

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Rok 2024

Bc. Petra Guznarová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Princip nonmaleficence v perioperační péči

Diplomová práce

Rok 2024

Bc. Petra Guznarová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Guznarová**
Osobní číslo: **Z20334**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Princip nonmaleficence v perioperační péči**
Téma práce anglicky: **The principle of nonmaleficence in perioperative care**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného 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:

BEAUCHAMP, Tom L. a CHILDRESS, James Franklin, 2009. *Principles of biomedical ethics*. 6. vydání. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-533570-5.
HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4. aktualiz. a rozšíř. vydání. Praha: Galén. ISBN 9788074922046.
JEDLIČKOVÁ, Jaroslava; SVOBODA Tomáš a WICHSOVÁ, Jana, 2021. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1727-7.
KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
WICHSOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1029-2.
WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

Vedoucí diplomové práce: **doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Princip nonmaleficence 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 24.4.2024

Bc. Petra Guznarová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala panu docentovi RNDr. ThLic. Karlu Sládkovi, Ph.D., MBA za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Tímto také děkuji Mgr. Ivaně Petříkové za pomoc se statistickým zpracováním dat. Dále též Mgr. Romaně Kuboňové za jazykovou korekturu. Poděkování též patří všem respondentům, kteří mi pomohli při realizaci průzkumného šetření.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá principem nonmaleficence v perioperační péči. Teoretická část je úvodem do části výzkumné. Kromě etických principů v perioperační péči se dotýká témat jako jsou např. vývoj etiky v ošetrovatelství a etickými kodexy s cílem vymezit princip nonmaleficence v perioperační péči. Cílem výzkumné části je prezentovat data získaná průzkumným šetřením a současně zjistit, jak je princip nonmaleficence aplikován v praxi z pohledu perioperačních a anesteziologických sester.

KLÍČOVÁ SLOVA

Etika, princip nonmaleficence, perioperační péče, poškození pacienta

TITLE

The principle of nonmaleficence in perioperative care

ANNOTATION

Diploma thesis addresses the principle of nonmaleficence in perioperative care. The theoretical part serves as an introduction to the research section. In addition to ethical principles in perioperative care, it touches upon topics such as the evolution of ethics in nursing, ethical codes, with the aim of defining the principle of nonmaleficence in perioperative care. The aim of the research section is to present data obtained through exploratory investigation and simultaneously determine how this principle is applied in practice from the perspective of perioperative and anesthesia nurses.

KEYWORDS

Ethics, the principle of nonmaleficence, perioperative care, patient harm

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce	15
1.1 Cíle diplomové práce	15
1.2 Metody k dosažení cíle	15
2 PRINCIP NONMALEFICENCE JAKO VÝCHODISKO ETIKY	17
2.1 Princip nonmaleficence pohledem základních pojmů etiky	17
2.2 Princip nonmaleficence z hlediska základních etických teorií	18
2.3 Princip nonmaleficence v kontextu lékařské etiky	19
2.4 Princip nonmaleficence aplikovaný v etice ošetrovatelství	20
2.4.1 Vývoj etiky v ošetrovatelství	21
2.4.2 Etické principy v ošetrovatelství.....	23
3 PRINCIPY LÉKAŘSKÉ ETIKY V PERIOPERAČNÍ PÉČI	24
3.1 Etické kontexty v rozhodování v perioperační péči pohledem sestry	24
3.1.1 Role perioperační a anesteziologické sestry	25
3.1.2 Prostředí operačního sálu.....	27
3.1.3 Etický kodex sester	29
3.2 Etické principy prvního řádu v perioperační péči.....	30
3.2.1 Princip nonmaleficence v perioperační péči.....	30
3.2.2 Princip beneficence v perioperační péči	32
3.2.3 Princip autonomie v perioperační péči	32
3.2.4 Princip spravedlnosti v perioperační péči.....	33
3.3 Etické principy druhého řádu v perioperační péči	34
4 APLIKACE PRINCIPU NONMALEFICENCE V PERIOPERAČNÍ PÉČI.....	36
4.1 Princip nonmaleficence a důkladná dezinfekce.....	36
4.1.1 Hygiena rukou.....	36
4.1.2 Dezinfekce operačního pole.....	37

4.2	Princip nonmaleficence a řádná sterilizace.....	38
4.3	Princip nonmaleficence a vedení perioperační dokumentace.....	39
4.4	Princip nonmaleficence a bezpečnost pacienta na operačním sále.....	40
4.5	Princip nonmaleficence a rizika spojená s chirurgickým výkonem	41
5	PRINCIP NONMALEFICENCE V PERIOPERAČNÍ PÉČI V REŠERŠI AKTUÁLNÍCH STUDIÍ	44
	Výzkumná část.....	49
6	Cíle a hypotézy	49
6.1	Metodika	51
6.1.1	Organizace průzkumného šetření.....	53
6.1.2	Charakteristika a popis zkoumaného vzorku	53
6.2	Výsledky vlastní práce.....	54
6.3	Testování hypotéz	68
6.3.1	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1	68
6.3.2	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2.....	73
6.3.3	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3.....	78
7	Diskuze	84
7.1	Limity výzkumu.....	87
7.2	Doporučení pro praxi	88
8	Závěr	90
9	Použitá literatura	92
9.1	Knihy	92
9.2	Odborné články.....	95
9.3	Internetové zdroje	97
9.4	Ostatní.....	98
10	Přílohy.....	100

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	54
Tabulka 2 Věk respondentů	55
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	55
Tabulka 4 Pracovní pozice respondentů	56
Tabulka 5 Délka praxe	56
Tabulka 6 Princip nonmaleficence (možnost více odpovědí; n = 117)	57
Tabulka 7 Komunikace	58
Tabulka 8 Ošetrovatelská dokumentace	58
Tabulka 9 Opatření vztahující se k hygienickému režimu	59
Tabulka 10 Dodržování hygienického režimu, AČ – Absolutní četnost, RČ – relativní četnost	60
Tabulka 11 Infekce v místě chirurgického výkonu	61
Tabulka 12 Upozornění na porušení hygienického režimu	62
Tabulka 13 Osoby dopouštějící se přestupků (možnost více odpovědí; n = 117)	62
Tabulka 14 Používání mobilních telefonů v prostorách operačního sálu.....	63
Tabulka 15 Provedení perioperační bezpečnostní procedury	63
Tabulka 16 Stranový protokol	64
Tabulka 17 Poškození pacienta.....	64
Tabulka 18 Druh poškození pacienta (možnost více odpovědí; n = 43)	65
Tabulka 19 Negativní faktory (možnost více odpovědí; n = 117).....	66
Tabulka 20 Důvěra v pracoviště	66
Tabulka 21 Důležitost principu nonmaleficence	67
Tabulka 22 Testování hypotézy 1	69
Tabulka 23 Testování hypotézy 2	70
Tabulka 24 - Testování hypotézy 3.....	72
Tabulka 25 Testování hypotézy 4	73
Tabulka 26 Testování hypotézy 5	74
Tabulka 27 Testování hypotézy 6.....	75
Tabulka 28 Testování hypotézy 7	77
Tabulka 29 Testování hypotézy 8.....	78
Tabulka 30 Testování hypotézy 9.....	79

Tabulka 31 Testování hypotézy 10	80
Tabulka 32 Testování hypotézy 11	81
Tabulka 33 Testování hypotézy 12	83
Obrázek 1 Sloupcový graf závislosti kladného hodnocení ošetrovatelské dokumentace na věku	70
Obrázek 2 Sloupcový graf závislosti kladného hodnocení ošetrovatelské dokumentace na délce praxe.....	71
Obrázek 3 Sloupcový graf závislosti kladného hodnocení ošetrovatelské dokumentace na vzdělání	72
Obrázek 4 Sloupcový graf závislosti názoru na dodržování všech opatření na věku.....	75
Obrázek 5 Sloupcový graf závislosti názoru na dodržování všech opatření na délce praxe	76
Obrázek 6 Sloupcový graf závislosti názoru na dodržování všech opatření na vzdělání	77
Obrázek 7 Sloupcový graf závislosti upozorňování na porušení hygienického režimu na věku	80
Obrázek 8 Sloupcový graf závislosti upozorňování na porušení hygienického režimu na délce praxe.....	81
Obrázek 9 Sloupcový graf závislosti upozorňování na porušení hygienického režimu na vzdělání	82

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ad.	a další
aj.	a jiné, a jiní
ARO	anesteziologické a resuscitační oddělení
BTK	bezpečnostně technická kontrola
č.	číslo
ČR	Česká republika
EORNA	European Operating Room Nurses Association – Evropská Asociace Sálových Sester
et al.	et alii – a jiní, a další
etc.	et cetera, a další, a ostatní
FZS	Fakulta zdravotnických studií
H	hypotéza
ICN	International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester
JIP	jednotka intenzivní péče
mj.	mimo jiné
ml	mililitr
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
př.n.l.	před naším letopočtem
řec.	řecky
s.	strana, strany
sv.	svatý, svatého
tj.	to je, to jest
tzn.	to znamená

tzv. takzvaný

WHO World Health Organisation – Světová Zdravotnická Organizace

ÚVOD

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na jeden ze čtyř základních etických principů lékařské a ošetrovatelské etiky, konkrétně na princip nonmaleficence (neškození, nepoškození) v perioperační péči. Problematika tohoto etického principu v souvislosti s perioperační péčí je bezesporu tématem aktuálním a důležitým. Nepoškození pacienta během operačního výkonu a zajištění jeho bezpečnosti v perioperační péči je hlavní prioritou celého operačního týmu.

Minimalizace rizik poškození pacienta v perioperační péči je často diskutovaným tématem nejen v České republice, ale také na celém světě. Přibližně každý desátý pacient je poškozen v důsledku špatně poskytnuté zdravotní péče, tři milióny pacientů v této souvislosti umírají. V celosvětovém měřítku se každoročně provede více než 300 miliónů chirurgických zákroků, přičemž 10 % případů zahrnuje poškození pacienta v chirurgickém prostředí. Tématem bezpečnosti pacienta se řadu let zabývá Světová zdravotnická organizace ve svých programech. Program WHO Safe Surgery Saves Life z roku 2009 vymezil deset zásad bezpečné chirurgie a představil dokument nazvaný Surgical Safety Checklist, který byl poté celosvětově implementován s cílem poskytnout jednoduchý nástroj k zabezpečení pacienta v perioperační péči. V roce 2021 WHO představila akční plán – Global Patient Safety Action Plan 2021-2030, jehož vizí je zajištění takové zdravotnické péče, ve které nedochází k poškození pacienta, kde je každému pacientovi poskytnuta bezpečná péče (WHO, 2009, 2021, 2023).

Struktura diplomové práce sleduje dvě tradiční linie, a to linii teoretickou a výzkumnou. Teoretická část práce je založena na literární rešerši odborné literatury vztahující se k tématu diplomové práce. Téma etického principu nonmaleficence v perioperační péči je velmi rozsáhlé, proto jsem se v úvodu teoretické části této práce soustředila především na vysvětlení základních pojmů, souvisejících s tématem diplomové práce. Teoretická část nejprve objasňuje východiska etiky pro princip nonmaleficence v perioperační péči, dále se dotýká etiky v ošetrovatelství a jejím vývojem. Za důležité jsem pokládala zmínit i etický kodex sester, protože celá práce mapuje, jakým způsobem je etický princip nonmaleficence vnímán z pohledu všeobecných sester. Dále se zabývá vymezením pojmu perioperační péče, objasňuje roli perioperační a anesteziologické sestry a současně vysvětluje zásady bezpečné péče o pacienta na operačním sále, jehož součástí je také dodržování hygienicko-epidemiologického režimu operačních sálů.

Závěrečná kapitola, která je zaměřena na princip nonmaleficence v rešerši aktuálních studií, tak uzavírá teoretickou část a prolíná se s částí výzkumnou. Zároveň podněcuje otázku k průzkumu,

jakým způsobem je princip nonmaleficence vnímán a aplikován v praxi z pohledu perioperačních a anesteziologických sester.

Empirická část diplomové práce je zaměřena na analýzu a prezentaci dat, která byla získána prostřednictvím průzkumného šetření, realizovaného pomocí dotazníkové metody. Tohoto šetření se zúčastnily perioperační a anesteziologické sestry.

Motivem ke zpracování práce, bylo vymezit princip nonmaleficence v perioperační péči a zároveň zjistit, jak je tento etický princip aplikován v praxi z pohledu perioperačních a anesteziologických sester. Prostředí operačních sálů klade vysoké nároky na dodržování všech předpisů a standardů ze strany zdravotníků, protože hlavní prioritou při poskytování perioperační péče je bezpečnost pacienta, podstupujícího operační zákrok. Rizika spojená s operačním výkonem nejsou zanedbatelná, a proto považují za důležité se touto problematikou zabývat.

Diplomová práce by v konečném výsledku mohla přispět k větší informovanosti v oblasti vybraného etického principu nonmaleficence v perioperační péči. Záměrem práce je současně zdůraznit zásady bezpečné chirurgie a důležitost dodržování zásad hygienického režimu operačních sálů. S výsledky práce bych ráda seznámila širší odbornou veřejnost.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Záměrem předkládané diplomové práce je prezentovat relevantní poznatky týkající se etického principu nonmaleficence v perioperační péči a zároveň stanovit, zda a jakým způsobem je tento princip aplikován v praxi z pohledu perioperačních a anesteziologických sester. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny následující cíle práce.

1.1 Cíle diplomové práce

CÍL PRO TEORETICKOU ČÁST PRÁCE

- Vymežit princip nonmaleficence v perioperační péči.

CÍLE PRO VÝZKUMNOU ČÁST PRÁCE

- Zjistit, co se dle názorů perioperačních a anesteziologických sester vztahuje k principu nonmaleficence v perioperační péči.
- Zjistit, jak je respondenty vnímán princip nonmaleficence v souvislosti s dodržováním všech opatření týkajících se hygienického režimu operačních sálů.
- Zjistit, jak je respondenty vnímán princip nonmaleficence v souvislosti s vedením ošetrovatelské dokumentace.
- Zjistit, jaký je nejčastější typ poškození pacienta v perioperační péči, se kterým se vybrané skupiny sester setkaly.
- Zjistit, jaké jsou nejčastější negativní faktory, které mohou vést k poškození pacienta v perioperační péči z pohledu vybraných skupin sester.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická část práce si klade za cíl vymežit princip nonmaleficence v perioperační péči, tj. v úvodu práce vymezuje princip nonmaleficence jako východisko etiky, dotýká se základních pojmů souvisejících s etikou, etikou lékařskou a etikou v ošetrovatelství. Zároveň definuje pojem perioperační péče, vymezuje roli perioperační a anesteziologické sestry. Dále definuje čtyři základní etické principy lékařské etiky v perioperační péči a v neposlední řadě popisuje aplikaci principu nonmaleficence v perioperační péči.

Výzkumná část je zaměřena na analýzu a prezentaci dat získaných pomocí anonymního dotazníkového šetření provedeného u perioperačních a anesteziologických sester, pracujících ve dvou fakultních nemocnicích v Praze.

2 PRINCIP NONMALEFICENCE JAKO VÝCHODISKO ETIKY

Princip nonmaleficence (neškození), který zahrnuje nepoškození pacienta, je jedním ze čtyř základních etických principů jak v oblasti lékařství, tak v ošetrovatelství. Principy lékařské etiky jsou přítomny od počátku obecného uvažování o etice. Proto je tato kapitola zaměřena na vnímání etiky nejen z pohledu současných autorů zabývajících se lékařskou a ošetrovatelskou etikou, ale také na její kořeny, které sahají až do období starověkého Řecka. Tato problematika je tedy nedílnou součástí diplomové práce.

2.1 Princip nonmaleficence pohledem základních pojmů etiky

„Etika je úsilí o dobrý život, je starostí o co největší míru dobrého, je to cesta neustálého hledání.“ (Chvilová-Weberová, 2023, s.31). Z citace Chvilové-Weberové je zřejmé, že etika je hledáním cesty, která vede k dobrému jednání a zároveň se snaží vyhnout se špatnému jednání. Princip nonmaleficence si klade za cíl poskytovat pacientům komplexní a odbornou péči a v co největší míře zajistit jejich bezpečnost a tím minimalizovat riziko jejich poškození.

Etika (řecky ethos – mrav, zvyk) je filozofická disciplína, která se zabývá mravností. Dříve byla nazývána též dobrovědou, praktickou filozofií, nebo také mravovědou. Její kořeny sahají až do starověku k řeckému filozofu Aristotelovi (384 př.n.l.-322 př.n.l.). Aristotelés (Aristotelés, 2021–5.vydání) ve svém hlavním díle *Etika Níkomachova* pojednává o etice jako o umění žít. Aristotelés tvrdí, že etika je studiem charakteru a morálních ctností. Dále uvádí, že nejvyšším cílem lidského života je naplněný a dobře žitý život. Etika je podle něj uměním dosahovat tohoto cíle prostřednictvím rozvoje ctností a správného chování (Haškovcová, 2015, s. 13, Kořenek, 2004, s. 13-22). Lze tedy konstatovat, že etika ctností starořeckého myslitele Aristotela se promítá do principu beneficence (dobřečinění) - správného chování, jehož druhou stránkou je princip nonmaleficence (neškození). Opakem ctností a dobrého jednání jsou tedy neřesti a nesprávné chování a jednání, které může v konečném výsledku pacienta poškodit, ba dokonce ohrozit na životě.

Hlavním cílem etiky je porozumět, co je správné a co je nesprávné, mravné a nemravné a poskytnout tak rámec pro hodnocení morálních rozhodnutí. Etika se snaží odpovědět na otázky týkající se povahy dobra, zla, spravedlnosti, svobody a morální zodpovědnosti (Kutnohorská et al. 2011, s. 12-13). To znamená, že nás etika nabádá k tomu, abychom dobře činili, neškodili a převzali zodpovědnost za své jednání.

„Etika jako pojem je nadřazena morálce.“ (Kutnohorská, 2007, s. 25). Morálku (latinsky mos, tzn. zvyk, obyčej, mrav, povaha, mravnost) lze chápat jako soubor pravidel, která jednotlivci uznávají a následují ve svém jednání (Haškovcová, 2015, s. 14). Kořenek (2004) definuje morálku jako normy, které jsou společensky preferované, ať už jsou psané či nepsané. Tyto normy tvoří komplexní soubor informací, který určuje očekávané chování jednotlivce. Měřítkem morálky je soulad nebo nesoulad s vlastním svědomím. Je důležité si uvědomit, že morálku nelze pouze vyžadovat; spíše je třeba, abychom všichni vytvářeli prostředí pro její rozvoj nejen prostřednictvím vzdělávání a výchovy, ale také tím, že svým osobním jednáním podporujeme existenci a fungování obecné morálky.

Podle různých autorů lze etiku rozdělit do několika směrů. Jeden z těchto přístupů etiku dělí na tři obory, tj. metaetiku, normativní etiku a praktickou etiku. Metaetika je oborem etiky, který zkoumá povahu etických (morálních) pojmů, postojů a soudů. Metaetika prověřuje možnosti samotné etiky. Například se ptá, na základě čeho, můžeme hovořit o něčem jako je dobro, morálka nebo správnost (Kutnohorská, 2007, s. 14, Munzarová, 2005, s. 15).

Normativní etika se dle Varkey (2021) snaží odpovědět na otázku: „Která obecná morální pravidla pro vedení a hodnocení chování bychom měli přijmout a proč?“ . Některá morální pravidla pro správné chování jsou společná pro celé lidstvo, protože překračují kultury, regiony, náboženství a další skupinové identity a tvoří tak společnou morálku např. nezabíjet, neubližovat, nezpůsobovat utrpení druhým, nekrást, netrestat nevinné, říkat pravdu, dodržovat zákon, pečovat o potřebné, pomáhat trpícím a zachraňovat ty, kteří jsou v ohrožení.

Praktická etika zkoumá konkrétní situace a rozhodnutí s důrazem na jejich komplexnost, a když se zaměřuje na specifické oblasti, jako je lékařství nebo ošetrovatelství, nazýváme ji profesní etikou (Kutnohorská, 2007, s. 14).

2.2 Princip nonmaleficence z hlediska základních etických teorií

V etice byly dle Ivanové (2005) samozřejmě jako v jiných vědních disciplínách zformulovány různé etické teorie, které se zprvu jeví odlišně, protože vycházejí z mnohých filozofických směrů. Na druhou stranu všechny jsou nástroji, které nás vedou k tomu, abychom žili dobře svůj život. Každá z těchto teorií reflektuje etické hodnoty dané společnosti.

Munzarová zařadila mezi základní etické teorie konsekvencialismus, deontologismus, etiku práv a intuicionismus. Teorie *konsekvencialismu* zvažuje následky různých východisek a za etické považuje východisko, které povede k většímu dobru pro co největší počet lidí. Rizikem

této teorie je fakt, že může být upřednostňováno blaho společnosti před významem pro konkrétního člověka (Munzarová, 2005, s.17-18).

Z výše uvedeného vyplývá, že konsekvencialismus je principem následků, tzn. že i v rámci principu nonmaleficence musíme jednat tak, aby následky našich činů nebyly horší než benefit, který se očekává, což se v konečném důsledku projevuje snahou nepoškodit pacienta.

Další uváděnou teorií je dle Kutnohorské (2007) *deontologismus*. Deontologie, tj. z řeckého slova *deon* – povinnost. Tato teorie zdůrazňuje povinnosti a závazky. V současnosti bývá pojem deontologie spjat s lékařskou deontologií, tj. s deontologickými kodexy. Za nejstarší deontologický kodex bývá považována Hippokratova přísaha (viz Kapitola 2.3, Příloha A).

Hippokratova přísaha a principy beneficence a nonmaleficence sdílejí společný základ v tom, že oba usilují o to, aby byla lékařská péče orientována na prospěch pacienta a na minimalizaci možných škod. Zatímco Hippokratova přísaha (viz Kapitola 2.3, Příloha A) formuluje tyto principy v kontextu antického lékařství, principy beneficence a nonmaleficence představují moderní formulaci těchto zásad v rámci bioetiky. Tyto zásady jsou základem etického chování lékařů po celá staletí a stále zůstávají klíčovými hodnotami v oblasti medicíny.

Jako další uváděnou teorii Munzarová (2005) řadí *etiku práv*. Tato teorie zkoumá spravedlnost, morální povinnosti a hodnoty v kontextu právního systému. Výhodou etiky práv je respekt k důležitosti mravních nároků jednotlivce. Zmíněná teorie ovšem nestanoví, jakým způsobem postupovat při vzájemném konfliktu práv, kdy se práva jednotlivců střetnou.

Poslední uváděnou teorií je dle Munzarové (2005) *intuicionismus*. Tato teorie, na rozdíl od ostatních, klade velký důraz na intuici člověka. Spočívá v předpokladu, že existují morální fakta, která lze rozpoznat intuitivním pocíťováním, spíše než deduktivním nebo empirickým postupem. Podle této teorie každý člověk ví, co má dělat, aby jednal správně, nadržuje se žádných přesně definovaných práv. Rizikem této teorie není přesvědčení samotného jedince o tom, že jeho jednání je správné, ale v tom, že jedinec musí najít způsob, kterým by o správnosti a pravosti svého východiska přesvědčil své okolí.

2.3 Princip nonmaleficence v kontextu lékařské etiky

Lékařskou etiku můžeme definovat jako samostatnou vědní disciplínu, jež zkoumá etické otázky a dilemata v oblasti lékařství (Haškovcová, 2015, s. 15). Lékařská etika bývá sice často spojována s pojmem bioetika, není s tímto pojmem ovšem totožná. Bioetika je nadřazena pojmu lékařská etika (Bužgová, 2008, s. 10). Termín bioetika (bios – život, etika – mravnost) poprvé

použil Van R. Potter ve své knize *Bioethics – Bridge to the Future* z roku 1959. Dříve bylo běžné používat termíny jako ekoetika, etika zdraví nebo etika péče o zdraví. Bioetika zkoumá etické otázky a dilemata související nejen s výkonem lékařské profese, poskytováním zdravotní péče, ale také s vědeckým výzkumem (Haškovcová, 2015, s. 15, Munzarová, 2005, s. 16, Ondok, 2005, s. 11-12, 207).

„Lékařská etika se snaží vymezit principy lidského chování souvisejícího zejména s otázkami medicíny a nakládání s (lidským) životem. Vychází z předem daných zásad, které souvisí s vnitřní mravností medicíny.“ (Chvilová-Weberová, 2023, s. 34).

Za zakladatele lékařské etiky je pokládán nejslavnější lékař starověku Hippokrates, kterému je připisována Hippokratova přísaha. Tato přísaha se na dlouhá staletí stala základem lékařské etiky, zavazovala lékaře řídit se především dobrem pacienta: *bonum aegroti lex suprema*, tj. dobro nemocného je nejvyšším zákonem a *primum non nocere*, tzn. především neškodit (Kuře, 2012, s. 10, 91). Je ovšem vysoce pravděpodobné, že text Hippokratovy přísahy má daleko hlubší kořeny, tj. že mohl vzniknout v prostředí náboženské skupiny pythagorejců na přelomu 5. a 4. století př.n.l. Dále konstatuje, že etické zásady uvedené v Hippokratově přísaze zůstávají v platnosti dodnes v celé medicíně. Autorka mezi tyto zásady zahrnuje: dobro nemocných (princip beneficence), ochranu před poškozením (princip nonmaleficence), zákaz zabít nemocného (např. zákaz eutanázie či asistovaného suicida) a zachování tajemství (Opatrná, 2022, s. 17, 20).

2.4 Princip nonmaleficence aplikovaný v etice ošetrovatelství

Pacovský (2008) uvádí, že ošetrovatelství představuje klíčovou a nezbytnou součást medicíny. Jedná se o samostatný obor s vlastními charakteristickými rysy a nelze jej nahradit žádným jiným odvětvím či osobou. Vytejková et. al (2011) dodává, že ošetrovatelství hraje nezastupitelnou roli v péči o zdraví člověka i celé populace. Posláním ošetrovatelské péče je služba člověku a péče o udržení a rozvoj zdraví.

Podle Kutnohorské (2007) ošetrovatelská etika, známá také jako etika v ošetrovatelství, vychází z etiky lékařské a jejím hlavním úkolem, je formulovat povinnosti a odpovědnost všeobecných sester (dále jen sester). Autorka uvádí, že se jedná o teorii, která stanovuje ošetrovatelsky žádoucí a nežádoucí chování a jednání. Ošetrovatelská etika si klade za cíl stanovit mravní normy profese, analyzovat eticky komplikované situace, studovat pravidla mezilidských vztahů na pracovišti a zároveň zkoumat kvalitu vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem.

Šimek (2016) vysvětluje rozdíl mezi lékařskou a ošetrovatelskou etikou prostřednictvím kontrastu dvou anglických sloves, konkrétně *to cure* a *to care*. Sloveso *to cure* znamená léčit, zatímco *to care* označuje pečovat. Lékař je primárně zaměřen na léčbu a diagnostiku chorob, zatímco sestra vyvažuje tuto činnost tím, že se primárně stará o pacienty, tedy o ně pečuje. I když toto základní odlišení přijímáme jako relevantní, není pochyb o tom, že obě profese se výrazně prolínají. Lékaři se mohou podílet na péči a sestry, vedle pečování, se mohou aktivně zapojovat do diagnostických a léčebných procesů, včetně vytváření vlastních diagnostických schémat, jako jsou například klasifikace potřeb pacientů.

Etika v ošetrovatelství je specificky zaměřena na činnosti profesionální sesterské péče. Analyzuje žádoucí a nežádoucí chování a jednání sester. Věnuje se také příčinám, které k němu vedou (Bužgová, 2008, s. 36-37). Ošetrovatelská etika se dle Fišerové (1996) zaměřuje na morální otázky v ošetrovatelské praxi, což zahrnuje vztahy a postoje sestry k pacientovi vyjádřené prostřednictvím etického chování a verbální i neverbální komunikaci. Taktéž se zabývá kolegiálními vztahy mezi sestrami a vztahy sester k lékařům a vztahy k dalšímu personálu. Kutnohorská (2007) dodává, že všechny úkony spojené s ošetrovatelskou profesí mají morální dopad. Morálka v ošetrovatelství je dle autorky vše, co je dobré a prospěšné, ale také to, co může být škodlivé a v konečném důsledku může nemocnému ublížit.

Mezi úkoly ošetrovatelské etiky řadíme zkoumání kvality vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem a vytyčení žádoucích mezilidských vztahů. Dále pak stanovování mravní normy profese, studování interpersonálních vztahů na pracovišti a formulování toho, co je správné a žádoucí. Dalším úkolem je analyzování eticky komplikovaných situací a současně hledání možných východisek a přístupů. K nejdůležitějším aspektům etiky v ošetrovatelství patří úcta a respektování lidské důstojnosti, dále aktivní ošetrovatelská péče a holistický přístup k nemocnému (Bužgová, 2008, s. 38-41).

