ŠKOLENÍ BEZPEČNÉHO POLOHOVÁNÍ PRO PA PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI	
PODKAT.	ZDROJ	KDY
KÓDY	Staniční sestra	Nástup do zaměstnání
	Odborné studium na VŠ	Periodicky 1x ročně

### Komentář:

Z rozhovorů s respondentkami bylo zjištěno, že školení bezpečného polohování probíhá, při nástupu sanitářů a PA pro perioperační péči do zaměstnání, a je vždy vedeno staniční sestrou.

V „Nemocnici A“ provádí staniční sestra toto školení každoročně. Dle jejích slov se školení provádí: *„Při nástupu u sanitářů i sester a pak periodicky, každý rok v rámci takového souhrnného školení. Je to potřeba, rychle se to zapomíná.“*

„Respondentka B“ a „Respondentka D“ uvedly, že tuto znalost sanitáři získávají během sanitářského kurzu, který je poskytován přímo nemocnicí, a jež před nástupem do zaměstnání absolvují. Slovy „Respondentky B“: *„Školení provádím já, ale zároveň předpokládám, že tuto znalost sanitář již získal na kurzu, který musel absolvovat, i když někdy tak úplně nepůsobí.“*

„Respondentka C“ sdělila, že školení sanitářů a PA provádí ona, vždy při jejich nástupu do zaměstnání: *„Sanitáře i PA pro perioperační péči s touto problematikou seznámím vždycky já, hned, jak nastoupí do práce.“*

„Respondentka D“ také zmínila, že školení PA pro perioperační péči spíše neprovádí, protože předpokládá, že mají znalosti o této problematice ze studií. Jejími slovy: *„Sestry nějak moc neproškoluji, znají to ze školy, spíš se jedná o takové seznámení s pracovním prostředím, ale samozřejmě se mě můžou na cokoliv, kdykoliv zeptat.“*

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 2 a Tabulce 3.

### KATEGORIE 3: KONTROLA SPRÁVNÉHO POLOHOVÁNÍ

Tabulka 4: Kategorie č. 3

KAT.	KONTROLA SPRÁVNÉHO POLOHOVÁNÍ		
PODKAT.	FREKVENCE KONTROLY	ROZSAH KONTROLY	ZPŮSOB KONTROLY
KÓDY	Před začátkem operace	Fixace pacientky	PA pro perioperační péči
	Po každé změně polohy	Podložení predilekčních míst	Pohled na pacientku
		Správnost polohy k operaci	Dotaz na operační tým
		Dotyk kovových částí	
		Umístění neutrální elektrody	

#### Komentář:

Na základě rozhovorů s respondentkami bylo zjištěno, že v rámci všech zúčastněných zdravotních zařízení probíhá kontrola správného polohování pacientek na operačním stole. Polohu pacientky kontroluje PA pro perioperační péči pohledem, a dotazem na operační tým se ujistí, že je vyhovující.

„Respondentka A“, „Respondentka B“ a „Respondentka C“ uvedly, že před začátkem každé operace PA pro perioperační péči kontroluje správnost polohy pacientky vzhledem k danému operačnímu výkonu, její fixaci a umístění neutrální elektrody.

„Respondentka B“ odpověděla, že kontrolu provádí PA pro perioperační péči po každé změně polohy pacientky. Jejími slovy: *„Polohu kontroluje perioperační sestra vždycky, když dojde ke změně polohy pacientky, no teda alespoň by to tak mělo být, a já doufám, že naše sestry to tak dělají.“*

„Respondentka C“ také zmínila kontrolu podložení všech predilekčních míst. Jejími slovy: *„Kontroluje se podložení predilekčních míst, správnost polohy, zda je pacientka fixovaná tak, jak má být, a jestli sanitář nezapomněl na neutrální elektrodu, když je potřeba.“*

„Respondentka A“ a „Respondentka D“ také v rozsahu kontroly uvedly dotyk pacientky o kovové části stolu. Slovy „Respondentky A“: *„Tak kontroluje se hlavně správná poloha pacientky tak, aby vyhovovala operatérovi, dále pak použití fixačních pásů proti pádu, no pak taky, aby se pacientka nedotýkala kovových částí a přiložení neutrální elektrody, to je snad všechno.“* Slovy „Respondentky D“: *„Kontrolujeme, jestli je pacientka izolována od kovových částí stolu, jestli je upevněna pásy, kde je přiložena neutrální elektroda a jestli se neodlepjuje, a taky se před operací domlouváme v jaké poloze má pacientka být.“*

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 4.

#### KATEGORIE 4: KONTROLA STAVU KŮŽE PŘI PŘEKLADU PACIENTKY NA ODDĚLENÍ

Tabulka 5: Kategorie č. 4

KAT.	KONTROLA STAVU KŮŽE PŘI PŘEKLADU PACIENTKY NA ODDĚLENÍ		
PODKAT.	KDO KONTROLUJE	FREKVENCE KONTROLY	ZPŮSOB KONTROLY
KÓDY	Anesteziologická sestra	Vždy	Pohledem
	Obíhající PA pro periop. péči	Téměř vždy	
	Instrumentující PA pro periop. péči		

### **Komentář:**

Na základě rozhovorů s respondentkami docházelo na jejich pracovištích ke kontrole kůže vždy, v případě „Respondentky C“ téměř vždy. Kontrola probíhala na všech zúčastněných zdravotnických zařízeních pohledem a prováděla jí buď jedna z PA pro perioperační péči nebo anesteziologická sestra.

Slovy „Respondentky A“: *„Stav kůže kontroluje instrumentářka nebo ARO sestra, a to vždycky po skončení operace, když je pacientka přesouvána na transportní vozík. Podívají se hlavně na to, jak vypadají místa s větší náchylností k dekubitům“.*

„Respondentka B“ zmiňuje, že kontrolu provádí jedna z PA pro perioperační péči nebo anesteziologická sestra, popřípadě vzájemně spolupracují. Slovy „Respondentky B“: *„Kontrola probíhá pohledem, a to při každé operaci, kontroluje obíhačka, instrumentářka nebo ARO sestra. Někdy kontrolují spolu, třeba obíhačka i ARO sestra.“*

„Respondentka C“ uvádí: *„U nás stav kůže pacientky kontroluje perioperační sestra, dívá se hlavně na záda, uši a zadní část nohou. Holky to dělají vždycky, ale nejsme neomylní, takže se může stát, že někdy zapomenou.“*

„Respondentka D“ odpověděla následovně: *„To je zodpovědnost anesteziologické sestry, prohlídne si každou pacientku, jak před operací, tak po.“*

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 5.

### **KATEGORIE 5: OSOBA POLOHUJÍCÍ PACIENTKU**

Tabulka 6: Kategorie č. 5

<b>KAT.</b>	<b>OSOBA POLOHUJÍCÍ PACIENTKU</b>
<b>KÓDY</b>	Proškolený sanitář pod dohledem
	Proškolený sanitář ve spolupráci s PA pro perioperační péči

### **Komentář:**

Ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních pacientku vždy polohuje proškolený sanitář. „Respondentka A“, „Respondentka C“ a „Respondentka D“ uvedly, že proškolený sanitář

pacientku polohuje pod dohledem PA pro perioperační péči. „Respondentka B“ uvedla, že pacientka je polohována společně proškoleným sanitářem a PA pro perioperační péči.

Slovy „Respondentky A: „*U nás polohuje sanitář sám, jsou šikovní a není tu moc poloh, které se střídají, takže to zvládají bez problémů, málokdy potřebují nějak pomoci. Samozřejmě na ně vždy nějaká z holek dohlíží a zkontroluje, jestli je poloha v pořádku.*“

Slovy „Respondentky B“: „*U nás je to nastavený, tak že vždy polohuje perioperační sestra ve spolupráci s proškoleným sanitářem. Vím, že někde, to dělá sanitář úplně sám, nebo na něj jen sestra dohlíží, ale tak jak to děláme my, mi to připadá lepší.*“

„Respondentka C“ uvedla: „*Polohují sanitáři pod dohledem holek, patří to do jejich pracovní náplně.*“

„Respondentka D“ odpověděla: „*Hlavně sanitáři, někdy, když je pacientka opravdu těžká, tak od nás potřebují pomoci, ale jinak to zvládají sami. Samozřejmě na ně dohlížíme, neseme za to zodpovědnost.*“

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 6.

### 3.2.4.2 PO2: S jakými nežádoucími událostmi se při polohování respondentky setkaly, a jak probíhalo jejich řešení?

K PO2 byly vytvořeny dvě kategorie: Nežádoucí události při polohování pacientky a jejich řešení, Postup řešení a záznamu nežádoucích událostí při polohování pacientky.

#### KATEGORIE 6: SETKÁNÍ S NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTÍ PŘI POLOHOVÁNÍ PACIENTKY

Tabulka 7: Kategorie č. 6

KAT.	NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI PŘI POLOHOVÁNÍ PACIENTKY A JEJICH ŘEŠENÍ		
PODKAT.	TYP NU	FREKVENCE NU	ŘEŠENÍ NU
KÓDY	Žádná NU	Nikdy	Pryžová podložka
	Otlak ramen	Jednou	Savá rouška
	Otlak v bederní části	Dvakrát	Gelová podložka
		Několikrát	Jednorázová gelová podložka – motýl



## **Komentář:**

„Respondentka C“ uvedla: *„Ne, s tímto typem nežádoucí události jsem se nikdy nesešla.“* Ostatní respondentky uvedly, že se s nežádoucí událostí při polohování již setkaly, ale četnost těchto NU uvádějí jako velice malou.

„Respondentka A“ se s NU při polohování, již několikrát setkala: *„Není to moc často, ale občas se s tímto typem nežádoucí události setkám, vždy to bylo jako následek nějaké velice náročné a dlouhé operace. Jednalo se o to, že pacientka po operaci měla otlak, zarudlé místo v oblasti beder. Teď, když je možné předpokládat nějaký náročnější průběh operace, tak pacientce do této oblasti lepíme jednorázovou gelovou pomůcku ve tvaru motýla. Je to dost drahé, takže to není možné lepit u každé pacientky.“*

„Respondentka B“ se setkala s NU jen jednou: *„Zatím jsem se s takovou nežádoucí událostí setkala pouze jednou, po výměně starých operačních stolů za nové, ty nové byly asi tvrdší. Pacientkám se začaly v oblasti beder dělat rudé otlaky, od té doby vždy pacientky leží celými zády na pryžové podložce.“*

„Respondentka D“ se setkala kromě otlaků v oblasti beder také s otlaky v oblasti ramen: *„Setkala jsem se s dvěma různými typy těchto nežádoucích událostí, nejdříve, když pacientky při delší laparoskopii mívaly otlaky ramen, to jsme vyřešili podkládáním gelových podložek, a pak když se u pacientek začalo objevovat něco mezi červeným otlakem a zapařeninou v oblasti beder. To bylo způsobeno zatékáním dezinfekce pod pacientky, ta dezinfekce jim pak dráždila kůži. Teď pacientky podkládáme navíc ještě savou rouškou a od té doby se to neděje.“*

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 7.

## KATEGORIE 7: POSTUP ŘEŠENÍ A ZÁZNAMU NU PŘI POLOHOVÁNÍ PACIENTKY

Tabulka 8: Kategorie č. 7

KAT.	POSTUP ŘEŠENÍ A ZÁZNAMU NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ PŘI POLOHOVÁNÍ PACIENTKY	
PODKAT.	POSTUP ŘEŠENÍ NU	ZPŮSOB ZÁZNAMU NU
KÓDY	Odstranění příčiny	PC program pro záznam NU
	Záznam NU	Arch pro záznam NU
	Nahlášení vedoucímu pracovníkovi	

### Komentář:

Ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních je využíván stejný postup řešení nežádoucí události, tedy bezodkladné odstranění příčiny, záznam o jejím vzniku, a její nahlášení vedoucímu pracovníkovi. Způsob záznamu nežádoucí události se v jednotlivých zdravotnických zařízeních liší, někde je využíván specializovaný PC program, jinde k tomu určený papírový arch.

„Nemocnice B“ a „Nemocnice D“ využívá k hlášení nežádoucí události k tomu určený počítačový program. „Respondentka B“ uvedla: „*Nic specifického pro polohování nemáme, ale pro hlášení všech nežádoucí události máme speciální počítačový program, je přehledný, má různé kategorie, které se pouze zaklikávají, jako například, kdo nežádoucí událost způsobil, o jaký typ se jedná a tak. Je to dobrý, ulehčuje to práci.*“

„Respondentka A“ uvedla: „*Řídíme se podle směrnice, která visí na internetu a platí pro celou naši nemocnici pro všechny typy nežádoucí události, k ní je tam i arch, který v případě nežádoucí události vyplňujeme. Jinak vzniklou nežádoucí událost ihned sestry hlásí službu konajícímu lékaři a poté i staniční sestře.*“

„Respondentka C“ odpověděla: „*Nejdříve je snaha odstranit příčinu nežádoucí události, poté jí nahlásit lékaři a staniční sestře, a vyplnit k tomu určený arch papíru, který účastníci a svědci nežádoucí události podepíší. Nežádoucí událost v rámci polohování řešíme stejně, jako jakoukoliv jinou nežádoucí událost.*“

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 8.

### 3.2.4.3 PO3: Jaké jsou možnosti polohování pacientky na operačním stole, a jak se pečuje o polohovací pomůcky?

K PO3 byly vytvořeny dvě kategorie: Možnosti polohování pacientky na operačním stole, Péče o polohovací pomůcky

#### KATEGORIE 8: MOŽNOSTI POLOHOVÁNÍ PACIENTKY NA OPERAČNÍM STOLE

Tabulka 9: Kategorie č. 8

KAT.	MOŽNOSTI POLOHOVÁNÍ PACIENTKY NA OPERAČNÍM STOLE	
PODKAT.	POLOHOVACÍ POMŮCKY	ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY DLE MATERIÁLU
KÓDY	Operační stůl na dálkové ovládání	Gelové
	Podpěry pod horní a dolní končetiny	Molitanové
	Hrazdička	Pryžové
	Zarážky na ramena	Různé
	Shautovy podpěry	
	„Americké botičky“	
	Fixační pásy	

#### Komentář:

Z rozhovorů vyplývá, že všechna zúčastněná zdravotnická zařízení mají velice podobné možnosti polohování. Respondentky všech pracovišť uvedly, že mají moderní operační stoly s dálkovým ovladačem. „Nemocnice C“ používá operační stůl vybavený tzv. „Americkými botičkami“, které jsou vypolstrované a slouží k jednoduššímu polohování končetin pacientky. Ostatní nemocnice používají operační stoly vybavené Schautovými podpěrami.

„Respondentka A“ odpověděla: „Možností polohování máme z mého pohledu hodně, máme moderní stůl na dálkové ovládání, dále nejčastěji využíváme podpěry na končetiny, Schautovy podpěry, zarážky na ramena, vždycky hrazdičku, gelové pomůcky, máme třeba gelový polštářek ve tvaru donutu a pak gelové podložky pod končetiny, pod záda dáváme pryžovou podložku,

*máme i pár molitanových, ale ty už teď moc nepoužíváme. Ty gelové podložky máme i ve více velikostech.*“

Vyjádření „Respondentky B“ a „Respondentky D“ se významně nelišila od výpovědi „Respondentky A“.

„Respondentka C“ uvedla: *„Máme skvělejší operační stůl na dálkové ovládání, už tam má ty botičky, takže se s ním pracuje velice jednoduše, dále máme podpěry pod horní končetiny, záložky na ramena i tělo, pásy k fixaci pacientky a hrazdu, přes kterou přehazujeme rouškování. K podkládání pacientky máme dost různých pomůcek, používáme je podle polohy, máme molitanové i gelové. Gelových máme víc. Jsou různě velké a mají různé tvary.*“

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 9.

## KATEGORIE 9: PÉČE O POLOHOVACÍ POMŮCKY

Tabulka 10: Kategorie č. 9

KAT.	PÉČE O POLOHOVACÍ POMŮCKY	
PODKAT.	FREKVENCE DEZINFEKCE	ZPŮSOB DEZINFEKCE
KÓDY	Po každém použití	Postřík dezinfekcí a otření suchými jednorázovými ubrousky
		Otření speciálními jednorázovými dezinfekčními ubrousky
		Otření jednorázovými ubrousky namočenými v dezinf. roztoku

### Komentář:

Všechna zúčastněná zdravotnická zařízení dezinfikují polohovací pomůcky po každém jejich použití. „Nemocnic A“, „Nemocnice B“ a „Nemocnice C“ provádějí dezinfekci pomocí dezinfekčních ubrousků, „Nemocnice D“ naopak využívá postříku dezinfekčním roztokem a následným setřením suchým ubrouskem.

„Respondentka A“ odpověděla: *„K tomuhle účelu máme speciální jednorázové dezinfekční ubrousky. Tahají se z takové plastové dózy, která se už rovnou tak kupuje. Na větší plochy, jako je třeba operační stůl, si pak dezinfekční roztok připravují holky do kyblíku, ale mají k němu také mulové jednorázové ubrousky, které se pak vyhazují.*“

„Respondentka B“ uvedla: *„U nás se na dezinfekci pomůcek podílejí jak sanitáři, tak sestry. Mají dezinfekci v kyblíku, do které si namáčejí a vyplachují jednorázové ubrousky, kterými všechno, co bylo použito, otřou a pak je vyhodí a dezinfekci vylíjí do nálevky k tomu určené.“*

„Respondentka C“ se vyjádřila v podobném smyslu jako „Respondentka A“ a „Respondentka B“.

„Respondentka D“ uvedla: *„Polohovací pomůcky, jako je například operační stůl, podpěry na končetiny, ale i pryžovou podložku a všechny gelové podložky dezinfikujeme po každém použití, po každé operaci se i vytírá operační sál. Máme dezinfekci ve spreji, tím to všechno postříkáme a otřeme suchým ubrouskem.“*

Souhrnné znázornění všech kódů k této kategorii je uvedeno v Tabulce 10.

#### **3.2.4.4 Shrnutí**

Ve většině případů byly odpovědi respondentek z polostrukturovaných rozhovorů v souladu se zásadami bezpečného polohování pacientek na operačním sále, a vzájemně se lišily jen nepatrně.

Rozdílné odpovědi byly zaznamenány např. na otázku školení PA pro perioperační péči, kdy „Respondentka D“ uvedla, že školení je prováděno jen výjimečně, naopak ostatní respondentky se vyjádřily, že školení je prováděno při nástupu do zaměstnání. Na otázku provádění kontroly správné polohy pacientky odpověděla „Respondentka B“, že je poloha kontrolována před operací, i v jejím průběhu. Ostatní respondentky potvrdily kontrolu polohy jen před započítím operace. Drobně se také liší, kým je pacientka polohována. „Respondentka B“ uvedla, že polohování provádí PA pro perioperační péči ve spolupráci se sanitářem. Ostatní respondentky se vyjádřily, že polohování provádí sanitář pod odborným dohledem. Odlišný je i způsob dezinfekce polohovacích pomůcek, kde v „Nemocnici D“ využívají postřík dezinfekčním roztokem, zatímco v ostatních zdravotnických zařízeních dezinfikují pomůcky otřením.

### **3.3 Zúčastněné pozorování**

Druhá fáze průzkumného šetření probíhala formou zúčastněného pozorování. Nejdříve bylo upřesněno co, kde, kdy a jak bude pozorováno (Žiaková, 2009, s. 164, 165). Jednalo se tedy o plánovanou a organizovanou činnost, která se stala součástí pozorovaného prostředí a jejíž hlavním cílem bylo zachytit, jak je zajišťována bezpečná péče o pacientku během přesunu a polohování na operačním stole.

Průzkumné šetření bylo plánováno provést alespoň v pěti různých zdravotnických zařízeních, jejichž součástí jsou gynekologické operační sály. Elektronickou poštou bylo osloveno deset vyhovujících zdravotnických zařízení s žádostí o provedení průzkumného šetření. Dvě zdravotnická zařízení žádosti nevyhověla, jedno bez udání důvodu a druhé s doporučením odložení průzkumné části diplomové práce do doby po odeznění pandemie Covid-19, a to z důvodu zvýšeného rizika nákazy pro pacienty. Čtyři zdravotnická zařízení na žádost nereagovala, či reagovala jen v počátcích a pak kontakt přerušila. Do průzkumného šetření se nakonec zapojila pouze čtyři zdravotnická zařízení, která se sběrem dat souhlasila.

K realizaci průzkumného šetření musely být nejdříve získány souhlasy náměstkyň ošetrovatelské péče vybraných zdravotnických zařízení. Oslovení náměstkyň a následná komunikace probíhala prostřednictvím elektronické pošty. Touto cestou byly zaslány všechny potřebné podklady a dokumenty týkající se následného průzkumného šetření. Jednalo se o pozorovací arch, polostrukturované otázky k rozhovoru a platné potvrzení o studiu. Po vyjádření souhlasu s provedením průzkumného šetření, došlo k osobnímu setkání, při kterém byly dovysvětleny podrobnosti průběhu, a byla podepsána žádost o provedení průzkumu. Celé průzkumné šetření probíhalo za dodržování anonymity všech zúčastněných. Dvě ze čtyř nemocnic projevíly zájem o poskytnutí výsledků a o možnost nahlédnutí do dokončené diplomové práce.

#### **3.3.1 Metodika sběru dat**

Sběr dat pomocí zúčastněného pozorování probíhal v období od začátku prosince 2020 do poloviny března 2021. Byla použita metoda kvalitativního typu, ale z důvodu porovnání zúčastněných zdravotnických zařízení byla některá data kvantifikována a interpretována pomocí deskriptivní statistiky za využití relativních četností. Relativní četnost je získána podílem absolutní četnosti v dané kvalifikační skupině a celkového počtu pozorování ve všech kvalifikačních skupinách. Takto spočtená relativní četnost je pak umnožena 100 a prezentována

v procentech na dvě desetinná místa. Tedy  $P(A) = N_A \div N \times 100$ , kde  $A$  je kvalifikační skupina,  $N_A$  je absolutní četnost v kvalifikační skupině  $A$ , a  $N$  je celkový počet pozorování ve všech kvalifikačních skupinách.

Pozorování je sběr informací pomocí systematického a cílevědomého, smyslového vnímání jevů a chování, které vede k objasnění souvislostí a vztahů pozorované reality (Reichel, 2009, s. 94). Jedná se o tradiční techniku sběru dat, kdy průzkumník provádí pozorování sám, nebo pověří kvalifikovaného a jím proškoleného zástupce pozorování. Důraz je kladen na dostatečnou validitu a reliabilitu pozorování. Pozorování je validní, pokud odpovídá jeho cíli. Reliabilita (spolehlivost) vyjadřuje přesnost zachycení jevu (Chráška, 2016, s. 146-147).

Roli pozorovatele zastala autorka diplomové práce. Veškeré informace byly sesbírány během 60 zúčastněných pozorování, přičemž jich na každém gynekologickém operačním sále proběhlo 15. Toto množství bylo zvoleno jako dostatečně velké k získání objektivního pozorování operačních výkonů v každém zúčastněném zdravotnickém zařízení.

Kritérii pro výběr zdravotnického zařízení byla přítomnost oborového gynekologického sálu a souhlas s provedením průzkumu.

Pro zaznamenávání pozorovaných jevů sloužil vlastní záznamový arch (Příloha G), který byl sestaven na základě studia české a zahraniční literatury, zaměřené na správné polohování na operačním stole, a zkušeností autorky diplomové práce získaných během předchozího plnění povinných praxí na gynekologických operačních sálech. Hlavička záznamového archu obsahuje základní identifikační údaje, jako: datum, pracoviště, věk pacientky, typ a délka operačního výkonu, poloha při operačním výkonu atd. Záznamový arch dále obsahuje jednotlivé úkoly při správném polohování na operačním sále, které jsou hodnoceny body od 0 do 2. Při úplném souladu s doporučeným postupem byly uděleny 2 body, při částečném souladu 1 bod, a pokud úkon vůbec nebyl prováděn, případně jen některými pracovníky, nebo se zcela neshodoval s doporučeními, tak byl ohodnocen 0 body. Závěr archu obsahuje celkové zhodnocení výsledků získaných během pozorování. Podle počtu získaných bodů byl každý arch zařazen do jedné z pěti kvalifikačních skupin, a to:

- 48 až 39 bodů (100-80 %) výborné plnění úkonů
- 38 až 29 bodů (79-60 %) velmi dobré plnění úkonů
- 28 až 19 bodů (59-40 %) dobré plnění úkonů
- 18 až 10 bodů (39-20 %) špatné plnění úkonů
- 9 až 0 bodů (19-0 %) nedostačující plnění úkonů

Hodnotící bodová škála byla převzata z auditního listu jedné ze sledovaných nemocnic. V záznamovém archu je také vyhrazen prostor pro poznámky, který byl využit k záznamu doplňujících informací, případně nesrovnalostí a nedostatků k úkonu. Sledované úkony na sebe chronologicky navazují a v archu je lze rozdělit do 3 kategorií: před uložením pacientky na operační stůl, během ukládání pacienty na operační stůl a po skončení operace. Celkem bylo hodnoceno 24 různých úkonů. Záznamový arch byl vytvořen tak, aby umožňoval rychlý a přehledný zápis výsledků pozorování. Pozorování se zaměřovalo zejména na porodní asistentky pro perioperační péči a sálové sanitáře, kteří se podílejí na polohování pacientky na operačním sále nejčastěji.

Personál operačních sálů byl o pozorovatelce a důvodech její přítomnosti informován prostřednictvím staničních sester. PA pro perioperační péči ovšem neznaly bližší informace o účelu a rozsahu pozorování. Tato informace byla poskytnuta jen staničním sestřám, a byla s nimi ústně dohodnuta její důvěrnost. Za předpokladu dodržení dohodnutých pravidel, lze usuzovat, že běžná činnost na operačním sále nebyla přítomností pozorovatelky nijak ovlivněna, a získaná data lze považovat za objektivní a relevantní.

Jelikož se jednalo o zúčastněné pozorování, pozorovatelka nejen pořizovala záznamy o úkonech prováděných na operačním sále, ale i se sama některých činností účastnila.

Informování personálu o plánovaném průzkumu, se z etického hlediska považuje za správné. Walker uvádí, že dodržování etických stránek průzkumu by nemělo být přehlíženo, a to nejen z důvodu ochrany průzkumníka, ale i účastníků průzkumu (Walker, 2013, s. 56).

### **3.3.2 Charakteristika prostředí průzkumu**

Prostředí průzkumného šetření představovaly gynekologické operační sály čtyř vybraných nemocnic. Všechny nemocnice měly dva gynekologické operační sály, malý a velký. Oba operační sály byly vždy v provozu souběžně. Na velkém operačním sále probíhaly rozsáhlé gynekologické operace, jako jsou např. abdominální hysterektomie, či laparoskopicky asistovaná hysterektomie. Na malém operačním sále se konaly, v rámci jednodenní chirurgie, výkony v krátkodobé anestezii, jako např. konizace děložního čípku, nebo umělé ukončení těhotenství. Operační sály všech zdravotnických zařízení byly vybaveny moderní technikou a novějším ostatním vybavením, jako: stoly, světly apod. „Nemocnice A“, „Nemocnice B“ a „Nemocnice D“ používaly gynekologické stoly se Schautovými podpěrami, „Nemocnice C“ místo nich používala tzv. polohovatelné americké botičky.



V „Nemocnici A“ je zaměstnáno dvanáct PA pro perioperační péči, které se střídají ve směnném provozu. Každý všední den je přítomna na osmihodinovou ranní službu staniční sestra gynekologických operačních sálů. Na denní směně jsou přítomny tři PA pro perioperační péči a na noční směně dvě. Během operačního programu plní službu vždy jeden sanitář zaměstnaný v rámci celého gynekologicko-porodnického oddělení. Dle ročního výkazu se v „Nemocnici A“ provede přibližně 1100 gynekologických operací.

V „Nemocnici B“ poskytuje perioperační péči devět PA pro perioperační péči, které se střídají v denních a nočních směnách. Staniční sestra dochází pouze na ranní směny. Dvě PA pro perioperační péči jsou přítomny na denní službě, jedna pak na službě noční. Personál gynekologických operačních sálů doplňuje šest sanitářů střídajících se v nepřetržitém směnném provozu. Dle ročního výkazu je v „Nemocnici B“ uskutečněno přibližně 900 gynekologických operací.

V „Nemocnici C“ pracuje na gynekologických operačních sálech celkem čtrnáct PA pro perioperační péči a jedna staniční sestra sloužící v ranních směnách. Na operačním sále jsou ve všední dny přítomny v ranní směně staniční sestra a jedna PA pro perioperační péči. Staniční sestra pomáhá na operačním sále pouze v případě nutnosti. Tři PA pro perioperační péči jsou přítomny během denní služby a dvě během služby noční. Jedenáct sanitářů se pohybuje po celé gynekologicko-porodnické klinice a střídá se v nepřetržitém směnném provozu. V „Nemocnici C“ se dle ročního výkazu odoperovalo přibližně 1300 pacientek v souvislosti s gynekologickými potížemi.

V „Nemocnici D“ je gynekologický operační sál obsazen staniční sestrou zajišťující ranní směny, deseti PA pro perioperační péči střídající se v denních a nočních službách, a šest sanitářů pracujících také ve dvousměnném provozu. Denní směnu zastávají dvě PA pro perioperační péči a noční službu jedna. V „Nemocnici D“ bylo dle ročního výkazu provedeno přibližně 1100 gynekologických operací.

### **3.3.3 Analýza dat**

Pro zpracování získaných dat pomocí záznamového archu byly využity programy Microsoft Word a Microsoft Excel. Data jsou prezentována pomocí tabulek, grafů a slovních komentářů.

### 3.3.4 Výsledky pozorování

V této podkapitole jsou popsány úkony související s bezpečnou péčí o pacientku při přesunu a polohování na operačním stole. Úkony jsou řazeny chronologicky, a jsou děleny do tří kategorií: před uložením pacientky na operační stůl, během ukládání pacienty na operační stůl, a po skončení operace.

#### 3.3.4.1 Úkony probíhající před uložením pacientky na operační stůl

V této kategorii se pozorování zaměřuje především na přípravu polohovacích pomůcek, kontrolu funkce operačního stolu, správnou identifikaci pacientky, identifikaci rizik souvisejících s polohováním (vznik dekubitů, riziko pádu) a fixaci pacientky při převozu. Data z části záznamového archu před uložením pacientky na operační stůl jsou prezentována v Tabulce 11.

Tabulka 11: Úkony před uložením pacientky na operační stůl

NEM. A	NEM. B	NEM. C	NEM. D	POZNÁMKY
1. JSOU PŘIPRAVENY POLOHOVACÍ POMŮCKY?				
shoda	shoda	shoda	shoda	podpěry na končetiny, zarážky, antidekubitní pomůcky různých tvarů a velikostí (molitanové a gelové)
2. JE ZKONTROLOVÁNA FUNKCE OPERAČNÍHO STOLU?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	kontrola sanitářem, funkce dálkového ovládaní, nabití stolu
3. JE PROVEDENA IDENTIFIKACE PACIENTKY?				
shoda	shoda	shoda	shoda	dotaz na jméno, příjmení a datum narození, identifikační štítek, dokumentace
4. OVĚŘILA SI PA PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI RIZIKA POLOHOVÁNÍ?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	komorbidity, věk, váha, léky, problémy s páteří a kyčlemi, pohyblivost dolních končetin
5. JE PŘI PŘEVOZU NA OPERAČNÍ STŮL PACIENTKA ZAJIŠTĚNA PROTI PÁDU?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	zvednuté postranice, fixační pásy
6. ZKONTROLOVALA PA PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI STAV KŮŽE PACIENTKY?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	neshoda	neshoda: anesteziologická sestra, pohled, dotaz na ekzémy, bércové vředy
7. JE VYHODNOCENO RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	zápis do dokumentace na škále dle Nortonové

### Kontrola č. 1: Jsou připraveny polohovací pomůcky?

V zúčastněných zdravotnických zařízeních, ve všech případech, proběhla příprava polohovacích pomůcek. Pomůcky připravovali sanitáři ve spolupráci s PA pro perioperační péči. Sanitáři se zejména starali o připevnění potřebných podpěr na končetiny k operačnímu stolu, PA pro perioperační péči připravovaly gelové a molitanové antidekubitní pomůcky, různých tvarů a velikostí, podle potřeb plánované polohy pacientky.

### Kontrola č. 2: Je zkontrolována funkce operačního stolu?

Kontrolu operačního stolu prováděli sanitáři. Pokud byla provedena, pak došlo ke kontrole napájení stolu a funkčnosti dálkového ovládání. V každé ze sledovaných nemocnic nastala situace, kdy byla kontrola operačního stolu opominuta, a to zejména z časových důvodů.