Mezi cíle ošetrovatelské etiky zahrnujeme především humanizaci lidských vztahů, a to zejména mezi nemocným a sestrou. Za důležité se považuje porozumění člověku, pochopení obtížnosti jeho situace a podle zjištěných skutečností nalezení způsobu, jak mu pomoci. Cílem je tedy úsilí o uspokojení terapeutických, psychických, kulturních, sociálních, duchovních a jiných potřeb v péči o nemocného (Fišerová, 1996, s. 11).

2.4.1 Vývoj etiky v ošetrovatelství

Etika v ošetrovatelství byla ovlivněna mnoha českými, ale také zahraničními osobnostmi.

Dle Jarošové (2020) jsou dějiny českého ošetrovatelství spojeny s dobou knížete Boleslava (935-967), kdy vznikaly první hospice a útulky pro osoby chudé a nemocné. V té době bylo ošetrovatelství službou trpícímu člověku a poskytovaly ho osoby bez odborného vzdělání. Nejvýraznější postavou počátku českého ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna, která v roce 1233 založila klášter u sv. Haštala, kde byl zřízen i špitál. Dále založila řád křižovníků s červenou hvězdou, kde byli ošetrováni chudí a nemocní. Ošetrovatelské činnosti se mj. věnovaly řády boromejek, johanitek, alžbětinek a milosrdných bratrů. V 18.století byly v českých zemích zakládány první všeobecné nemocnice, tj. v roce 1785 v Brně, v roce 1787 v Ostravě a v roce 1790 v Praze. To bezesporu přispělo k otevření prvních ošetrovatelských škol ve druhé polovině 19.století (Jarošová, 2020, s. 28).

Jednou z nejvýznamnějších zahraničních osobností byla bezesporu Florence Nightingalová (1810-1910), která je považována za zakladatelku oboru ošetrovatelství. Tato anglická sestra založila první ošetrovatelskou školu na světě. Vytvořila první koncepci ošetrovatelství a zároveň zformulovala etické zásady ošetrovatelky v přístupu k pacientům. V roce 1859 publikovala knihu *Notes on Hospital* a v roce 1860 *Notes on Nursing*. Kladla důraz na holistický přístup k pacientům, bez ohledu na jejich sociální postavení. Z její koncepce ošetrovatelství čerpá dodnes (Kutnohorská, 2007, s. 24, Riegel et al., 2021).

Jarošová (2020) dodává, že první česká ošetrovatelská škola vznikla v roce 1874 v Praze. Výuku zajišťovali čeští lékaři, tj. učitelé Lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Oporou pro studium ošetrovatelství byla právě kniha Florence Nightingalové *Notes on Nursing*, která u nás vyšla v roce 1874.

Bužgová (2008) uvádí, že během éry první republiky v českých zemích byla etice věnována značná pozornost, což je patrné z vydání Učebnice zdravotnictví a mravouky od Alexandra Baťka v roce 1920. V prvním díle této učebnice, nazvaném *Sebevýchova*, autor detailně popisuje povinnosti vůči bližním a zároveň zdůrazňuje i povinnosti vůči vyšším celkům, jako je vlast, lidstvo, a dále reflektuje vztah člověka k Bohu.

Švédská autorka Estrid Rodheová ve svém díle *Etika v ošetrovatelství* představuje ošetrovatelství jako nádherné, avšak náročné povolání, jehož hlavním cílem je povzbuzovat a těšit nemocné v jejich utrpení. Autorka čtenáře v knize vyzývá, aby začínajícím sestřám nebyly zatajovány „stíny tohoto povolání“. Nabádá sestry k nesobecké chuti pomáhat, solidaritě k nemocným, obětavosti, odpovědnosti, k potřebě mlčenlivosti, spořivosti a kázni (Bužgová, 2008, s. 37).

Autorem dalšího významného díla s názvem Ošetřovatelská etika je doktor František Slabihoudek, V díle, jež bylo publikováno v roce 1946, se autor věnuje především otázkám spojeným s výběrem povolání, smyslem života, problematikou ženské role a rovněž posláním sestry, její povinností a péčí o nemocné (Bužgová, 2008, s.37). Významnou postavou v oblasti etiky českého ošetřovatelství byla bezesporu také Alice Masaryková (1879-1966), která usilovala o vysoký morální kredit tehdy československých sester – ošetřovatelek (Kutnohorská, 2007, s.25).

V současné době se problematikou etiky v ošetřovatelství v České republice zabývá ve svých publikacích několik autorů, např. Helena Haškovcová, Jana Kutnohorská a Marta Munzarová.

2.4.2 Etické principy v ošetřovatelství

Etické principy v ošetřovatelství vyplývají z obecně platných etických norem, z úcty k člověku, konání dobra, neškození, pravdomluvnosti, nezávislosti, důvěryhodnosti, věrnosti a spravedlnosti (Jarošová, 2000, s. 98-99). Archalousová (2006) dodává, že etické principy vyplývají nejen z obecně platných etických norem, ale také z konkrétních situací a činů. Dále stanovila sedm etických principů v ošetřovatelství, tj. princip beneficence, princip nonmaleficence, princip autonomie a spravedlnosti, respektování hodnot života, zabezpečování lidského blaha a profesionální zvládnutí ošetřovatelské profese tak, aby díky nevědomosti či neschopnosti nedocházelo k poškození pacienta.

Kutnohorská (2007) zařadila k základním etickým principům v ošetřovatelství autonomii, důvěryhodnost, spravedlnost, veracitu a beneficenci. Etický princip autonomie zdůrazňuje, že každý jednatel má právo jednat a rozhodovat se v souladu se svými vlastními etickými zásadami a přesvědčeními. Dalším důležitým etickým principem v oblasti ošetřovatelství je důvěryhodnost, která se projevuje v loajalitě vůči svým závazkům a jejich dodržování. Etický princip spravedlnosti, vyžaduje rovné jednání s lidmi. A veracita, tj. pravdomluvnost je závazek říkat lidem pravdu a neobelhávat je. Pravdomluvnost je něco, čím jsme jiným povinováni.

3 PRINCIPY LÉKAŘSKÉ ETIKY V PERIOPERAČNÍ PÉČI

Tato kapitola se soustřeďuje na čtyři základní principy lékařské etiky v perioperační péči, tj. princip nonmaleficence, princip beneficence, princip spravedlnosti a autonomie. Zároveň vysvětluje pojem perioperační péče, dotýká se rolí perioperačních a anesteziologických sester a popisuje etický kodex sester, a je proto neodmyslitelnou součástí diplomové práce.

„Princip je obecné pravidlo jednání odvozené z lidské zkušenosti. Principy lékařské etiky jsou východiskem a směrnici pro uvažování nad postupy medicíny. Tvoří normativní rámec etického uvažování, tzv. principled resolution, tedy v principech zakotvené řešení.“ (Chvílová-Weberová, 2023, s. 35)

Etické principy jsou dle Beauchamp a Childresse (2009) základní normy či hodnoty, které slouží jako směrnice pro hodnocení a rozhodování v otázkách morálního jednání. Tyto principy poskytují rámec pro určování toho, co je správné a co je nesprávné ve specifických situacích. Etické principy jsou obvykle formulovány tak, aby reflektovaly hodnoty společnosti.

Beauchamp a Childress v roce 1979 stanovili čtyři základní principy lékařské etiky. Jejich koncept má významnou výhodu v tom, že principy jsou formulovány obecně, což umožňuje snadnou aplikaci a jejich široké přijetí (Vácha et al., 2012, s. 55).

Při definování etických principů v perioperační péči Wichsová (2013, 2020) doporučuje aplikovat koncepty etických principů právě podle autorů Beauchampa a Childresse. Autorka dále zdůrazňuje, že dodržováním těchto etických principů ve své praxi mohou perioperační sestry minimalizovat riziko hrubých chyb a přispět ke kvalitnímu poskytování perioperační péče.

3.1 Etické kontexty v rozhodování v perioperační péči pohledem sestry

Perioperační péče je definována jako ošetrovatelská péče, kterou poskytují perioperační a anesteziologické sestry v prostorách operačních sálů. Vznik označení termínu perioperační péče souvisel s proměnami v terminologii ve zdravotnictví v roce 2004, kdy byl přijat zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Před rokem 2004 byly používány termíny předoperační a pooperační období odděleně. Následně došlo k zavedení pojmu perioperační, který zahrnuje časový úsek jak v širším, tak v užším kontextu. Současně došlo k přejmenování pozice sestry instrumentářka, sálová sestra na perioperační sestra. V dalším kroku byly vypracovány nové materiály, které sjednocují původní předoperační a pooperační

období do jednoho integrovaného celku, nazvaného perioperační období (Jedličková et al, 2019, s. 194, Wichsová, 2013, s. 133).

Dle EORNA (2019) je perioperační péče rozmanitý a specializovaný obor s mnoha podobory. Perioperační péče je poskytována před, v průběhu a bezprostředně po skončení operačního výkonu a skládá se ze tří fází, tj. fáze předoperační, intraoperační a pooperační.

Pavlová et al. (2016) uvádí, že za ikony a učitele v oblasti české perioperační péče jsou považováni: prof. Arnold Jirásek, prof. Bohuslav Niederle a prof. Miloslav Duda. Podle jejich názoru zastávají zdravotní sestry zásadní a nezastupitelnou roli, zejména v chirurgických oborech, které jsou charakterizovány týmovým přístupem. Lékaři a zdravotní sestry společně vytvářejí partnerský přístup k péči o pacienta. Jejich vzájemný podíl na práci je zvláště patrný na operačních sálech, kde operatéri a instrumentující sestra spolupracují s cílem dosáhnout jednoho hlavního úkolu, tj. zkvalitnit zdraví pacienta podstupujícího chirurgický zákrok.

K současným autorům, kteří se zabývají perioperační péčí, lze zařadit Mgr. Janu Wichsovou, PhD. a Ing. Jaroslavu Jedličkovou, MBA.

3.1.1 Role perioperační a anesteziologické sestry

Dle EORNA (2019) perioperační sestry působí na operačních sálech zdravotnických zařízení, jednotkách denní chirurgie a klinikách. Jejich hlavním úkolem je vykonávat všechny klíčové aktivity v předoperační, intraoperační a pooperační fázi chirurgických zákroků.

Perioperační sestra je zodpovědná za úkoly související s provozem operačních sálů. Na operačním sále zastává dvě role, tj. roli instrumentující sestry nebo obíhající (cirkulující) sestry. Zajišťuje přípravu chirurgických nástrojů a materiálů. V roli instrumentující sestry se po chirurgické dezinfekci rukou následně obléká do sterilního pláště a rukavic, poté sterilně rouškuje stolky a připravuje instrumentárium a materiál potřebný k operaci. Obléká operační tým, tj. operátora a jeho asistenty, asistuje při dezinfekci operačního pole a při rouškování. Instrumentuje včasným podáváním a odebíráním chirurgických nástrojů a dalších pomůcek operátorovi a asistentům co nejkvalitněji, tj. musí znát detailně operační postup a zvyky členů operačního týmu a pečlivě sledovat průběh operace. Zároveň sleduje dodržování sterility. Instrumentující sestra se může podílet na asistenci, pokud je to vyžadováno. V neposlední řadě iniciuje početní kontrolu všech nástrojů a materiálů (Ihnát, 2017, s. 36, Wichsová, 2013, s. 58).

Wicker (2015) uvádí, že role obíhající sestry spočívá v přípravě operačního sálu, tj. nástrojů a dalšího materiálu potřebného k operačnímu výkonu. Kontroluje sterilitu nástrojů a ostatního

materiálu a zároveň funkčnost všech zdravotnických prostředků, které budou použity během operace. Po předání pacienta na sál, cirkulující sestra kontroluje jeho identitu, provede bezpečnostní proceduru (perioperační bezpečnostní protokol/WHO checklist), přikládá neutrální elektrodu (pokud je využívána elektrokoagulace v monopolárním režimu), podílí se na polohování. Během operace poskytuje operačnímu týmu všechny potřebné pomůcky, tj. šicí materiály, chirurgické nástroje, implantáty ad., které jsou potřebné k danému výkonu. Obíhající sestra dále kontroluje sterilitu, odebírá od instrumentující sestry histologický materiál, který řádně označí. Podílí se na počítání roušek a nástrojů a vede perioperační dokumentaci.

Práce perioperační sestry sebou nese velkou zodpovědnost. Jedná se o vysoce specializované povolání, ve kterém je kladen důraz na vlastnosti, jakými jsou: spolehlivost, pečlivost, trpělivost, emoční stabilita, schopnost týmové práce, ochota učit se novým věcem a schopnost improvizovat. V některých zemích perioperační sestry, kromě role instrumentující a obíhající sestry, zastávají i roli anesteziologické sestry (Wichsová, 2013, s. 48, 51).

Anesteziologická sestra se dle Štěchové a Hermannové (2009) stará o přípravu pacienta z psychologického, somatického a farmakologického hlediska. Taktéž má odpovědnost za přípravu anesteziologického pracoviště a vedení dokumentace.

Nejdůležitějším požadavkem anesteziologické péče je bezpečnost pacienta v průběhu anestezie. Před příjezdem pacienta na operační sál anesteziologická sestra kontroluje anesteziologický přístroj, jeho napojení na zdroj medicínálních plynů, jeho kalibraci včetně těsnosti dýchacího okruhu, dále kontroluje odpařovače inhalačních anestetik, odsávacího systému a absorbéru oxidu uhličitého. Anesteziologická sestra je zodpovědná za kontrolu funkčnosti a nastavení hranic alarmů u monitorovací techniky, dále kontroluje funkčnost další zdravotnické techniky na operačním sále, např. defibrilátoru, přístroje pro ohřev roztoků ad. Před příjezdem pacienta na sál zodpovídá za přípravu pomůcek k zajištění dýchacích cest, intravenózních vstupů a farmak pro anestezii (Zemanová, Mezenská, 2021, s.133-136).

Po příjezdu pacienta na operační sál anesteziologická sestra provádí identifikaci pacienta, kontrolu předanestetického vyšetření a kontrolu podepsaného informovaného souhlasu s anestezii. Dotazem na pacienta ověřuje operační výkon, operovanou stranu, kontroluje alergie, podanou premedikaci, dodržení lačnosti a odstranění protéz, dále zahajuje neinvazivní monitoraci. V průběhu anestezie kontroluje polohu pacienta, monitoraci – např. kapnometrii, pulzní oxymetrii ad., ochranu očí, dbá na prevenci hypotermie. Po ukončení anestezie

monitoruje pacienta při překladu na dospávací pokoj, JIP či ARO oddělení. Poté uklízí anesteziologické pracoviště (Zemanová, Mezenská, 2021, 139-141).

3.1.2 Prostředí operačního sálu

Ihnát (2017) uvádí, že operační sály představují vysoce specializované a rizikové prostředí v nemocnici, ve kterém se provoz řídí přísnými pravidly. Chirurgická intervence klade vysoké nároky na technické i materiální vybavení operačních sálů, na organizaci práce, zaučení personálu i na co nejdůraznější dodržování zásad asepse a antiseptiky.

Wichsová (2013) dodává, že vytvářením aseptického prostředí nejen na vlastním operačním sále, ale i v dalších prostorách operačního traktu vede k minimalizaci počtu infekcí operačních ran. Bariérové techniky na operačních sálech jsou postupy v perioperační péči, které mají za úkol minimalizovat vznik a šíření nákaz, které vznikají v souvislosti s hospitalizací.

Podle Kachlové a Plevové (2022) etický kodex sester mj. stanovuje, že sestra podnikne odpovídající kroky, aby ochránila občany a je tedy jejím úkolem řídit se platnou legislativou, a to jak z právního hlediska, tak z hlediska morálního. Zásady hygieny a bariérové péče jsou obsaženy ve vyhlášce č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (viz Příloha B).

Každý operační sál musí splňovat přísná kritéria v rámci zásad bariérové péče, tzn. musí být rozdělen na zónu ochrannou (tj. patientský a personální filtr, chodby), čistou (umývárny, anesteziologické přípravný, skladové prostory a dospávací pokoje), sterilní, tj. aseptickou (sterilní přípravný, sterilní sklady a operační sály) a odsunovou (odsun pacienta, odsun zdravotnických prostředků, úklidové místnosti a dekontaminační místnost), aby byl minimalizován přenos infekce z vnějšího prostředí do prostorů operačního traktu (Jedličková et al., 2021, s.10-11, Kachlová, Plevová, 2022, s. 37).

Ideálním uspořádáním operačního traktu je dle Wichsové (2013) rozdělení jednotlivých sálů na septické a aseptické. Pokud není možné takto sály rozdělit z prostorových či stavebních důvodů, je důležité operační program rozdělit na čisté a nečisté operační výkony. Autorka dále dodává, že z hlediska efektivity a dodržování hygienicko-epidemiologického režimu je ideální budování sálů centralizovaných, kde je možné sály rozdělit dle druhu operací na: superseptické, aseptické, mezoseptické a septické.

Pro personál vstupující do prostor operačních sálů je zásadní dodržovat aseptické zásady:

- Nevstupovat se zavazadly z venkovního prostředí.
- Obléknout operační prádlo ve vstupním filtru operačního sálu – tj. halenu a kalhoty, about antistatickou obuv, vlasy krýt jednorázovou čepicí a při vstupu do sterilní zóny nasadit ústenku, čepice a ústenka musí být používána tak, aby zakrývala vlasy, vousy, bradu, nos a ústa.
- Vstupovat pouze bez šperků, tj. bez prstenů, hodinek, náramků. Pod prsteny a hodinkami se i po dezinfekci rukou mohou vyskytnout spory *Clostridium difficile*, *Pseudomonas aeruginosa*, ale i jiní původci, protože tato místa nejsou důkladně ošetřena dezinfekčním prostředkem.
- Mobilní telefony lze používat pouze ve vyhrazených prostorech operačních sálů dle stavebního a funkčního uspořádání. Je striktně zakázáno využívat je v zóně aseptické, sterilní.
- Přírodní nehty mít krátce zastřižené a nenalakované, nehty nesmí být umělé, ani s povrchovou gelovou úpravou, protože stejně jako šperky i lak nebo gelové nehty mohou být rezervoárem infekce. Pod dlouhými i umělými nehty byl i po dezinfekci rukou zjištěn výskyt bakterií, např. *Pseudomonas aeruginosa*. Nehty zdravotníka nesmí ohrozit zdravotní stav pacienta.
- V případě, že dojde k potřísnění oděvu, ústenky nebo čepice je nutné tento osobní ochranný pracovní prostředek okamžitě vyměnit.
- Pokud se jedná o infekční operaci je nutné používat pouze jednorázový oděv a jednorázové zdravotnické pomůcky.
- Respektovat pohyb na sále dle stanovených zón čistoty, pokud jsou operační sály rozdělené podle typu operací na supersterilní, aseptické, poloaseptické a septické, je důležité, aby personál nepřecházel z jednoho sálu na jiný.
- Minimalizovat možné poškození personálu operačních sálů používáním ochranných pomůcek. Využívat ochranné brýle, speciální brýle při práci s laserem, rentgenové zástěry a límce, rukavice, igelitové zástěry (Jedličková et al., 2021, s.11-12, Kachlová, Plevová, 2022, s. 35-38, Reichardt et al., 2014, s.22-28).

Z výše uvedeného je zřejmé, že porušování hygienického režimu operačních sálů souvisí s principem nonmaleficence, neboť jeho nedodržováním můžou zdravotníci pacienta poškodit.

Např. nošení hodinek a šperků, ale také špatná úprava nehtů nedovoluje provést řádnou hygienickou a chirurgickou dezinfekci rukou (viz Kapitola 4.1.1).

3.1.3 Etický kodex sester

Dle Kutnohosrké (2007) etický kodex poskytuje základní rámec, podle kterého by měla sestra provádět svá vlastní etická rozhodnutí. Tento kodex ovšem není zázračnou formulí, která by zajistila etické jednání sester. Autorka dodává, že tohoto zabezpečení lze dosáhnout pouze vnitřním zakotvením morálky a láskou k lidem.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2004) vydalo ve Věstníku částka 7/2024 Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (viz Příloha D), který je závazný na národní úrovni. V úvodní části tohoto dokumentu jsou uvedeny etické zásady zdravotnického pracovníka, jimiž jsou úcta k životu, respektování lidských práv, zachovávání důstojnosti všech osob bez ohledu na jejich věk, rasu, pohlaví, národnost, víru, politické přesvědčení či sociální postavení.

Stievano a Tschudinová (2019) uvádí, že Mezinárodní rada sester (ICN) přijala v roce 1953 etický kodex pro sestry, který byl od té doby několikrát revidován a přijat nebo upraven jako průvodce pro sestry v mnoha zemích. Kodex slouží jako kritický model pro etické standardy v ošetrovatelské profesi. Zdůrazňuje odpovědnost a obhajobu práv pacientů, jejich rodin a komunit, stejně jako sociálních otázek, práce sester v rámci zdravotnických systémů a spolupráce s dalšími zdravotnickými pracovníky (viz Příloha E).

V Etickém kodexu ICN Wichsová (2020) stanovila čtyři body, ve kterých spatřuje souvislost s etikou v perioperační péči. V prvním článku kodexu *sestra a lidé/občané* autorka uvádí, že spoluzodpovědností perioperační sestry je dodržování zásad hygieny a bezpečnosti v prostorách operačních sálů. Ve druhém článku kodexu *sestra a její práce/praxe* je kladen důraz na poskytování co nejvyšší kvality v perioperační péči, kterým je bezesporu vysoký standard bezpečnosti. I ve třetím článku kodexu *sestra a její povolání*, který hovoří o rozvoji odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání, autorka vidí souvislost s hygienickými i bezpečnostními standardy operačních sálů, které jsou založeny na vědeckých důkazech. Poslední článek kodexu *sestra a její spolupracovníci* pojednává o důležitosti zasáhnout, pokud je péče o pacienta ohrožena.

Wichsová (2013) konstatuje, že v České republice zatím chybí etický kodex, který by byl určen přímo perioperačním sestram, a proto doporučuje řídit se kodexem, který stanovila Evropská Asociace Sálových Sester ve svých kompetencích. Tento kodex poskytuje směrnice a

kompetence relevantní pro perioperační sestry ve všech evropských zemích. Hned v jeho úvodu je uvedeno, že perioperační sestra postupuje v souladu s legislativou a profesními směrnicemi vztahující se k její profesi. Dále projevuje a aplikuje přesné chápání etických zásad, přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí, jednání a omyly. Kodex mimo jiné také stanovuje, že perioperační sestra zajišťuje efektivní a bezpečnou péči o pacienta na operačním sále, používá vhodné strategie v předcházení mimořádným událostem, zároveň dodržuje zásady v boji proti infekcím v prostředí operačních sálů a v neposlední řadě dbá na správnou verbální i písemnou komunikaci.

3.2 Etické principy prvního řádu v perioperační péči

Beachump a Childress (2009) popsali čtyři základní principy lékařské, zdravotnické a ošetrovatelské etiky. Dle těchto autorů, se jedná o etické principy prvního řádu, mezi něž řadí: princip nonmaleficence, princip beneficence, princip autonomie a princip spravedlnosti. Tyto čtyři principy poskytují rámec pro etické rozhodování lékařů a zdravotnického personálu v perioperační péči a pomáhají zajistit, že léčba je poskytována v souladu s nejvyššími standardy etiky a péče o pacienty.

První dva principy, tj. princip nonmaleficence a princip beneficence, mají své kořeny v corpus hippocraticum. Princip autonomie a princip spravedlnosti jsou na rozdíl od prvních dvou relativně nové (Vácha et al., 2012, s. 56). Etika principů a bioetika se začala formovat v 70. letech 20. století a výše uvedené principy byly definovány jako prima facie principů lékařské etiky, tzn. na první pohled zřejmé (Sládek, 2021, s.62).

3.2.1 Princip nonmaleficence v perioperační péči

Princip nonmaleficence – *non* je latinský zápor, *male* znamená špatně a *facere* označuje činit, nonmaleficence tedy znamená, že nebudeme nemocným činit nic, co by je jakýmkoliv způsobem poškodilo (Šimek, 2015, s.119).

„Tento princip vyjadřuje základní axiomy celé medicíny a ošetrovatelství. Těmi jsou ochrana života, obnovení zdraví, úleva od bolesti a utrpení, obnova či korekce poškozených orgánových funkcí, zlepšení kvality života.“ (Ondriová, 2021, s. 68).

Beachump a Childress (2009) dodávají, že princip nonmaleficence má vztah k hippokratovské zásadě: *„primum non nocere“*, tj. v první řadě neškodit a jednat v nejlepším zájmu nemocného. Tento princip zakazuje ublížit, poškodit, nebo dokonce usmrtit.

Poškození pacienta lze rozdělit na tři typy, tj. poškození tělesné, psychické a kombinované. Poškození se dotýká všech operovaných bez ohledu na jejich diagnózu, pohlaví, věk, etnickou příslušnost či náboženské vyznání. K zabránění poškození pacienta ze strany zdravotníků lze dosáhnout pouze vnitřním zakotvením morálky a vnitřním chtěním (Kutnohorská, 2007, s. 62-63).

Girdler et al. (2019) dodává, že každá chirurgická intervence by měla být důkladně zvažena, vzhledem ke všem přínosům, rizikům a následkům. Dále upozorňuje, nejlepší léčbou je v některých případech žádná léčba.

Princip nonmaleficence v perioperační péči zahrnuje implementaci zásad a procedur zaměřených na prevenci způsobení škody pacientovi. Hlavním cílem celého perioperačního týmu je v rámci tohoto principu především zajistit pacientovi komplexní odbornou a bezpečnou péči. Není-li dodržování standardních postupů zajištěno, může to představovat riziko pro bezpečnost pacienta během chirurgického zákroku. Porušením hygienického režimu operačních sálů může vést k poškození pacienta, tj. infekce v místě chirurgického výkonu pro něj může představovat obtížnou rekonvalescenci, v nejhorším případě dokonce smrt v důsledku infekce (Wichsová, 2020, s. 56).

Z výše uvedeného je zřejmé, že k minimalizaci poškození pacienta v perioperační péči je klíčové dodržovat všechny zásady a postupy související s perioperační péčí, tj. neporušovat hygienický režim operačních sálů (viz Kapitola 3.1.2), provádět důkladnou dezinfekci, sterilizaci nástrojů, korektní chirurgické mytí rukou, vedení perioperační dokumentace etc. (viz Kapitola 4).

K poskytnutí bezpečné zdravotní péče vedou dobré komunikační schopnosti, znalost etických zásad, principů a práv a zároveň zvyšování kvalifikačních dovedností zdravotníků (Jedličková, 2019, s. 204).

Mezi nejčastější rizika, která mohou pacienta v souvislosti s chirurgickým výkonem ohrozit Jedličková et.al. (2021) zařadila: záměnu pacienta, záměnu operované strany, pád z operačního stolu, otlaky, parézy, popálení pacienta, alergické reakce, záměnu medicínálních plynů, zapomenuté nástroje, břišní roušky a jiný mulový materiál, např. jehly, poškození pacienta zdravotnickým přístrojem, podchlazení, přehřátí pacienta a v neposlední řadě infekce vzniklá na operačním sále.

3.2.2 Princip beneficence v perioperační péči

Šimek (2015) uvádí, že pojem beneficence znamená činění dobra. *Bene* je latinsky dobře a *facere* znamená činit. Význam tohoto principu je vždy jednat v nejlepším zájmu pacienta.

Beachump a Childress (2009) uvádějí, že princip beneficence, tj. princip dobřečinění se vztahuje k činnosti, která musí být ve prospěch nemocného. Všechno, co děláme, děláme pro jeho dobro. Tento princip souvisí s principem nonmaleficence, tj. musíme předcházet poškození, odstraňovat ho a zároveň podporovat dobro. Ondriová dodává, že to často „znamená *nebýt nečinný. Jde tedy o projevení upřímného a nezištného zájmu o potřeby nemocného v jeho bio-psycho-sociální dimenzi v procesu preventivních aktivit, diagnostiky, terapie a ošetrovatelských činností.*“ (Ondriová, 2021, s.68).

Wichsová (2020) udává, že oba tyto principy, tedy princip beneficence a nonmaleficence velmi často splývají. Autorka identifikuje problémy, které vznikají na operačních sálech v důsledku některých nařízeních a postupů, které jsou v konečném důsledku nadřazeny prospěchu pacienta. K těmto problémům autorka řadí zejména vyplňování perioperačního bezpečnostního listu před ukončením operačního výkonu, včetně souhlasu o počtu použitého materiálu, tj. roušek a nástrojů, bez toho, aby byl materiál řádně spočítán.

„*Princip dobročinnosti (beneficence) představuje pozitivní dimenzi nezávadnosti.*“ (Ondriová, 2021, s.68).

3.2.3 Princip autonomie v perioperační péči

Dle Šimka (2015) je autonomie řecké slovo, *auto* znamená sám a *nomos* je pravidlo. Princip autonomie tedy znamená respektovat autonomii nemocného.