### Kontrola č. 3: Je provedena identifikace pacientky?

V zúčastněných zdravotnických zařízeních byla ve všech případech řádně zkontrolována identifikace pacientky. Anesteziologická sestra nebo PA pro perioperační péči se pacientky dotazovaly na jméno, datum narození a jaká operace ji čeká. Otázky byly koncipovány tak, aby pacientka musela odpovídat celými větami. Po tomto dotazování proběhla kontrola shody výpovědi pacientky s identifikačním štítkem upevněným na její ruce, a s dokumentací, která byla spolu s pacientkou předána na operační sál. V „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“ kontrolu prováděla anesteziologická sestra ve spolupráci s PA pro perioperační péči. V „Nemocnici C“ si identifikaci pacientky ověřovala jen anesteziologická sestra.

### Kontrola č. 4: Ověřila si PA pro perioperační péči rizika polohování?

V „Nemocnici A“ si PA pro perioperační péči v dokumentaci ověřovaly váhu, výšku a prodělané operace pacientky. Dále kontrolovaly pohyblivost dolních končetin a dotazovaly se na problémy spojené s onemocněním kyčlí či páteře. V případě časové tísně byla tato kontrola úmyslně vynechána.

V „Nemocnici B“ si PA pro perioperační péči v dokumentaci ověřovaly váhu, výšku, prodělané operace a nemoci, kterými pacientka trpí. Nemoci byly zároveň ověřeny i dotazem na pacientku, kde byl důraz kladen zejména na onemocnění kyčlí a páteře. Pokud měla být

pacientka uvedena do gynekologické operační polohy, PA pro perioperační péči také kontrolovaly pohyblivost dolních končetin.

V „Nemocnici C“ si PA pro perioperační péči všechna tato rizika ověřovaly dotazem na pacientku a jen zběžným pohledem do dokumentace. Některé z PA pro perioperační péči si rizika polohování pacientky neověřovaly, a jiné naopak ano.

V „Nemocnici D“ byly PA pro perioperační péči nejpreciznější, všechny informace si náležitě kontrolovaly jak v dokumentaci, tak dotazem u pacientky. Pokud pacientka uvedla problémy s páteří či kyčlemi, byla plánovaná poloha před uvedením do anestezie nejdříve vyzkoušena, aby se ověřily fyziologické možnosti pacientky. Ve velké časové tísní došlo při několika pozorováních k neúmyslnému opomenutí úkonu.

#### Kontrola č. 5: Je při převozu na operační stůl pacientka zajištěna proti pádu?

Fixace pacientky při převozu na operační stůl byla v „Nemocnici A“ zajišťována zvednutím postranic transportního vozíku, často však docházelo ke zvednutí pouze jedné postranice.

V „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“ se pro převoz pacientky využívaly fixační pásy vedené přes dolní končetiny a hrud', ale ne ve všech pozorovaných případech byla pacientka fixována.

V „Nemocnici C“ se při převozu na transportním vozíku využívaly fixační pásy, a při převozu na posteli postranice. Obě postranice byly ve všech pozorovaných případech zvednuty, naopak fixační pásy byly při převozu na transportním vozíku využity jen občasně.

#### Kontrola č. 6: Zkontrolovala PA pro perioperační péči stav kůže pacientky?

V „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici C“ bylo pozorováno, že kontrolu kůže ve většině případů provádí jen anesteziologická sestra, nebo není vůbec prováděna. V ojedinělých případech pak docházelo při kontrole ke spolupráci anesteziologické sestry a PA pro perioperační péči.

V „Nemocnici D“ byl stav kůže kontrolován pouze anesteziologickou sestrou, nebo nikým.

Ve všech pozorovaných zdravotnických zařízeních byla kontrola prováděna pohledem. V „Nemocnici D“ se navíc anesteziologická sestra dotazovala pacientky, zda netrpí na nějaké kožní problémy, jako jsou například ekzémy či bércové vředy.

### Kontrola č. 7: Je vyhodnoceno riziko vzniku dekubitů?

Všechna pozorovaná zdravotnická zařízení mají v ošetrovatelské dokumentaci různě modifikovanou škálu dle Nortonové na vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, která je při optimálních podmínkách vyplňována PA pro perioperační péči ve spolupráci s pacientkou. Během časové tísně je tato škála buď vyplněna v rychlosti, nebo dojde k jejímu vyplnění až po skončení operačního výkonu tak, aby žádné riziko nevyšlo. Několikrát bylo také pozorováno, že u mladých pacientek s BMI v normě (18,5-25) byla škála vyplněna automaticky a bez jakéhokoliv ověření daných skutečností.

#### **3.3.4.2 Úkony probíhající v průběhu ukládání pacientky na operační stůl**

V této části bylo pozorování zaměřeno na správnou polohu a polohování pacientky během operace (kdo polohuje, správná fixace na operačním stole, vypodložení všech predilekčních míst, uložení neutrální elektrody, zachování intimity pacientky, izolace pacientky od kovových částí). Data z této části jsou prezentována v Tabulce 12.

Tabulka 12: Úkony v průběhu ukládání pacientky na operační stůl

NEM. A	NEM. B	NEM. C	NEM. D	POZNÁMKY
8. KONZULTUJE PA PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI POLOHU S OPERATÉREM ČI ANESTEZIOLOGEM?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	s oběma, pouze s anesteziologem, s nikým
9. JE PACIENTKA PŘED OPERAČNÍM VÝKONEM ULOŽENA DO ZÁKLADNÍ POLOHY?				
shoda	částečná shoda	shoda	shoda	shoda: při abdominální hysterektomii neshoda: polohování do operační polohy
10. JSOU PODLOŽENA VŠECHNA PREDILEKČNÍ MÍSTA?				
částečná shoda	částečná shoda	shoda	částečná shoda	neshoda: absence podložení paty, ramena, podkolenní jamky a lýtka
11. JE PACIENTKA NA OPERAČNÍM STOLE FIXOVÁNA?				
shoda	shoda	částečná shoda	shoda	neshoda: absence zarážek na ramena
12. JE PACIENTKA PO ULOŽENÍ NA OPERAČNÍ STŮL CHRÁNĚNA SÁLOVOU PŘIKRÝVKOU?				
shoda	shoda	shoda	shoda	jednorázová přikrývka z netkané textilie, čistá bavlněná přikrývka
13. JE SPRÁVNĚ ULOŽENA INAKTIVNÍ ELEKTRODA VZHLEDEM K POLOZE PACIENTKY?				
shoda	shoda	shoda	shoda	stehno, přikládá sanitář pod dohledem PA pro perioperační péči

NEM. A	NEM. B	NEM. C	NEM. D	POZNÁMKY
14. JE PACIENTKA IZOLOVÁNA OD KOVOVÝCH ČÁSTÍ OPERAČNÍHO STOLU?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	neshoda: dotyk ruky
15. ZAJIŠŤUJE POLOHU PACIENTKY PA PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI, NEBO SE SANITÁŘEM?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	PA pro perioperační péči, PA pro perioperační péči se sanitářem, sanitář pod dohledem PA pro perioperační péči, neshoda: sanitář bez dohledu
16. KONTROLUJE PA PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI POLOHU PACIENTKY BĚHEM OPERACE?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	
17. JSOU POUŽITY GELOVÉ, MOLITANOVÉ, ČI JINÉ POLOHOVACÍ POMŮCKY?				
shoda	shoda	shoda	shoda	gelové i molitanové

Kontrola č. 8: Konzultuje PA pro perioperační péči polohu s operátorem či anesteziologem?

Ve většině případů je poloha ve všech pozorovaných zdravotnických zařízeních konzultována, a to PA pro perioperační péči buď jen s anesteziologem, nebo s anesteziologem i operátorem. Důvody, proč v některých případech poloha pacientky konzultována nebyla, nejsou z pozorování zřejmé, lze ale usuzovat, že v těchto případech si byla PA pro perioperační péči zcela jistá polohou, kterou má pacientka zaujímat.

Kontrola č. 9: Je pacientka před operačním výkonem uložena do základní polohy?

Při pozorováních v „Nemocnici A“, „Nemocnici C“ a „Nemocnici D“ PA pro perioperační péči před začátkem operace uložily pacientku do základní polohy. Později, po uvedení do anestezie, byla pacientka uložena do požadované operační polohy tak, jak uvádí odborná literatura.

V „Nemocnici B“ byly pacientky často polohovány rovnou do gynekologické polohy. V případě abdominální hysterektomie, byly pacientky uváděny do základní polohy, ta se ovšem shodovala s polohou požadovanou pro operační výkon.

Kontrola č. 10: Jsou podložena všechna predilekční místa?

V „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“ byla ve většině případů podložena všechna predilekční místa.

V „Nemocnici A“ při jednom pozorování chyběla antidekubitní pomůcka mezi rameny a zarážkami proti pádu, pacientka byla v mírné Trendelenburgově poloze.

V „Nemocnici B“ bylo několikrát opomenuto podložení dolních končetin v Schautových podpěrách, vypořádání pat při poloze pacientky na zádech, a došlo k absenci antidekubitní pomůcky mezi rameny a zarážkami proti pádu.

V „Nemocnici C“ PA pro perioperační péči důkladně podkládaly všechna predilekční místa pacientek vzhledem k operační poloze.

V „Nemocnici D“ v některých případech neproběhlo podložení pat pacientky či chyběla antidekubitní pomůcka mezi rameny pacientky a zarážkami proti pádu.

#### Kontrola č. 11: Je pacientka na operačním stole fixována?

V „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“ byly pacientky při všech pozorováních na operačním stole dostatečně fixovány, a to pomocí fixačních pásů a zarážek připevněných ke stolu.

V „Nemocnici C“ nebyla při jednom pozorování pacientka, podstupující laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii, dostatečně fixována. Pacientka byla uložena do mírné Trendelenburgovy polohy, při níž bylo opomenuto připevnění zarážek na ramena. Při pohybu operačního stolu se pak pacientka začala mírně sesouvat. PA pro perioperační péči si této skutečnost ihned všimla a nedostatek napравиła.

#### Kontrola č. 12: Je pacientka po uložení na operační stůl chráněna sálovou příkrývkou?

V pozorovaných zdravotnických zařízeních byly pacientky přikryty sálovou příkrývkou, která zajišťovala jejich intimitu a částečně zabraňovala úniku tepla.

V „Nemocnici A“ k tomuto účelu byla využívána jednorázová příkrývka z netkané textilie.

V „Nemocnici B“, „Nemocnici C“ a „Nemocnici D“ sloužilo jako příkrývka bavlněné plátno, které bylo po použití vhozeno do infekčního prádla a následně odvezeno do prádelny.

#### Kontrola č. 13: Je správně uložena inaktivní elektroda ve vzhledem k poloze pacientky?

Inaktivní elektroda byla v pozorovaných zdravotnických zařízeních přikládána sanitáři, na které dohlížely PA pro perioperační péči. Jako místo pro přiložení elektrody, ve všech případech pozorování, sloužilo stehno pacientky. Umístění inaktivní elektrody probíhalo v souladu s doporučeními uvedenými v odborné literatuře (viz podkapitola 2.5.5).

Kontrola č. 14: Je pacientka izolována od kovových částí operačního stolu?

V každém z pozorovaných zdravotnických zařízení došlo k několika případům, kdy pacientka nebyla zcela izolována od kovových částí stolu. Jednalo se o dotyk ruky s kovovou částí Schautovy podpěry nebo hrany operačního stolu.

Kontrola č. 15: Zajišťuje polohu pacientky PA pro perioperační péči, nebo se sanitářem?

V „Nemocnici A“, „Nemocnici C“ a „Nemocnici D“ polohování prováděl sanitář pod dohledem PA pro perioperační péči, nebo sám bez dohledu.

V „Nemocnici B“ zpravidla polohovala sama PA pro perioperační péči nebo se na polohování podílela ve spolupráci se sanitářem. Pozorovány byly ale i případy, kdy polohoval jen sanitář bez dohledu.

Kontrola č. 16: Kontroluje PA pro perioperační péči polohu pacientky během operace?

Ve všech pozorovaných zdravotnických zařízeních téměř nedocházelo ke kontrole polohy pacientky během operace. Pokud ke kontrole došlo, jednalo se jen o zběžnou kontrolu pohledem za účelem zjištění, zda je operační stůl v dostatečném náklonu, nebo nedošlo k výraznému sesunu pacientky.

Kontrola č. 17: Jsou použity gelové, molitanové, či jiné polohovací pomůcky?

Na operačních gynekologických sálech všech pozorovaných zdravotnických zařízení byly využívány gelové i molitanové polohovací pomůcky, gelové však převládaly. Z molitanových pomůcek byly využívány pogumované podložky pod záda, v „Nemocnici A“ pak ještě pogumované molitanové polštářky.

**3.3.4.3 Úkony probíhající po skončení operačního výkonu**

V této části bylo pozorování zaměřeno především na přesun pacientky z operačního stolu (fixace proti pádu, dohled nad pacientkou, kontrola stavu kůže), dokumentaci údajů souvisejících s polohováním, úklid polohovacích pomůcek, a kontrolu vzniku nežádoucích událostí spojených s polohováním. Data z této části záznamového archu jsou zpracována v Tabulce 13.



Tabulka 13: Úkony probíhající po skončení operačního výkonu

NEM. A	NEM. B	NEM. C	NEM. D	POZNÁMKY
18. JE PACIENTKA PO VÝKONU ULOŽENA ZPĚT DO ZÁKLADNÍ POLOHY?				
shoda	částečná shoda	shoda	shoda	shoda: po abdominální hysterektomii neshoda: pac. zůstává v gynekologické poloze
19. JE PACIENTKA PŘI PŘEKLADU Z OPERAČNÍHO STOLU FIXOVÁNA PROTI PÁDU?				
shoda	shoda	shoda	shoda	fixační pásy
20. JE PACIENTKA PO UKONČENÍ OPERACE POD DOHLEDEM PERSONÁLU?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	neshoda: veškerý personál se přesunul do předsálí nebo mimo OS
21. JE PO OPERACI ZKONTROLOVÁN STAV KŮŽE, POPŘÍPADĚ KRITICKÝCH MÍST?				
částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	částečná shoda	anesteziologická sestra, PA pro perioperační péči s anesteziologickou sestrou
22. JSOU PO OPERACI ZDOKUMENTOVÁNY INFORMACE O POLOHOVÁNÍ PACIENTKY?				
shoda	shoda	shoda	shoda	poloha, neutrální elektroda, stůl, polohovací pomůcky, zápis do ošetřovatelské dokumentace pacientky
23. JSOU PO OPERACI ŘÁDNĚ VYDEZINFIKOVÁNY POLOHOVACÍ POMŮCKY A OPERAČNÍ STŮL?				
shoda	shoda	shoda	shoda	otření, postřik
24. VZNIKLA BĚHEM OPERAČNÍHO VÝKONU NU SOUVISEJÍCÍ S POLOHOVÁNÍM PACIENTKY?				
neshoda	neshoda	neshoda	neshoda	

Kontrola č. 18: Je pacientka po výkonu uložena zpět do základní polohy?

V „Nemocnici A“, „Nemocnici C“ a „Nemocnici D“, byly pacientky ihned po ukončení operace uloženy zpět do základní polohy.

V „Nemocnici B“ pacientky po ukončení operace setrvaly v gynekologické poloze až do přesunu na transportní vozík. Za výjimku lze považovat jen případ pacientky, která podstoupila abdominální hysterektomii v poloze na zádech, ta je ovšem totožná s polohou základní.

Kontrola č. 19: Je pacientka při překladi z operačního stolu fixována proti pádu?

Ve všech pozorovaných zdravotnických zařízeních byly pacientky při překladi z operačního stolu zajištěné proti pádu pomocí fixačních pásů.

Kontrola č. 20: Je pacientka po ukončení operace pod dohledem personálu?

Ve všech pozorovaných zdravotnických zařízeních byly pacientky, až na několik výjimek, pod dohledem personálu operačního sálu, až do předání pacientky sestře z pooperačního gynekologického oddělení. Pokud některá z pacientek zrovna nebyla pod dohledem personálu OS, stalo se tak maximálně na několik málo minut. Jako poslední vždy sál opouštěla anesteziologická sestra.

Kontrola č. 21: Je po operaci zkontrolován stav kůže, popřípadě kritických míst?

Ve všech pozorovaných zdravotnických zařízeních probíhala kontrola stavu kůže jen občasně. Pokud ke kontrole došlo, probíhala pohledem.

V „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici C“ se na kontrole podílely anesteziologická sestra a PA pro perioperační péči.

V „Nemocnici D“ prováděla kontrolu pouze anesteziologická sestra.

Kontrola č. 22: Jsou po operaci zdokumentovány informace o polohování pacientky?

Ve všech pozorovaných zdravotnických zařízeních byla zaznamenávána, do ošetrovatelské dokumentace pacientky, její poloha při operaci, místo uložení neutrální elektrody, a použité polohovací pomůcky.

V „Nemocnici B“ byl do ošetrovatelské dokumentace pacientky navíc vkládán seznam přístrojové techniky, která byla při operaci použita. Jednalo se o předpřipravený seznam, obsahující např. identifikační číslo operačního stolu, v němž byly použité přístroje zakroužkovány.

Kontrola č. 23: Jsou po operaci řádně vydezinfikovány polohovací pomůcky a operační stůl?

Ve všech pozorovaných zdravotnických zařízeních byla provedena dezinfekce polohovacích pomůcek po každém jejich použití.

Personál „Nemocnice A“, „Nemocnice B“ a „Nemocnice C“ využíval k dezinfekci jednorázové dezinfekční ubrousky, kterými polohovací pomůcky i operační stůl otíral.

V „Nemocnici D“ personál prováděl dezinfekci polohovacích pomůcek a operačního stolu postříkem a následným otřením suchým jednorázovým ubrouskem.

### Kontrola č. 24: Vznikla během operačního výkonu NU související s polohováním pacientky?

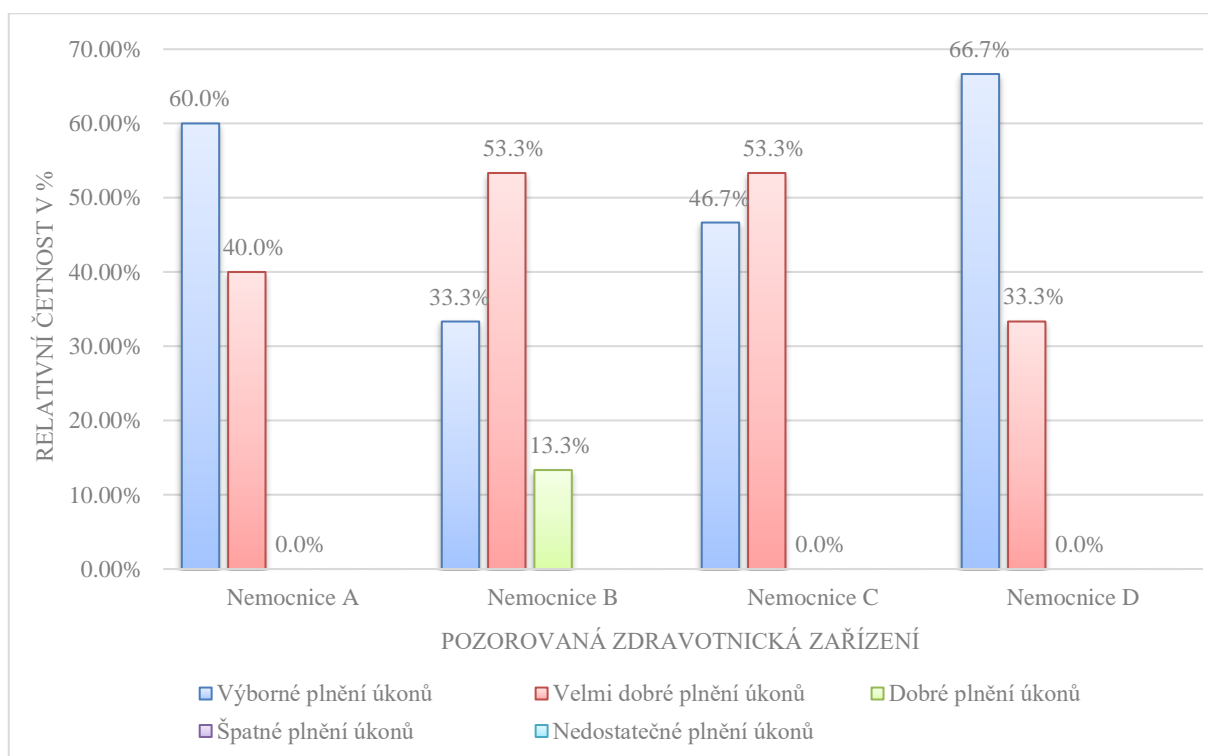
V žádném z pozorovaných zdravotnických zařízení nebyl zaznamenán vznik nežádoucí události.

#### **3.3.4.4 Shrnutí**

V podkapitole 3.3.4 byly systematicky zpracovány a popsány výsledky zúčastněného pozorování. Ze zúčastněného pozorování v kategorii „Úkony probíhající před uložením pacientky na operační stůl“ vyplynulo, že tyto úkony byly ve většině případů provedeny v částečné shodě se zásadami bezpečného polohování pacientky na OS. V kategorii „Úkony probíhající v průběhu ukládání pacientky na operační stůl“ byly úkony plněny v částečné shodě, v menší míře v úplné shodě, se zásadami bezpečného polohování pacientky na OS. Úkony v kategorii „Úkony probíhající po skončení operačního výkonu“ byly nejčastěji hodnoceny úplnou shodou se zásadami bezpečného polohování pacientek na OS.

#### **3.3.5 Celkové vyhodnocení pozorovacích archů**

Výsledné hodnocení každého záznamového archu spadá do jedné z pěti kvalifikačních skupin (viz podkapitola 3.3.1), které jsou vizualizovány v Grafu 1. Do nejhorších dvou kvalifikačních skupin se, na základě zjištěných výsledků, nezařadila žádná z nemocnic.



Graf 1: Porovnání výsledků z celkového vyhodnocení záznamových archů

Nejlepšího hodnocení dosáhla „Nemocnice D“ s výborným plněním úkonů v 10 (66,7 %) případech, a velmi dobrým plněním úkonů v 5 (33,3 %) případech.

Druhá v pořadí se umístila „Nemocnice A“, ve které byly plněny úkony výborně v 9 (60 %) případech, a velmi dobře v 6 (40 %) případech.

„Nemocnice C“ dosáhla v obou kategoriích velmi vyrovnaných výsledků, a to v 7 (46,7 %) případech bylo plnění úkonů výborné, a v 8 (53,3 %) případech velmi dobré.

Poslední se umístila „Nemocnice B“ s výsledkem 5 (33,3 %) případů v kategorii výborného plnění úkonů, 8 (53,3 %) případů v kategorii velmi dobrého plnění úkonů, a jako jediná získala 2 (13,3 %) případy v kategorii dobrého plnění úkonů.

### 3.4 Spojení metod

Data byla záměrně získávána z dvou různých zdrojů (zúčastněné pozorování, polostrukturované rozhovory) za účelem jejich propojení a vzájemného doplnění, na jehož základě lze dojít k objektivnějším závěrům.

Některá zúčastněná pozorování se rozcházela s informacemi uvedenými při polostrukturovaných rozhovorech. Například „Respondentka B“ uvedla, že dochází ke kontrole polohy pacientky i během operace, ale při pozorování se toto nepotvrdilo. Ostatní respondentky uvedly, že kontrola polohy pacientky je provedena před začátkem operace, což bylo v souladu s pozorováním.

Dále všechny respondentky uvedly, že pacientka je na operačním stole řádně fixována a kontrolována. V „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“ pozorování potvrdilo výpověď respondentek. V „Nemocnici C“ došlo k případu kdy, pacientka nebyla na operačním stole řádně fixována, a data z pozorování se tedy v plném rozsahu neshodovala s informacemi z rozhovoru.

Při kontrole kůže pacientky se jen některé informace z rozhovorů shodovaly s pozorováními. Například „Respondentka D“ uvedla, že na jejich pracovišti kontrolu kůže provádí pouze anesteziologická sestra, což se potvrdilo, avšak frekvence kontroly zcela neodpovídala. Z rozhovoru vyplynulo, že kontrola probíhá po každé operaci, ale při reálném pozorování k takovéto kontrole spíše nedocházelo.

Při dotazu na polohující osobu „Respondentka A“, „Respondentka C“ a „Respondentka D“ uvedly, že vždy polohuje sanitář pod dohledem. Z pozorování je patrné, že v některých případech pacientku polohoval sanitář bez dohledu. „Respondentka B“ uvedla, že polohuje sanitář ve spolupráci s PA pro perioperační péči. Při pozorování tomu tak bylo ve většině případů, ale ne vždy. V některých případech se i v „Nemocnici B“ stalo, že polohoval jen sanitář bez dohledu.

I u izolace pacientky od kovových částí se výpovědi respondentek neslučují v plné míře s pozorovanou praxí, kdy ke kontrole a zamezení dotyku pacientky s kovovou částí docházelo jen ve většině případů, nikoliv ve všech, jak tvrdily respondentky. K podobnému nesouladu docházelo i u podkládání predilekčních míst, kdy úplná shoda mezi rozhovorem a pozorováními byla nalezena pouze u „Nemocnice C“. U ostatních nemocnic docházelo

k nedostatečnému podložení predilekčních míst pacientky i přesto, že respondentky v rozhovorech uvedly opak.

Během pozorování nedošlo ke vzniku žádné nežádoucí události související s polohováním pacientky, ovšem „Respondentka A“, „Respondentka B“ a „Respondentka D“ se s tímto typem nežádoucí události během svého působení na daném pracovišti již setkaly. V rozhovorech uvedly, jaká opatření po své zkušenosti začaly využívat. V průběhu pozorování bylo potvrzeno dodržování stanovených opatření.

Ostatní získané informace z jednotlivých průzkumných metod se shodovaly, vzájemně se doplnily a potvrdily svou platnost.

## 4 DISKUZE

Diplomová práce je věnována problematice polohování pacientky v perioperační péči. Hlavním cílem práce je pomocí průzkumného šetření ve vybraných zdravotnických zařízeních ověřit, jak probíhá zajištění bezpečné péče pacientce při přesunu a polohování na operačním stole. Tato data získaná ze zúčastněného pozorování na gynekologických operačních sálech a z rozhovorů se staničními sestrami čtyř vybraných zdravotnických zařízení jsou podkladem pro diskuzi. V rámci diskuze dochází k zodpovězení a vyhodnocení stanovených průzkumných otázek, podle kterých je diskuze také členěna. Výsledky diplomové práce jsou porovnány s jinými závěrečnými pracemi a dostupnou literaturou.

### **PO1: Jak je dodržováno bezpečné polohování pacientky na operačním sále?**

Pozorováním bylo zjištěno, že plnění stanovených úkolů má dle vybraných zdravotnických zařízení velkou variabilitu. Některé úkony plní všechna vybraná zdravotnická zařízení totožně, v jiných se mírně, či zcela liší.

Mezi úkony, které všechna zúčastněná zdravotnická zařízení plnila v úplné shodě s doporučenými postupy, patří identifikace pacientky, přikrytí pacientky na operačním stole sálovou příkrývkou, správné umístění elektrody na tělo pacientky, zdokumentování informací související s polohou pacientky, správná příprava a dezinfekce polohovacích pomůcek.

Identifikace pacientky probíhala v „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“ ve spolupráci PA pro perioperační péči a anesteziologické sestry, a to dotazem na jméno, příjmení a datum narození pacientky. V „Nemocnici C“ byl průběh totožný, jen se ho účastnila pouze anesteziologická sestra. Důležitost tohoto úkonu je zřejmá z toho, že zaujímá jedno z prvních míst na bezpečnostním perioperačním protokolu sestaveným Světovou zdravotnickou organizací za účelem bezpečnější perioperační péče (WHO, 2009).

Pacientka byla během pozorování řádně chráněna sálovou příkrývkou, což pacientce poskytovalo dostatečnou intimitu a částečně zabraňovalo úniku tepla, jak je uvedeno v publikaci „Competency for safe patient care“ (Mark L. Phippen a kol., 2009, s. 189).

Ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních byla využívána jednorázová nalepovací neutrální elektroda, která byla umístěna na stehno pacientky sanitářem pod dohledem PA pro perioperační péči. Z průzkumné části diplomové práce Langrové je zřejmé, že i během

jejího pozorování, které se uskutečnilo ve třech nemocnicích, byla neutrální elektroda přikládána sanitářem pod dohledem PA pro perioperační péči (Langrová, 2019, s. 36). Vhodné místo pro přiložení neutrální elektrody Jedličková popisuje jako část těla s dostatečně vybavenou svalovou tkání a zároveň co nejbližší k operačnímu poli (Jedličková a kol., 2019, s. 55-58).

Do zdravotnické dokumentace byla v rámci všech pozorovaných zdravotnických zařízení zaznamenávána poloha pacientky a umístění neutrální elektrody. Jak respondentky uvádějí v rozhovorech, nejednalo se o specifickou dokumentaci určenou jen pro bezpečné polohování, ale o dokumentaci, kam se souhrnně zaznamenával průběh celé perioperační péče.

Příprava polohovacích pomůcek a operačního stolu, a jejich následná dezinfekce ve vybraných pracovištích, je dostatečná a pečlivá. V tomto případě se pozorování shoduje s informacemi z rozhovorů s respondentkami, které vyjmenovaly velké množství různých polohovacích pomůcek, a popsaly způsob péče o ně, který byl totožný s pozorováním. Důležitost správné přípravy operačního stolu, jeho čistoty a čistoty polohovacích pomůcek je vyzdvížena v publikaci „Recommended practices in the operating department“, kterou vydala Organizace irských sester. Ta poukazuje na to, že i těmito úkony se zvyšuje bezpečnost polohování pacientky v rámci perioperační péče (INO, 2007, s. 67-68).

Do správné přípravy operačního stolu zahrnuje Organizace irských sester i kontrolu jeho funkce před zahájením výkonu. Toto bylo ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních často opomíjeno.

Mezi faktory související s fyzickou kondicí pacientky a zvyšujícím se rizikem vzniku nežádoucích událostí během polohování patří: věk, výživa, váha, pohyblivost, přidružené nemoci a pohyblivost pacientky (EORNA, 2015, s. 60-61). Rizika polohování v souvislosti s těmito faktory byla ve většině případů ověřena personálem operačních gynekologických sálů ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních. Během všech pozorování, při gynekologické poloze, byla provedena kontrola pohyblivosti dolních končetin pacientky a proběhlo dotazování na problémy s páteří či kyčlemi.

Správná fixace pacientky během perioperační péče je taková, která brání jejímu pádu, ale zároveň nepodněcuje vznik jiných rizik, čímž může být při nepřiměřeném utažení fixačních pásů například vznik dekubitů či paréz nervů (Wicker a Dalby, 2016, s. 198-200). Během pozorování byly pacientky při převozu na operační sál fixovány jen zřídka. Na operačním stole



byly pacientky dostatečně zajištěny proti pádu v „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“. V „Nemocnici C“ k dostatečné fixaci pacientky na operačním stole v ojedinělém případě nedošlo. Při překladech proběhlo upevnění pacientek fixačními pásy ve všech případech v „Nemocnici B“, „Nemocnici C“ a „Nemocnici D“. V „Nemocnici A“ došlo při jednom pozorování k pochybení. V porovnání s výsledky prezentovanými v diplomové práci Táborské, vyšla zdravotnická zařízení, pozorovaná v této diplomové práci, při fixaci pacientky během převozu na operační sál lépe. Táborská uvádí, že pacientky při převozu nebyly v pozorovaných případech fixovány. V případech zajištění pacientek proti pádu na operačním stole a při přesunu z operačního stolu se výsledky se závěry Táborské liší jen kosmeticky. V obou případech Táborská udává zajištění fixace pacientky v 87,3 % (Táborská, 2018, s. 70).

Z výsledků pozorování vyplývá, že PA pro perioperační péči ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních kontrolují stav kůže pacientky jen někdy. V rozhovorech „Respondentka A“ a „Respondentka B“ uvedly, že kontrola probíhá ve spolupráci PA pro perioperační péči a anesteziologické sestry. „Respondentka C“ se vyjádřila, že u nich stav kůže hodnotí pouze PA pro perioperační péči, naopak dle slov „Respondentky D“ je za hodnocení stavu kůže zodpovědná pouze anesteziologická sestra. Výpověď „Respondentky D“ se zcela shoduje s pozorováním. Respondentky také uvedly, že kontrola stavu kůže probíhá po skončení každé operace. Výsledky pozorování však toto tvrzení vyvracejí a ke kontrole stavu kůže dochází jen někdy. Rozpor také nastává mezi pozorováním v „Nemocnici C“ a výpovědí její respondentky, která uvádí, že kontrolu stavu kůže provádí pouze PA pro perioperační péči. Z pozorování je zřejmé, že kontrola stavu kůže byla provedena ve většině případů anesteziologickou sestrou, a jen ojediněle PA pro perioperační péči.