„*Princip autonomie je naplněním tzv. autorského postoje každého člověka ke svému zdraví, což znamená, že každý člověk je autorem svých činů a za všechno co dělá (nebo naopak nedělá či zanedbává), musí nést zodpovědnost.*“ (Zlámal, 2016, s. 37).

Varkey (2021) dodává, že filozofové Immanuel Kant (1724–1804) a John Stuart Mill (1806–1873), interpretují princip autonomie tak, že zdůrazňují, že všichni lidé mají vrozenou a bezpodmínečnou hodnotu, a proto by měli mít moc rozhodovat racionálně a morálně a každý by měl mít možnost uplatnit svou schopnost sebeurčení. Dále uvádí, že tento etický princip byl potvrzen rovněž rozhodnutím soudce Nejvyššího soudu Spojených států Benjamina Cardoza v roce 1914, v němž je uvedena dnes již slavná věta: „Každý dospělý člověk zdravého rozumu má právo rozhodnout o tom, co se má dít s jeho vlastním tělem“.

Každý člověk je svéprávná a suverénní bytost, s pravomocí rozhodovat o vlastním životě, stanovovat pravidla svého jednání a určovat, s čím souhlasí a s čím ne. S principem autonomie je velmi úzce spjata také lidské právo na osobní a tělesnou integritu. Pacient má právo být o charakteru a důsledku chirurgického výkonu, který naruší jeho integritu, náležitě poučen, aby byl schopen pochopit jeho důsledky. Tento princip se zabývá konceptem informovaného souhlasu (Šeblová et al., 2023, s.23).

Získání informovaného souhlasu pacienta je nezbytné pro plánovaný diagnostický a léčebný postup. Informovaný souhlas lze získat pouze od nemocného, který je kompetentní. To znamená, že výjimkou k získání souhlasu jsou nekompetentní nemocní, např. děti, pacienti v bezvědomí, duševně nemocní, u kterých psychiatr a soud rozhodl o omezení jejich svéprávnosti (Ondřiová, 2021, s. 69).

Pacient podepsáním informovaného souhlasu, vkládá důvěru v celý zdravotnický tým s tím, že všichni, kteří se budou podílet na jeho léčení, budou jednat v jeho nejlepším zájmu. Autorka dále udává, že *„právem tedy předpokládáme od zdravotnických profesionálů, že v otázkách bezpečnosti a hygieny budou postupovat v souladu s předpisy, ne proto, že ctí nařízení, ale proto, že lépe, než kdokoli jiný chápou svou odpovědnost za pacientův život a zdraví.“* (Wichsová, 2020, s. 57-58).

3.2.4 Princip spravedlnosti v perioperační péči

„Princip spravedlnosti (justice) vychází ze základního zákona ekonomie, který říká, že každý má ničím neomezená přání, avšak omezené zdroje.“ (Zlámal, 2016, s.37)

Princip spravedlnosti se zaměřuje na rovnoměrné a férové rozdělování zdravotní péče a zdrojů v rámci zdravotního systému. Jeho cílem je zajistit, aby všichni pacienti měli rovný přístup k péči a aby byli léčeni s respektem, bez rozdílů pohlaví, majetku či etnické příslušnosti. Spravedlnost ve zdravotní péči je ideál, který nelze vždy naplnit, proto se ve snaze o co možná nejspravedlivější fungování zdravotnického systému používá termín equita. Equita klade důraz především na rovnost v přístupu ke zdravotní péči (Šimek, 2015, s.120-121).

Dle Zlámala (2016) je největším etickým problémem v oblasti zdravotnictví dodržování tohoto principu, kde na jedné straně nalézáme problémy s omezenými zdroji v medicíně, a na druhé straně vidíme potřebu maximálního nárůstu peněz plynoucích do zdravotní péče.

Varkey (2021) dodává, že v současnosti není vždy snadné spravedlnosti ve zdravotní péči dosáhnout. Spravedlnost vůči pacientovi předpokládá primární roli při konfliktech zájmů.

Zjevným příkladem porušení tohoto principu by bylo, když je zvolena konkrétní možnost léčby před ostatními, nebo když je zvolen drahý lék před stejně účinným, ale levnějším, protože to prospívá lékaři finančně nebo jinak.

3.3 Etické principy druhého řádu v perioperační péči

Ivanová (2005) zařadila mezi etické principy druhého řádu: pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost, poctivost a důvěryhodnost. Tyto principy pomáhají formovat přístup k rozhodování a chování ve složitých etických situacích. Zatímco etické principy prvního řádu se zaměřují na konkrétní obsahové hodnoty (např. autonomie, spravedlnost), principy druhého řádu se více zaměřují na proces etického rozhodování a chování. Tyto principy jsou nezávislé na etických teoriích.

Etický princip pravdomluvnosti se týká povinnosti mluvit pravdu a vyjadřovat informace čestně a otevřeně. Tento princip zdůrazňuje důležitost upřímnosti, integrity a dodržování pravdivých informací v komunikaci s pacienty. Zdravotníci mají povinnost říkat pravdu, protože pokud tak nečiní, ztrácejí důvěru svých pacientů a tím je narušena efektivita léčby. Pravdomluvnost je klíčovým prvkem etiky a morálky (Ivanová, 2005, s.54-55).

Ondriová (2021) dodává, že *„pravdomluvnost bychom mohli charakterizovat jako ctnost, která se projevuje v našich slovech a skutcích, přitom se snažíme vyvarovat dvojakosti, přetvářky a pokrytectví. Lež je opak pravdy, spočívá v tom, že člověk nemluví pravdu s úmyslem oklamat.“* (Ondriová, 2021, s. 70).

Princip mlčenlivosti, tj. věrnosti slibům, zahrnuje povinnost ochrany důvěrných informací. Porušení slibu je morálně akceptovatelné pouze v případě, že by mohlo vážně ohrozit někoho jiného. To může zahrnovat situace, kdy je nutné nahlásit zneužívání dítěte nebo přenosné infekční onemocnění (Ivanová, 2006, s. 44).

Princip věrnosti a poctivosti je dle Ivanové (2006) základním stavebním kamenem etického chování a slouží k udržení vzájemné důvěry a respektu. Zdůrazňuje povinnost dostát svým závazkům.

Princip důvěryhodnosti je klíčovým aspektem, který určuje, zda je vhodné někomu důvěřovat a spoléhat se na něj. Vztahuje se k principům mlčenlivosti, věrnosti a poctivosti. Důvěryhodnost je považována za nezbytné kritérium účinné komunikace. Důvěryhodnost závisí částečně i na názoru druhých. Aby se zdravotnický pracovník stal osobou věrohodnou, musí být pravdomluvný a musí dodržovat své závazky, musí být osobou vzdělanou a z jeho řeči musí

vyzařovat jistota a spolehlivost. Od zdravotníka je dále očekáván eticky vstřícný přístup k pacientům (Ivanová, 2006, s.45, Ondriová, 2021, s.69).

4 APLIKACE PRINCIPU NONMALEFICENCE V PERIOPERAČNÍ PÉČI

Následující kapitola se vztahuje přímo k aplikování principu nonmaleficence v perioperační péči tak, jak byl vymezen v předchozí kapitole, a který je součástí provedeného průzkumného šetření. Proto je nedílnou součástí teoretické části této diplomové práce.

4.1 Princip nonmaleficence a důkladná dezinfekce

Princip nonmaleficence v perioperační péči úzce souvisí s důkladnou dezinfekcí. Pacientovo zdraví může být v této souvislosti ohroženo např. nesprávně provedenou antisepsi operačního pole či nekorektním chirurgickým mytím rukou.

„Dezinfekce je soubor opatření vedoucích ke zničení mikroorganismů na plochách, předmětech a v prostředí, jde o přerušování cesty šíření od zdroje ke vnímavému jedinci.“ (Jedličková et al., 2021, s. 23).

Dezinfekce je nedílnou součástí hygienicko-epidemiologického režimu zdravotnického zařízení, kde je nutné dezinfikovat všechny plochy, pomůcky a nástroje, se kterými přicházejí do kontaktu nejen pacienti, ale také personál. Zároveň je důležitá řádná hygienická a chirurgická dezinfekce rukou a v neposlední řadě dezinfekce operačního pole (Taliánová, Teclová, 2023, s.26).

4.1.1 Hygiena rukou

„Hygiena rukou je klíčovým opatřením v prevenci přenosu a šíření infekčních onemocnění a převážné většiny nozokomiálních nákaz.“ (Schneiderová, 2014, s.57).

Hygienická dezinfekce rukou vede k redukci tranzientní mikroflóry z pokožky rukou. Po řádné dezinfekci rukou dojde ke snížení počtu mikroorganismů o 4-5 logaritmičeských řádů. Účinnost dezinfekce rukou výrazně klesá při nošení šperků, např. prstenů a hodinek, jelikož pod nimi mikroorganismy přežívají. Problémem v řádné hygienické dezinfekci rukou jsou i dlouhé a umělé nehty (Šrámová, 2013, s. 66-67).

Správným postupem při hygienické dezinfekci rukou je vtírání dezinfekčního roztoku do suchých rukou, např. Skinmanu, Spitadermu, Spirigelu complete aj., v množství 3-5 ml po dobu minimálně 20 sekund (Taliánová, Teclová, 2023, s. 163).

Chirurgické dezinfekci rukou předchází mechanické mytí rukou k odstranění nečistot a přechodné mikroflóry pokožky rukou a předloktí. Postup mechanického mytí rukou před

chirurgickou dezinfekcí je následující: ruce a předloktí zvlhčit vodou, poté nanést mycí prostředek a dobře rozetřít na ruce a předloktí s malým množstvím vody, řádně napěnit každý prst, dlaň a hřbet předloktí a mýt po dobu jedné minuty. Pokud jsou nehty, nehtové rýhy a špičky prstů znečištěné, může být použit kartáček. Nicméně není vhodné používat kartáček na kůži a předloktí, jelikož by na pokožce došlo k dráždění a k nadměrnému vyplavení rezidentní mikroflóry z hlubších vrstev pokožky. Následně opláchnout tekoucí pitnou vodou od prstů k lokti a do sucha utřít jednorázovým ručníkem či rouškou (Jedličková et al., 2021, s.21-22, Šrámová, 2013, s. 67, Wichsová, 2013, s. 19).

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví České republiky s názvem Hygiena rukou při poskytování zdravotní péče udává, že chirurgické mytí rukou se provádí vždy před zahájením operačního programu, mezi jednotlivými operacemi, nebo při porušení celistvosti rukavic. Chirurgickou dezinfekci rukou také provedeme při výměně rukavic během operace (Věstník MZČR, 2012).

Cílem chirurgické dezinfekce rukou je redukce tranzientní a rezidentní mikroflóry z pokožky rukou a předloktí, aby nedošlo ke kontaminaci operačního pole. Chirurgická dezinfekce probíhá v několika krocích: po mechanickém mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí je potřeba na suché ruce nanést dávku alkoholového dezinfekčního roztoku a vtírat jej od špiček prstů k loktům, dále od špiček prstů do poloviny předloktí, dále od špiček prstů po zápěstí. Vtírat do zaschnutí. Před vstupem na operační sál a oblečením operačního pláště a sterilních rukavic držíme ruce před tělem v úrovni loktů (Jedličková et al., 2021, s.22-23, Šrámová, 2013, s.68).

Směrnice WHO Hygiena rukou upozorňuje na důležitost postupu při chirurgické dezinfekci rukou. Zdůrazňuje, že během chirurgického výkonu často dochází k perforaci rukavic chirurgů a perioperačních sester, z nichž 85 % je nerozpoznáno, a tím dochází k ohrožení chirurgické rány kontaminací. Uvádí se, že perforovaná rukavice zdvojnásobuje riziko rané infekce (Wichsová, 2020, s. 47).

4.1.2 Dezinfekce operačního pole

Dezinfekce, tj. antiseptice operačního pole, je nedílnou součástí všech operačních výkonů. Účelem antiseptice je zneškodnění tranzientní mikroflóry na těle pacienta. Na dezinfekci operačního pole se mohou podílet členové operačního týmu po provedené hygienické dezinfekci rukou, tj. operatér, asistenti, cirkulující sestra. Antiseptice musí být provedena v dostatečném rozsahu z důvodu možného rozšíření operačního pole. Zároveň je nutné zkontrolovat, zda dezinfekce nezatekla pod tělo pacienta, abychom předešli možnému vzplanutí

ohně. Dále je nezbytné nechat antisepsi působit do zaschnutí (Jedličková et al., 2021, s. 79, Taliánová, Teclová, 2023, s. 167).

V současnosti se k antisepsi operačního pole využívají dvě metody. První metodou je tzv. šnekování či centrifugování, kdy je směr antisepsy veden od středu operačního pole k jeho stranám, tj. od nejčistší oblasti k těm méně čistým. Toto je provedeno třikrát. K antisepsi operačního pole se používají sterilní tampony, tamponové kleště a miska s dezinfekčním roztokem (Jedličková et al., 2021, s. 79, Taliánová, Teclová, 2023, s. 167).

Druhou metodou antisepsy operačního pole je tzv. technika křížkování. Antisepsy je v tomto případě vedena od předpokládaného místa operační rány do stran jedním směrem. „*Po zaschnutí se novým tamponem nanáší dezinfekce jednotlivými tahy, které jdou kolmo na tahy předchozí. Nakonec se opět roztírá dezinfekce do stran. Tento způsob se provádí ve třech vrstvách (1 vrstva = 1 tampon).*“ (Taliánová, Teclová, 2023, s. 167).

4.2 Princip nonmaleficence a řádná sterilizace

Princip nonmaleficence s řádnou sterilizací úzce souvisí, neboť k provedení bezpečného chirurgického zákroku je mimo jiné potřebný řádně vysterilizovaný materiál a ostatní chirurgické nástroje a pomůcky.

„*Sterilizace je proces, který vede k usmrcení všech mikroorganismů schopných rozmnožování, včetně jejich spor, vede k nezvratné inaktivaci virů a usmrcení zdravotně významných červů a jejich vajíček. Provádí se ve sterilizačních přístrojích (sterilizátorech).*“ (Melicherčíková, 2015, s. 59).

Z výše uvedené citace Melicherčíkové vyplývá, že řádná sterilizace chirurgických nástrojů je nezbytná k zajištění bezpečného provedení operačního výkonu a tím souvisí s principem nonmaleficence v perioperační péči. Tzn. že při použití nesterilního materiálu by mohlo dojít k ohrožení pacientova zdraví.

Sterilní předmět je hlavním cílem sterilizace ve zdravotnictví. Takový předmět je prostý všech životaschopných mikroorganismů. Sterilizaci lze provést prostřednictvím fyzikální metody, tzn. sterilizací horkým vzduchem, vlhkým teplem, radiačním zářením či plazmatem, nebo metodou chemickou, tj. formaldehydem či etylenoxidem (Taliánová, Teclová, 2023, s. 110-127).

Samotné sterilizaci předchází předsterilizační příprava, tj. proces dekontaminace, mechanická očista, kontrola funkčnosti a kvality nástroje, ošetření a balení a následné vložení testů.

K monitoraci a kontrole sterilizačního procesu je nutné provést kontrolu účinnosti přístroje, tj. Bowie-dick test a vakuový test. Dále jsou to chemické indikátory, např. procesové, a biologické kontroly sterilizace (Jedličková et al. 2021, s. 27-29, Taliánová, Teclová, 2023, s. 64).

Sterilní materiál je na operačních sálech uložen v bezprašných skříních či sterilních skladech. Nutností je kontrola expirační doby daného materiálu. Před zahájením operačního programu je povinností perioperační sestry provést kontrolu materiálu, který bude použit během výkonu. Tj. kontrolu celistvosti obalu a zbarvení chemických indikátorů (Jedličková et al. 2021, s. 32, Wicker 2015, s. 43).

4.3 Princip nonmaleficence a vedení perioperační dokumentace

Řádné vedení perioperační dokumentace neodmyslitelně souvisí s principem nonmaleficence. Správný postup při provedení bezpečnostní procedury a její zaznamenání do pacientovy dokumentace minimalizuje možné pochybení v perioperační péči.

„Vedení zdravotnické dokumentace je základní povinností poskytovatele zdravotní péče, která je daná platnou legislativou. Informace vedené ve zdravotnické dokumentaci podléhají ochraně osobních údajů a povinné mlčenlivosti.“ (Jedličková, 2021, s. 140).

Význam zdravotnické dokumentace je terapeuticko-diagnostický, statistický, vědecko-výzkumný, právní a vzdělávací. V perioperační péči zdravotnická dokumentace zahrnuje dokumenty informačního charakteru, např. operační program, který udává chod práce na operačním sále a je sestavován primářem ve spolupráci s vrchní/staniční sestrou sálu. Dalším dokumentem informačního charakteru je operační kniha, která udává pořadové číslo pacienta, datum operačního výkonu, jméno, příjmení a rodné číslo pacienta, jména operátora a asistentů, pacientovu diagnózu, provedený výkon, typ anestezie, jméno anesteziologa a jméno instrumentující sestry. Dále jsou to dokumenty zajišťující bezpečnost pacienta, tj. perioperační bezpečnostní protokol a stranový protokol. Také dokumenty, které dokládají provedené intervence u pacienta během operačního výkonu, např. operační protokol, sesterská perioperační dokumentace. Dalšími dokumenty jsou anesteziologický záznam a anesteziologická kniha a standardizované škály k hodnocení stavu pacienta (Jedličková, 2021, s. 140-141, Schneiderová, 2014, s. 64).

Wichsová (2020) poukazuje na chyby při vedení perioperační dokumentace. Pozastavuje se nad tím, že perioperační bezpečnostní list bývá vyplněn a založen do pacientovy dokumentace, aniž by operace vůbec začala, z toho důvodu, aby příslušné kolonky byly správně vyplněny. Alarmující ovšem je, že i když dokumentace uvádí, že kontrola počtu nástrojů a použitého

materiálu souhlasí, reálně nástroje ani roušky nikdo nespočítal. Tzn. kolonky jsou zaškrťovány automaticky, bez přemýšlení jen proto, aby byly vyplněny a odpovídaly požadavkům případné kontroly nadřizovaných.

4.4 Princip nonmaleficence a bezpečnost pacienta na operačním sále

Podle WHO (2008) jsou chirurgické zákroky primárně zaměřeny na zachování životů, avšak nebezpečná chirurgická péče může způsobit významné škody. Tyto situace mají dalekosáhlé dopady na veřejné zdraví, což je důležité vzít v úvahu vzhledem k rozšířenosti chirurgických procedur. Ve vyspělých zemích studie naznačují, že hlavní komplikace se vyskytují u 3–16 % hospitalizovaných chirurgických pacientů, přičemž trvalé postižení nebo úmrtí se pohybují kolem 0,4–0,8 %. V rozvojových zemích je úmrtnost během operačních zákroků odhadována na 5–10 %. V některých oblastech subsaharské Afriky je hlášena úmrtnost způsobená celkovou anestezií až jeden případ na 150. Infekce a další komplikace po operaci představují vážný problém globálně. Každoročně je poškozeno nejméně sedm milionů chirurgických pacientů chirurgickými komplikacemi, přičemž alespoň jeden milion z nich může zemřít během samotného zákroku nebo bezprostředně poté.

V roce 2008 WHO vytvořila jednoduchý algoritmus, který shrnuje 22 základních pravidel, které se zaměřují na bezpečnost pacientů při chirurgických výkonech tzv. Surgical Safety Checklist (Perioperační bezpečnostní protokol). V roce 2009 byla publikována jeho první česká verze. Informace získané v průběhu bezpečnostního procesu jsou zaznamenávány do perioperačního bezpečnostního protokolu, který je součástí chorobopisu pacienta (Wichsová, 2013, s. 160–163).

WHO Surgical Safety Checklist probíhá ve třech fázích. První fáze, tj. SIGN IN, je zahájena před úvodem do anestezie. V této fázi se kontroluje identita pacienta, předpokládaný operační výkon, místo označení operované strany na těle pacienta s údaji ve zdravotnické dokumentaci a v neposlední řadě také alergie pacienta. Dále musí být zkontrolována funkčnost anesteziologického přístroje. Probíhá evaluace rizika aspirace, krevní ztráty a možných překážek v dýchacích cestách. Součástí této fáze je též kontrola souhlasu pacienta s operačním výkonem. Druhá fáze, tj. TIME OUT, je zahájena bezprostředně před kožním řezem, kdy všichni členové operačního týmu označí své jméno a úlohu. Znovu se kontroluje identita pacienta, místo a typ operačního výkonu a dotazem na anesteziologa se potvrzuje profylaktické podání antibiotik, a dotazem na perioperační sestru se zjišťuje připravenost nástrojů a pomůcek nutných k operaci. Třetí fáze, tj. SIGN OUT, je zahájena před ukončením operačního výkonu.

V této fázi dochází ke kontrole počtu nástrojů, materiálu a odebraných tkání k histologickému či jinému vyšetření (Wichsová, 2013, s. 160-162, Wicker, 2015, s. 12-15).

4.5 Princip nonmaleficence a rizika spojená s chirurgickým výkonem

Charakteristika operačního sálu zahrnuje často rychlé pracovní tempo, mnoho rušivých faktorů, využívání pokročilé technologie, které mohou ovlivnit zdravotnické profesionály a zvýšit jejich náchylnost k chybám. Chyby zdravotníků představují pro pacienty značné riziko. Příklady chyb a nepříznivých událostí v chirurgické praxi zahrnují záměnu pacienta, záměnu operované strany, chybné postupy, poruchy nebo selhání vybavení, alergické reakce, poškození nervů v důsledku nesprávné polohy, použití nesterilních pomůcek, vývoj žilní trombózy v důsledku chybného umístění kompresních přístrojů a zapomenutý materiál v těle pacienta (Collins et al., 2014, s. 65).

Záměnu pacienta a záměnu operované strany Watson (2015) definuje jako, chybný chirurgický zákrok, kterému lze předejít. Tento zákrok spočívá v provedení nesprávného postupu nebo operace u nesprávného pacienta, na nesprávném místě, úrovni, části či straně během chirurgického zákroku či jiných invazivních procedur. Papadakis et al. (2019) dodává, že každý člověk dělá chyby, všechny osoby ve všech profesích dělají chyby, ale amputace špatné nohy nebo omylem zapomenutá jehla v břišní dutině jsou události, které si žádný lékař ani perioperační sestra na světě nepřeje zažít. Takové katastrofální události, kromě následků na zdraví pacienta a kariéru zdravotnických pracovníků, mají vážné finanční dopady na zdravotnický systém.

V březnu roku 2024 došlo ve Fakultní nemocnici na Bulovce v Praze k záměně pacientek gynekologicko-porodnické kliniky. Následkem špatné identifikace pacientky došlo k zahájení operačního zákroku, tzv. kyretáži, u zdravé, těhotné ženy, která v důsledku tohoto zákroku potratila (www.ct24.cz).

Jako prevenci záměny pacienta a záměny operované strany Jedličková et al. (2019) doporučuje dodržování postupu identifikace pacienta, dle vnitřních předpisů zdravotnického zařízení. K prevenci těchto záměn slouží víceúrovňová kontrola, tj. kontrola identity pacienta dotazem na pacienta, kontrola s identifikačním náramkem, s dokumentací, s operačním programem. Dále kontrola stranového-verifikačního protokolu, označení místa výkonu na těle pacienta operátorem před operací a zároveň postup dle WHO checklistu.

Zapomenuté nástroje, jehly, břišní roušky a jiný mulový materiál ponechané v těle pacienta po skončení operačního výkonu mohou způsobit poškození pacienta, zpomalit jeho

rekonvalescenci, prodloužit hospitalizaci, dále způsobit vznik infekce a v extrémním případě smrt (Wicker, 2015, s. 55).

V této souvislosti Steelmanová (2019) dodává, že americké studie z roku 2008 udávají, že zapomenutý materiál v těle pacienta byl přítomen v jednom z každých 5 500 operací. Mezi lety 2015 a 2017 studie ukázaly, že zapomenuté jehly, břišní roušky a jiný mulový materiál byly každý rok nejčastěji hlášenou nežádoucí událostí. V roce 2018 studie ukázaly, že zapomenutý materiál v těle pacienta během chirurgického výkonu sdílel nejvyšší postavení spolu s pády pacienta.

Od října 2012 do září 2017 proběhla ve Spojených státech amerických studie, která mapovala zapomenutý materiál v těle pacienta, který byl nahlášen The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety. Jednalo se o 319 případů, kdy se zapomenutý materiál v 50,2 % nalézal v dutině břišní či pánevní, ve 23,9 % ve vagíně, v dalších případech se jednalo o dutinu hrudní, ale také v oblasti krku při tonsilektomii ad. Důvody, které vedly k těmto chybám, byly identifikovány jako selhání lidského faktoru, selhání vedení a špatná komunikace mezi členy operačního týmu. K poškození pacienta došlo v 69,6 % případů, z toho jeden pacient na následky těchto pochybení umřel (Steelman et al., 2018).

Pád pacienta z operačního stolu. Pád pacienta je dle Bórikové et al. (2018) definován jako situace, kdy pacient nepředvídaně, neúmyslně spadne na podlahu (nebo na jiný nižší vodorovný povrch), bez ohledu na to, zda utrpěl zranění nebo ne. Wicker (2015) dodává, že je zásadní při polohování pacienta před operací řádně zajistit a během operace kontrolovat bezpečnost pacienta, zvláště pokud se v průběhu operačního výkonu mění poloha operovaného, tak, aby nedošlo k jeho pádu.

Podle Jedličkové et al. (2019) je při polohování pacienta na operační stůl a zajištění jeho bezpečnosti proti pádu zcela klíčové využívat polohovací a antidekubitní pomůcky. Tím lze předejít vzniku *otlaků a paréz*. Dále upozorňuje na důležitost kontroly alergií dotazem na pacienta a zároveň se zdravotnickou dokumentací, abychom zabránili možné *alergické reakci*.

K prevenci *záměny medicínálních plynů* Jedličková et al. (2021) doporučuje, aby všichni zdravotničtí pracovníci znali označení tlakových lahví, tj. kyslík – bílá barva, oxid uhličitý – šedá barva, vakuum – žlutá barva, oxid dusný – tmavě modrá barva, stlačený vzduch – bílá barva s černými pruhy.

Mezi další rizika pro pacienta podstupujícího operační výkon řadíme *poškození přístrojovým vybavením*, např. laserem, elektrokauterem, rentgenovým přístrojem či operačním stolem. K zabránění poškození pacienta je zcela zásadní důsledná kontrola každého přístroje před operací a pravidelné kontroly BTK (Jedličková et al, 2019, s. 70, Jedličková et al., 2021, s.17).

5 PRINCIP NONMALEFICENCE V PERIOPERAČNÍ PÉČI V REŠERŠI AKTUÁLNÍCH STUDIÍ

V oblasti zkoumané problematiky byly v minulosti realizovány odborné studie, z nichž některé budou využity k porovnání s výsledky průzkumného šetření popsaného v empirické části této práce. Proto je tato kapitola nedílnou součástí diplomové práce.

Na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně byla dne 9.9.2010 obhájena Lenkou Penkovou bakalářská práce na téma „*Nejčastější komplikace u pacientů v perioperační péči*“. Penková svou práci rozdělila na dvě tradiční linie, tj. část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se autorka zabývala charakteristikou práce na operačních sálech, zásadami bezpečnosti v perioperační péči, komunikací s pacientem a v neposlední řadě komplikacemi, které mohou vzniknout v souvislosti s poskytováním perioperační péče a jejich předcházení. V empirické části se autorka zaměřila na prezentaci výsledků dotazníkového šetření. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na dodržování zásad perioperační péče, výskyt, četnost a stupeň rizikovosti perioperačních komplikací z pohledu perioperačních sester (Penková, 2010).

Zkoumaným vzorkem respondentů Penkové byly perioperační sestry pracující na centrálních operačních sálech ve Fakultní nemocnici Brno v Bohunicích. Autorka v rámci svého šetření distribuovala 80 dotazníků, z toho se jí vrátilo 71 vyplněných dotazníků (89 %). Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že perioperační sestry nedodržují všechny zásady perioperační péče, a že až 75 % respondentů si myslí, že nedokážou vždy zajistit bezpečnost pacienta na operačním sále, a že až 92 % respondentů se během své praxe setkalo s komplikací související s perioperační péčí (Penková, 2010).

Na Fakultě zdravotnických studií Západočeské Univerzity v Plzni, byla v roce 2013 obhájena Ivanou Vohrnovou bakalářská práce na téma „*Bezpečnost pacienta na operačním sále – realizace resortních bezpečnostních cílů v provozu operačních sálů*“. Vohrnová bakalářskou práci rozdělila na dvě části, tj. část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se autorka soustředila na vymezení bezpečné péče ve zdravotnických zařízeních, popsala resortní bezpečnostní cíle, systémy zajišťování a řízení kvality. Dále se věnovala bezpečnosti pacienta v prostorách operačního sálu, tj. riziky pro pacienta při poskytování perioperační péče (Vohrnová, 2013).