Ve své publikaci McKenzie uvádí, že incidence rizika vzniku dekubitů na operačním sále se u operovaných pacientů pohybuje mezi 12 % a 66 % (McKenzie a Ramirez, 2018, s. 1). Během jednoho roku v nemocnici krajského typu vznikly, dle pozorování z diplomové práce Pohlové, dekubity, v souvislosti s operačním výkonem, u 68 pacientů. Dále uvádí, že z tohoto celkového počtu vzniklo 49 % kožních lézí v souvislosti s gynekologickou operační polohou (Pohlová, 2018, s. 79-80). Vysokou rizikovost gynekologické operační polohy vzhledem ke vzniku dekubitů potvrzuje ve své diplomové práci i Eisová. Ta uvádí, že na základě jejího průzkumného šetření dosáhla gynekologická operační poloha dle Torranceho klasifikačního stupně vzniku dekubitů Ia u 27 % pacientů a stupně Ib u 7 % pacientů. U polohy na zádech dosáhlo klasifikačního stupně Ia pouze 15 % pacientů. Klasifikačního stupně Ia u polohy

na boku dosáhlo 18 % pacientů, a stupně Ib 9 % pacientů (Eisová, 2020, s. 80). I přes celkem vysokou rizikovost vzniku dekubitů u gynekologické operační polohy, jak ukazují pozorování na vybraných zdravotnických zařízeních, není toto riziko vždy vyhodnoceno. Častým důvodem je časová tíseň během operačního programu. Hodnocení rizika vzniku dekubitu bylo také běžně opomíjeno u mladších pacientek s hodnotami BMI v rozmezí 18,5-25. Tato kritéria dle stupnice Nortonové sice riziko vzniku dekubitů mohou snižovat, ale v závislosti na ostatních kritériích jej zcela nevylučují.

Ve všech vybraných zdravotnických zařízeních bylo správné uložení pacientky během operace tak, aby vyhovovalo anesteziologickému týmu, operátorům a zároveň vedlo k zajištění komfortu pro pacientku, ve velké většině případů konzultováno (Ihnát, 2017, s. 46-47). Konzultace polohy nejčastěji probíhala mezi PA pro perioperační péči a anesteziologickým týmem, a to z důvodu zachování dostatečné kardiopulmonární stability pacientky během operace. Výsledky průzkumu diplomové práce Táborské ukazují, že na operačních sálech, které pozorovala ona, konzultace polohy s operátorem proběhla ve 41,8 %. Rozdíl výsledků může být ovlivněn tím, že Táborská pozorovala konzultaci operační polohy pacientky jen mezi PA pro perioperační péči a operátorem, zatímco výsledky pozorování v této diplomové práci zahrnují konzultaci PA pro perioperační péči s operátorem, ale i s anesteziologickým týmem (Táborská, 2018, s. 61).

V tzv. základní operační poloze, jak ji ve své publikaci popisuje Wendsche nebo Wichsová, dle pozorování, pacientky spočívaly před, i bezprostředně po, operaci v „Nemocnici A“, „Nemocnici C“ a „Nemocnici D“ (Wichsová a kol., 2013, s. 134-135; Wendsche a kol., 2012, s. 75). V „Nemocnici C“ zaujímala tuto pozici před a po operačním výkonu pacientka pouze v ojedinělém případě, kdy podstoupila abdominální hysterektomii, a to v poloze na zádech. Ostatní pacientky byly na operačním stole ihned uloženy do gynekologické polohy, ve které setrvaly až do jejich překlada z operačního stolu na transportní vozík. Výsledky pozorování uložení pacientek do základní polohy před a po operačním výkonu se podobají výsledkům Táborské. Ta uvádí, že v 87,3 % případů jsou pacientky uloženy do základní polohy před operací, a v 84,7 % bezprostředně po operaci, lze tedy odvozovat, že úkon je většinou proveden (Táborská, 2018, s. 70).

Důležitost podložení všech predilekčních míst vzhledem k operační poloze pacientky vyzdvihuje ve své publikaci i sdružení EORNA. Správné podložení predilekčních míst

na začátku, ale i v průběhu operace výrazně snižuje riziko vzniku dekubitů (EORNA, 2020, s. 36-37). Predilekční místa byla během pozorování u pacientek v „Nemocnici C“ vždy podložena, a zároveň „Respondentka C“ uvedla, že do kontroly správného uložení pacientky na operačním stole je zahrnuta i kontrola dostatečného podložení všech predilekčních míst pacientky. V „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“ byla predilekční místa podložena téměř vždy. Sedláčková na základě vlastních výsledků uvádí, že zajištění správného podložení predilekčních míst a následná kontrola proběhla ve 100 % operačních výkonů (Sedláčková, 2017, s. 44). Naopak dle Táborské byla predilekční místa u pozorovaných operačních výkonů dostatečně podložena u 85,5 % (Táborská, 2018, s. 61).

Pacientky by na operačním stole měly být po celou dobu dostatečně izolovány od kovových částí stolu, aby nedošlo k vzájemnému dotyku, při kterém hrozí riziko popálení (Wendsche a kol., 2012, s. 37). Dle doporučení Valleylab je dobré vkládat mezi možná místa kontaktu kůže s kovovou částí stolu suchou gázu (Valleylab, 2006, s. 37). Až na ojedinělé případy proběhla správná izolace pacientek od kovových částí ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních. V případech, kdy izolace nebyla dostatečná, došlo k dotyku ruky pacientky s kovovou částí stolu. Táborská uvádí, že během jejího pozorování došlo ke správné izolaci pacientek od kovových částí stolu v 96,4 % případů (Táborská, 2018, s. 61). Langrová ve výsledcích své diplomové práce dokonce uvádí shodu ve všech pozorovaných případech (Langrová, 2019, s. 36).

Uložení pacientky do správné polohy patří dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb., která byla novelizována Vyhláškou č. 391/2017 Sb., do kompetencí PA pro perioperační péči. Dle stejné vyhlášky může proškolený sanitář zajišťovat polohu pacientky, ale jen pod dohledem PA pro perioperační péči, která za správnost polohy nese zodpovědnost. Dle pozorování byla v „Nemocnici B“ zajišťována poloha pacientky ve spolupráci PA pro perioperační péči a sanitáře. Skutečnost, že PA pro perioperační péči se na polohování přímo podílí, „Respondentka B“ v rozhovoru uvedla. „Respondentka A“, „Respondentka C“ a „Respondentka D“ uvedly, že sanitář polohuje pacientku sám pod dohledem PA pro perioperační péči. Ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních však byly pozorovány případy, kdy polohoval pacientku sanitář bez jakékoliv intervence či dohledu PA pro perioperační péči. Dražanová ve své práci uvádí, že ve dvou případech na operační stůl pacienty ukládaly samy PA pro perioperační péči, ve třech případech pouze sanitáři, a v sedmi případech PA pro perioperační péči ve spolupráci se sanitářem (Dražanová, 2011, s. 55-56).

Dle výsledků diplomové práce Táborské sanitáři oborových sálů sami polohovali pacientky v 93 % případů, z nichž 30 % jich proběhlo bez dohledu PA pro perioperační péči (Táborská, 2018, s. 92). Celkově lze konstatovat, že PA pro perioperační péči v některých případech nedodržují své povinnosti a sanitáři překračují své kompetence.

Kontrola polohy v průběhu operace je velice důležitým prvkem zvyšující bezpečnost pacientky během perioperační péče. Při změně polohy pacientky v průběhu operace může dojít ke změně umístění antidekubitních pomůcek, uvolnění fixačních pásů, změně polohy endotracheální trubice, či porušení periferní katetrizace. Je žádoucí, aby během operace docházelo ke kontrole těchto prvků, a nezvyšovalo se tak riziko vzniku dekubitů, pádu a anesteziologické destabilizace (EORN, 2020, s. 35-39). Z výsledků pozorování v zúčastněných zdravotnických zařízeních však vyplývá, že kontrola polohy během operace není častá.

Bezprostředně po operačním výkonu je pacientka stále pod vlivem anestetik a opiátů, zcela se neorientuje v prostoru a čase, pospává, případně pláče nebo zvrací, což zvyšuje riziko pádu (Suchá a kol., 2009, s. 69). Během této doby by měla být pacientka pod neustálým dohledem zdravotnického personálu. Z výsledků pozorování v zúčastněných zdravotnických zařízeních vyplývá, že pacientky byly, až na ojedinělé případy, pod neustálým dohledem. Táborská ve své práci uvádí, že během pozorování na centrálních operačních sálech, na pacientky PA pro perioperační péči dohlížely v 96 %, a na oborových sálech v 43 % (Táborská, 2018, s. 72).

## **PO2: S jakými nežádoucími událostmi se při polohování respondentky setkaly, a jak probíhalo jejich řešení?**

Během průzkumného šetření nedošlo při polohování k nežádoucí události. „Respondentka A“, „Respondentka B“ a „Respondentka D“ se ale během svého působení na gynekologických operačních sálech s tímto typem nežádoucí události již setkaly. Ve všech případech se jednalo o nedostatečné vypořádání predilekčních míst, čímž došlo při dlouhých operacích ke vzniku otlaku. Respondentky pak okamžitě zjistily příčinu a odstranily ji. Dle místa otlaku respondentky zvolily příhodné antidekubitní pomůcky, jako např. pryžovou podložku, či gelovou jednorázovou nalepovací podložku ve tvaru motýla. Z provedeného pozorování také vyplynulo, že na podkládání míst, která byla v minulosti spojená s nežádoucí událostí, byl nyní kladen větší důraz. „Respondentka C“ uvedla, že se s nežádoucí událostí související s polohováním zatím nesečkala.

Vyšší riziko vzniku dekubitů při delších operacích potvrzuje i článek, v odborném časopise AORN, uvádějící, že při operacích přesahujících 3 hodiny roste riziko vzniku dekubitů až o 8,5 %. Je tedy důležité, aby PA pro perioperační péči dbaly svých povinností a pečlivě kontrolovaly vypodložení predilekčních míst. Správné a dostatečné vypodložení pacientky během operace vede ke značnému snížení mortality a morbidity, zkrácení doby hospitalizace a ke snížení nákladů na péči o pacientku (Spurce, 2017, s. 92-94).

Pokorná (2018) uvádí, že na základě sledování nežádoucích událostí na centrální úrovni v České republice jsou nejčastěji hlášenými typy NU: dekubity, pády, chování osob, nehody a neočekávaná poranění a klinický výkon. U hospitalizovaných pacientů v USA se odhaduje 13,5 % zkušenost se vznikem NU, s tím, že u 1,5 % z nich NU značně přispěla k jejich následnému úmrtí (MZ ČR, 2018).

Všechny respondentky uvedly, že pro řešení nežádoucích událostí spojené s polohováním nemají vypracovaný speciální postup a používají obecnou evidenci nežádoucích událostí. Dle výpovědi respondentek jsou nežádoucích událostí hlášeny v souladu s metodikou MZ ČR (2018). „Respondentka B“ a „Respondentka D“ poznamenaly, že hlášení nežádoucích událostí na jejich pracovištích probíhá prostřednictvím, k tomu přímo určeného, počítačového programu. V „Nemocnici A“ a „Nemocnici C“ probíhá hlášení nežádoucích událostí v papírové podobě na předem připraveném archu.

### **PO3: Jaké jsou možnosti polohování pacientky na operačním stole, a jak se pečuje o polohovací pomůcky?**

Z rozhovorů s respondentkami, i ze zúčastněného pozorování, vyplývá, že možnosti polohování jsou ve všech vybraných zdravotnických zařízeních velmi podobné. Všechny gynekologické operační sály jsou vybaveny moderními operačními stoly na dálkové ovládní. Zdravotnická zařízení mají dostatek polohovacích pomůcek jako: antidekubitní podložky různých tvarů, velikostí a materiálů, zarážky těla, nebo podpěry končetin. V „Nemocnici C“ používají na podpěru dolních končetin tzv. Americké botičky, ostatní zdravotnická zařízení podírají dolní končetiny Schautovými podpěrami.

Táborská ve své diplomové práci uvádí, že během jejího pozorování byly při všech operačních výkonech využity gelové pomůcky, a to na oborových i centrálních operačních sálech. V případě molitanových pomůcek byla četnost jejich využití výrazně nižší, a to ve 28 % případů

na centrálních operačních sálech, a v 15 % případů na oborových sálech. Zjištěným důvodem byla nižší variabilita a měkkost molitanových pomůcek. Zúčastněná pozorování a strukturované rozhovory v této diplomové práci potvrdily závěry Táborské, tedy že gelové polohovací pomůcky byly na gynekologických operačních sálech využívány častěji než pomůcky molitanové (Táborská, 2018, s. 69).

Péče o polohovací pomůcky probíhá na všech zúčastněných zdravotnických zařízeních řádně, a po každém jejich použití. V „Nemocnici A“, „Nemocnici B“ a „Nemocnici C“ je dezinfekce pomůcek prováděna pomocí jednorázových dezinfekčních ubrousků. Na větší plochy, jako je například operační stůl, PA pro perioperační péči připravuje dezinfekční roztok do kyblíku, ve kterém si namáčí jednorázový suchý ubrousek. V obou případech se jedná o dezinfekci otřením. V „Nemocnici D“ dezinfikují všechny pomůcky postřikem a následným otřením dezinfekčního roztoku suchým jednorázovým ubrouskem. Způsob péče o polohovací pomůcky během zúčastněného pozorování se plně shoduje s výpověďmi respondentek. Správná péče o polohovací pomůcky, do které spadá i jejich dezinfekce ostříkem a otřením, je zmíněna v publikaci vydané Organizací irských sester, která zdůrazňuje, že správná péče o polohovací pomůcky zvyšuje bezpečnost pacientky v rámci perioperační péče (INO, 2007, s. 67-68).

## 5 ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřuje na polohování pacientky na operačním sále, které je nezbytnou součástí podstupovaných operací, a jedná se o jednu z fází perioperační péče. V závěru diplomové práce je vyhodnoceno naplnění stanovených cílů, dále jsou zde uvedeny limity průzkumného šetření a doporučení pro praxi.

Teoretická část diplomové práce obsahuje komplexní zpracování problematiky perioperační péče ve vztahu k polohování pacientky na operačním sále. Konkrétně jsou zde popsána témata: perioperační péče, personál OS podílející se na perioperační péči, operační trakt a jeho vybavení, polohování pacientky na operačním stole, rizika a nežádoucí události související s polohováním, a zdravotnická dokumentace v rámci perioperační péče. Tím byl splněn cíl teoretické části práce.

Průzkumná část diplomové práce se skládá z polostrukturovaných rozhovorů s respondentkami vybraných zdravotnických zařízení, ze zúčastněného pozorování na gynekologických operačních sálech těchto zdravotnických zařízení a konečného spojení výsledků obou metod. Pro tuto část diplomové práce byl zvolen jeden hlavní a tři dílčí cíle.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjištění způsobu zaručení bezpečné péče o pacientku při přesunu a polohování na operačním stole. Průzkumné šetření ukázalo, že ve všech zúčastněných zdravotnických zařízeních byla v určité míře zajištěna bezpečná péče o pacientku při přesunu a polohování na operačním stole. Na základě celkového vyhodnocení záznamového archu lze vyvodit, že v „Nemocnici D“ bylo dosaženo největší bezpečnosti pacientky při polohování na operačním stole, a to v 66,7 % případů s hodnocením výborného plnění stanovených úkonů. Naopak v „Nemocnici B“ bylo výborného plnění úkonů dosaženo pouze v 33,3 % případů. Hlavní cíl byl naplněn jak za pomoci odpovědí na průzkumné otázky, tak i splněním dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zjištění rozdílů při poskytování bezpečné perioperační péče v oblasti přesunu a polohování pacientky na operačním stole ve vybraných zdravotnických zařízeních. Dle výsledků průzkumného šetření a jejich porovnání mezi zdravotnickými zařízeními, které jsou detailně popsány v diskuzi, vyplynulo, že poskytování bezpečné perioperační péče související s polohováním pacientky má dle zúčastněných zdravotnických zařízení velkou variabilitu. Rozdíly jsou patrné, jak ve frekvenci plnění stanovených úkonů, tak ve způsobech,

jakými byly plněny. Tento dílčí cíl byl naplněn a veškeré rozdíly při poskytování bezpečné perioperační péče, v oblasti přesunu a polohování pacientky na operačním stole ve vybraných zdravotnických zařízeních, byly podrobně rozebrány v diskuzi diplomové práce.

Druhý dílčí cíl byl zaměřen na zjištění postupu používaného ve vybraných zdravotnických zařízeních ve vztahu k nežádoucím událostem souvisejících s přesunem pacientky a jejím polohováním na operačním stole. Ve všech zdravotnických zařízeních byla pro záznam nežádoucích událostí během polohování používána stejná metodika jako pro výskyt jakékoliv jiné nežádoucí události. Hlášení nežádoucích událostí na všech pozorovaných pracovištích probíhalo v souladu s metodikou MZ ČR (2018). V „Nemocnici B“ a „Nemocnici D“ byl používán, pro hlášení nežádoucích událostí, speciální počítačový program, kam byly zadávány veškeré podrobnosti a informace o jejím průběhu. V „Nemocnici A“ a „Nemocnici C“ k tomuto účelu byl využíván speciální předem připravený arch, který byl při výskytu nežádoucí události vyplněn a odevzdán staniční sestře.