Autorka Vohrnová své dotazníkové šetření provedla na všech typech operačních sálů Fakultní nemocnice Plzeň. Celkem rozdala 130 dotazníků. Vraceno bylo 122 správně vyplněných

dotazníků, návratnost byla 93 %. Vzorek respondentů rozdělila na tři skupiny, první skupinu tvořily všeobecné sestry Centrálních operačních sálů - 44 (36 %), druhou skupinu tvořily všeobecné sestry operačních sálů jednotlivých zdravotnických oddělení, klinik s vlastním vedením – 58 (48 %) a třetí skupinu tvořily všeobecné sestry ambulantních operačních sálů různých oddělení, klinik – 20 (16 %). Průzkum Vohrnové prokázal, že znalosti sester v poskytování bezpečné péče u pacienta na operačním sále jsou na vysoké úrovni. Autorka svým šetřením mimo jiné také prokázala, že respondenti zařadili mezi negativní faktory, které mohou nejvíce přispívat k nežádoucí události při pobytu pacienta na operačním sále nedodržování hygienicko-epidemiologického režimu 39 (32 %), dále únavu, stres 38 (31 %) a třetím nejčastěji uváděným faktorem bylo nedodržování standardních postupů 30 (26 %). V závěru práce autorka apeluje na to, že je důležité, aby perioperační sestry měly dostatečné znalosti o činnostech a povinnostech v bezpečně poskytované péči u pacienta na operačním sále, a že je mimořádně důležité nepřestat v kontinuálním vzdělávání a realizovat pravidelné semináře na toto téma (Vohrnová, 2013).

Na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně byla v roce 2014 obhájena Petrou Poulíkovou bakalářská práce na téma: „*Pacient v perioperační péči – prevence rizik*“. Poulíková rozdělila práci na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se autorka zaměřila na perioperační péči, na možná rizika, kterým je pacient v perioperačním období vystaven a na mechanismy, které by mohly těmto rizikům zabránit.

Autorka Poulíková provedla dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 69 respondentů z řad perioperačních sester. Dotazníkové šetření se uskutečnilo v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, ve Všeobecné fakultní nemocnici Praha, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Masarykově onkologickém ústavu Brno, Vítkovické nemocnici a. s., Nemocnici Česká Lípa, Nemocnici s poliklinikou Karviná – Ráj, Nemocnici Kyjov, Kroměřížské nemocnici a.s., Nemocnici Třebíč a Nemocnici Ivančice. Autorka svým šetřením odhalila velmi závažná pochybení. Zjistila, že některé perioperační sestry před započítím operace a na závěr operace počítají pouze roušky a nekontrolují nástroje. Dále na základě svého průzkumu pojmenovala chyby při realizaci bezpečnostního procesu. Jedná se o chyby, které mohou nejčastěji ovlivnit bezpečnost pacienta na operačním sále, tj. špatná interpersonální komunikace, nedostatek personálu nebo spěch v důsledku předimenzovaného operačního programu. Rezervy autorka zaznamenala také v označení místa výkonu na těle pacienta. Na mnoha pracovištích sice mají zavedený verifikační protokol jako prevenci stranové záměny, ovšem označení na těle pacienta často chybí (Poulíková, 2014).

Na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice byla v roce 2016 obhájena Terezou Kratochvílovou bakalářská práce na téma: „*Bezpečnost pacienta na operačním sále*“. Autorka provedla výzkumné šetření pomocí dotazníků. Rozdala celkem 70 dotazníků s návratností 100 %. Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici fakultního typu na centrálních operačních sálech a na sálech oborových (Kratochvílová, 2016).

Ze získaných dat, které Kratochvílová shromáždila, vyplývá, že převážná část dotazovaných se domnívá, že se bezpečnostní opatření v perioperační péči dodržují. Bohužel v oblastech, jako jsou identifikace pacienta, početní kontrola materiálu použitého během operačního zákroku, kontrola přiložení neutrální elektrody nebo kontrola polohy pacienta na operačním sále, mají perioperační sestry stále značné nedostatky. Autorka si kladla za cíl připomenout perioperačním sestram zásadní význam dodržování bezpečnostních pravidel při péči v souvislosti s pobytem pacienta na operačním sále a dodržování realizace perioperačního bezpečnostního procesu (Kratochvílová, 2016).

Na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně byla v roce 2016 obhájena Pavlou Štefanovou diplomová práce s názvem „*Bezpečnost pacienta na operačním sále*“. Autorka práci rozdělila na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se Štefanová soustředila na bezpečnost pacienta v prostorách operačního sálu. Vysvětluje zde pojmy akreditace a nežádoucí událost. Dále se zabývá kvalitou služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních, bezpečností pacienta v souvislosti s anestezií a podáváním medikace. Dále zmiňuje také komunikaci a týmovou spolupráci. Výzkumná část diplomové práce autorky Štefanové analyzuje data získaná dotazníkovým šetřením. Výzkumným vzorkem autorky bylo 97 perioperačních sester a 31 anesteziologických sester pracujících ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice a Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně na centralizovaných a decentralizovaných operačních sálech. Štefanová svým šetřením mimo jiné zjišťovala, zda respondenti souhlasí s tvrzením, že použití checklistu snižuje pravděpodobnost chyby na operačním sále. Autorka zjistila, že negativní postoj k používání checklistu vyjádřilo 31 (45,59 %) dotazovaných na centrálních sálech a zároveň 19 (38 %) sester na decentralizovaných sálech (Štefanová, 2016).

Na 1.lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze byla v roce 2017 obhájena Miluší Benákovou magisterská práce s názvem „*Bezpečnostní proces v anesteziologické a perioperační péči*“. Autorka práci rozdělila na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části Benáková definuje kvalitu zdravotní péče, dále se zaměřuje na popis bezpečné chirurgie a popisuje rizika pro pacienta, která souvisejí s pobytem na operačním sále. Výzkumné šetření autorka provedla

metodou kvalitativního výzkumu, tj. hloubkových individualizovaných rozhovorů s anesteziologickými a perioperačními sestrami. Pro výzkum autorky bylo použito celkem 14 rozhovorů – v devíti případech se jich účastnily perioperační sestry a v pěti případech anesteziologické sestry. Benáková mimo jiné svým šetřením zjistila, že oslovené sestry se shodují v tom, že bezpečnost pacientů má nejvyšší prioritu při poskytování ošetrovatelské péče v prostředí operačních sálů. Dále konstatuje, že sestry zajišťují bezpečí pacientů opravdu svědomitě a někdy i nad rámec svých povinností a kompetencí. Avšak nedomnívá se, že by tak činily na základě vnitřních předpisů zdravotnického zařízení, ve kterém pracují, ale důvodem by dle Benákové mohla být spíše osvěta ošetrovatelského personálu v rámci celoživotního vzdělávání a vnitřní morální aspekty participujících sester (Benáková, 2017).

Na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně byla v roce 2018 obhájena Ivanou Štefkovou bakalářská práce na téma: „*Míra poškození pacienta v perioperační péči*“. Štefková ve své práci popisuje zásady práce na operačních sále, tj. popisuje uspořádání operačních sálů, definuje zásady správné dekontaminace a sterilizace nástrojů, dále se zabývá hygienicko-epidemiologickým režimem operačních sálů, rolí sestry v perioperační péči a v neposlední řadě také psychologickou problematikou nemocného před a během operace. Metodou výzkumu Štefkové bylo dotazníkové šetření. Jeden výzkumný soubor tvořili pacienti a druhým výzkumným souborem byly anesteziologické a perioperační sestry. Výzkum byl proveden v Úrazové nemocnici Brno, v Nemocnici České Budějovice a.s., v Baťově nemocnici Zlín, ve Fakultní nemocnici Motol v Praze, ve Fakultní nemocnici Plzeň Lochotín a v Nemocnici Tábor a.s. (Štefková, 2018).

Štefková ve svém dotazníkovém šetření mimo jiné zjistila, že z celkového počtu dotazovaných sester, se během své praxe setkaly s poškozením pacienta celé tři čtvrtiny sester, tj. 44 sester se během své praxe setkalo s vysokofrekvenčním popálením, 12 s proleženinami, 26 sester se setkalo s otlaky po operaci, 8 sester uvedlo vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci, 13 sester uvedlo ranou infekci v operační ráně, 17 sester uvedlo zapomenutý materiál v dutinách a záměnu operované strany uvedlo 5 sester. Štefková konstatuje, že pro zlepšení zabezpečení pacientů během operačního výkonu je důležitá kontinuální edukace sester, jejich vyšší kvalifikace dalším studiem a důsledné školení všech pracovníků na operačním sále. Dále navrhuje použití mikrobiálního zámku InteguSeal, což je mikrobiální bariéra pro snížení rizika infekcí ran způsobených chirurgickým zákrokem. Nanáší se na již dezinfikované operační pole a vytvoří neprodyšný film v těsné blízkosti operačního řezu. Jde o mechanickou bariéru proti bakteriím, jež z 20 % nelze vůbec zničit dezinfekcí. Jednoduchou aplikací efektivně sníží riziko

infekce ran do dvou dnů po operaci, které ve studii představovalo 11 % uvedených komplikací (Štefková, 2018).

Na fakultě zdravotnických studií Západočeské Univerzity v Plzni byla v roce 2020 obhájena Jitkou Voráčkovou bakalářská práce na téma: „*Etické aspekty perioperační péče*“. Autorka svou práci rozdělila na dvě tradiční linie, tj. část teoretickou a praktickou. V teoretické části Voráčková definuje etiku a morálku, dále se zabývá lékařskou etikou a etikou v ošetrovatelství. V neposlední řadě popisuje pojem perioperační péče, dále se zabývá rolí perioperační sestry, komunikací na operačním sále a kvalitou a bezpečím v perioperační péči (Voráčková, 2020).

Hlavním cílem Voráčkové bylo zjistit, jaký vliv má komunikace a etické jednání na práci operačního týmu, chod operačního sálu a dopady na bezpečí pacienta na operačním sále. Autorka pro svůj výzkum zvolila kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny se šesti respondenty, tj. výzkumný vzorek tvořily perioperační sestry pracující v různých nemocnicích v rámci celé České republiky. Svým šetřením autorka zjistila, že pouze dvě ze šesti respondentek vypověděly, že na svém pracovišti používají perioperační bezpečnostní list, tj. z šetření vyplynulo, že se implementace dokumentu do praxe nedaří ani po 11 letech, kdy ho WHO doporučila používat. Autorka dále zjistila, že se všechny respondentky shodly v názoru, že komunikace je důležitá pro bezpečnost pacienta i pro práci na operačním sále. Komunikační schopnosti, organizace práce a pracovní zkušenosti se řadí mezi klíčové faktory ovlivňující bezpečnost pacienta na operačním sále. Komunikace na operačním sále ovlivňuje všechny členy operačního týmu i celou atmosféru v průběhu operačního výkonu. Výzkumné šetření Voráčkové rovněž ukázalo, že emočně vypjaté jednání a chování je překážkou v efektivní komunikaci a může mít vliv na bezpečí pacienta (Voráčková, 2020).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část diplomové práce popisuje celý průběh výzkumného šetření na základě předem stanovených cílů práce. Součástí práce je prezentace výsledků průzkumného šetření zjištěných pomocí dotazníkové metody s následnou analýzou a komparací dat.

6 CÍLE A HYPOTÉZY

Výzkumná část diplomové práce si klade následující cíle:

- Zjistit, co se dle názorů perioperačních a anesteziologických sester vztahuje k principu nonmaleficence v perioperační péči.
- Zjistit, jak je respondenty vnímán princip nonmaleficence v souvislosti s dodržováním všech opatření týkajících se hygienického režimu operačních sálů.
- Zjistit, jak je respondenty vnímán princip nonmaleficence v souvislosti s vedením ošetrovatelské dokumentace.
- Zjistit, jaký je nejčastější typ poškození pacienta v perioperační péči, se kterým se vybrané skupiny sester setkaly.
- Zjistit, jaké jsou nejčastější negativní faktory, které mohou vést k poškození pacienta v perioperační péči z pohledu vybraných skupin sester.

Stanovené cíle byly doplněny o následující výzkumné otázky a hypotézy:

Výzkumná otázka č. 1 – Závísí hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace na pracovní pozici, věku, délce praxe či stupni dosaženého vzdělání respondentů?

H1₀: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace nesouvisí s pracovní pozicí.

H1_A: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace souvisí s pracovní pozicí.

H2₀: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace nezávisí na věku.

H2_A: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace závisí na věku.

H3₀: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace nezávisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H3_A: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace závisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H4₀: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

H4_A: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace závisí na stupni dosaženého vzdělání.

Výzkumná otázka č. 2 – Závisí názor sester na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů na pracovní pozici, věku, délce praxe či stupni dosaženého vzdělání respondentů?

H5₀: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech nesouvisí s pracovní pozicí.

H5_A: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech souvisí s pracovní pozicí.

H6₀: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech nezávisí na věku.

H6_A: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech závisí na věku.

H7₀: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech nezávisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H7_A: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech závisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H8₀: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

H8_A: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech závisí na stupni dosaženého vzdělání.

Výzkumná otázka č. 3 – Závisí upozorňování na porušení hygienického režimu na pracovní pozici, věku, délce praxe či stupni dosaženého vzdělání respondentů?

H9₀: Upozorňování na porušení hygienického režimu nesouvisí s pracovní pozicí.

H9_A: Upozorňování na porušení hygienického režimu souvisí s pracovní pozicí.

H10₀: Upozorňování na porušení hygienického režimu nezávisí na věku.

H10_A: Upozorňování na porušení hygienického režimu závisí na věku.

H11₀: Upozorňování na porušení hygienického režimu nezávisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H11_A: Upozorňování na porušení hygienického režimu závisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H12₀: Upozorňování na porušení hygienického režimu nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

H12_A: Upozorňování na porušení hygienického režimu závisí na stupni dosaženého vzdělání.

6.1 Metodika

Pro výzkumnou část diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření (viz Příloha F). Kvantitativní metoda výzkumu je zaměřena na kvantifikovatelné problémy. Kvantitativní výzkum měří intenzitu zkoumaných jevů. Tato metoda pracuje s velkými vzorky respondentů, zkoumá četnost jevů a umožňuje statistické zpracování dat. Výhodou dotazníkového šetření je možnost hromadného počítačového zpracování. Nejčastější podobou kvantitativního výzkumu je podoba dotazníkového šetření. V úvodu dotazníku je

vhodné respondenty uvést do zkoumané problematiky, zároveň je důležité zdůraznit potvrzení faktu, že je dotazník anonymní. V případě, že dotazník není anonymní, je vyžadován informovaný souhlas respondenta (Karlíček, 2018, s. 92-94, Kutnohorská, 2009, s. 41-42).

Nejrozšířenější formou dotazování, je online dotazování, které je pro respondenty nejjednodušší, neboť je dotazník odeslán jedním kliknutím. Dotazovaný jej nemusí vkládat do obálky a zabývat se dál jeho odesláním (Karlíček, 2018, s. 98-99). Výhodou online dotazování je okamžité ukládání odpovědí do databáze, takže odpadá pracné a potenciálně chybné přepisování z papírového dotazníku do počítače (Novotná et al., 2019, s. 148).

Dotazníkovému šetření diplomové práce předcházela pilotní studie, jejímž cílem bylo ověřit celkovou srozumitelnost dotazníku. V rámci pilotní studie bylo pomocí aplikace Google Forms distribuováno 13 dotazníků mezi vybrané studenty perioperační péče navazujícího magisterského oboru ošetrovatelství v perioperační péči na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Vybraní studenti současně pracují jako perioperační sestry. Zároveň byl dotazník v rámci pilotní studie konzultován s anesteziologickými sestrami, tj. s paní Romanou Horčíčkovou, s Mgr. Adélou Zemanovou a s panem Mgr. Petrem Caletkou. Na základě vyhodnocení pilotní studie, nedošlo ke změně ve formulaci otázek.

Dotazník složený z celkem 22 otázek byl anonymní a byl konstruován tak, aby navázal na poznatky shrnuté v teoretické části práce včetně dříve realizovaných studií, týkajících se daného nebo podobného tématu (viz Kapitola 5). Získaná data byla následně porovnána. Dotazník je v plném znění součástí přílohy F.

Úvodní část dotazníku byla kontaktní. Seznamovala respondenty s dotazníkem a s důvody průzkumného šetření. Respondenti byli v úvodu požádáni o spolupráci a zároveň byli ujištěni, že dotazníkové šetření je zcela anonymní. Dotazník byl vytvořen v aplikaci Google Forms a byl nastaven tak, aby neshromažďoval e-mailové adresy respondentů. Úvodní část dotazníku obsahovala také popis a vysvětlení postupu správného vyplnění dotazníku.

V další části dotazníku byla prostřednictvím položek č. 1-5 získávána identifikační data (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní pozice a délka praxe v oboru). Položka č. 6 měla zjišťovat názory respondentů na vymezení principu nonmaleficence v perioperační péči a vztahovala se k prvnímu cíli výzkumné části diplomové práce. Položky č. 7-20 byly orientovány na aplikování principu nonmaleficence v perioperační péči, z toho položky č. 9, 10 a 12 se vztahovaly k druhému cíli výzkumné části diplomové práce a položka č. 8 k třetímu cíli výzkumné části práce, položky č. 17 a č. 18 ke čtvrtému cíli výzkumné části a položka č. 19

k pátému cíli výzkumné části diplomové práce. Položka č. 21 zjišťovala názor respondentů na důležitost etiky a daného principu v souvislosti s perioperační péčí. V závěrečné položce č.22 byli respondenti vybídnuti k tomu, aby vyjádřili svůj vlastní názor na danou problematiku.

V dotazníku bylo použito několik typů otázek. Z celkového počtu 22 otázek, bylo 13 otázek uzavřených. V těchto položkách měli respondenti na výběr z několika možností. Pět otázek v dotazníku bylo polouzavřených, kde byla u každé z položek nabídnuta možnost uvedení konkrétního příkladu. Tímto bylo respondentům umožněno vyjádřit svou vlastní zkušenost. Dále bylo využito jedné maticové otázky (tzv. baterie otázek) a jedné otevřené otázky, která umožnila dotazovaným projevit své vlastní myšlenky a názory.

Po vyhodnocení dotazníku byla získaná data uspořádána do přehledných tabulek a grafů. Výsledky byly vyjádřeny v absolutních číslech a pomocí relativní četnosti v procentech. Ke zpracování dat bylo využito programů Microsoft Office 365 Excel a TIBCO STATISTICA.

6.1.1 Organizace průzkumného šetření

Vlastnímu průzkumu předcházela literární rešerše odborné literatury k tématu této práce a k metodologickému základu průzkumu. Na tomto základě byly stanoveny cíle diplomové práce.

Dotazníkovému šetření předcházela pilotní studie, která se uskutečnila v prosinci 2023 (viz Kapitola 6.1).

Po schválení průzkumného šetření vedoucím katedry a vedoucím diplomové práce, byla oslovena dvě nejmenovaná zdravotnická zařízení fakultního typu a na základě získání souhlasu vrchních sester a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči bylo provedeno dotazníkové šetření. Toto šetření probíhalo od ledna 2024 do února 2024.

Dotazník byl distribuován v online formě, pomocí aplikace Google Forms. Respondenti byli osloveni a vyzváni k vyplnění dotazníku vrchními sestrami prostřednictvím pracovních emailů s odkazem na dotazník. Dotazník vyplnilo 117 respondentů. Žádný z dotazníků nebyl vyřazen pro neúplnost údajů.

6.1.2 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku

Kvantitativní průzkumné šetření bylo provedeno u dvou skupin všeobecných sester. První skupinu tvořili perioperační sestry a druhou skupinu anesteziologické sestry. Obě skupiny zkoumaného vzorku pracují ve dvou nejmenovaných fakultních nemocnicích na odděleních centrálních operačních sálů.

Centrální operační sály první nemocnice disponují 13 operačními sály. Tyto sály jsou využívány pro obory: chirurgie, urologie, gynekologie, neurochirurgie, ortopedie a traumatologie a v případě potřeby i jiných specializací.

Centrální operační sály druhé nemocnice jsou rozděleny na část dětskou a dospělou. Centrální operační sály pro děti disponují dvěma stanicemi. První stanice poskytuje perioperační péči oborům dětské chirurgie, dětské otorinolaryngologie, oftalmologie, dětské gynekologie a transplantologie. Druhá stanice zajišťuje zázemí pro obory dětské neurochirurgie, ortopedie a stomatologie. Centrální operační sály pro dospělé jsou organizačně rozděleny na 6 stanic a 3 úseky a disponují celkem 21 sály. Tato pracoviště zajišťují zázemí pro 8–10 chirurgických pracovišť dospělé části nemocnice, tj. chirurgie, ortopedie, spondylochirurgie, neurochirurgie, otorinolaryngologie a kardiovaskulární chirurgie.

První skupinu respondentů tvořily perioperační sestry, druhou skupinu tvořily anesteziologické sestry. Tento záměrný výběr obou skupin byl proveden v souladu s tím, že podle definice perioperační péče se právě anesteziologické a perioperační sestry podílejí na péči poskytované v prostorách operačních sálů (viz Kapitola 3.1).

6.2 Výsledky vlastní práce

Výsledky zpracování získaných dat jsou prezentovány prostřednictvím absolutní a relativní četnosti za pomoci tabelárních přehledů.

Položka č.1 – Pohlaví respondentů

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
muž	5	4,3 %
žena	112	95,7 %
celkem	117	100,0 %

Z Tabulky 1 je zřejmé, že ve výzkumném vzorku dotazníkového šetření je z celkového počtu 117 respondentů větší zastoupení žen, tj. 112 (95,7 %) než mužů, tj. 5 (4,3 %). Ve výzkumném vzorku je vyšší zastoupení mužů než v populaci sester v České republice. Zastoupení mužů v populaci sester ČR je 2,2 % (Český statistický úřad, 2020).

Položka č. 2 – Věk respondentů

Tabulka 2 Věk respondentů

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-25	6	5,1 %
26-35	23	19,7 %
36-45	41	35,0 %
46 a více	47	40,2 %
celkem	117	100,0 %

Tabulka 2 vyjadřuje, jaké procentuální zastoupení v daných věkových skupinách má zkoumaný vzorek sester. V největším počtu se nacházejí respondenti ve věku 46 a více let, tj. 47 (40,2 %) respondentů. Věková skupina v rozmezí 36-45 let byla tvořena 41 (35,0 %) respondenty. Další věková skupina ve věku 26-35 let byla zastoupena v počtu 23 (19,7 %) respondentů. Nejméně zastoupenou skupinu tvořili respondenti ve věku 18-25 let, tj. 6 (5,1 %). Nejčetnější skupina zkoumaného vzorku souhlasí s daty Českého statistického úřadu, který uvádí, že průměrný věk sester v České republice je 46 let (Český statistický úřad, 2019).

Položka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
středoškolské	27	23,1 %
vyšší odborné	27	23,1 %
vysokoškolské	63	53,8 %
celkem	117	100,0 %

Soubor dotazovaných respondentů (viz Tabulka 3) tvořilo převážně 63 (53,8 %) sester s vysokoškolským vzděláním. Zbývající dvě skupiny byly zastoupeny stejným počtem sester se středoškolským a vyšším odborným vzděláním, tj. 27 (23,1 %).

Položka č. 4 – Na jaké pozici v současné době pracujete?

Tabulka 4 Pracovní pozice respondentů

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
anesteziologická sestra	46	39,3 %
perioperační sestra	71	60,7 %
celkem	117	100,0 %

Z celkového počtu 117 dotazovaných pracuje na pozici anesteziologické sestry 46 (39,3 %) respondentů, a na pozici perioperační sestry 71 (60,7 %) respondentů (viz Tabulka 4).

Položka č. 5 – Jak dlouho pracujete na pozici perioperační/anesteziologické sestry?

Tabulka 5 Délka praxe

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5 let	26	22,2 %
do 10 let	14	12,0 %
do 15 let	26	22,2 %
do 20 let	14	12,0 %
déle než 20 let	37	31,6 %
celkem	117	100,0 %

Tabulka 5 vyjadřuje, jaké je procentuální zastoupení v daných časových údajích, vztahujících se k délce praxe zkoumaného vzorku. V největším počtu se nacházejí respondenti s praxí déle než 20 let, tj. 37 (31,6 %) sester. Na stejné pozici se nalézají dvě skupiny respondentů, tj. sestry s délkou praxe do 5 let a sestry s délkou praxe do 15 let, tj. 26 (22,2 %) respondentů. Dále se na stejné pozici umístily také sestry s délkou praxe do 10 let a sestry s praxí do 20 let, tj. 14 (12,0 %) respondentů.

Položka č. 6 – Co se dle Vašeho názoru vztahuje k principu nonmaleficence (neškození, nepoškození) v souvislosti s perioperační péčí?

Tabulka 6 Princip nonmaleficence (možnost více odpovědí; n = 117)

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
efektivní komunikace mezi členy operačního týmu a s pacientem	46	39,3 %
dodržování hygienického režimu operačních sálů	40	34,2 %
provedení perioperační bezpečnostní procedury (perioperační bezpečnostní protokol /WHO checklist)	39	33,3 %
důkladná předoperační evaluace pacienta	33	28,2 %
řádné vedení ošetrovatelské dokumentace	31	26,5 %
etický přístup k pacientům	28	23,9 %
vše z výše uvedeného	73	62,4 %
nic z výše uvedeného	0	0,0 %
jiné	0	0,0 %

Z dat prezentovaných v tabulce 6 vyplývá, že dle názorů zkoumaného vzorku, se 73 (62,4 %) sester domnívá, že se k principu nonmaleficence v perioperační péči vztahuje: efektivní komunikace mezi členy operačního týmu a s pacientem, řádné vedení ošetrovatelské dokumentace, dodržování hygienického režimu operačních sálů, provedení perioperační bezpečnostní procedury, etický přístup k pacientům a důkladná předoperační evaluace pacienta. Podle 46 (39,3 %) respondentů se k principu nonmaleficence vztahuje efektivní komunikace mezi členy operačního týmu a s pacientem, 40 (34,2 %) sester si myslí, že dodržování hygienického režimu operačních sálů má souvislost s principem nonmaleficence. Provedení perioperační bezpečnostní procedury v souvislosti s daným principem uvedlo 39 (33,3 %) sester. Důkladnou předoperační evaluaci pacienta v rámci tohoto principu v perioperační péči uvedlo 33 (28,2 %) respondentů. Dle 31 (26,5 %) sester se k principu nonmaleficence vztahuje řádné vedení ošetrovatelské dokumentace. Nejméně zastoupeným názorem vztahujícím se k výše uvedenému principu, je etický přístup k pacientům, který označilo 28 (23,9 %) sester. Odpověď „nic z výše uvedeného“ a „jiné“ nikdo nezvolil. Položka č. 6 dotazníku: „Co se dle Vašeho názoru vztahuje k principu nonmaleficence (neškození, nepoškození) v souvislosti

s perioperační péčí?“ měla možnost více odpovědí, přepočtení relativní četnosti byl proveden na celkový počet sester, tj. n = 117. Součet relativních četností proto nedává 100 %.

Položka č. 7 – Hodnotíte interpersonální komunikaci na Vašem pracovišti kladně?

Tabulka 7 Komunikace

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	27	23,1 %
spíše ano	70	59,8 %
spíše ne	20	17,1 %
ne	0	0,0 %
celkem	117	100,0 %

Z tabulky 7 vyplývá, že z celkového počtu 117 sester, 70 (59,8 %) zvolilo odpověď „spíše ano“, 27 (23,1 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“ a 20 (17,1 %) sester zvolilo odpověď „spíše ne“. Žádný z respondentů neuvedl odpověď „ne“.

Položka č. 8 – Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?

Tabulka 8 Ošetrovatelská dokumentace

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	48	41,0 %
spíše ano	57	48,7 %
spíše ne	12	10,3 %
ne	0	0,0 %
celkem	117	100,0 %

Tabulka 8 prezentuje odpovědi zkoumaného vzorku sester na otázku, zda hodnotí vedení ošetrovatelské dokumentace na jejich pracovišti kladně. Z celkového počtu 117 respondentů, odpovědělo „spíše ano“ 57 (48,7 %) sester, odpověď „ano“ vybralo 48 (41,0 %) sester a odpověď „spíše ne“ zvolilo 12 (10,3 %) sester. Žádný z respondentů nezvolil odpověď „ne“.

Položka č. 9 – Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření, vztahující se k hygienickému režimu operačních sálů?

Tabulka 9 Opatření vztahující se k hygienickému režimu

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	34	29,1 %
spíše ano	58	49,6 %
spíše ne	19	16,2 %
ne	6	5,1 %
celkem	117	100,0 %

Tabulka 9 popisuje názory sester na dodržování všech opatření, která se vztahují k hygienickému režimu operačních sálů. Z výše uvedených dat vyplývá, že celkem 58 (49,6 %) respondentů odpovědělo „*spíše ano*“, odpověď „*ano*“ zvolilo 34 (29,1 %) sester, odpověď „*spíše ne*“ uvedlo 19 (16,2 %) respondentů a odpověď „*ne*“ vybralo celkem 6 (5,1 %) sester.

Položka č. 10 – Jak hodnotíte míru dodržování níže uvedených bodů na Vašem pracovišti?

Tabulka 10 Dodržování hygienického režimu, AČ – Absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Kategorie odpovědí	Dodržováno vždy		Spíše dodržováno		Spíše nedodržováno		Nedodržováno		Celkem	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Převlékání do operačního oděvu (halena, kalhoty) před vstupem na operační sál	95	81,2 %	21	17,9 %	1	0,9 %	0	0,0 %	117	100,0 %
Přezouvání do sálové obuvi před vstupem na operační sál	96	82,1 %	20	17,1 %	1	0,9 %	0	0,0 %	117	100,0 %
Vlasy zcela zakryté jednorázovou čepicí	49	41,9 %	52	44,4 %	15	12,8 %	1	0,9 %	117	100,0 %
Používání ústenky, která plně zakrývá ústa i nos při vstupu na operační sál	59	50,4 %	44	37,6 %	14	12,0 %	0	0,0 %	117	100,0 %
Přirodní nehty krátce zastřižené, nenalakované	35	29,9 %	57	48,7 %	22	18,8 %	3	2,6 %	117	100,0 %
Žádné nošení šperků, hodinek v prostorách operačního sálu	22	18,8 %	53	45,3 %	36	30,8 %	6	5,1 %	117	100,0 %
Žádné vnášení jídla a pití na operační sál	71	60,7 %	39	33,3 %	4	3,4 %	3	2,6 %	117	100,0 %
Řádná dezinfekce rukou před vstupem na sál	61	52,1 %	49	41,9 %	7	6,0 %	0	0,0 %	117	100,0 %
Dodržování doby expozice dezinfekčního přípravku při přípravě operačního pole	58	49,6 %	51	43,6 %	8	6,8 %	0	0,0 %	117	100,0 %
Zarouškování po provedení antisepse operačního pole, po expozici a zaschnutí	66	56,4 %	41	35,0 %	10	8,5 %	0	0,0 %	117	100,0 %
Dodržování zásad sterility během operačního výkonu	93	79,5 %	24	20,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %	117	100,0 %
Minimalizace pohybu a počtu osob na operačním sále	26	22,2 %	54	46,2 %	31	26,5 %	6	5,1 %	117	100,0 %
Úklid a dezinfekce povrchů a podlah mezi jednotlivými operacemi	73	62,4 %	37	31,6 %	7	6,0 %	0	0,0 %	117	100,0 %
Správný postup dekontaminace nástrojů	78	66,7 %	33	28,2 %	6	5,1 %	0	0,0 %	117	100,0 %

V tabulce 10 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jak hodnotíte míru dodržování níže uvedených bodů (v rámci hygienicko-epidemiologického režimu Vaší nemocnice) na Vašem pracovišti?“. Nejvíce jsou **dodržovány** tři zásady a to: „*Přezouvání do sálové obuvi před vstupem na operační sál*“, toto je vždy dodržováno v 82,1 % případů (96 sester), „*Převlékání do operačního oděvu (halena, kalhoty) před vstupem na operační sál*“, vždy je toto dodržováno v 81,2 % případech (95 sester) a „*Dodržování zásad sterility během operačního výkonu*“ (vždy 79,5 %; 93 odpovědí).

Naopak **nejméně často je dodržováno**: „*Žádné nošení šperků, hodinek v prostorách operačního sálu*“ a „*Minimalizace pohybu a počtu osob na operačním sále*“. V obou případech je v šetření **6 sester (5,1 %)**, které přiznávají, že toto není dodržováno „*nikdy*“. V případě šperků **pouze 18,8 %** sester přiznává, že je to „*dodržováno vždy*“ (22 sester), v případě minimalizace pohybu je to „*dodržováno vždy*“ **pouze v 22,2 %** případech (26 sester).

Položka č. 11 – Domníváte se, že porušení hygienického režimu operačních sálů může být důvodem vzniku infekce v místě chirurgického výkonu (IMCHV)?

Tabulka 11 Infekce v místě chirurgického výkonu

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	80	68,4 %
spíše ano	32	27,4 %
spíše ne	5	4,2 %
ne	0	0,0 %
celkem	117	100,0 %

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že se z celkového počtu 117 respondentů 80 (68,4 %) sester odpovědělo „*ano*“. Odpověď „*spíše ano*“ zvolilo 32 (27,4 %) respondentů a odpověď „*spíše ne*“ uvedlo **5 (4,2 %)** sester. Žádný z respondentů nezvolil odpověď „*ne*“.

Položka č. 12 – Pokud vidíte, že někdo na operačním sále porušuje hygienický režim, upozorníte ho na to?

Tabulka 12 Upozornění na porušení hygienického režimu

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	65	55,6 %
spíše ano	33	28,2 %
spíše ne	19	16,2 %
ne	0	0,0 %
celkem	117	100,0 %

Výše uvedená tabulka 12 ukazuje, že celkem 65 (55,6 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“, 33 (28,2 %) sester zvolilo odpověď „spíše ano“ a celkem 19 (16,2 %) respondentů vybralo odpověď „spíše ne“. Žádný respondent nezvolil odpověď „ne“.

Položka č. 13 – Kdo se dle Vašeho názoru nejčastěji dopouští přestupků proti hygienickému režimu na operačních sálech?

Tabulka 13 Osoby dopouštějící se přestupků (možnost více odpovědí; n = 117)

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
studenti	81	69,2 %
anesteziolog	45	38,5 %
sanitář/sanitářka	40	34,2 %
chirurg	27	23,1 %
anesteziologická sestra	26	22,2 %
perioperační sestra	4	3,4 %
jiní	19	16,2 %

Z tabulky 13 je zřejmé, že celkem 81 (69,2 %) respondentů si myslí, že nejčastěji se dopouštějí přestupků proti hygienickému režimu operačních sálů „*studenti*“. Druhou nejčastěji volenou možností byl „*anesteziolog*“, tj. celkem 45 (38,5 %) sester vybralo tuto možnost. Odpověď „*sanitář/sanitářka*“ uvedlo 40 (34,2 %) sester. Odpověď „*chirurg*“ zvolilo 27 (23,1 %) respondentů. Odpověď „*anesteziologická sestra*“ uvedlo 26 (22,2 %) sester. Odpověď „*perioperační sestra*“ označili 4 (3,4 %) respondenti. Kategorii „*jiní*“ zvolilo 19 (16,2 %) respondentů.

Položka č. 14 – Mobilní telefony (osobní, pagery) na Vašem pracovišti:

Tabulka 14 Používání mobilních telefonů v prostorách operačního sálu

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
používáme pouze v prostorách k tomu určených	41	35,0 %
vkládáme do uzavíratelných boxů k tomu určených, při vstupu na operační sál	17	14,5 %
používáme bez omezení, včetně zóny aseptické, sterilní	56	47,9 %
jiné	3	2,6 %
celkem	117	100,0 %

Tabulka 14 popisuje četnost odpovědí sester na otázku, v jakých prostorách používají mobilní telefony na svém pracovišti. Z celkového počtu 117 respondentů **56 (47,9 %)** sester uvedlo odpověď „*používáme bez omezení, včetně zóny aseptické, sterilní*“. Odpověď „*používáme pouze v prostorách k tomu určených*“ zvolilo 41 (35,0 %) respondentů. Odpověď „jiné“ zvolili 3 (2,6 %) respondenti, z čehož jeden respondent uvedl, „*že pouze perioperační sestry nepoužívají mobilní telefony v prostorách operačního sálu*“, druhý respondent se domnívá, „*že je to individuální*“, a třetí uvedl, „*že používají mobilní telefony pouze na předsáli*“

Položka č. 15 – Považujete provedení perioperační bezpečnostní procedury (perioperační bezpečnostní protokol/WHO checklist) za důležité?

Tabulka 15 Provedení perioperační bezpečnostní procedury

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	92	78,6 %
spíše ano	24	20,5 %
spíše ne	1	0,9 %
ne	0	0,0 %
celkem	117	100,0 %

Tabulka 15 popisuje, že celkem 92 (78,6 %) respondentů zvolilo odpověď „ano“, dále 24 (20,5 %) sester uvedlo odpověď „spíše ano“ a 1 (0,9 %) respondent zvolil odpověď „spíše ne“. Žádný z respondentů neuvedl odpověď „ne“.

Položka č. 16 – Máte na Vašich operačních sálech zaveden verifikační protokol u výkonů na párových orgánech či na stranově odlišných částech těla?

Tabulka 16 Stranový protokol

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	92	78,6 %
ne	14	12,0 %
nevím	11	9,4 %
celkem	117	100,0 %

Z tabulky 16 je zřejmé, že 92 (78,6 %) sester potvrdilo výběrem odpovědi „ano“, že na operačních sálech, kde pracují, mají verifikační protokol zaveden. Odpověď „ne“ zvolilo 14 (12,0 %) sester a 11 (9,4 %) respondentů uvedlo „nevím“.

Položka č. 17 – Došlo na Vašem pracovišti k poškození pacienta během operačního výkonu v posledních pěti letech?

Tabulka 17 Poškození pacienta

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	43	36,8 %
ne	74	63,2 %
celkem	117	100,0 %

Z tabulky 17 je patrné, že z celkového počtu 117 respondentů, se s poškozením pacienta v perioperační péči setkalo 43 (36,8 %) sester. Oproti tomu 74 (63,2 %) sester nebylo přítomno poškození pacienta v perioperační péči v posledních pěti letech.

Položka č. 18 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, o jaké poškození pacienta se jednalo?

Tabulka 18 Druh poškození pacienta (možnost více odpovědí; n = 43)

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
alergická reakce (dezinfekční prostředek, léky)	21	48,8 %
zapomenutý materiál v těle pacienta	13	30,2 %
pád pacienta z operačního stolu	12	27,9 %
vysokofrekvenční popálení (koagulací)	9	20,9 %
ztráta, záměna nebo znehodnocení biologického materiálu	7	16,3 %
vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci	5	11,6 %
záměna pacienta	2	4,7 %
záměna operované strany	1	2,3 %

Výše uvedená tabulka prezentuje data týkající se poškození pacienta v perioperační péči, se kterým se setkalo 43 (36,8 %) sester (viz Tabulka 16). Mezi nejčastější druh poškození pacienta 21 (48,8 %) sester uvedlo „*alergickou reakci (dezinfekční prostředek, léky)*“, 13 (30,2 %) sester se setkalo se „*zapomenutým materiálem v těle pacienta*“. Dále 12 (27,9 %) sester bylo přítomno „*pádu pacienta*“, 9 (20,9 %) sester uvedlo „*vysokofrekvenční popálení*“, 7 (16,3 %) sester se setkalo se „*ztrátou či záměnou biologického materiálu*“, 5 (11,6 %) sester bylo přítomno „*vzplanutí ohně*“, 2 (4,7 %) sestry se setkaly se „*záměnou pacienta*“ a 1 (2,3 %) setra byla přítomna „*záměně operované strany*“.

Položka č. 19 – Který z těchto faktorů, dle Vašeho názoru, nejčastěji může vést k situaci, která má za následek poškození pacienta během operačního výkonu?

Tabulka 19 Negativní faktory (možnost více odpovědí; n = 117)

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
špatná komunikace mezi členy operačního týmu	64	54,7 %
nedostatek personálu	56	47,9 %
únava	55	47,0 %
nedbalost	51	43,6 %
stres	42	35,9 %
nedostatek času	39	33,3 %
nedodržení postupu lege artis	36	30,8 %
jiná odpověď	2	1,7 %

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že mezi tři nejčastější faktory, které mohou vést k situaci, která má za následek poškození pacienta během operačního výkonu, respondenti zařadili: „špatnou komunikaci mezi členy operačního týmu“ s počtem 64 (54,7 %) odpovědí, „nedostatek personálu“ s počtem 56 (47,9 %) odpovědí a „únavu“ s počtem 55 (47,0 %) odpovědí. Negativní faktor „nedbalost“ uvedlo 51 (43,6 %) sester, „stres“ 42 (35,9 %) sester, „nedostatek času“ 39 (33,3 %) respondentů a „nedodržení postupu lege artis“ 36 (30,8 %) sester. Dvě sestry (1,7 %) zvolily odpověď „jiné“, tj. jedna sestra uvedla, že za jeden ze tří nejčastějších negativních faktorů považuje „předimenzovaný operační program“ a druhá sestra uvedla „tlak na výkon při nedostatku personálu“.

Položka č. 20 – Nechali byste se operovat na Vašem současném pracovišti?

Tabulka 20 Důvěra v pracoviště

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	61	52,1 %
spíše ano	43	36,8 %
spíše ne	10	8,5 %
ne	3	2,6 %
celkem	117	100,0 %

Tabulka 20 prezentuje názory respondentů, zda by se nechali operovat na jejich současném pracovišti. Odpověď „ano“ uvedlo 61 (52,1 %) sester, odpověď „spíše ano“ zvolilo 43 (36,8 %) sester, odpověď „spíše ne“ vybralo 10 (8,5 %) sester a odpověď „ne“ zvolili 3 (2,6 %) respondenti.

Položka č. 21 – Je dle Vašeho názoru důležité se etikou a principem nonmaleficence v perioperační péči zabývat?

Tabulka 21 Důležitost principu nonmaleficence

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	85	72,6 %
spíše ano	32	27,4 %
spíše ne	0	0,0 %
ne	0	0,0 %
celkem	117	100,0 %

Tabulka 21 popisuje názory sester na otázku, zda si myslí, že je důležité se principem nonmaleficence v perioperační péči zabývat. Z celkového počtu 117 respondentů zvolilo 85 (72,6 %) sester odpověď „ano“ a 32 (27,4 %) odpověď „spíše ano“. Odpověď „spíše ne“ a „ne“ neuvedl žádný z respondentů.

Položka č. 22 – Napadá Vás v souvislosti s principem nonmaleficence v perioperační péči něco dalšího? Kam se dle Vašeho názoru bude toto téma vyvíjet?

Na výše uvedenou položku č. 22 odpovědělo pouze 16 respondentů z celkového počtu 117. Čtyři respondenti odpověděli „ne“, tj. že je v této souvislosti nic nenapadá. Tři respondenti odpověděli „nevím“. Tři respondenti na tuto otázku odpověděli, že „si myslí, že je důležité zlepšit komunikaci mezi členy operačního týmu“. Jeden respondent odpověděl, že „si myslí, že je důležité se tímto principem zabývat a zahrnovat výuku etiky na zdravotnických školách a zároveň pořádat semináře na toto téma na pracovištích.“ Další respondent uvedl, že „jde o důležitou problematiku, kterou nelze zanedbat, a že doufá, že se stane pro všechny součástí perioperační péče.“ Jeden respondent odpověděl, že „si myslí, že je důležité důkladné proškolení personálu se zdravotnickou technikou na operačních sálech.“ Další respondent zmínil „důležitost kontroly ze strany nadřízených.“ Jeden respondent uvedl, že „je to zajímavé téma, opomíjené v českém zdravotnictví.“ Další respondent uvedl, že „si myslí, že si toto téma vynutí více pozornosti do budoucnosti, jelikož dochází k většímu a většímu nedostatku

personálu, který slouží více směn, tím pádem jsou unavení a je tedy pravděpodobné, že může docházet k pochybení, tj. k poškození pacienta.“

6.3 Testování hypotéz

Následující kapitola výzkumné části diplomové práce je zaměřena na vyhodnocení výzkumných otázek. Punch (2008) uvádí, že „výzkumné otázky vycházejí z obecného určení cílů a přetvářejí je do specifictější a konkrétnější podoby. Začínají proces propojování abstraktních konceptů, použitých v určení cílů, s empirickým světem specifických a konkrétních dat a datových indikátorů, které budou ve výzkumu využity.“ (Punch, 2008, s. 42). Diplomová práce vyhodnocuje tři výzkumné otázky. Ke každé výzkumné otázce byly přiřazeny čtyři hypotézy. Hypotéza je určité tvrzení, které vyjadřuje určitou představu o zkoumaném jevu. Důležitým krokem je přesné formulování testované hypotézy, tj. nulové hypotézy H_0 . Nulová hypotéza je opakem toho, co chceme výzkumem prokázat. Dále je třeba vymezit, s jakou možností počítáme v případě, kdy nulová hypotéza neplatí, tj. stanovíme alternativní hypotézu H_A , která vymezuje, do jaké situace se dostáváme, když nulová hypotéza neplatí (Bártlová et al., 2008, s. 160, Zvárová, 2016, s. 106). K testování hypotéz byly použity následující testy: Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti a Spearmanův korelační koeficient. Data jsou prezentována pomocí tabulek a sloupcových grafů. Hladina významnosti pro rozhodnutí o nulové hypotéze činila 5 %. V příloze G jsou přiloženy ukázky výpočtu z programu Statistica.

6.3.1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

K vyhodnocení výzkumné otázky č. 1 se vztahují: hypotéza 1 (H_1), hypotéza 2 (H_2), hypotéza 3 (H_3) a hypotéza 4 (H_4)

Výzkumná otázka č. 1

Závisí hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace na pracovní pozici, věku, délce praxe či stupni dosaženého vzdělání respondentů?

H_{10} : Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace nesouvisí s pracovní pozicí.

H_{1A} : Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace souvisí s pracovní pozicí.

Hypotézu H1 vyhodnotíme pomocí proměnné „Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?“ a proměnnou „Na jaké pozici v současné době pracujete?“. Hodnocení otázky „Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?“ probíhalo na čtyřbodové škále, kde 4 = ano, 3 = spíše ano, 2 = spíše ne a 1 = ne.

Tabulka 22 Testování hypotézy 1

Pearsonův chí-kvadrát test, $p=0,178$	Na jaké pozici v současné době pracujete?		
Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?	Anesteziologická sestra	Perioperační sestra	Celkem
Spíše ne	2	10	12
%	4,35 %	14,08 %	
Spíše ano	22	35	57
%	47,83 %	49,30 %	
Ano	22	26	48
%	47,83 %	36,62 %	
Celkem	46	71	117

V souboru je 71 (60,7 %) perioperačních sester a 46 (39,3 %) anesteziologických sester. Z tabulky 22 vyplývá, že nejčastější odpověď sester obou skupin na otázku hodnotící vedení ošetrovatelské dokumentace kladně byla „spíše ano“. Tuto odpověď volila téměř polovina z každé skupiny sester. Odpověď „spíše ne“ volily 2 (4,35 %) anesteziologické sestry a 10 (14,08 %) perioperačních sester. Z tabulky četností nevyplývá, že by mezi sestrami existoval významný rozdíl v hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace.

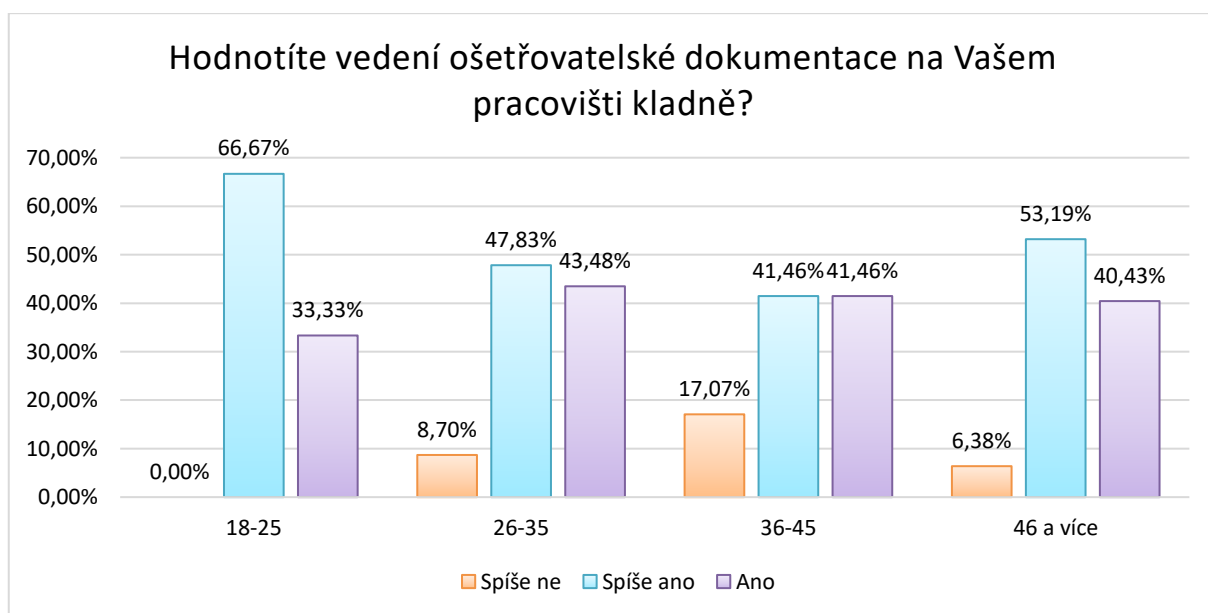
Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, zvolíme pro otestování hypotézy Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti. P-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu významnosti vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,178, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost** mezi hodnocením vedení ošetrovatelské dokumentace a pracovní pozicí.

H2₀: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace nezávisí na věku.

H2_A: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace závisí na věku.

Pro ověření této hypotézy použijeme opět proměnnou „Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?“ a proměnnou „Věk“.

Obrázek 1 Sloupcový graf závislosti kladného hodnocení ošetrovatelské dokumentace na věku



Na sloupcovém grafu (viz Obrázek 1) lze vidět, že četnost odpovědi „spíše ano“ je ve všech věkových kategoriích nejvyšší. Druhou nejčetnější odpovědí je ve všech věkových kategoriích odpověď „ano“. Nelze tedy předpokládat, že hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace závisí na věku. Po překódování první proměnné, viz hypotéza 1, máme 2 ordinální proměnné. Souvislost mezi dvěma ordinálními proměnnými popisuje neparametrický Spearmanův korelační koeficient a jeho test statistické významnosti.

Tabulka 23 Testování hypotézy 2

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H ₀	závislost prokázána
0,01	0,932	nezamítáme	ne

P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,932 (viz Tabulka 23), tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová**

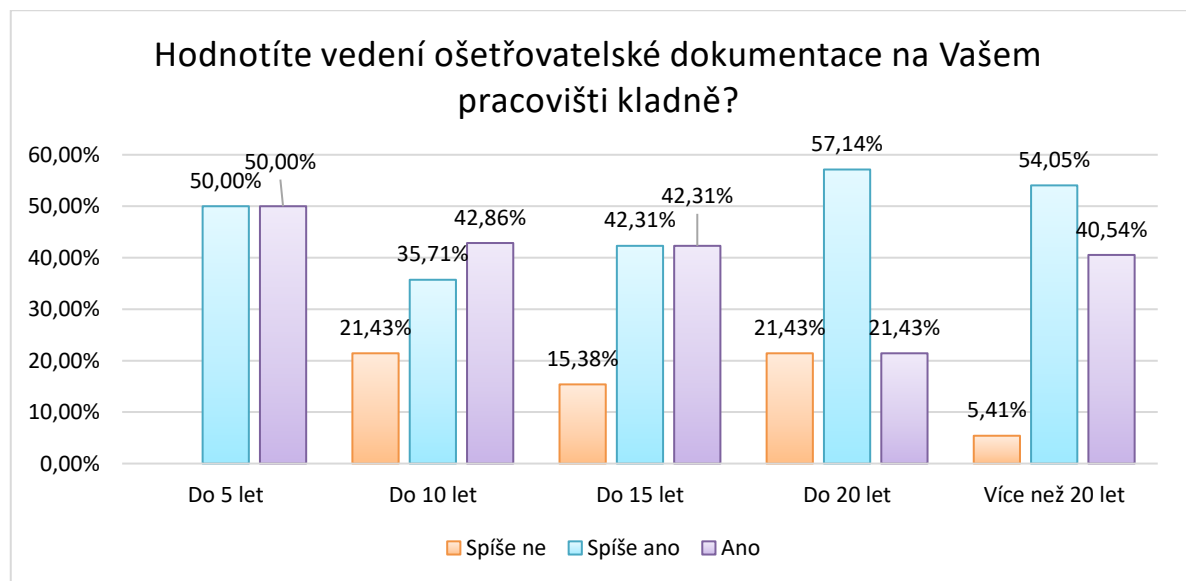
hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost** mezi hodnocením vedení ošetrovatelské dokumentace a věkem.

H3₀: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace nezávisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H3_A: Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace závisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

Při vyhodnocení třetí hypotézy používáme stále proměnnou: „Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?“, kde s rostoucí hodnotou roste i souhlas s daným výrokem.

Obrázek 2 Sloupcový graf závislosti kladného hodnocení ošetrovatelské dokumentace na délce praxe



Ani jednoho typu odpovědi na otázku „Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?“ nedochází se zvyšující se délkou praxe k růstu či poklesu (viz Obrázek 2). Sestry s délkou praxe do 5 let volily nejčastěji odpověď „ano“ a „spíše ano“ (50 %). Sestry s délkou praxe do 10 let volily nejčastěji odpověď „ano“ (42,86 %). Sestry s délkou praxe do 15 let volily nejčastěji odpověď „ano“ a „spíše ano“ (42,31 %). Sestry s délkou praxe do 20 let volily nejčastěji odpověď „spíše ano“ (57,14 %). Sestry s délkou praxe nad 20 let volily nejčastěji odpověď „spíše ano“ (54,05 %). Odpovědi na zkoumanou otázku se tedy v rámci skupin dle délky praxe moc neliší.

Po překódování první proměnné, viz hypotéza 1, máme 2 ordinální proměnné. Souvislost mezi dvěma ordinálními proměnnými popisuje neparametrický Spearmanův korelační koeficient a jeho test statistické významnosti.

Tabulka 24 - Testování hypotézy 3

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H_0	závislost prokázána
-0,08	0,392	nezamítáme	ne

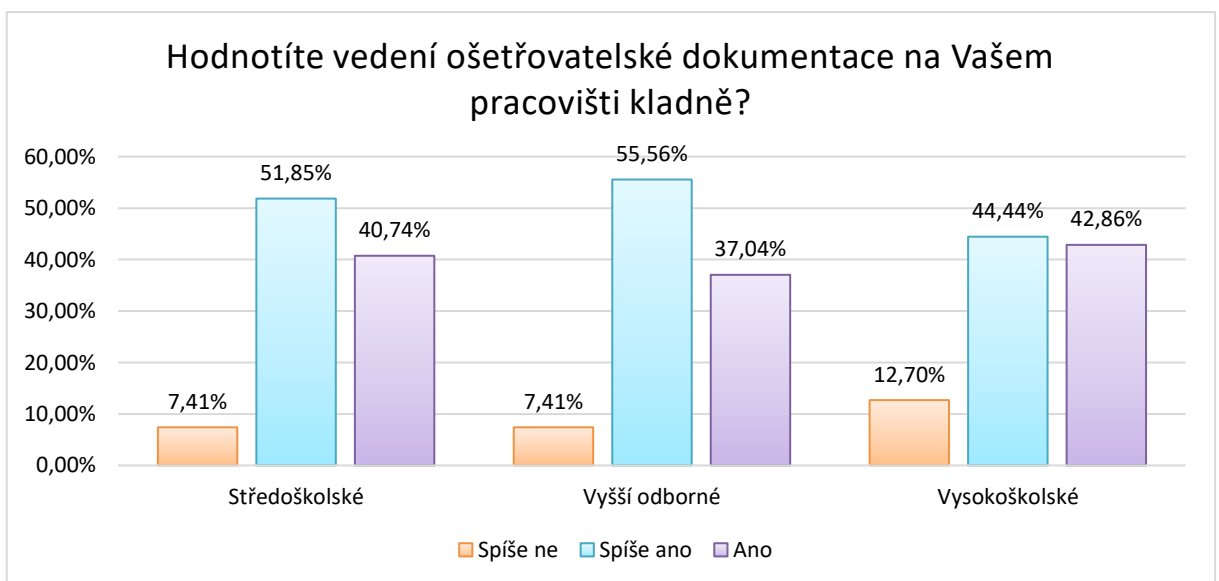
P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu (viz Tabulka 24) vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,392, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost** mezi hodnocením vedení ošetrovatelské dokumentace a délkou praxe.

H_{40} : Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

H_{4A} : Hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace závisí na stupni dosaženého vzdělání

Při vyhodnocení čtvrté hypotézy používáme stále proměnnou: „Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?“, kde s rostoucí hodnotou roste i souhlas s daným výrokem.