Třetím dílčím cílem bylo zjištění preventivních opatření, která mají jednotlivá zúčastněná zdravotnická zařízení nastavená pro přesun pacientky a její polohování na operačním stole. Jako preventivní opatření všechna zúčastněná zdravotnická zařízení využívala modifikaci perioperačního bezpečnostního protokolu. V „Nemocnici B“, „Nemocnici C“ a „Nemocnici D“ byly navíc používány různé archy sloužící ke zvýšení bezpečnosti perioperační péče, doplňovaly perioperační bezpečnostní protokol. Lze tedy udělat závěr, že žádné ze zúčastněných zdravotnických zařízení nemá zpracovaný specifický dokument pouze pro záznam o polohování pacientky při perioperační péči. Dalšími bezpečnostními opatřeními nastavenými zúčastněnými zdravotnickými zařízeními bylo školení sanitářů a PA pro perioperační péči v problematice bezpečného polohování.

Všechny stanovené cíle diplomové práce byly splněny.



## 5.1 Limity diplomové práce

Hlavním limitem diplomové práce byl nižší počet zdravotnických zařízení účastnících se průzkumného šetření, než bylo původně plánováno. K tomu významně přispěl nižší zájem zdravotnických zařízení o spolupráci na průzkumných šetřeních během pandemie Covid-19, která trvá od března 2020, a je spojena s nouzovým stavem a restriktivními opatřeními v celé České republice. Zájem zdravotnických zařízení mohl být také ovlivněn strachem z odhalení nedostatků v perioperační péči během probíhajícího průzkumu.

Za další limit prováděného průzkumu lze považovat riziko křivých výpovědí respondentek, jako zamlčení známých nedostatků nebo zlehčování jejich dopadů, a to buď z důvodu vlastní idealizace situace, nebo ze strachu z možných následků.

Ke zkreslení výsledků také mohlo dojít za předpokladu porušení ústní dohody o důvěrnosti o detailech prováděného pozorování mezi respondentkami a pozorovatelkou. PA pro perioperační péči by v takovém případě plnily sledované úkony precizněji, než by bylo běžné bez přítomnosti pozorovatelky.

## 5.2 Doporučení pro praxi

Během psaní diplomové práce bylo zjištěno, že česká literatura se problematice polohování v perioperační péči téměř nevěnuje, a jen v několika málo zdrojích bylo toto téma povrchně popsáno. Za jeden z nejlepších současných českých zdrojů týkající se problematiky polohování na operačním sále lze považovat knihu „Operační polohy“, která je koncipována jako stručný přehled operačních poloh (Kolektiv autorů, 2021). Nejvíce nastudovaných informací pochází ze zahraniční literatury, a to zejména z platných doporučení vydaných Evropskou asociací sálových sester (EORNA), která se problematikou polohování v perioperační péči podrobně zabývá.

Na základě výsledků průzkumného šetření lze, ke zvýšení bezpečnosti při polohování pacientek na operačním stole, doporučit zavedení krátkého přehledného listu se seznamem zásad polohování v perioperační péči, a umístit jej na každý gynekologický operační sál. Zmíněný seznam by mohl například obsahovat fotografii osoby správně uložené do gynekologické polohy, pod ní by v bodech byly, dle doporučení asociace EORNA, vypsány nejdůležitější úkony spojené s touto problematikou. List by byl umístěn na viditelném místě, ale zároveň tak, aby nebránil při polohování pacientky nebo v operačním výkonu. Příloha H obsahuje ukázkou dvou takovýchto listů, a to pro dvě nejčastěji využívané polohy na operačních gynekologických sálech, pro gynekologickou operační polohu a pro operační polohu na zádech.

Dále lze doporučit, aby školení sanitářů a PA pro perioperační péči v problematice polohování na operačním sále probíhalo precizně, a aby nebylo při jejich nástupu do zaměstnání opomíjeno.

Vypracovaný záznamový arch by mohl být podkladem pro vytvoření auditního listu. Pozorované činnosti vycházejí z doporučených zásad pro polohování v perioperační péči uváděných v odborné literatuře, a jsou navrženy tak, aby mohlo dojít k souhrnnému zhodnocení poskytnuté péče.

Přínos diplomové práce spočívá v objasnění důležitosti dodržování doporučených zásad bezpečné péče o pacientku při přesunu a polohování na operačním stole.

## 6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADEDEJI, Rimi a kol. The importance of correct patient positioning in theatres and implications of mal-positioning. *Journal of Perioperative Practice*. 2010 Apr; Vol. 20 (4), s. 143-7. ISSN 1750-4589. PMID: 20446625.

ALFREDSDOTTIR Herdis a Kristin BJORNSDOTTIR. Nursing and Patient Safety in the Operating Room. *JAN original research 2007*; 29-37. 11. AORN Position Statement on Patient Safety 2005. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x>

AMBLER, Zdeněk. *Poruchy periferních nervů*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2013. s. 467. ISBN 978-80-7387-705-7.

AORN. *Guidelines for Perioperative Practice*. Copyright©, 2016. ISBN 978-1-888460-17-9.

BECKETT, Alois E. Are we doing enough to prevent patient injury caused by positioning for surgery? *Journal of Perioper Practice*. 2010 Jan; 20(1): 26-9. DOI: 10.1177/175045891002000104. PMID: 20225718.

BENNICOFF, Geraldine. Perioperative Care of the Morbidly Obese Patient in the Lithotomy Position. *AORN Journal* [online]. 2010, 92(3), 297-312 [cit. 2021-04-09]. ISSN 00012092. DOI: 10.1016/j.aorn.2010.04.016

ČESKO. Nařízení vlády č. 164 ze dne 24. července 2018, kterým se mění nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2018, částka 85, s. 2594-2597. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

ČESKO. Vyhláška č. 279/2020 Sb., kterou se mění Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2020, částka 106, s. 2322. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-279>

ČESKO. Vyhláška č. 252/2019 ze dne 27. září 2019, kterým se mění nařízení vlády č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,

ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2019, částka 109.  
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-252>

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka: 20, s. 35. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Zákon č. 201/2017 Sb. ze dne 8. června 2017, kterým se mění Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 72, s. 2065-2084. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

ČESKO. Zákon č. 96/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících předpisů. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30.  
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO. Zákon č. 90/2021 Sb., kterým se mění Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně Zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, Zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, a Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění Zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů, ve znění pozdějších předpisů o zdravotnických prostředcích. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2021, částka 36. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-90>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730.  
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČSN EN ISO: 60601-2-2. *Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví*. 3rd. ed. [s. 1.] 2009 [cit. 2021-03-15].

DRAŽANOVÁ, Monika. *Zajištění bezpečnosti pacienta při realizaci operační polohy na operačním sále z pohledu sestry*. České Budějovice, 2011. s. 105. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová

DUDA, Miloslav a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 389 s. ISBN 80-7169-642-0.

EISOVÁ, Aneta. *Polohování pacienta v obecné chirurgii*. Pardubice, 2020. s. 117. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová, Ph.D.

EUROPEAN OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION (EORNA). *Best Practice for perioperative care*. Brussel: EORNA, 2020. s. 128. ISBN 9789082370904.

Dostupné z: <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>

EUROPEAN OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION (EORNA). *Position Statements and Guidelines for Perioperative Nursing Practice Part 1*. Brussel: EORNA, 2015. s. 134. ISBN 9789082370904.

HEITZ, James W. *Pooperační stavy: příznaky, diagnostika, postupy*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0873-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. s. 437. ISBN 978-80-262-0982-9.

HIRSHBERG, Asher a Kenneth L. MATTOX. *Top kníže: umění a mistrovství úrazové chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0730-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. s. 256. ISBN 978-80-247-5326-3.

IHNÁT, Peter. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. s. 152. ISBN 978-80-271-0334-8

IRISH NURSES ORGANISATION (INO). *National Operating Department Nurses Section Recommended Practices in the Operating Department*. Dublin: INO, 2007. s. 159. ISBN 9780952401612.

- JANÍKOVÁ, Eva a kol. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. s. 249. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. s. 330. ISBN 978-80-7013-598-3.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2021. 152 s. ISBN 978-80-271-1727-7.
- JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). 2007 *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 172. ISBN 987-80-247-1715-9.
- KALA, Zdeněk a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. s. 145. ISBN 978-80-7013-518-1.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Operační polohy*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2021. s. 72. ISBN 978-80-271-2077-2
- KOURKOVÁ, Petra a kol. Dekubity na operačním sále. *Česká dermatovenerologie*. 2016, 6(2). ISSN 1805-0611.
- KOVÁČIKOVÁ, Jana a Kateřina JANEČKOVÁ, 2009. Ošetrovatelská dokumentace v perioperační péči. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Roč. 19, č. 7-8, s. 61-62. ISSN 1210-0404.
- KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 264. ISBN 978-80-247-3815-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LANGROVÁ, Kateřina. *Prevence rizik související s používáním elektrochirurgických přístrojů*. Pardubice, 2019. s. 94. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

MATLOCHOVÁ, Eva, 2012. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky* [online] 2012 [cit. 2021-03-26].

Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-pacienta-perioperacni-sestrou-463444>

MCKENZIE, Rebecca J. a Cadence RAMIREZ. Preventing pressure injuries in the operating room: Be proactive to avoid perioperative pressure and peripheral nerve injuries. *AM NURSE TODAY*. 2018 May; 19-21. ISSN 1930-5583.

MIKULA, Jan a kol. *Prevence dekubitu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. s. 104.

ISBN 978-80-247-2043-2

MUNTEANU, Alan a Jiří HAMMER. *Informační systém pro operační sály a centrální sterilizace*. [online] 2013 [cit. 2018-02-18].

Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/clanky/informacni-system-pro-operacni-saly-acentralni-sterilizace-medixz/>

MZ ČR. *Věstník č. 2/2020: Národní ošetřovatelský postup – Prevence pádů a postup při zranění způsobených pády*. [online] 2020 [cit. 2021-02-06].

Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ\\_2-2020.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ_2-2020.pdf)

MZ ČR. *Věstník č. 5/2012: Metodický návod hygiena rukou při poskytování zdravotní péče*.

[online] 2012 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: [https://bezpecnostpersonalu.cz/wp-content/uploads/2015/05/ZDRAVOTNICTVI\\_05-12.pdf](https://bezpecnostpersonalu.cz/wp-content/uploads/2015/05/ZDRAVOTNICTVI_05-12.pdf)

MZ ČR. *Věstník č. 7/2018*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online] 2018

[cit. 2021-02-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/system-hlaseni-nezadoucich-udalosti/>, [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke dokumenty/Obecna metodika sledovani NU u PZS.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Obecna_metodika sledovani NU u PZS.pdf)

MZ ČR. *Věstník č. 8/2012: Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení*. [online] 2012 [cit. 2021-02-06].

Dostupné z: <https://www.sneh.cz/soubory/clanky/36.pdf>

MZ ČR. *Věstník č.16/2015: Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Částka 16. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 10/2015. [cit. 2021-02-06].

Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/24682/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ\\_16\\_2015.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/24682/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ_16_2015.pdf)

MZ ČR. *Věstník č.3/2021: Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru: Porodní asistentka – perioperační péče. Částka 3.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2/2021.

[cit. 2021-02-06]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/03/Vestnik-MZ\\_3-2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/03/Vestnik-MZ_3-2021.pdf)

NEKUDOVÁ, Jana. Katedra anesteziologie, resuscitace, intenzivní a perioperační péče. In: *Nabídka vzdělávacích akcí na rok 2019* [online]. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. s. 72-74 [cit. 2021-01-12].

ISBN 978-80-7013-594-5.

Dostupné z: [http://elearning.nconzo.cz/download/nva/NVA\\_2019.pdf](http://elearning.nconzo.cz/download/nva/NVA_2019.pdf)

NICHOLSON, Patricia. *An overview of the ACRON Standard: Safe patient positioning in the perioperative environment.* ACRON: The Journal of Perioperative Nursing in Australia. 2018 Autumn; 31(1): 55-56. ISSN 1448-7535.

NURSING MANAGEMENT. *Preventing intraoperative positioning injuries.* OR Insider. 2006 July; 37: 9-10. ISSN 0744-6314

Operační stůl Ramed. In: *MEDiset CHIRONAX* [online]. České Budějovice, c 2020 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <https://mediset.cz/cz/operacni-stoly-ramed/operacni-stoly-ramed-s-vymennou-pracovni-deskou/>

Operační stoly INFIMED. In: *MEDSOL* [online]. Praha: MEDSOL, c 2021 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <https://www.medsol.cz/produkty/infimed/operacni-stoly/>

Operating room Stirrups. In: *LINE.17QQ.com* [online]. c 2010-2021 [cit. 2021-04-14].

Dostupné z: [https://line.17qq.com/articles/bjfogpfz\\_p4.html](https://line.17qq.com/articles/bjfogpfz_p4.html)

PHIPPEN, Mark L. a kol. *Competency for Safe Patient Care During Operative and Invasive Procedures.* 1st edition. Competency a Credentialing Institute (CCI), 2009.

ISBN-10 0978758293, ISBN-13 978-0978758295.

POHLOVÁ, Lucie. *Prevence vzniku kožních lézí v perioperační péči.* České Budějovice, 2018. s. 113. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

POKORNÁ, Andrea a kol. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza.* Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada).

ISBN 978-80-271-0720-9



- POKORNÁ, Andrea a kol. Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, © 2018 [cit. 2021-24-06].  
Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz>
- RANK, Donald S. Patient positioning: an OR team effort. *OR NURSE*. 2008 Jan; 2(1): 21-23. ISSN 1933-3145
- Recommended Practices for Positioning the Patient in the Perioperative Practice Setting. *AORN Journal* [online]. 2001, 73(1), 231-238 [cit. 2021-04-09]. ISSN 00012092. DOI: 10.1016/S0001-2092(06)62092-9
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 192. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RIEMENSCHNEIDER, Karen J. Prevention of Pressure Injuries in the Operating Room. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* [online]. 2018, 45(2), 141-145 [cit. 2021-04-10]. ISSN 1071-5754. DOI: 10.1097/WON.0000000000000410.
- ŘIHÁČEK, Tomáš a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2
- SEDLÁČKOVÁ, Eva. *Bezpečná péče na operačním sále a péče o pacienta*. Brno, 2017. s. 72. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. s. 368. Sestra. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SCHOUCHOFF, Barbara. Pressure Ulcer Development in the Operating Room. *Critical Care Nursing Quarterly* [online]. 2002, 25(1), 76-82 [cit. 2021-04-10]. ISSN 0887-9303. DOI: 10.1097/00002727-200205000-00009.
- Simplicity Knee Crutch Stirrups. In: *Aneticaid.com* [online]. United Kingdom, c 2021 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: <https://aneticaid.com/product/knee-crutch-stirrups-c-w-pressure-care-pads/>
- SPRUCE, Lisa. Back to Basics: Preventing Perioperative Pressure Injuries. *AORN Journal*, 2017; 105: 92-99. DOI: 10.1016/j.aorn.10.018.

- STERIS. The complete guide to patient positioning. The importance of patient positioning. [online]. Steris.com. Ireland, 2018 Dec. [cit. 2021-3-23].  
Dostupné z: <https://www.steris.com/healthcare/knowledge-center/surgical-equipment/complete-guide-to-patient-positioning>
- SUCHÁ, Šárka a kol. Bezpečí pacienta na operačním sále. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009 Roč. 19, č. 1, s. 69. ISSN 1210-0404.
- SURGICAL NURSE. *Find Nursing Programs*. [online]. 2020 [cit.2021-03-11].  
Dostupné z: <https://nurse.org/resources/perioperative-surgical-nurse/>
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. s. 200. ISBN 978-80-247-2616-8.
- ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. s. 260. ISBN 978-80-271-0062-0.
- ŠVARŤÍČEK, Roman. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014, s. 83-251. ISBN 978-80-262-0644-6.
- TÁBORSKÁ, Šárka. *Polohování operanta na operačním stole*. Pardubice, 2018. s. 122. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.
- Transportní rolovací deska. In: *APOSBRNO: Partner pro sociální sféru a zdravotnictví* [online]. Brno, c 2021 [cit. 2021-04-14].  
Dostupné z: <https://www.aposbrno.cz/transportni-rolovaci-deska-141>
- VALLEYLAB. Uživatelská příručka ForceTriad. *Energetická platforma* [online]. 2006 [cit. 2021-06-26]. Dostupné z: [https://docplayer.cz/24449704-Uzivatelaska-prirucka-forcetriad-energeticka-platforma.html#show\\_full\\_text](https://docplayer.cz/24449704-Uzivatelaska-prirucka-forcetriad-energeticka-platforma.html#show_full_text).
- VĚSTNÍK MZ ČR. *Metodický návod: Hygiena rukou při poskytování zdravotní péče*. [online]. 2015 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: [https://bezpecnostpersonalu.cz/wp-content/uploads/2015/05/ZDRAVOTNICTVI\\_05-12.pdf](https://bezpecnostpersonalu.cz/wp-content/uploads/2015/05/ZDRAVOTNICTVI_05-12.pdf)
- WEAVING, Paul a kol. Infection prevention and control in the operating theatre: reducing the risk of surgical site infections (SSIs). *Journal of Perioperative Practice*, 2008, 18, č. 5, s. 199-204. Překlad Dobrovodská, M. Redakčně upraveno a zkráceno.

Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/3/operacni-kryti-prevence-a-kontrola-infekci-na-operacnim-sale-snazovani-rizika-infekce-operacni-rany/>.

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

WICKER, Paul a Sara DALBY. *Rapid Perioperative Care*. 1st edition. United States: *John Wiley a Sons Ltd.*, 2016. s. 480. ISBN 9781119121237. DOI: 10.1002/9781119548935.

WICKLIN, Sharon A. Challenges in the operating room with obese and extremely obese surgical patients. *SPHM Journal*. 2018 Sep; 8(3): 120-131. ISSN 2572-0562

WICHSOVÁ, Jana a kol. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. s. 192. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.

WICHSOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2020. s. 88. Sestra. ISBN 978-80-271-1029-2.

WILDEMUTH, Barbara. M. a Yan ZHANG. *Unstructured Interviews*. Applications of social research methods to questions in information and library science. CT Westport: Libraries Unlimited, 2009, s. 222-231. ISBN 9781591585039.

WOODFIN, Kaitlen O. a kol. Use of a Novel Memory Aid to Educate Perioperative Team Members on Proper Patient Positioning Technique. *AORN Journal* [online]. 2018, 107(3), 325-332 [cit. 2021-04-09]. ISSN 00012092. DOI: 10.1002/aorn.12075

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *European workshop second global patient safety challenge "Safe surgery saves lives"* [online]. 2009 [cit. 2021-03-01]. Dostupné z: [http://www.who.int/patientsafety/events/09/EURO\\_SSSL\\_workshop\\_briefing.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/events/09/EURO_SSSL_workshop_briefing.pdf?ua=1)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Implementation manual Surgical safety checklist: Safe Surgery saves lives*. [online]. 2009 [cit. 2021-02-11].

Dostupné z: <https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/>

ZEMAN, Miroslav a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. 4. Praha: Grada, 2011. s. 512. ISBN 978-80-247-3770-6.

ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 2., přeprac. vyd. Martin: Osveta, 2009, s. 322. ISBN 978-80-8063-304-2.

## 7 PŘÍLOHY

<b>PŘÍLOHA A:</b> Operační stoly a příslušenství k transportu pacientky .....	99
<b>PŘÍLOHA B:</b> Příslušenství operačního stolu.....	102
<b>PŘÍLOHA C:</b> Příprava operačního stolu .....	105
<b>PŘÍLOHA D:</b> Antidekubitní pomůcky .....	106
<b>PŘÍLOHA E:</b> Operační polohy.....	108
<b>PŘÍLOHA F:</b> Otázky k polostrukturovanému rozhovoru .....	112
<b>PŘÍLOHA G:</b> Záznamový arch .....	113
<b>PŘÍLOHA H:</b> Polohovací karty.....	115