Obrázek 3 Sloupcový graf závislosti kladného hodnocení ošetrovatelské dokumentace na vzdělání



Na sloupcovém grafu (viz Obrázek 3) vidíme, že nejčastější odpovědi ve všech skupinách dle vzdělání je „spíše ano“ (cca 50 %) a druhou nejčastější „ano“ (cca 40 %). Odpovědi na zkoumanou otázku se tedy v rámci skupin dle vzdělání moc neliší.

Vzdělání je také ordinální proměnná, a proto je i zde možné k ověření hypotézy použít neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 25 Testování hypotézy 4

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H_0	závislost prokázána
-0,00	0,979	nezamítáme	ne

P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu (Tabulka 25) vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,979, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost** mezi hodnocením vedení ošetrovatelské dokumentace a stupněm dosaženého vzdělání.

6.3.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

K vyhodnocení výzkumné otázky č. 1 se vztahují: hypotéza 5 (H5), hypotéza 6 (H6), hypotéza 7 (H7) a hypotéza 8 (H8)

Výzkumná otázka č. 2

Závisí názor sester na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů na pracovní pozici, věku, délce praxe či stupněm dosaženého vzdělání respondentů?

H5₀: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech nesouvisí s pracovní pozicí.

H5_A: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech souvisí s pracovní pozicí.

Tabulka 26 Testování hypotézy 5

Pearsonův chí-kvadrát test, $p=0,665$	Na jaké pozici v současné době pracujete?		
	Anesteziologická sestra	Perioperační sestra	Celkem
Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření, vztahující se k hygienickému režimu operačních sálů?			
Ne	2	4	6
%	4,35 %	5,63 %	
Spíše ne	8	11	19
%	17,39 %	15,49 %	
Spíše ano	20	38	58
%	43,48 %	53,52 %	
Ano	16	18	34
%	34,78 %	25,35 %	
Celkem	46	71	117

Z tabulky 26 vyplývá, že nejčastější odpověď sester obou skupin na uvedenou otázku byla „spíše ano“. Tuto odpověď volilo 43,48 % anesteziologických sester a 53,52 % perioperačních sester. Odpověď „ano“ volilo 16 (34,78 %) anesteziologických sester a 18 (25,35 %) perioperačních sester. Odpověď „spíše ne“ volilo 8 (17,38 %) anesteziologických sester a 11 (15,49 %) perioperačních sester. Odpověď „ne“ volilo 2 (4,35 %) anesteziologických sester a 4 (5,63 %) perioperačních sester. Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, zvolíme pro otestování hypotézy Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti.

P-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu významnosti vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,665, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost** mezi mírou souhlasu s názorem, že všechna opatření jsou dodržována, a pracovní pozicí.

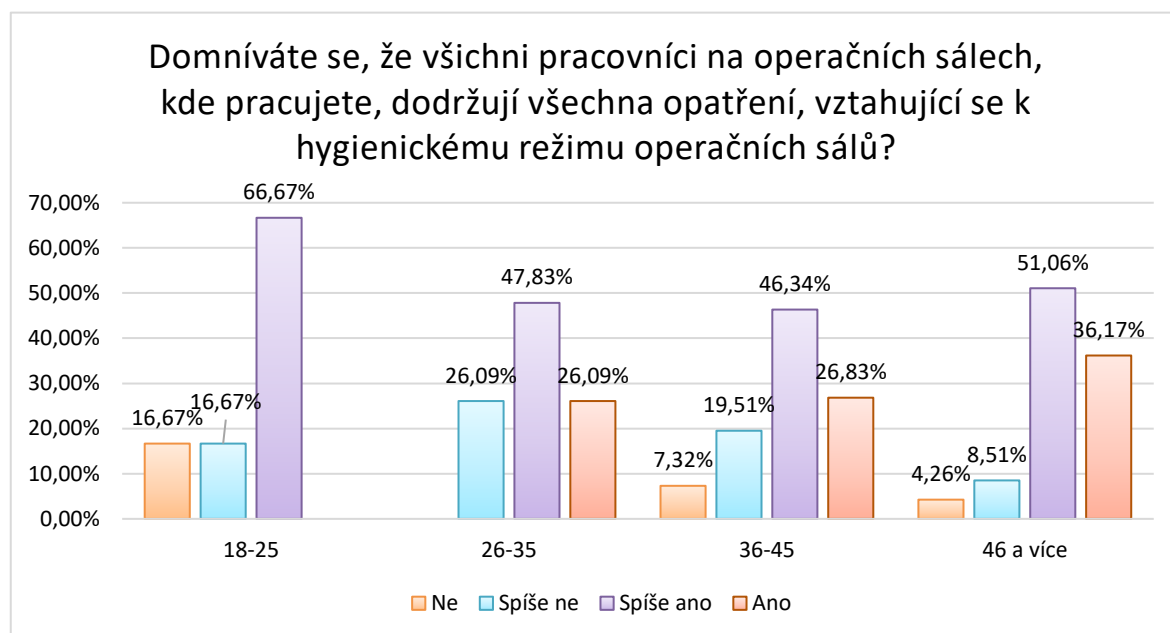
H₀: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech nezávisí na věku.

H_{6A}: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech závisí na věku.

Pro ověření hypotézy bude použita proměnná: „Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření, vztahující se k hygienickému

režimu operačních sálů? (v rámci hygienicko-epidemiologického režimu Vaší nemocnice)“. Druhou proměnnou bude věk.

Obrázek 4 Sloupcový graf závislosti názoru na dodržování všech opatření na věku



Na sloupcovém grafu (viz Obrázek 4) lze vidět, že četnost odpovědi „spíše ano“ je ve všech věkových kategoriích nejvyšší. Druhou nejčetnější odpovědí je ve všech věkových kategoriích odpověď „ano“. Podíl odpovědi „spíše ano“ je u sester ve věku 18–25 let vyšší než u ostatních věkových kategorií (66,67 %).

Jelikož jsou obě sledované proměnné ordinálního charakteru, lze použít k ověření hypotézy neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 27 Testování hypotézy 6

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H_0	závislost prokázána
0,18	0,049	zamítáme	ano

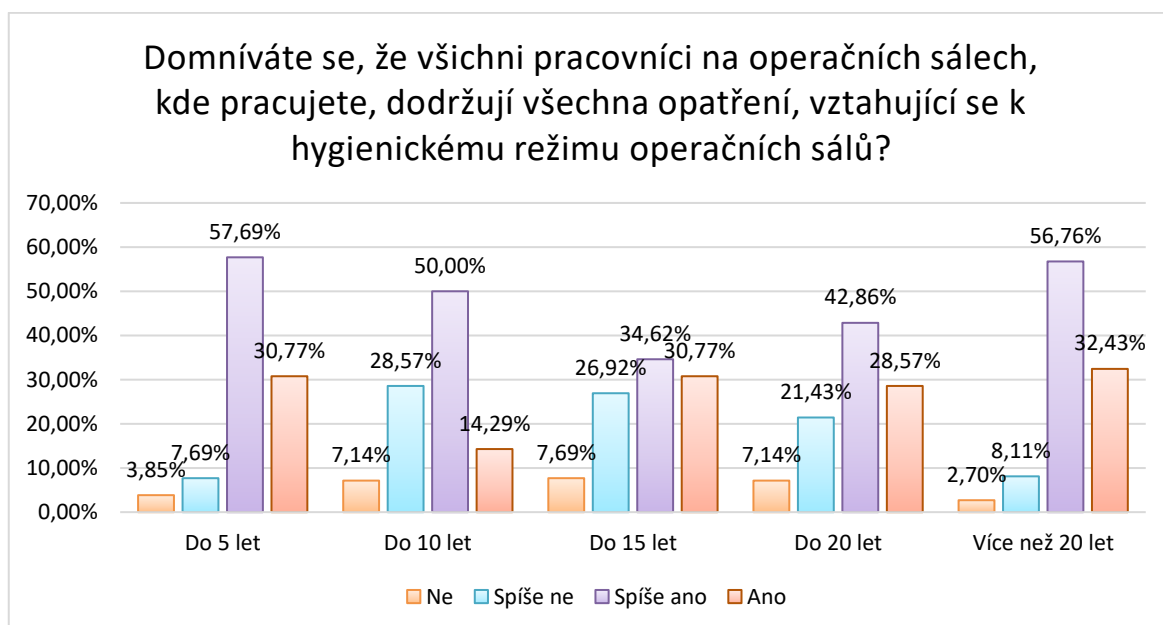
P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu (viz Tabulka 27) vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,049, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 **byla prokázána závislost** mezi názorem na dodržování všech opatření a věkem. Vzhledem ke kladné hodnotě korelačního koeficientu, která je mezi 0,1 a 0,3, se jedná o přímou závislost o

slabé intenzitě. S rostoucím věkem je ve slabé intenzitě závislosti spojena rostoucí míra souhlasu s názorem, že všechna opatření jsou dodržována.

H7₀: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech nezávisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H7_A: Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech závisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

Obrázek 5 Sloupcový graf závislosti názoru na dodržování všech opatření na délce praxe



Na sloupcovém grafu (viz Obrázek 5) lze vidět, že četnost odpovědi „spíše ano“ je ve všech věkových kategoriích nejvyšší. Druhou nejčetnější odpovědí je ve všech věkových kategoriích odpověď „ano“. Nelze tedy předpokládat, že názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech závisí na délce praxe.

Jelikož jsou obě sledované proměnné ordinálního charakteru, lze použít k ověření hypotézy neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 28 Testování hypotézy 7

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H_0	závislost prokázána
0,06	0,492	nezamítáme	ne

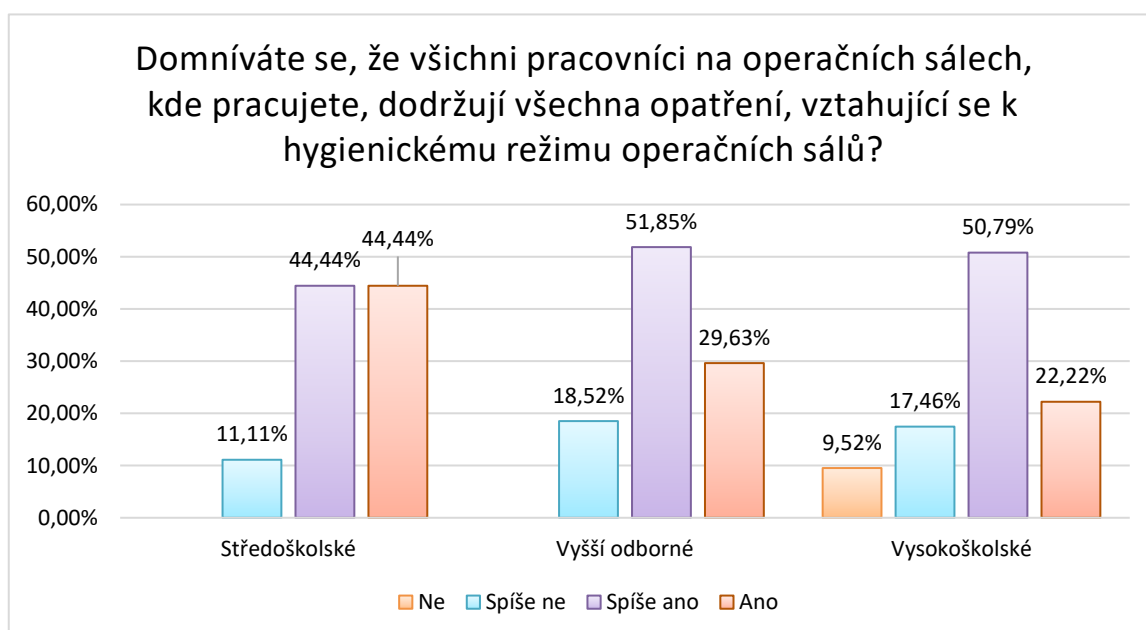
P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu (viz Tabulka 28) vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,492, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost** mezi názorem na dodržování všech opatření a délkou praxe.

H_{80} : Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

H_{8A} : Názor na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů ze strany všech pracovníků na operačních sálech závisí na stupni dosaženého vzdělání.

I v případě hypotézy 8, pro ověření hypotézy použijeme již výše uvedenou proměnnou: „Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření, vztahující se k hygienickému režimu operačních sálů? (v rámci hygienicko-epidemiologického režimu Vaší nemocnice)“ a proměnnou vzdělání.

Obrázek 6 Sloupcový graf závislosti názoru na dodržování všech opatření na vzdělání



Na sloupcovém grafu (viz Obrázek 6) lze vidět, že četnost odpovědi „spíše ano“ je ve všech věkových kategoriích nejvyšší. Druhou nejčetnější odpovědí je opět ve všech věkových kategoriích odpověď „ano“. U středoškolsky vzdělaných sester je podíl odpovědi „spíše ano“ a „ano“ stejný (44,44 %).

Opět se tedy jedná o dvojici ordinálních proměnných, a proto je možné použít k ověření hypotézy neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 29 Testování hypotézy 8

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H_0	závislost prokázána
-0,23	0,014	zamítáme	ano

P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu (Tabulka 29) vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,014, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 **byla prokázána závislost** mezi názorem na dodržování všech opatření a stupněm dosaženého vzdělání. Vzhledem k záporné hodnotě korelačního koeficientu, která je mezi -0,1 a -0,3, se jedná o nepřímou závislost o slabé intenzitě. S rostoucím stupněm dosaženého vzdělání je ve slabé intenzitě závislosti spojena klesající míra souhlasu s názorem, že všechna opatření jsou dodržována.

6.3.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3

K vyhodnocení výzkumné otázky č. 3 se vztahují: hypotéza 9 (H9), hypotéza 10 (H10), hypotéza 11 (H11) a hypotéza 12 (H12).

Výzkumná otázka č. 3

Závisí upozorňování na porušení hygienického režimu na pracovní pozici, věku, délce praxe či stupni dosaženého vzdělání respondentů?

H₀: Upozorňování na porušení hygienického režimu nesouvisí s pracovní pozicí.

H_{9A}: Upozorňování na porušení hygienického režimu souvisí s pracovní pozicí.

Tabulka 30 Testování hypotézy 9

Pearsonův chí-kvadrát test, $p < 0,001$	Na jaké pozici v současné době pracujete?		
	Anesteziologická sestra	Perioperační sestra	Celkem
Pokud vidíte, že někdo na operačním sále porušuje hygienický režim, upozorníte ho na to?			
Spíše ano	18	15	33
%	39,13 %	21,13 %	
Ano	15	50	65
%	32,61 %	70,42 %	
Spíše ne	13	6	19
%	28,26 %	8,45 %	
Celkem	46	71	117

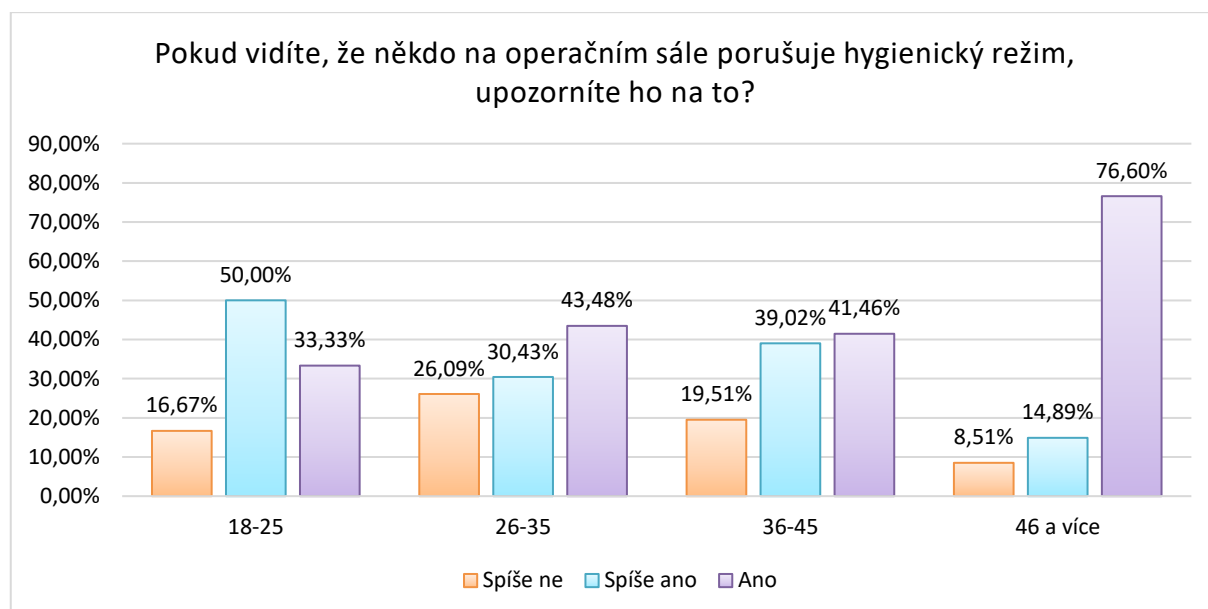
Z tabulky 30 vyplývá, že nejčastější odpovědi anesteziologických sester na uvedenou otázku byla „spíše ano“ (39,13 %). Nejčastější odpovědi perioperačních sester na uvedenou otázku byla „ano“ (70,42 %).

Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, zvolíme pro otestování hypotézy Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti. P-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu významnosti vyšla s ohledem na 4 desetinná místa 0,0002, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 **byla prokázána závislost** mezi mírou upozorňování na porušení hygienického režimu a pracovní pozicí. Míra upozorňování na porušení hygienického režimu byla pro perioperační sestry statisticky významně vyšší než pro anesteziologické sestry.

H10₀: Upozorňování na porušení hygienického režimu nezávisí na věku.

H10_A: Upozorňování na porušení hygienického režimu závisí na věku.

Obrázek 7 Sloupcový graf závislosti upozorňování na porušení hygienického režimu na věku



Na sloupcovém grafu (viz Obrázek 7) vidíme, že se rozdělení odpovědí na zkoumanou otázku v rámci kategorií liší. Největší rozdíly můžeme pozorovat u kategorií 18–25 let a nad 46 let. Nejčastější odpovědí u věkové kategorie 18–25 let je „spíše ano“ (50 %). U kategorie 46 a více let je nejčastější odpovědí „ano“ (76,60 %).

Jelikož jsou obě sledované proměnné ordinálního charakteru, lze použít k ověření hypotézy neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 31 Testování hypotézy 10

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H ₀	závislost prokázána
0,31	0,001	zamítáme	ano

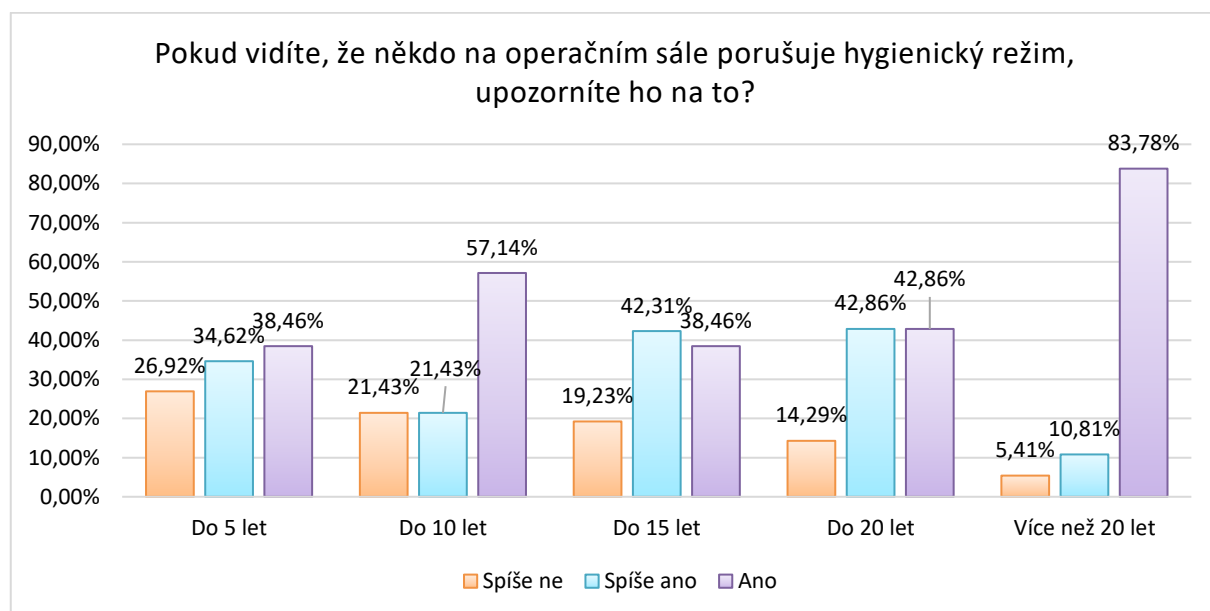
P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu (viz Tabulka 31) vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,001, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost mezi upozorňováním na porušení hygienického režimu a věkem.

Vzhledem ke kladné hodnotě korelačního koeficientu, která je mezi 0,3 a 0,5, se jedná o přímou závislost o střední intenzitě. S rostoucím věkem je ve střední intenzitě závislosti spojena rostoucí míra upozorňování na porušení hygienického režimu.

H11₀: Upozorňování na porušení hygienického režimu nezávisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

H11_A: Upozorňování na porušení hygienického režimu závisí na délce praxe na pozici perioperační/anesteziologické sestry.

Obrázek 8 Sloupcový graf závislosti upozorňování na porušení hygienického režimu na délce praxe



Na sloupcovém grafu (viz Obrázek 8) vidíme, že se rozdělení odpovědí na zkoumanou otázku v rámci kategorií liší. Nejvíce se liší od ostatních kategorie sester s praxí nad 20 let. Nejčastější odpovědí je u této kategorie odpověď „ano“ (83,78 %).

Jelikož jsou obě sledované proměnné ordinálního charakteru, lze použít k ověření hypotézy neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 32 Testování hypotézy 11

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

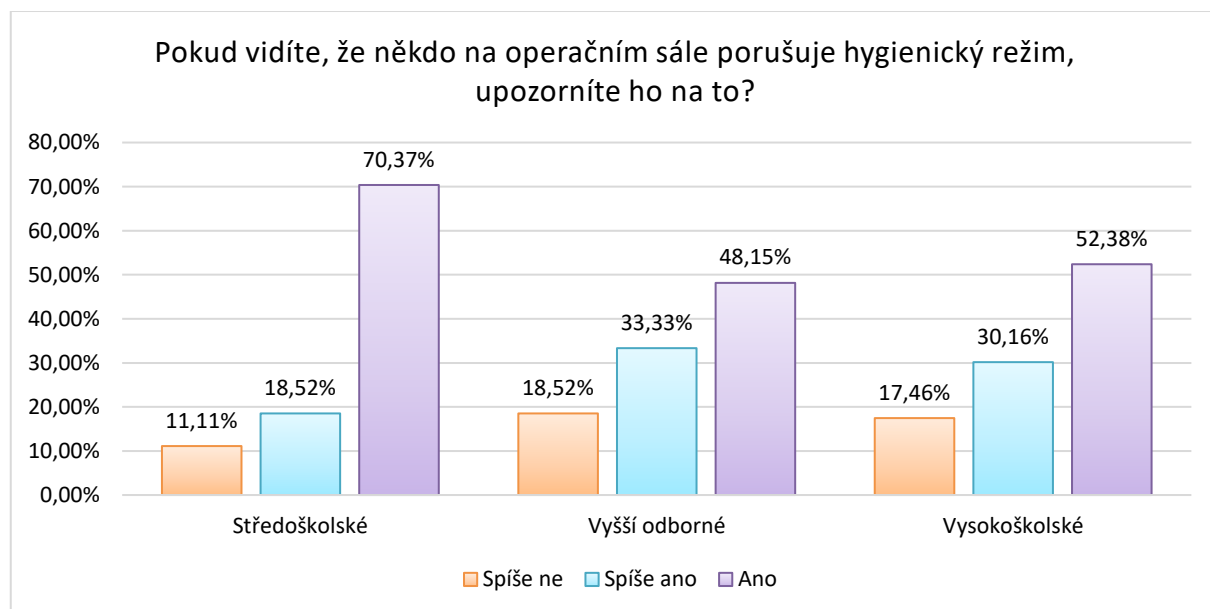
hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H ₀	závislost prokázána
0,33	0,0003	zamítáme	ano

P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu (Tabulka 32) vyšla s ohledem na 4 desetinná místa 0,0003, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost mezi upozorňováním na porušení hygienického režimu a délkou praxe. Vzhledem ke kladné hodnotě korelačního koeficientu, která je mezi 0,3 a 0,5, se jedná o přímou závislost o střední intenzitě. S rostoucí délkou praxe je ve střední intenzitě závislosti spojena rostoucí míra upozorňování na porušení hygienického režimu.

H12₀: Upozorňování na porušení hygienického režimu nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

H12_A: Upozorňování na porušení hygienického režimu závisí na stupni dosaženého vzdělání.

Obrázek 9 Sloupcový graf závislosti upozorňování na porušení hygienického režimu na vzdělání



Sestry s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním odpovídaly na sledovanou otázku velmi podobně. Sestry se středoškolským vzděláním odpovídaly „ano“ ve větší míře než sestry s jiným vzděláním (70,37 %).

Jelikož jsou obě sledované proměnné ordinálního charakteru, lze použít k ověření hypotézy neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 33 Testování hypotézy 12

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H_0	závislost prokázána
-0,11	0,251	nezamítáme	ne

P-hodnota testu významnosti Spearmanova korelačního koeficientu (Tabulka 33) vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,251, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost** mezi upozorňováním na porušení hygienického režimu a stupněm dosaženého vzdělání.

7 DISKUZE

Cílem této kapitoly je prezentovat výsledky průzkumného šetření komparací s dříve realizovanými studiiemi (viz Kapitola 5). K naplnění tohoto cíle bylo provedeno dotazníkové šetření u dvou vybraných skupin sester, tj. anesteziologických a perioperačních sester.

Prvním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit, co se dle názorů anesteziologických a perioperačních sester vztahuje k principu nonmaleficence v perioperační péči. K tomuto cíli se vztahovala položka č. 6 dotazníku. Průzkumné šetření ukázalo, že z celkového počtu 117 respondentů, si 73 (61,9 %) sester myslí, že se k tomuto principu vztahuje: důkladná předoperační evaluace pacienta, efektivní komunikace mezi členy operačního týmu a s pacientem, řádné vedení ošetrovatelské dokumentace, dodržování hygienického režimu operačních sálů, etický přístup k pacientům a provedení perioperační bezpečnostní procedury. Dále mě zajímalo, zda respondenti považují za důležité se principem nonmaleficence v perioperační péči zabývat. Průzkumným šetřením bylo zjištěno, že 85 (72,6 %) sester zvolilo odpověď „ano“ a 32 (27,4 %) odpovědělo „spíše ano“. Žádný z respondentů nezaujal v tomto případě negativní postoj (viz Tabulka 6). Dle mého názoru, jsou výsledky dotazníkového šetření v těchto bodech velmi pozitivní. Je zřejmé, že sestry považují za důležité zkoumat problematiku etického principu nonmaleficence v perioperační péči a zároveň jej umí definovat a vymezit v praxi.

Druhým cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit, jak je respondenty vnímán princip nonmaleficence v souvislosti s dodržováním všech opatření týkajících se hygienického režimu operačních sálů. K tomuto cíli se vztahovaly položky č. 9, 10 a 12. V položce č. 9 byly zjišťovány názory respondentů ohledně dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů. Z průzkumného šetření vyplynulo, že 78,7 % sester se přiklání k souhlasným typům odpovědí, na rozdíl od 21,3 % sester (viz Tabulka 9). S výše uvedenou položkou souvisela i **výzkumná otázka č. 2**, tj. zda existuje závislost mezi názorem sester na dodržování všech opatření vztahujících se k hygienickému režimu operačních sálů na pracovní pozici, věku, délce praxe nebo stupni dosaženého vzdělání. Testováním hypotéz H6 a H8 byla prokázána závislost mezi názorem na dodržování všech opatření a věkem respondentů (s rostoucím věkem je ve slabé intenzitě závislosti spojena rostoucí míra souhlasu s názorem, že všechna opatření jsou dodržována) a zároveň také na stupni dosaženého vzdělání (s rostoucím stupněm dosaženého vzdělání je ve slabé intenzitě závislosti spojena klesající míra souhlasu s názorem, že všechna opatření jsou dodržována). Nulová hypotéza byla v obou případech zamítnuta ve prospěch alternativní hypotéz (viz

Kapitola 6.3). Položka č. 10 dotazníku zkoumala míru dodržování šestnácti bodů v rámci hygienického režimu operačních sálů. Mezi nejhůře hodnocené varianty patřilo s 35,9 % nošení šperků a hodinek v prostorách operačního sálu, s 31,6 % minimalizace pohybu a počtu osob na operačním sále a s 21,4 % přírodní nehty krátce zastřižené, nenalakované. Položka č. 12 zjišťovala, zda respondenti v případě že vidí někoho na operačním sále porušovat hygienický režim, dotyčného na tento přestupek upozorní. Průzkumné šetření ukázalo, že 83,8 % respondentů upozorní na porušení hygienického režimu (viz Tabulka 12). Tato položka zároveň souvisela s **výzkumnou otázkou č. 3**, tj. zda závisí upozorňování na porušení hygienického režimu na pracovní pozici, věku, délce praxe či stupni dosaženého vzdělání. Testováním hypotéz H9-H11 byla prokázána souvislost mezi upozorňováním na porušení hygienického režimu s pracovní pozicí (míra upozorňování na porušení hygienického režimu byla pro perioperační sestry statisticky významně vyšší než pro anesteziologické sestry), věkem (s rostoucím věkem je ve střední intenzitě závislosti spojena rostoucí míra upozorňování na porušení hygienického režimu) a délkou praxe (s rostoucí délkou praxe je ve střední intenzitě závislosti spojena rostoucí míra upozorňování na porušení hygienického režimu). Nulová hypotéza byla v těchto případech zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy (viz Kapitola 6.3). Wichsová (2020) v tomto kontextu dodává, že *„aktér perioperační péče, který má na mysli, že pacienta v první řadě nesmí poškodit, nemůže vědomě slevovat ze zásad hygieny.“* (Wichsová, 2020, s. 56).

Diplomová práce ve svém třetím cíli výzkumné části chtěla zjistit, jak je respondenty vnímán princip nonmaleficence v souvislosti s vedením ošetrovatelské dokumentace. K třetímu cíli diplomové práce také směřovaly výzkumné otázky č. 1, 2 a 3. Průzkumné šetření prokázalo, že respondenti hodnotili vedení ošetrovatelské dokumentace (položka č. 8 dotazníku) z velké části kladně, tj. 48 (41 %) zvolilo odpověď „ano“ a 57 (48,7 %) zvolilo odpověď „spíše ano“ (viz Tabulka 8). K hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace se zároveň vztahovala **výzkumná otázka č. 1**, tj. zda existuje závislost mezi hodnocením vedení ošetrovatelské dokumentace a pracovní pozicí, věkem, délkou praxe či stupněm dosaženého vzdělání. Testováním hypotéz H1-H4 bylo zjištěno, že na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost v těchto bodech, tudíž nulová hypotéza nebyla zamítnuta (viz Kapitola 6.3).

Čtvrtým cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit, jaký je nejčastější typ poškození pacienta v perioperační péči, se kterým se vybrané skupiny sester setkaly. Průzkumné šetření prokázalo, že s poškozením v perioperační péči se v posledních pěti letech setkalo 43 (36,8 %) sester, na rozdíl od 74 (63,2 %) sester z celkového počtu 117 respondentů

(viz Tabulka 17). Dále bylo zjištěno, že nejčastějším typem poškození pacienta za posledních pět let, se kterým se sestry setkaly, byla alergická reakce, kterou uvádí 21 (48,8 %) sester. Druhým nejčastějším typem poškození pacienta byl zapomenutý materiál v těle pacienta, se kterým se setkala 13 (30,2 %) sester a třetím nejčastějším typem poškození byl pád pacienta, u něhož bylo přítomno 12 (27,9 %) sester (viz Tabulka 18). Podobnou problematikou se zabývaly také autorky Penková, Kratochvílová, Štefková a Poulíková (viz Kapitola 5). Penková svým dotazníkovým šetřením zjistila, že z celkového počtu 71 (100 %) respondentů, se s poškozením pacienta v perioperační péči setkala 65 (92 %) respondentů a zároveň zjistila, že mezi tři nejčastější typy poškození pacienta v perioperační péči, se kterými se respondenti setkali, byla alergická reakce na dezinfekci 41 (15 %), popálení 38 (14 %) a alergická reakce na léky 31 (11 %). Z průzkumu Kratochvílové je zřejmé, že se během své praxe 32 (91,43 %) respondentů, pracujících na centrálních operačních sálech, a 30 (85,71 %), pracujících na oborových sálech, setkala s nežádoucí událostí u pacienta v souvislosti s perioperační péčí. Kratochvílová svým průzkumem prokázala, že na centrálních operačních sálech se 25 (14,79 %) respondentů setkala s alergickou reakcí, 22 (13,02 %) uvedlo zapomenutý materiál v těle pacienta, ztrátu, záměnu nebo znehodnocení biologického materiálu a 18 (10,56 %) bylo svědkem vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci. Na oborových sálech se respondenti nejčastěji setkali s alergickou reakcí 17 (21,79 %), s vysokofrekvenčním popálením 16 (20,51 %) a se záměnou operované strany 15 (19,23 %). Autorka Štefková svým šetřením zjistila, že z celkového počtu 80 respondentů, se s poškozením pacienta v perioperační péči setkala 60 (75 %) sester. Nejčastěji se jednalo o vysokofrekvenční popálení 44, otlaky 26 a zapomenutý materiál v operační ráně 17. Autorka Poulíková ve svém průzkumném šetření zjišťovala, s jakou nejčastější nežádoucí událostí se během své praxe respondenti setkali. Nejčastěji se jednalo o alergickou reakci 32 (17,2 %), záměnu operované strany 24 (12,9 %) a zapomenutou roušku v těle pacienta 22 (11,83 %). Lze konstatovat, že ve všech výše popsáných studiích byl společným jmenovatelem zapomenutý materiál v těle pacienta. V této souvislosti Steelmanová (2019) dodává, že americké studie z roku 2008 udávají, že zapomenutý materiál v těle pacienta byl přítomen v jednom případě z každých 5 500 operací. Mezi lety 2015 a 2017 studie ukázaly, že zapomenuté jehly, břišní roušky a jiný mulový materiál byly každý rok nejčastěji hlášenou nežádoucí událostí. Ze studie z roku 2018 vyplývá, že zapomenutý materiál v těle pacienta během chirurgického výkonu byl společně s pády pacienta nejčastější příčinou poškození pacienta v perioperační péči. Steelmanová et. al. (2018) dále uvádějí, že od října 2012 do září 2017 proběhla ve Spojených státech amerických studie, která mapovala zapomenutý materiál v těle pacienta, který byl nahlášen The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety.

Jednalo se o 319 případů. K poškození pacienta došlo v 69,6 % případů, z toho jeden pacient na následky těchto chyb umřel.

Pátým cílem výzkumné části práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější negativní faktory, které mohou vést k poškození pacienta v perioperační péči z pohledu vybraných skupin sester. Průzkumným šetřením bylo zjištěno (viz Tabulka 19), že dle názorů sester k těmto faktorům patří špatná komunikace mezi členy operačního týmu (54,7 %), nedostatek personálu (47,9 %) a únava (47,0 %). Podobnou problematiku zkoumaly autorky Vohrnová, Poulíková a Kratochvílová. Z průzkumu Vohrnové vyplynulo, že mezi tři negativní faktory, které mohou nejčastěji přispět k poškození pacienta v perioperační péči, respondenti zahrnuli nedodržování hygienicko-epidemiologického režimu 39 (32 %), únavu a stres 38 (31 %) a nedodržování standardních postupů 30 (26 %). Z průzkumu Poulíkové naopak vyplynulo, že respondenti považovali za tři nejčastější negativní faktory špatnou interpersonální komunikaci 46 (19,92 %), nedostatek personálu 44 (17,89 %), spěch v důsledku předimenzovaného programu 44 (17,89 %) a únavu 34 (13,82 %). Autorka Kratochvílová svým průzkumem zjistila, že mezi tři nejčastější negativní faktory v této souvislosti respondenti zvolili stres a nepozornost 39 (38,59 %), nedostatečnou interpersonální komunikaci 29 (22,99 %) a únavu 24 (22,99 %) (viz Kapitola 5). Jak bylo uvedeno výše, od roku 2012 do září 2017 proběhla ve Spojených státech amerických studie, která mapovala zapomenutý materiál v těle pacienta, který byl nahlášen The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety. Tato studie také mapovala faktory, které vedly k těmto chybám. Tyto negativní faktory byly identifikovány jako selhání lidského faktoru, selhání vedení a špatná komunikace mezi členy operačního týmu (Steelman et al., 2018). Na základě výše uvedených studií lze obecně říci, že nejčastějším společným jmenovatelem byla špatná komunikace mezi členy operačního týmu. Wichsová (2020) v této souvislosti dodává, že *„chyby v komunikaci vedou až v 70 % případů k nežádoucím událostem“*. (Wichsová, 2020, s. 39-40).

7.1 Limity výzkumu

V rámci výzkumné části diplomové práce byly identifikovány dva limity výzkumu.

Prvním limitem byla distribuce dotazníku pouze v online formě. Tato forma dotazníkového šetření nemusí vyhovovat všem respondentům. Je pravděpodobné, že některým respondentům by vyhovoval dotazník v papírové podobě. Dalším problémem online dotazníku mohou být

technické problémy, např. chybná funkce zvolené aplikace nebo potíže s připojením k internetu. Online dotazník byl zvolen z důvodu nejen snadné distribuce a přesnějšího vyhodnocení, ale také z důvodů hygienických, tzn. cílem bylo vyhnout se zanášení papírového dotazníku do prostorů operačního sálu.

Druhým limitem výzkumu byl počet a struktura respondentů zkoumaného vzorku. Zkoumaným vzorkem byly dvě skupiny všeobecných sester, tj. perioperačních a anesteziologických. Dotazníkové šetření získalo větší počet perioperačních než anesteziologických sester. Z hlediska míry reprezentativnosti vzorku by bylo možné vytknout neoslovení zdravotnických zařízení mimo hlavní město. Důvodem pro oslovení pouze dvou výše zmíněných nemocnic, byla skutečnost, že se jedná o fakultní nemocnice, s centralizovanými operačními sály, které jsou akreditované (certifikát kvality Spojené akreditační komise, o.p.s., Joint Commission International) a ve kterých je implementován perioperační bezpečnostní list, tudíž zkoumané prostředí obou nemocnic bylo podobného typu.

7.2 Doporučení pro praxi

Etický princip nonmaleficence je jedním z pilířů, o který se zdravotníci mohou opřít nejen v oblasti perioperační péče, ale napříč všemi medicínskými obory. Cílem zdravotníků je pacienta především nepoškodit a výše uvedený princip nám dává pomyslný návod, prostor ke zkoumání a hledání té nejlepší cesty, té nejlepší volby v přístupu ke každému jednotlivci.

- **Doporučení pro vzdělávání zdravotníků** – vzdělávání studentů zdravotnických oborů a následně zdravotnických profesionálů v oblasti etiky by mělo být součástí osnov na všech úrovních, s možností opřít se o kostru etických principů a etických kodexů a hledat v nich možný směr, zabývat se etickými otázkami a konkrétními případy ze zdravotnické praxe.
- **Doporučení pro další výzkum** – provedení dalšího výzkumu zabývajícího se touto tematikou s rozšířením o další zdravotnická pracoviště, popřípadě rozšíření okruhu respondentů o tyto profese: chirurg, anesteziolog, sanitář. Dále by mohlo být přínosné provést výzkum u studentů zdravotnických oborů, tj. mediků a studentů ošetrovatelství, kteří během svého studia vykonávají praxe na operačních sálech. Případný výzkum by je mohl podnítit k zamyšlení se nad důležitostmi zkoumané problematiky. Také by mohlo být zajímavé podrobněji prozkoumat etický princip beneficence, autonomie a spravedlnosti v perioperační péči.

- **Doporučení pro zdravotnická zařízení** – zajištění pravidelného a komplexního školení zdravotnického personálu v oblasti etiky a etického principu nonmaleficence, které by mohlo zahrnovat simulace situací, ve kterých je potřeba jednat v souladu s tímto principem.
- **Doporučení pro zdravotníky** – snažit se poskytnout všem pacientům odbornou a bezpečnou péči.

8 ZÁVĚR

Diplomová práce se věnovala problematice principu nonmaleficence v perioperační péči. Tato práce byla rozdělena na dvě tradiční linie, tj. na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část shrnula základní poznatky týkající se etického principu nonmaleficence v perioperační péči. Princip nonmaleficence je jedním z klíčových etických principů v medicíně. Tento princip zdůrazňuje povinnost zdravotnických pracovníků minimalizovat škodu a nepřinášet pacientovi újmu. V kontextu perioperační péče má tento princip zvláštní význam. Pacient podstupující chirurgický zákrok je zdravotníkům na operačním sále zcela vydán. A přestože perioperační péče zahrnuje širokou škálu klinických postupů, které mají za cíl minimalizovat riziko komplikací a zajistit bezpečný průběh chirurgického zákroku, k poškozením stále dochází. A proto je zcela zásadní se tímto principem zabývat a snažit se těmto poškozením předcházet.

Ve výzkumné části diplomové práce byla analyzována data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření, ve kterém byly zjišťovány názory anesteziologických a perioperačních sester na aplikování principu nonmaleficence v perioperační péči.

Lze konstatovat, že stanovené cíle diplomové práce byly splněny (viz Kapitola 1):

- Princip nonmaleficence v perioperační péči byl vymezen, jako soubor všech postupů a činností, které vedou k minimalizaci možného poškození pacienta podstupujícího chirurgický zákrok. Základním kamenem principu nonmaleficence je poskytnout pacientovi komplexní a bezpečnou péči. Tzn. dodržovat zásady bezpečnosti, dodržovat zásady hygienického režimu operačních sálů, zachovávat etický přístup k pacientům a znát etický kodex související s vykonávanou profesí.
- Z analýzy odpovědí vyplynulo, že s principem nonmaleficence v perioperační péči souvisí dle názorů respondentů zejména: důkladná předoperační evaluace pacienta, efektivní komunikace mezi členy operačního týmu a pacientem, řádné vedení ošetrovatelské dokumentace, dodržování hygienického režimu operačních sálů, etický přístup k pacientům a provedení perioperační bezpečnostní procedury.
- Dále bylo zjištěno, že vnímání principu nonmaleficence v souvislosti s dodržováním všech opatření týkajících se hygienického režimu operačních sálů je respondenty z většiny hodnoceno kladně.
- Analýza odpovědí také prokázala, že hodnocení respondentů ohledně vedení ošetrovatelské dokumentace mělo pozitivní rozměr.

- Výzkumné šetření dále identifikovalo nejčastější typy poškození pacienta v perioperační péči, se kterými se respondenti setkali na: alergickou reakci, zapomenutý materiál v těle pacienta a pád pacienta.
- Analýza odpovědí pak poukazuje na tři nejčastější negativní faktory, které mohou vést k poškození pacienta v perioperační péči. Těmito negativními faktory jsou: špatná komunikace mezi členy operačního týmu, nedostatek personálu a únavu personálu.

Etický princip nonmaleficence je nedílnou součástí perioperační péče. Dle mého názoru se bude princip nonmaleficence v perioperační péči nadále vyvíjet a zdokonalovat tak, aby byla zajištěna maximální bezpečnost a kvalita poskytované péče všem pacientům podstupujícím jakýkoliv chirurgický zákrok. Předpokládám, že se budou rozvíjet a zdokonalovat také vzdělávací programy pro zdravotnický personál zaměřené na etiku a principy nonmaleficence. To by mohlo vést k lepší informovanosti a uvědomění zdravotnického personálu o důležitosti dodržování etických principů v perioperační péči.

Současně by výsledky tohoto průzkumu mohly přispět k lepšímu povědomí v oblasti etiky a etických principů a tím poskytnout podklad pro další diskuse a rozvoj etických otázek v perioperační péči.

9 POUŽITÁ LITERATURA

9.1 Knihy

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetrovatelská péče: úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9.

ARISTOTELÉS. *Etika Nikomachova*. Páté nezměněné vydání. Praha: Rezek, 2021. ISBN 978-80-86027-44-9.

BÁRTLOVÁ, Sylva; SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.

BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-533570-5.

BÓRIKOVÁ, Ivana; POKORNÁ, Andrea a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Pády a ich prevencia u hospitalizovaných pacientov*. Martin: Osveta, spol.s.r.o., 2018. ISBN 978-80-8063-469-8.

BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-501-0.

FÍŠEROVÁ, Jaroslava. *Etika v ošetrovatelství*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1996. 60 s.

FRY, Sara T.; VEATCH, Robert M. a VEATCH, Robert M. *Case studies in nursing ethics*. 2nd ed. Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett, c2000. ISBN 0-7637-1333-3.

GOLDMANN, Radoslav a CICHÁ, Martina. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír a STEINLAUF, Barbora. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3263-8.

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

IVANOVÁ, Kateřina. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-069-6.

IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Lékařství. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-80-7013-598-3.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava; SVOBODA, Tomáš a WICHSOVÁ, Jana. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1727-7.

KACHLOVÁ, Miroslava a PLEVOVÁ, Ilona. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-1243-2.

KARLÍČEK, Miroslav. *Základy marketingu*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-5869-5.

KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8.

KUŘE, Josef. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana; CICHÁ, Martina a GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

MELICHERČÍKOVÁ, Věra. *Sterilizace a dezinfekce*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-139-1.

- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- NOVOTNÁ, Hedvika; ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna (ed.). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3.
- ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
- ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1696-6.
- OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 3. vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022]. ISBN 978-80-7345-726-6.
- PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.
- REICHARDT, Christiane; BUNTE-SCHÖNBERGER, Karin a VAN DER LINDEN, Patricia. *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí : překlad 2., aktualizovaného vydání*. Přeložil Renata HALMO, přeložil Jana MOHROVÁ. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0217-4.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-966-3.
- ŠEBLOVÁ, Jana a MATĚJEK, Jaromír. *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3007-8.
- ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
- ŠRÁMOVÁ, Helena. *Nozokomiální nákazy*. 3. vyd. Jessenius. Praha: Maxdorf, c2013. ISBN 978-80-7345-286-5.
- VÁCHA, Marek Orko; KÖNIGOVÁ, Radana a MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

TALIÁNOVÁ, Magda a TECLOVÁ, Lucie. *Základy dezinfekce a sterilizace ve zdravotnictví*. 2. doplněné a přepracované vydání. [Pardubice]: Univerzita Pardubice, 2023. ISBN 978-80-7560-468-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta a HOLUBOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

WICKER, Paul. *Perioperative Practice at a Glance*. 2015. John Wiley&Sons, 2015. ISBN 978-1-118-84215-7.

WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

WICHSOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1029-2.

ZEMANOVÁ, Jitka a MEZENSKÁ, Miluše. *Perioperační anesteziologická péče v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1740-6.

ZLÁMAL, Jaroslav. *Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Laboratoř růstových regulátorů, 2016. ISBN 978-80-7402-247-0.

ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 3. vydání. Biomedicínská statistika. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3416-6.

9.2 Odborné články

COLLINS, Susan J., Robin NEWHOUSE, Jody PORTER a Akkeneel TALSMA. *Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model*. AORN Journal [online]. 2014, Jul;100(1), 65-79 [cit. 2024-02-08]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.aorn.2013.07.024

GIRDLER, Steven J., Julia E. GIRDLER, Sandip P. TARPADA a Mathew T. MORRIS. *Nonmaleficence in medical training: Balancing patient care and efficient education*. Indian J Med Ethics [online]. 2019(Apr-Jun), 129-133 [cit. 2024-01-21]. Dostupné z: doi:10.20529/IJME.2018.100

PACOVSKÝ, Vladimír. *Umění, jak zacházet s věděním*. Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky. 2008, 18, 6, s. 20. ISSN 1210-0404.

PAVLOVÁ, Petra, Jana HOLÁ a Jiří ŠILLER. *Historické mezníky ošetrovatelské perioperační péče od poloviny 20. století po současnost: literární přehled* [online]. 2016, 2016(6) [cit. 2024-01-06]. Dostupné z:

https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/67698/Pavlov%20a1_%20200616_osestrovatelstvo_a_porodna_asistencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PAPADAKIS, Marios, Abdulwares MEIWANDI a Andrzej GRZYBOWSKI. *The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety* [online]. [cit. 2024-01-26]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ijssu.2019.07.006. Epub 2019 Jul 13. PMID: 31310820

RIEGEL, Fernando, Maria DA GRAÇA OLIVEIRA CROSSETTI, Jussara GUE MARTINI a Andrea APARECIDA GONÇALVES NES. *Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing*. Rev Bras Enferm [online]. 2021, (May 3;74(2): e20200139) [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: doi:10.1590/0034-7167-2020-0139. PMID: 33950115

STEELMAN, Victoria M. *Retained Surgical Items: Evidence Review and Recommendations for Prevention*. AORN Journal [online]. 2019, Jul;110(1), 92-96 [cit. 2024-02-08]. Dostupné z: doi:10.1002/aorn.12740. PMID: 31246305

STEELMAN, Victoria M., Clarissa SHAW, Laurel SHINE a Abbey J. HARDY-FAIRBANKS. *Retained surgical sponges: a descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017*. Patient Safety in Surgery [online]. 2018, (12) [cit. 2024-02-08]. Dostupné z: doi:10.1186/s13037-018-0166-0

ŠIMEK, Jiří. *Specifics of nursing ethics*. Kontakt 2016; 18(2): e64–e68; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.05.006>

ŠTĚCHOVÁ, Marie a Blanka HERMANNOVÁ. *Role anesteziologické sestry ve stomatochirurgii* [online]. 2009 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/role-anesteziologicke-sestry-ve-stomatochirurgii/>

STIEVANO, Alessandro a Verena TSCHUDIN. *The ICN code of ethics for nurses: a time for revision. International Council of Nurses* [online]. 2019(66(2), 154-156 [cit. 2024-01-23]. Dostupné z: doi:10.1111/inr.12525. Epub 2019 May 23. PMID: 31124137

VARKEY, Basil. *Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Medical Principles and Practice* [online]. 2021, (30), 17-28 [cit. 2024-01-21]. Dostupné z: doi:10.1159/000509119

WATSON, Donna S. *Concept Analysis: Wrong-Site Surgery. AORN Journal* [online]. 2015, 2015(6), 650-656 [cit. 2024-01-19]. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.03.012>

9.3 Internetové zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019. *Odměňování zdravotnických pracovníků* [online]. [cit. 2024-03-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/112643651/260024-19.pdf/bf124e97-fd37-4823a9a5-0cb824f309a4?version=1.0>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020. *Zaostřeno na ženy a muže* [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/120583268/30000220.pdf/45d09d6e670e-4d7f-842d-3f2a5bfc4201?version=1.7>

Česká televize 24. *V pražské nemocnici Bulovka kvůli záměně pacientek potratila zdravá žena.* In: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/v-prazske-nemocnici-bulovka-kvuli-zamene-pacientek-potratila-zdrava-zena-347624> [online]. 2024 [cit. 2024-04-11].

EORNA. *Common Core Curriculum for Perioperative Nursing.* <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf> [online]. 2019 [cit. 2024-01-20].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.* <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-7-2004-2/> [online]. Věstník 7/2004 [cit. 2024-01-23].

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, ČÁSTKA 5. *Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče* [online]. 2012 [cit. 2024-02-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp->

content/uploads/wepub/6452/36190/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%205-2012.pdf

VYHLÁŠKA Č. 306/2012 Sb. - *Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb* [online]. [cit. 2024-04-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe Surgery Save Lives* [online]. 2008 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. [online].2021[cit.2024-03-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Patient safety* [online]. 2023 [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

9.4 Ostatní

BENÁKOVÁ, Miluše. *Bezpečnostní proces v anesteziologické a perioperační péči*. [Safety process in anesthesiology and perioperative care]. Praha, 2017. s. 80, 3 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Jana Heczková

KRATOCHVÍLOVÁ, Tereza. *Bezpečnost pacienta na operačním sále* [online]. Pardubice, 2016 [cit. 2024-01-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/nzren1/>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová, Ph.D.

PENKOVÁ, Lenka. *Nejčastější komplikace u pacientů v perioperační péči* [online]. Brno, 2010 [cit. 2024-01-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7dhrtx/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Faculty of Medicine. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.

POULÍKOVÁ, Petra. *Pacient v perioperační péči – prevence rizik* [online]. Zlín, 2014 [cit. 2024-01-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vbldoe/>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Eva Hrenáková

ŠTEFANOVÁ, Pavla. *Bezpečnost pacienta na operačním sále* Online. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 2016. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/wd5uc/>. [cit. 2024-04-08].

VOHRNOVÁ, Ivana. *Bezpečnost pacienta na operačním sále – realizace resortních bezpečnostních cílů v provozu operačních sálů* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2024-01-09]. Available from: <https://theses.cz/id/qlyox7/>. Bachelor's thesis. University of West Bohemia, Faculty of Health Care Studies. Thesis supervisor Ing. Andrea Mašínová, MBA.

VORÁČKOVÁ, Jitka. *Etické aspekty perioperační péče* [online]. Plzeň, 2020 [cit. 2024-01-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/u6zavb/>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Krocová.

10 PŘÍLOHY

Příloha A Hippokratova přísaha	101
Příloha B – Vyhláška č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče	102
Příloha C WHO Surgical Safety Checklist	109
Příloha D Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů	110
Příloha E Etický kodex ICN	113
Příloha F Dotazník	115
Příloha G Výpočty z programu Statistica.....	121

Příloha A Hippokratova přísaha

Přisáhám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech božích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu:

Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl, budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění, budou-li si přát být tomuto učení a to bez odměny a bez smluvní listiny. Podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou. Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.

Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů ať se ženami nebo s muži, ať se svobodnými nebo otroky.

Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe, vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění, a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou, jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.

Zdroj: Haškovcová (2015)

Příloha B – Vyhláška č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

Způsob a rozsah hlášení infekčních onemocnění s výjimkou infekcí spojených se zdravotní péčí

(K § 62 odst. 1 zákona)

(1) Případy infekčních onemocnění jsou klasifikovány pro potřebu hlášení na

a) možný případ infekčního onemocnění s klinickou symptomatologií svědčící o onemocnění; nejedná se o potvrzený ani pravděpodobný případ,

b) pravděpodobný případ infekčního onemocnění s jasnou klinickou symptomatologií nebo klinický případ v epidemiologické souvislosti s potvrzeným případem infekčního onemocnění, případně laboratorní kritéria definovaná pro pravděpodobný případ,

c) potvrzený případ infekčního onemocnění splňující klinická a laboratorní kritéria, popřípadě diagnostická kritéria, nebo infekčního onemocnění s bezpříznakovým průběhem splňující jen laboratorní kritéria.

(2) Hlášení

a) zjištěných onemocnění, včetně podezření nebo recidiv tuberkulózy či jiných mykobakterióz, o úmrtí na tuberkulózu nebo jinou mykobakteriózu u osob nevidovaných ve skupině aktivní tuberkulózy nebo jiné mykobakteriózy (dále jen „tuberkulóza nebo jiná mykobakterióza podléhající hlášení“) a o zjištění tuberkulózy nebo jiné mykobakteriózy u osob nevidovaných ve skupině aktivní tuberkulózy, které zemřely z jiné příčiny, se podává elektronicky nebo na tiskopise „Povinné hlášení tuberkulózy a ostatních mykobakterióz“, a to v rozsahu údajů uvedených v příloze č. 6 k této vyhlášce,

b) u osob dispenzarizovaných ve skupině aktivní tuberkulózy se podává jednou ročně elektronicky nebo na tiskopise „Kontrolní hlášení tuberkulózy a ostatních mykobakterióz“, a to v rozsahu údajů uvedených v příloze č. 6 k této vyhlášce; obdobně se hlásí zjištění úmrtí osoby dispenzarizované ve skupině aktivní tuberkulózy, zjištění, že fyzická osoba dispenzarizovaná v uvedené skupině aktivní tuberkulózy nebo mykobakteriózy nemá, nebo přeřazení takové osoby do skupiny inaktivní tuberkulózy,

c) u osob zařazených do skupiny aktivní tuberkulózy a jiných mykobakterióz podléhající hlášení o změně příjmení, rodného čísla a dispenzarizujícího zařízení se podává elektronicky nebo na tiskopise „Hlášení o změně údajů u osob v Registru tuberkulózy“, a to v rozsahu údajů uvedených v příloze č. 6 k této vyhlášce,

d) pozitivního výsledku mykobakteriologického vyšetření se podává elektronicky, a to v rozsahu údajů uvedených v příloze č. 6 k této vyhlášce,

e) o pohlavní nemoci, včetně podezření na takové onemocnění [příjice (syfilis), kapavka (gonorrhoea), měkký vřed (ulcus molle), čtvrtá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venereum), granuloma venereum (Donovanosis)] a o úmrtí a podezření z úmrtí na ni se podává elektronicky nebo na tiskopise „Hlášení pohlavní nemoci“, a to v rozsahu údajů uvedených v příloze č. 6 k této vyhlášce,

f) o podezření, výskytu nebo úmrtí na ostatní infekční onemocnění, s výjimkou infekčních onemocnění uvedených v příloze č. 1 k této vyhlášce, se podává na tiskopise označeném „Hlášení infekční nemoci“, a to v rozsahu údajů uvedených v příloze č. 6 k této vyhlášce,

(3) Hlášení o infekčních onemocněních podává poskytovatel zdravotních služeb bezodkladně orgánu ochrany veřejného zdraví příslušnému podle místa výskytu infekčního onemocnění. Hlášení se podává podle jeho typu elektronicky v zabezpečeném formátu nebo na tiskopisech uvedených v odstavci 2.