## PŘÍLOHA A: Operační stoly a příslušenství k transportu pacientky

Transportní vozík



*Zdroj: autor diplomové práce*

Transportní rolovací deska



*Zdroj: aposbrno.cz, 2021*

Překladový operační stůl



*Zdroj: autor diplomové práce*

Operační stůl s odnímatelnou deskou stolu



*Zdroj: mediset.cz, 2020*

Operační stůl s plovoucí deskou



*Zdroj: medosol.cz, 2021*

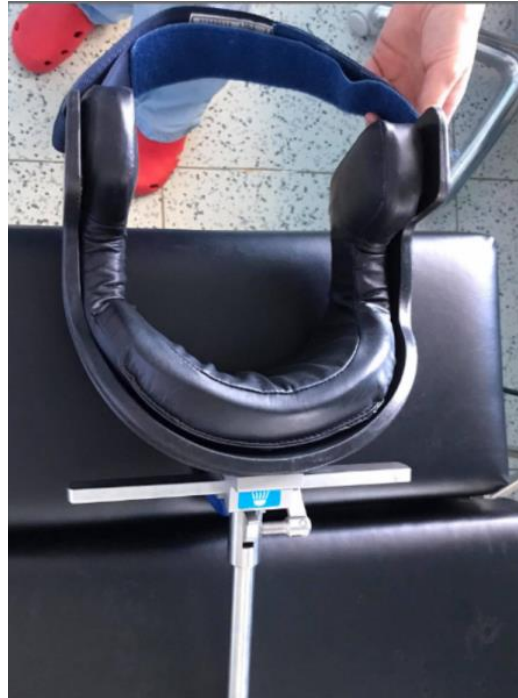


## PŘÍLOHA B: Příslušenství operačního stolu

Zarážky na tělo a fixační pás



Podpěra hlavy



Podpěra a fixační pás horní končetiny



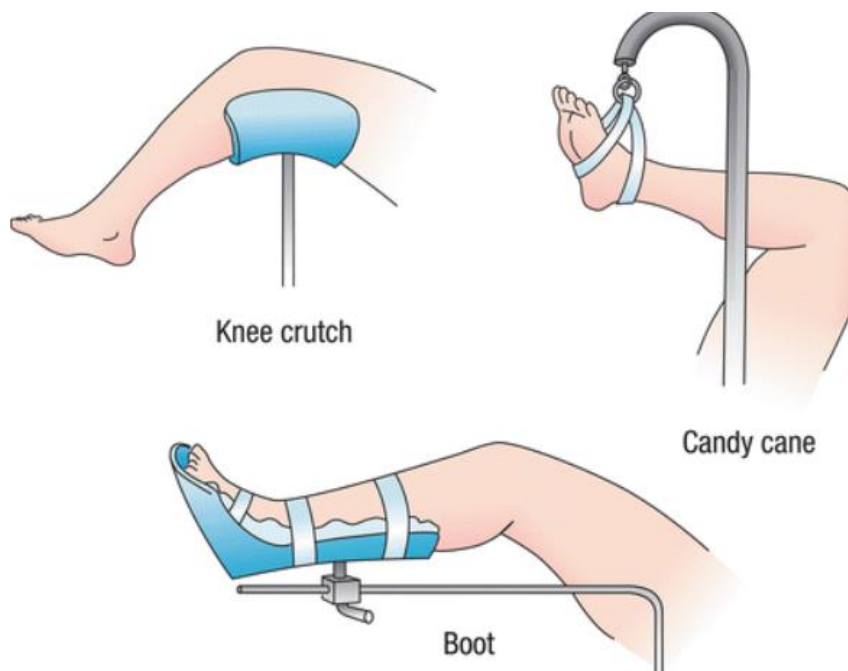
Podpěra a fixační pás horní končetiny



*Zdroj: autor diplomové práce*



## Typy podpěr dolních končetin



## Types of stirrups

Zdroj: [line.17qq.com](http://line.17qq.com), 2010

## Schautovy podpěry



Zdroj: [aneticaid.com](http://aneticaid.com), 2021

Candy cane



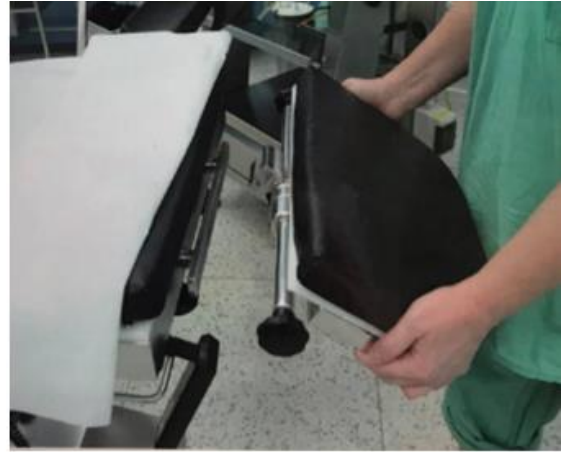
*Zdroj: AORN Journal, 2010*

Botičkové podpěry



*Zdroj: autor diplomové práce*

## PŘÍLOHA C: Příprava operačního stolu



*Zdroj: autor diplomové práce*

## PŘÍLOHA D: Antidekubitní pomůcky

Gelová podložka pod záda



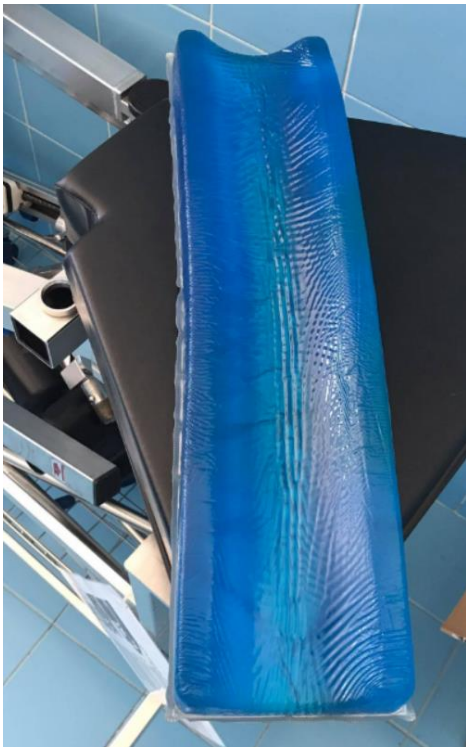
Gelové klíny



*Zdroj: autor diplomové práce*



Gelová podložka pod končetiny



Molitanová podložka pod dolní končetiny



Gelový polštář pod hlavu



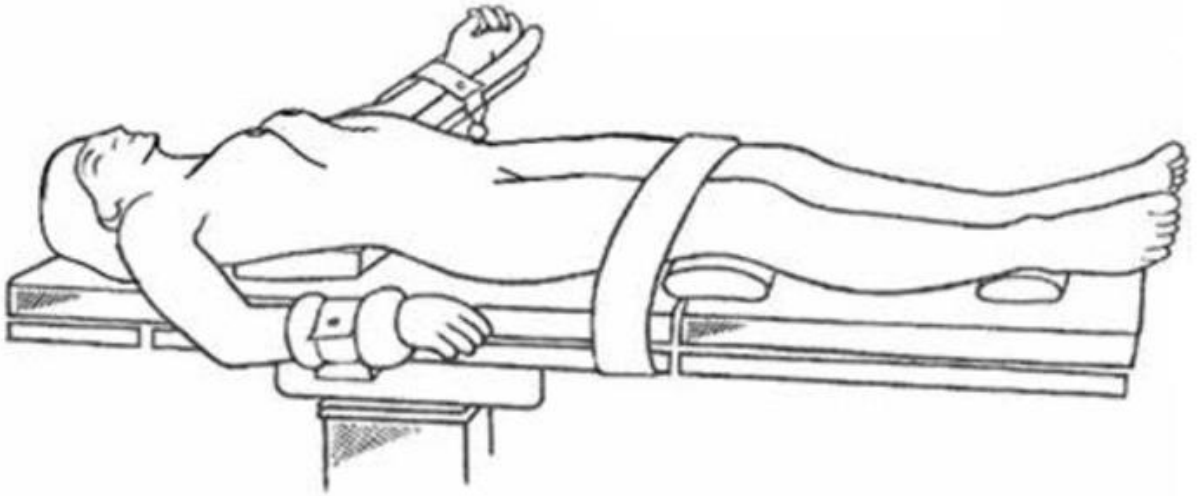
Gelové vypodložení při poloze na břiše



*Zdroj: autor diplomové práce*

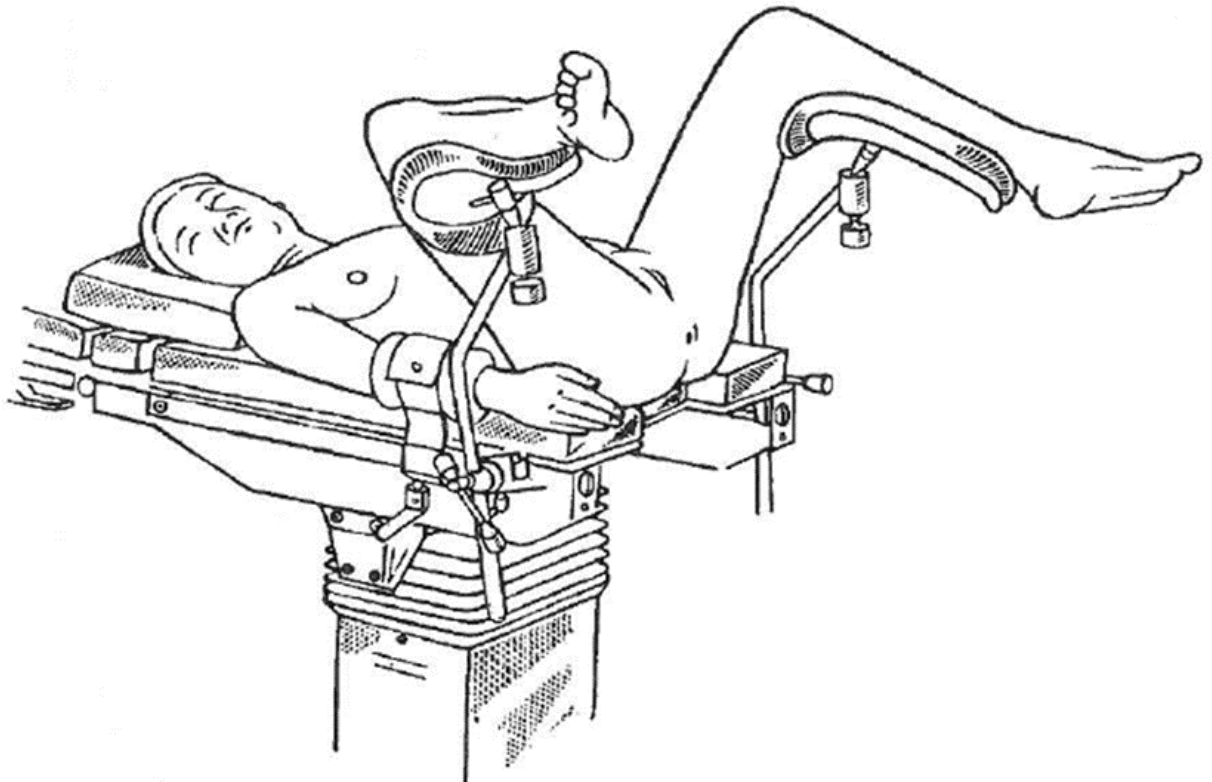
## PŘÍLOHA E: Operační polohy

Supinační poloha



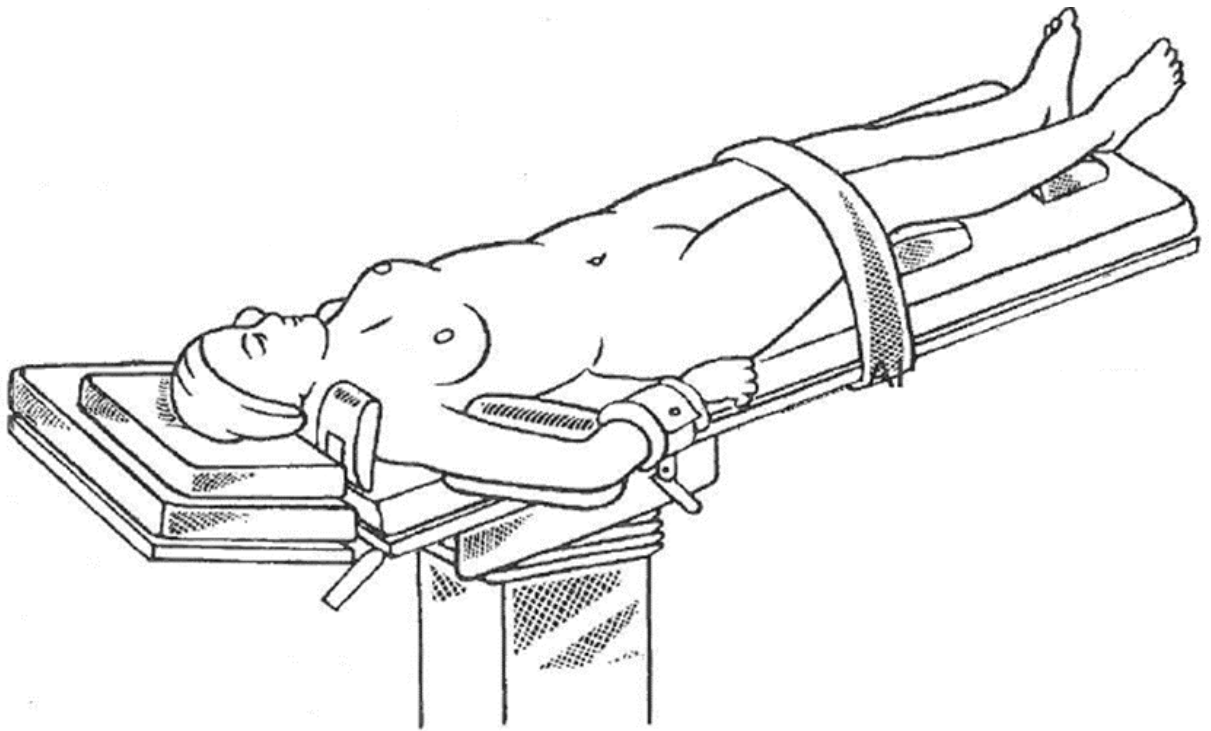
*Zdroj: Duda a kol., 2000*

Litotomická poloha



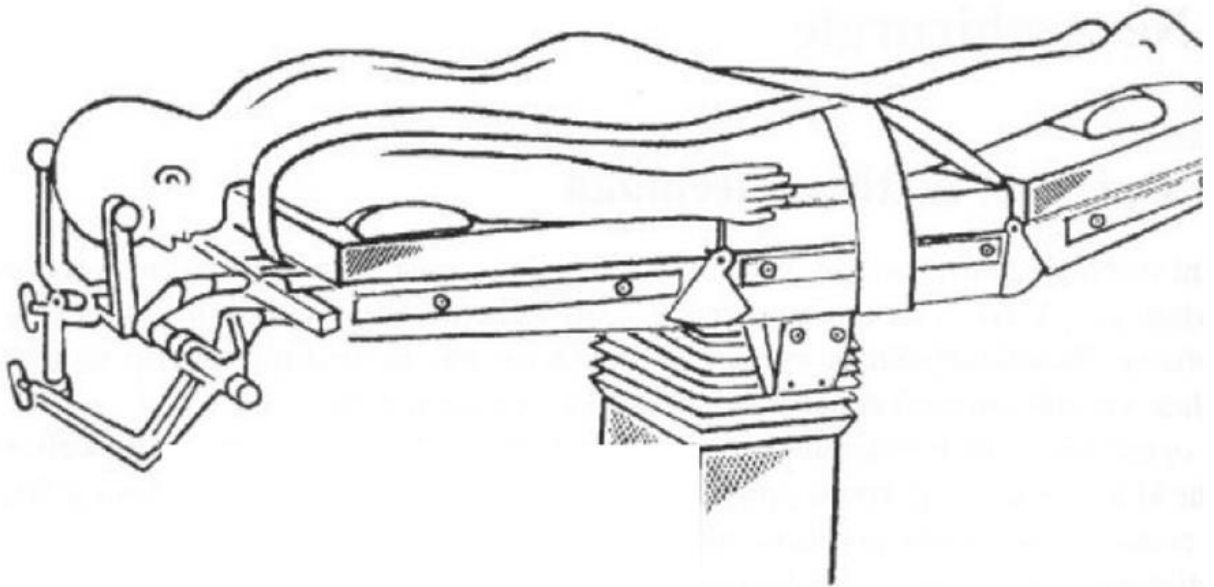
*Zdroj: Duda a kol., 2000*

Trendelenburgova poloha



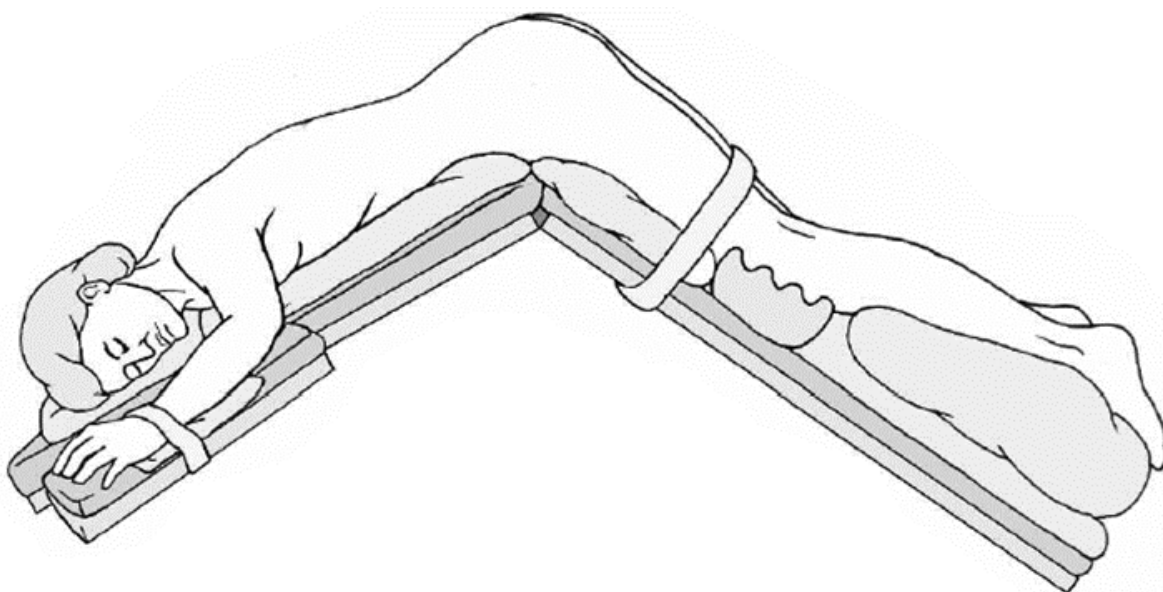
*Zdroj: Duda a kol., 2000*

Pronační poloha



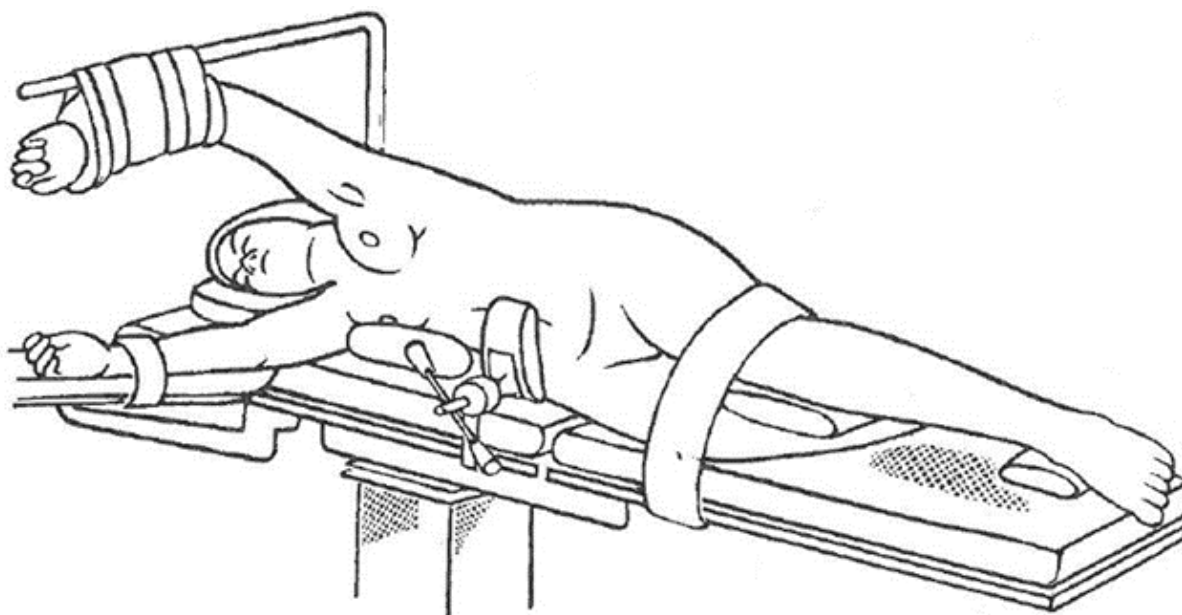
*Zdroj: Duda a kol., 2000*

Poloha Jackknife



*Zdroj: Rank, 2008*

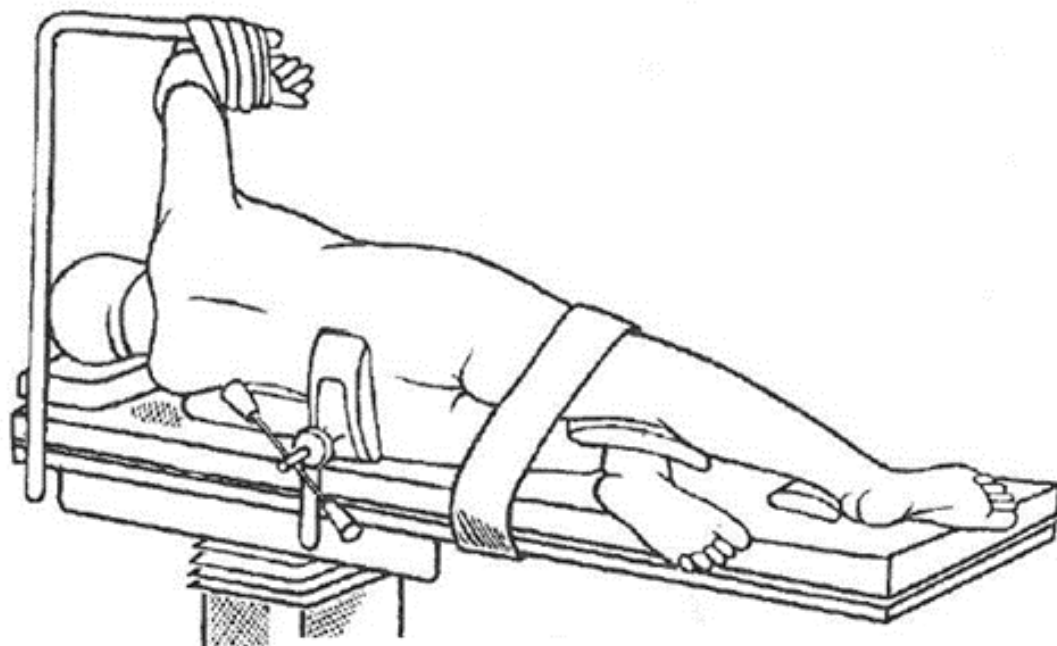
Poloha na boku – pohled zepředu



*Zdroj: Duda a kol., 2000*



Poloha na boku – pohled zezadu



*Zdroj: Duda a kol., 2000*

## **PŘÍLOHA F: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru**

Datum rozhovoru:

Délka rozhovoru:

Místo konání rozhovoru:

1. Jaká je Vaše současná pracovní pozice na operačním sále?
2. Kolik let na operačním sále pracujete?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jaké dokumenty, týkající se bezpečného polohování pacienta na operačním sále, máte na Vašem pracovišti vypracovány?
5. Jaká máte nastavena školení pracovníků na Vašem pracovišti zaměřená na bezpečné polohování pacienta na operačním sále?
6. Jak probíhá kontrola správného a bezpečného polohování pacienta na Vašem pracovišti, z hlediska frekvence, rozsahu a způsobu?
7. Jaký máte vypracovaný postup pro záznam nežádoucí události související s polohováním pacienta?
8. Setkala jste se na svém pracovišti s nějakou nežádoucí událostí spojenou s nesprávným polohováním pacienta? Pokud ano, tak s jakou? Jak často k těmto událostem na Vašem pracovišti dochází?
9. Podílí se na polohování pacienta na Vašem pracovišti i sanitáři? Pokud ano, jsou v problematice polohování, také proškoleni?
10. Kdo na Vašem pracovišti při překladi pacienta na oddělení kontroluje jeho stav kůže, jako popáleniny, predilekční místa atp.?
11. Jaké máte možnosti polohování pacienta na operačním sále?
12. Jak pečujete o polohovací pomůcky?

# PŘÍLOHA G: Záznamový arch

## ZÁZNAMOVÝ ARCH

Pracoviště: Operace při operacím výkonu: Poloha při operacím výkonu:  
 Datum: Délka operačního výkonu: Riziko vzniku dekubitů:  
 Věk pacientky: BMI: Změna polohy během operace:

Kontrolní kritéria	Hodnocení	Metoda hodnocení: P-pozorování D-dotaz O-ověření z dokumentace	Poznámka	Úplná shoda 2b.	Částečná shoda 1b.	Neshoda 0b.
Jsou připraveny polohovací pomůcky?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je zkontrolována funkce operačního stolu?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je provedena identifikace pacientky?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Ověřila si perioperační sestru rizika polohování?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je při převozu no OS pacientka zajištěna proti pádu?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je zkontrolován stav kůže pacientky perioperační sestrou?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je vyhodnoceno/zkontrolováno riziko vzniku dekubitu?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Konzultuje perioperační sestru polohu s operátorem popřípadě anesteziologem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je pacientka před operačním výkonem uložena do základní polohy?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Jsou podložena všechna predilekční místa?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je pacientka na operačním stole fixována?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					

Kontrolní kritéria	Hodnocení	Metoda hodnocení: P-pozorování, D-dotaz O-ověření z dokumentace	Poznámka	Úplná shoda 2b.	Částečná shoda 1b.	Neshoda Ob.
Je po uložení na operační stůl pacientka chráněna salovou příkryvkou?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je správně uložena inaktivní elektroda ve vztahu k poloze?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je pacientka izolována od kovových částí operačního stolu?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Zajišťuje polohu pacientky perioperační sestra (či ve spolupráci se sanitářem)?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Kontroluje perioperační sestra polohu pacientky v průběhu operace?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Jsou pro použití gelové, molitanové či jiné polohovací pomůcky?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je po výkonu pacientka uložena zpět do základní polohy?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je pacientka při překladi z operačního stolu fixována proti pádu?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je pacientka po ukončení operace pod dohledem personálu?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Jsou po operaci zkontrolována kůže popř. kritická místa?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Je po operaci zadokumentována informace související s polohováním pacientky?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Jsou po operaci řádně vydezinfikovány polohovací pomůcky a operační stůl?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Vznikla během operačního výkonu NÚ související s polohováním pacienta?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
Hodnocení						
Celkové hodnocení plnění daných úkonů v %:	Výborné (100-80%), Velmi dobré (79-60%), Dobré (59-40%), Špatné (39-20), Nedostatečující (19-0%)					
Celkové hodnocení v bodech:	48-39	38-29	28-19	18-10	9-0	

Zdroj: autor diplomové práce

## PŘÍLOHA H: Polohovací karty

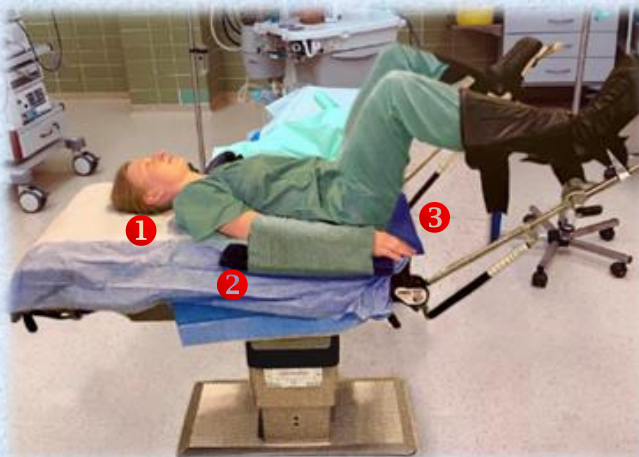


### GYNEKOLOGICKÁ POLOHA

S rukou na podpěře



S rukou u těla



- Kontrola podložení všech predilekčních míst
- Kontrola fixace pacientky
- Kontrola izolace pacientky od kovových částí stolu
- Kontrola polohy pacientky v průběhu operace
- Kontrola stavu kůže pacientky po operaci

Použité antidekubitní pomůcky



1x



2x



1x





## POLOHA NA ZÁDECH

S rukou na podpěře



S rukou u těla



- Kontrola podložení všech predilekčních míst
- Kontrola fixace pacientky
- Kontrola izolace pacientky od kovových částí stolu
- Kontrola polohy pacientky v průběhu operace
- Kontrola stavu kůže pacientky po operaci

Použité antidekubitní pomůcky



*Zdroj: autor diplomové práce*