(4) Infekční onemocnění, která se hlásí až při jejich hromadném výskytu, jsou uvedena v příloze č. 1 k této vyhlášce. Hlášení jsou podávána okamžitě telefonicky a následně bez zbytečného prodlení se potvrdí elektronickou poštou v zabezpečeném formátu.

(5) Hlášení život ohrožujícího nebo rychle se šířícího infekčního onemocnění nebo podezření na takové infekční onemocnění nebo epidemický výskyt podává ihned osoba poskytující péči orgánu ochrany veřejného zdraví příslušnému podle místa výskytu infekčního onemocnění osobně, telefonicky nebo elektronickou poštou.

(6) Hlášení infekčních onemocnění musí být v souladu se standardními definicemi vybraných infekčních onemocnění podle předpisu Evropské unie¹⁾.

§ 2

Způsob hlášení infekcí spojených se zdravotní péčí

(K § 16 odst. 2 zákona)

Hlášení infekcí spojených se zdravotní péčí se podává telefonicky nebo elektronickou poštou v zabezpečeném formátu. V případě nebezpečí z prodlení se hlášení podává vždy telefonicky.

§ 3

Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, a nemocí, jejichž léčení je povinné

(K § 45 odst. 3 a § 70 odst. 1 zákona)

Seznam infekčních onemocnění podle § 70 odst. 1 zákona je uveden v příloze č. 2 k této vyhlášce. V případě výskytu infekčních onemocnění uvedených v bodech 1 až 15 přílohy č. 2 k této vyhlášce musí být vždy nařízena izolace a léčení na infekčním oddělení, popřípadě oddělení tuberkulózy zdravotnického zařízení lůžkové péče.

§ 4

Lékařské prohlídky u fyzických osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné

[K § 20 písm. a) zákona]

Fyzická osoba vykonávající činnosti epidemiologicky závažné se podrobí lékařským prohlídkám a vyšetřením,

a) je-li postižena průjmovým, hnisavým nebo horečnatým onemocněním nebo jiným infekčním onemocněním anebo je-li podezřelá z nákazy, nebo

b) pokud byla v epidemiologicky významném kontaktu s nemocným s průjmovým onemocněním, virovou hepatitidou A nebo E nebo jiným závažným infekčním onemocněním.

§ 5

Zásady pro odběr a vyšetření biologického materiálu a náležitosti žádanky

[K § 62 odst. 4 písm. a) a b) zákona]

(1) Při odběru biologického materiálu a jeho vyšetření se postupuje podle těchto hygienických požadavků:

a) odběry biologického materiálu u poskytovatele zdravotních služeb lze provádět v místnostech nebo prostorech, určených pro manipulaci s biologickým materiálem, splňujících základní hygienické požadavky pro odběr biologického materiálu,

b) k odběru biologického materiálu se používají sterilní zdravotnické prostředky a diagnostické zdravotnické prostředky in vitro⁸⁾ (dále jen „zdravotnický prostředek“) a jednorázové rukavice, a to vždy pouze pro jednu vyšetřovanou fyzickou osobu; propustnost a odolnost rukavic musí odpovídat jejich použití a míře rizika biologických činitelů,

c) biologický materiál se odebírá zpravidla před zahájením léčby chemoterapeutiky nebo antimikrobiálními přípravky,

d) biologický materiál u infekčních onemocnění se odebírá s ohledem na patogenezi infekčního onemocnění; ke stanovení diagnózy se materiál odebírá zpravidla v akutním stadiu infekčního onemocnění; v případě sérologických vyšetření se odebere ještě druhý vzorek za 2 až 3 týdny po odběru prvního vzorku, jinak podle potřeby,

e) biologický materiál je nutno ukládat do standardizovaných nádob a do dekontaminovatelných přepravek deklarovaných pro přepravu vzorků spadajících do kategorie UN3373, s vyloučením rizika kontaminace žadaneč,

f) biologický materiál se transportuje tak, aby nedošlo k jeho znehodnocení fyzikálními vlivy a k ohrožení fyzických osob.

(2) Žádanka o vyšetření biologického materiálu musí obsahovat jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné číslo, případně číslo pojištěnce nebo datum narození, není-li číslo pojištěnce přiděleno, telefonní číslo, má-li její fyzická osoba nebo její zákonný zástupce k dispozici, státní příslušnost, pohlaví, resortní identifikátor pacienta, je-li přidělen, a adresu místa pobytu vyšetřované osoby v České republice, identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb a jeho adresu, jmenovku, podpis nebo v případě elektronické podoby žádanky ověření podle § 54a zákona o zdravotních službách a telefonní číslo lékaře žádajícího o vyšetření biologického materiálu, číselný kód zdravotní pojišťovny, u které je vyšetřovaná fyzická osoba pojištěna, druh materiálu, datum a hodinu odběru, datum prvních příznaků infekčního onemocnění, druh antibiotické terapie a její začátek, kód diagnózy dle aktuální verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a požadovaný druh vyšetření.

(3) Hlášení o laboratorním nálezů se podává okamžitě poskytovateli zdravotních služeb, který biologický materiál k vyšetření odeslal. Laboratorní nález potvrzující etiologii infekčního onemocnění hlásí laboratoř místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví podle místa, kde se pacient v době odběru biologického materiálu nachází.

(4) V případě reaktivního výsledku vyšetření na virus lidského imunodeficitu, vyšetření na syfilis, s výjimkou pacientů s již léčenou syfilis nebo bez podezření na relaps či reinfekci, se biologický materiál zasílá do Národní referenční laboratoře pro HIV nebo pro syfilis zřízené Ministerstvem zdravotnictví k zajištění konfirmačního vyšetření.

§ 6zrušeno

§ 7

Příjem a ošetřování fyzických osob ve zdravotnických zařízeních a vybraných zařízeních sociálních služeb

(K § 17 odst. 1 zákona)

(1) Hygienické požadavky na příjem a ošetřování fyzických osob v péči poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče, jednodenní péče i ambulantní péče jsou stanoveny v provozním řádu každého poskytovatele zdravotních služeb vždy s přihlédnutím k charakteru a rozsahu činnosti a formě poskytované zdravotní péče.

(2) Přijímající lékař poskytovatele zdravotních služeb poskytujícího lůžkovou péči, jednodenní péči nebo osoba, která posuzuje zdravotní stav fyzických osob přijímaných do týdenních stacionářů, domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (dále jen „vybrané zařízení sociálních služeb“), zaznamenává anamnestické údaje důležité pro možný vznik infekce spojené se zdravotní péčí včetně zjištění cestovní a epidemiologické anamnézy, popřípadě provádí příslušná vyšetření s ohledem na celkový zdravotní stav fyzické osoby a údaje zjištěné v rámci epidemiologické anamnézy. Dále zjišťuje, zda se podrobily stanoveným pravidelným a jiným očkováním nebo mají doklad, že jsou proti nákaze imunní nebo že se nemohou očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

(3) Lékař provádí klinické a sérologické vyšetření na syfilis s použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce u

a) všech těhotných žen ve třetím a sedmém měsíci těhotenství,

b) každého novorozence z pupečnickové krve,

c) každé ženy před provedením interrupce,

d) všech osob, které dovršily patnáctý rok věku a jsou přijímány na dermatovenerologické oddělení z důvodu diagnózy syfilis nebo podezření na tuto diagnózu,

e) osob, které dovršily patnáctý rok věku, přijímaných na jiná než dermatovenerologická oddělení, pokud to lékař považuje za odůvodněné.

(4) Při příjmu osoby s anamnézou aktivního i minulého nitrožilního užívání drog do péče poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče nebo dlouhodobé ambulantní péče se provede vyšetření základních markerů virové hepatitidy C, u osob, které nebyly prokazatelně očkovány, také markerů virové hepatitidy A a B. Této osobě je aktivně nabídnuto vyšetření na infekci HIV. V případě zjištění reaktivity při vyšetření protilátek proti virové hepatitidě C laboratoř provede nebo zajistí provedení amplifikačního testu HCV RNA z téhož krevního vzorku.

(5) Pokud je s ohledem na zdravotní stav fyzické osoby přijetí nezbytné i při podezření na počínající infekční onemocnění, je třeba provést adekvátní izolační a bariérová opatření, popřípadě přijímající lékař zajistí přeložení na příslušné oddělení. Obdobná povinnost platí i pro praktického lékaře, odborného lékaře a lékaře v poradně ambulantního zařízení.

(6) Fyzické osoby se umisťují do péče poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče především podle zdravotního stavu a způsobu nebo rozsahu zdravotní péče při zvážení a realizaci epidemiologických hledisek, zejména při riziku přenosu infekce, kolonizaci multirezistentními mikroorganismy, nosičství patogenních mikroorganismů nebo pobytu v ohnisku infekce. V případě zjištění kolonizace fyzické osoby vysoce rezistentními bakteriemi poskytovatel zdravotních nebo sociálních služeb zajistí bariérový způsob ošetřování.

(7) Při příjmu fyzických osob do zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb a jejich ošetřování, včetně odběru a vyšetření biologického materiálu, je-li nezbytnou součástí ošetřování, musí být dodrženy hygienické požadavky uvedené v příloze č. 3 k této vyhlášce; ve vybraných zařízeních sociálních služeb se postupuje podle charakteru a druhu poskytovaných služeb jako při příjmu a ošetřování, včetně odběru a vyšetření biologického materiálu, je-li nezbytnou součástí ošetřování, fyzických osob obdobně.

§ 8

Sterilizace, vyšší stupeň dezinfekce, dezinfekce

(K § 17 odst. 1 a 5 zákona)

Sterilizace, vyšší stupeň dezinfekce, metody dezinfekce, způsoby a postupy při jejich vykonávání včetně jejich kontroly jsou uvedeny v příloze č. 4 k této vyhlášce.

§ 9

Manipulace s prádlem

(K § 18 odst. 1 zákona)

(1) Výměna osobního prádla a lůžkovin pacienta ve zdravotnických zařízeních se provádí podle potřeby, nejméně však jednou týdně, vždy po kontaminaci a po operačním výkonu, popřípadě převazu a vždy po propuštění nebo přeložení pacienta.

- (2) Ve vybraných zařízeních sociálních služeb se výměna lůžkovin provádí podle potřeby, ale vždy po kontaminaci biologickým materiálem; frekvence obměny je stanovena v provozním řádu zařízení.
- (3) Při výměně lůžkovin se po propuštění nebo úmrtí pacienta nebo klienta vybraného zařízení sociálních služeb (dále jen „klient“) dezinfikuje lůžko a matrace. Nevypratelné, hrubě znečištěné a poškozené matrace a lůžkoviny se vyřadí z používání.
- (4) Použité prádlo se bezprostředně odkládá do vyčleněných obalů a třídí se, pokud je to nutné, pouze v místnosti k tomu určené s přirozeným nebo nuceným větráním. Při třídění prádla jsou používány osobní ochranné pracovní prostředky.
- (5) Lůžko se po provedené dezinfekci a kompletaci lůžkovin přikryje čistým prostěradlem nebo jednorázovým obalem do příchodu dalšího pacienta nebo klienta.
- (6) Praní osobních ochranných pracovních prostředků je zajišťováno s přihlédnutím k charakteru provozu zdravotnických zařízení a s přihlédnutím k možnosti rizika přenosu infekčního onemocnění.
- (7) Ve zdravotnických zařízeních a vybraných zařízeních sociálních služeb se na pokrytí vyšetřovacích stolů a lehátek, kde dochází ke styku s obnaženou částí těla pacienta nebo klienta, používá jednorázový materiál, který je měněn po každém pacientovi nebo klientovi.
- (8) V případě praní prádla subjektem odlišným od poskytovatele zdravotních nebo sociálních služeb postupuje poskytovatel zdravotních nebo sociálních služeb podle smlouvy o zajištění služeb praní prádla a provozního řádu poskytovatele zdravotních nebo sociálních služeb.
- (9) Způsob ukládání prádla z provozu zdravotnických zařízení, vybraných zařízení sociálních služeb nebo provozoven pro příjem prádla, jeho převážení, praní a zacházení s ním, jakož i vybavení prádelny stanoví příloha č. 5 k této vyhlášce.

§ 10

Hygienické požadavky na úklid zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb

(K § 17 odst. 1 zákona)

- (1) Úklid všech prostor zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb se provádí denně na vlhko, v případě potřeby i častěji. Tomuto způsobu úklidu musí odpovídat podle charakteru provozu podlahová krytina. Na operačních a zákrových sálech, kde jsou prováděny výkony porušující integritu kůže nebo sliznic, se úklid provádí vždy před začátkem operačního programu a vždy po každém pacientovi. Na pracovištích akutní lůžkové péče intenzivní se úklid provádí třikrát denně, v místnostech, kde se provádí odběr biologického materiálu, minimálně jednou denně podle provozní doby. Frekvence úklidu na ostatních pracovištích je přizpůsobena charakteru provozu a je stanovena v provozním řádu. V případě úklidu prováděného subjektem odlišným od poskytovatele zdravotních služeb nebo vybraného zařízení sociálních služeb postupuje pověřený odpovědný pracovník podle smlouvy a dezinfekčního nebo úklidového řádu.
- (2) Na pracovištích lůžkové, jednodenní a ambulantní péče, na operačních a zákrových sálech, v laboratořích a tam, kde je prováděn odběr biologického materiálu a výkony porušující integritu kůže nebo sliznic, na záchodech a v koupelnách se při úklidu používají běžné čisticí přípravky a dezinfekční přípravky s virucidním účinkem dle hodnocení rizika přenosu infekčního agens a rizika vzniku a šíření infekcí spojených se zdravotní péčí; dezinfekční přípravky se širším spektrem účinnosti se používají na pracovištích s výskytem infekčního agens vyžadujícího danou účinnost. Při úklidu ostatních prostorů lze používat běžné čisticí přípravky.
- (3) Každé pracoviště má vyčleněny podle účelu použití vlastní úklidové prostředky nebo úklidové stroje, výjimkou jsou pouze standardní ambulantní a lůžková oddělení stejného typu a charakteru skladby fyzických osob.
- (4) Při kontaminaci ploch biologickým materiálem se provede okamžitá dekontaminace potřísněného místa zejména překrytím buničitou vatou nebo jednorázovou utěrkou navlhčenou dezinfekčním

roztokem s virucidním účinkem nebo zasypáním absorpčními granulemi s dezinfekčním účinkem. Kontaminované místo se po uplynutí expoziční doby dezinfekčního přípravku očistí obvyklým způsobem. Použitá lůžka a matrace se dezinfikují v pokoji nebo centrální úpravně lůžek dezinfekčním prostředkem s virucidním účinkem po každém propuštění pacienta nebo klienta.

(5) Odpad se třídí v místě vzniku, nebezpečný odpad se ukládá do označených, oddělených, krytých, uzavíratelných, nepropustných a mechanicky odolných obalů, podle možnosti spalitelných bez nutnosti další manipulace s odpadem. Ostrý odpad se ukládá do označených obalů, které musí odpovídat požadavkům jiného právního předpisu²⁾. Nebezpečné odpady se neukládají do papírových obalů. Nebezpečný odpad vznikající u lůžek pacientů nebo klientů se z místnosti odnáší bezprostředně, z pracoviště pak průběžně, nejméně jednou za 24 hodin. Soustředování tohoto odpadu se provádí podle provozního řádu zařízení v nádobách k tomu určených, které musí odpovídat požadavkům podle jiného právního předpisu²⁾. Soustředování nebezpečného infekčního a anatomického odpadu před jeho konečným zpracováním je možné nejdéle 3 dny, a to ve vyhrazeném uzavřeném prostoru, nebo po dobu 1 měsíce v mrazicím nebo chlazeném prostoru při teplotě maximálně 8 °C. Vysoce infekční odpad, u kterého se s vysokou pravděpodobností předpokládá, že bude obsahovat biologické činitele skupiny 3 nebo 4 ve smyslu jiných právních předpisů^{3),12)}, musí být bezprostředně v přímé návaznosti na jeho vznik upraven v zařízení s validovanou technologií dekontaminace s prokazatelnou ověřenou účinností²⁾. V případě úpravy dekontaminací se postupuje podle jiného právního předpisu²⁾. Při nakládání s částmi těla a orgánů se postupuje podle jiného právního předpisu⁴⁾. Při evidenci odpadu, jeho přepravě a předání do zařízení určeného k nakládání s odpady se postupuje podle jiných právních předpisů⁵⁾. Při manipulaci s nebezpečným odpadem v dopravních prostředcích poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče a poskytovatele zdravotní péče, který poskytuje zdravotní péči při návštěvní službě, a při poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnické zařízení se přiměřeně použije postup podle tohoto odstavce.

(6) Malování místností zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb se provádí podle charakteru činnosti; zákrokové a operační sály, pracoviště akutní lůžkové péče intenzivní, odběrové místnosti, laboratoře, infekční oddělení, dětská a novorozenecká oddělení se malují jedenkrát ročně, ostatní prostory s výjimkou prostor zdravotnických zařízení nesloužících k poskytování zdravotních služeb jednou za 2 roky. Malování místností zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb se provádí vždy, dojde-li ke kontaminaci stěn nebo stropů biologickým materiálem. V případě aplikace antibakteriálních nátěrových hmot se postupuje podle návodu výrobce.

(7) V dopravních prostředcích poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče se provádí úklid a dezinfekce před zařazením do služby, jedenkrát denně v kabině řidiče a v prostoru pro pacienta. V případě kontaminace dopravního prostředku biologickým materiálem se provede vždy dezinfekce přípravkem s virucidním účinkem a mechanická očista před dalším převozem. V případě převozu fyzických osob s podezřením na infekční onemocnění nebo s infekčním onemocněním se provede dezinfekce prostoru pro pacienta po každém převozu dezinfekčním přípravkem se širokým spektrem dezinfekčního účinku, a to minimálně účinkem virucidním, baktericidním, tuberkulocidním a fungicidním. S ohledem na možné šíření infekčních nemocí provádějí poskytovatelé zdravotních služeb běžnou ochrannou dezinfekci a deratizaci, jejíž frekvence je stanovena v provozním řádu.

§ 11

Zrušovací ustanovení

Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, se zrušuje.

§ 12

Přechodné ustanovení

Podle přílohy č. 4 části III bodu 2 písm. a) se postupuje do doby vybavení pracoviště v oboru péče gastroenterologie podle přílohy č. 2 části II písm. B bodu 1.10. písm. i) vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve lhůtách stanovených v § 2 odst. 1 vyhlášky č. 92/2012 Sb.

§ 13

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. října 2012.

Zdroj: www.zakonyprolidi.cz



Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

<p>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?</p> <input type="checkbox"/> Yes
<p>Is the site marked?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>Is the anaesthesia machine and medication check complete?</p> <input type="checkbox"/> Yes
<p>Is the pulse oximeter on the patient and functioning?</p> <input type="checkbox"/> Yes
<p>Does the patient have a:</p> <p>Known allergy?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<p>Difficult airway or aspiration risk?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available
<p>Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

<input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.
<input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.
<p>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>Anticipated Critical Events</p> <p>To Surgeon:</p> <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?
<p>To Anaesthetist:</p> <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?
<p>To Nursing Team:</p> <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?
<p>Is essential imaging displayed?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

<p>Nurse Verbally Confirms:</p> <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed
<p>To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</p> <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?

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

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

Zdroj:

Příloha D Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů tak, jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.

Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.

Zdravotnický pacient je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.

Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.

Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.

Příloha D – pokračování

Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.

Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).

Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.

Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.

Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.

Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.

Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Příloha D – pokračování

Zdravotnický pracovník a společnost

Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na

podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.

Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.

Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.

Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.

Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.

Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.

Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Zdroj: www.mzcr.cz

Příloha E Etický kodex ICN

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Příloha E – pokračování

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdroj: Haškovcová (2015)

Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsem studentkou programu Specializace ve zdravotnictví v oboru perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice a předkládaný dotazník je součástí mé diplomové práce na téma „*Princip nonmaleficence (neškození, nepoškození) v perioperační péči*“. V této souvislosti Vás žádám o spolupráci. Informace získané tímto dotazníkem jsou anonymní a budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Pokyny pro vyplnění dotazníku – označte, prosím, vždy jen jednu možnost, pokud nebude uvedeno jinak.

Děkuji za spolupráci.

Bc. Petra Guznarová

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Věk

- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

4. Na jaké pozici v současné době pracujete?

- a) perioperační sestra
- b) anesteziologická sestra

Příloha F – Pokračování

5. Jak dlouho pracujete na pozici perioperační/anesteziologické sestry?

- a) do 5 let
- b) do 10 let
- c) do 15 let
- d) do 20 let
- e) déle než 20 let

6. Co se dle Vašeho názoru vztahuje k principu nonmaleficence (neškození, nepoškození) v souvislosti s perioperační péčí? (lze uvést 1 i více možností)

- a) důkladná předoperační evaluace pacienta
- b) efektivní komunikace mezi členy operačního týmu a s pacientem
- c) řádné vedení ošetrovatelské dokumentace
- d) dodržování hygienického režimu operačních sálů
- e) etický přístup k pacientům
- f) provedení perioperační bezpečnostní procedury (perioperační bezpečnostní protokol /WHO checklist
- g) vše z výše uvedeného
- h) nic z výše uvedeného
- i) jiné.....

7. Hodnotíte interpersonální komunikaci na Vašem pracovišti kladně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- b) ne

8. Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Příloha F – Pokračování

9. Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření, vztahující se k hygienickému režimu operačních sálů? (v rámci hygienicko-epidemiologického režimu Vaší nemocnice)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

10. Jak hodnotíte míru dodržování níže uvedených bodů (v rámci hygienicko-epidemiologického režimu Vaší nemocnice) na Vašem pracovišti?

	Dodržováno vždy	Spíše dodržováno	Spíše nedodržováno	Nedodržováno
Převlékání do operačního oděvu (halena, kalhoty) před vstupem na operační sál				
Přezouvání do sálové obuvi před vstupem na operační sál				
Vlasy zcela zakryté jednorázovou čepicí				
Používání ústenky, která plně zakrývá ústa i nos při vstupu na operační sál				
Přírodní nehty krátce zastřižené, nenalakované				
Žádné nošení šperků, hodinek v prostorách operačního sálu				
Žádné vnášení jídla a pití na operační sál				
Řádná dezinfekce rukou před vstupem na sál				
Dodržování doby expozice dezinfekčního přípravku při přípravě operačního pole				
Zarouškování po provedení antiseptiky operačního pole, po expozici a zaschnutí				
Dodržování zásad sterility během operačního výkonu				
Minimalizace pohybu a počtu osob na operačním sále				
Úklid a dezinfekce povrchů a podlah mezi jednotlivými operacemi				
Správný postup dekontaminace nástrojů				
Opatření k zamezení křížení čisté x špinavé zóny				
Správný postup chirurgického mytí a dezinfekce rukou				

Příloha F – Pokračování

11. Domníváte se, že porušení hygienického režimu operačních sálů, může být důvodem vzniku infekce v místě chirurgického výkonu (IMCHV)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

12. Pokud vidíte, že někdo na operačním sále porušuje hygienický režim, upozorníte ho na to?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

13. Kdo se dle Vašeho názoru nejčastěji dopouští přestupků proti hygienickému režimu na operačních sálech? (lze uvést 1 i více možností)

- a) anesteziolog
- b) anesteziologická sestra
- c) perioperační sestra
- d) chirurg
- e) sanitář/sanitářka
- f) studenti
- g) jiní.....

14. Mobilní telefony (osobní, pagery) na Vašem pracovišti:

- a) používáme pouze v prostorách k tomu určených
- b) vkládáme do uzavíratelných boxů k tomu určených, při vstupu na operační sál
- c) používáme bez omezení, včetně zóny aseptické, sterilní
- d) jiné.....

Příloha F – pokračování

15. Považujete provedení perioperační bezpečnostní procedury (perioperační bezpečnostní protokol /WHO checklist) za důležité?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

16. Máte na Vašich operačních sálech zaveden verifikační protokol u výkonů na párových orgánech či na stranově odlišných částech těla?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Došlo na Vašem pracovišti k poškození pacienta během operačního výkonu v posledních pěti letech?

- a) ano
- b) ne

18. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, označte, o jaké poškození se jednalo (lze uvést 1 i více možností)

- a) záměna pacienta
- b) záměna operované strany
- c) zapomenutý materiál v těle pacienta
- d) pád pacienta z operačního stolu
- e) ztráta, záměna nebo znehodnocení biologického materiálu
- f) vysokofrekvenční popálení (koagulací)
- g) alergická reakce (dezinfekční prostředek, léky)
- h) vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci
- i) otlaky, parézy
- j) jiné poškození.....

Příloha F – pokračování

19. Který z těchto faktorů, dle Vašeho názoru, nejčastěji vede k situaci, která má za následek poškození pacienta během operačního výkonu? (lze označit maximálně 3 možnosti)

- a) únava
- b) nedbalost
- c) stres
- d) špatná komunikace mezi členy operačního týmu
- e) nedostatek personálu
- f) nedodržení postupu lege artis
- g) nedostatek času
- h) jiné.....

20. Nechali byste se operovat na Vašem současném pracovišti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

21. Je dle Vašeho názoru důležité se etikou a principem nonmaleficence v perioperační péči zabývat?

- a) ano
- b) spíše ano
- b) spíše ne
- c) ne

22. Napadá Vás v souvislosti s principem nonmaleficence v perioperační péči něco dalšího? Kam se dle Vašeho názoru bude toto téma vyvíjet?

.....
.....

Příloha G - Výpočty z programu Statistica

H1

Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokur	2-Way Summary Table: Observed Frequencies		
	Na jaké pozici v současné době pracujete? anesteziologická sestra	Na jaké pozici v současné době pracujete? perioperační sestra	Row Totals
2	2	10	12
Column %	4,35%	14,08%	
3	22	35	57
Column %	47,83%	49,30%	
4	22	26	48
Column %	47,83%	36,62%	
Totals	46	71	117

Statistics: Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti kladně?(3) x Pozice(2)			
Statistic	Chi-square	df	p
Pearson Chi-square	3,447082	df=2	p=,17843
M-L Chi-square	3,763659	df=2	p=,15231

H2

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Věk & Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem p	117	0,008012	0,085927	0,931674

H3

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Jak dlouho pracujete na pozici & Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace	117	-0,079872	-0,859281	0,391973

H4

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? & Hodnotíte vedení ošetrovatelské dokumentace	117	-0,002477	-0,026561	0,978856

H5

		2-Way Summary Table: Observed Frequencies		
		Na jaké pozici v současné době pracujete? anesteziologická sestra	Na jaké pozici v současné době pracujete? perioperační sestra	Row Totals
Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření				
1		2	4	6
Column %		4,35%	5,63%	
2		8	11	19
Column %		17,39%	15,49%	
3		20	38	58
Column %		43,48%	53,52%	
4		16	18	34
Column %		34,78%	25,36%	
Totals		46	71	117

Statistics: Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření(4) x Pozicd(2)			
Statistic	Chi-square	df	p
Pearson Chi-square	1,574198	df=3	p=.66525
N-L Chi-square	1,569216	df=3	p=.66639

H6

		Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <.05			
Pair of Variables		Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Věk	& Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření	117	0,182654	1,992261	0,048712

H7

		Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <.05			
Pair of Variables		Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Délka praxe	& Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření	117	0,064088	0,688680	0,492412

H8

		Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <.05			
Pair of Variables		Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	& Domníváte se, že všichni pracovníci na operačních sálech, kde pracujete, dodržují všechna opatření	117	-0,225548	-2,48271	0,014482

H9

	2-Way Summary Table: Observed Frequencies		
	Na jaké pozici v současné době pracujete? anesteziologická sestra	Na jaké pozici v současné době pracujete? perioperační sestra	Row Totals
Pokud vidíte, že někdo na operačním sále porušuje hygienický režim, upozorníte ho na to?			
spíše ano	18	15	33
Column %	39,13%	21,13%	
ano	15	50	65
Column %	32,61%	70,42%	
spíše ne	13	6	19
Column %	28,26%	8,45%	
Totals	46	71	117

H10

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Věk & Pokud vidíte, že někdo na operačním sále porušuje hygienický režim, upozorníte ho na to?	117	0,309494	3,490322	0,000685

H11

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Délka praxe & Pokud vidíte, že někdo na operačním sále porušuje hygienický režim, upozorníte ho na to?	117	0,329048	3,736728	0,000292

H12

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? & Pokud vidíte, že někdo na operačním sále porušuje hygienický režim, upozorníte ho na to?	117	-0,106992	-1,15398	0,250900