

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2025

Bc. Alžbeta Pillárová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Perioperační bezpečnostní protokol - Inštruktáž a analýza jej efektivity
Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Alžbeta Pillárová**
Osobní číslo: **Z23221**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Perioperační bezpečnostný protokol – Inštruktáž a analýza jej efektivity**
Téma práce anglicky: **Surgical safety checklist – Instruction and its effectivity analysis**
Zadávací 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. Vytvoření videa, 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**
Jazyk zpracování: **Slovenština**

Seznam doporučené literatury:

- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol., 2024. *Management kvality a rizik perioperační péče*. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3461-8.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, SVOBODA, Tomáš a Jana, WICHISOVÁ, 2021. *Perioperační zásady v kostce*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-4334-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/perioperacni-zasady-v-kostce-2229379/>. [cit. 2025-02-22].
- LIBOVÁ, Ľubica, BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1404-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/oseetrovatelsky-proces-v-chirurgii-2229330/#>. [cit. 2025-02-15].
- WHO, 2009. *Guidelines for Safe Surgery 2009*. Online. WHO Geneva. ISBN 978 92 4 159855 2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1. [cit. 2025-02-15].
- WICHISOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1816-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/bezpecnost-a-etika-v-perioperacni-peci-2225929/>. [cit. 2025-02-13].
- WICHISOVÁ, Jana a TALIÁNOVÁ, Mada, 2020. *Vybrané kapitoly z bezpečnosti perioperační péče*. Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-305-9

Vedoucí diplomové práce: **MUDr. Tomáš Novotný, Ph.D., MBA**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **2. června 2025**
Termín odevzdání diplomové práce: **6. srpna 2025**

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

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 21. března 2025

PREHLÁSENIE AUTORKY

Prehlasujem:

Prácu s názvom Preioperačný bezpečnostný protokol – Inštruktáž a analýza jej efektivity som vypracovala samostatne. Všetky literárne pramene a informácie, ktoré som v práci využila, sú uvedené v zozname použitej literatúry. Bola som oboznámená s tým, že sa na moju prácu vzťahujú práva a povinnosti vyplývajúce zo zákona č. 121/2000 Sb., o práve autorskom, o právach súvisejúcich s právom autorským a o zmene niektorých zákonov (autorský zákon), v znení neskorších predpisov, zvlášť so skutočnosťou, že Univerzita Pardubice má právo na uzatvorenie licenčnej zmluvy o užití tejto práce ako školského diela podľa § 60 odst. 1 autorského zákona a s tým, že pokiaľ dôjde k užitiu tejto práce mnou alebo bude poskytnutá licencia o užití inému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávnená odomňa požadovať primeraný príspevok na úhradu nákladov, ktoré vynaložila a to podľa okolností až do ich skutočnej výšky. Beriem na vedomie, že v súlade s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o zmene a doplnení ďalších zákonov (zákon o vysokých školách), v znení neskorších predpisov a smernicou Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, v znení neskorších dodatkov, bude práca zverejnená prostredníctvom Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubiciach dňa 31.7.2025

Bc. Alžbeta Pillárová v.r.

POĎAKOVANIE

Ďakujem za neoceniteľnú pomoc, cenné pripomienky, rady a podporu pri spracovaní diplomovej práce MUDr. Tomášovi Novotnému, PhD., MBA i všetkým, ktorí svojimi radami prispeli k jej vzniku. Ďalej moje poďakovanie patrí všetkým, ktorí sa podieľali na tvorbe inštruktážneho videa. Zvlášť pacientom, ktorý súhlasili s natáčaním v ťažkej situácii, personálu nemocnice i ostatným členom tímu, bez ktorých by jeho vznik nebol možný. V neposlednej rade ďakujem za podporu svojej najbližšej rodine a kolegom na pracovisku.

ANOTÁCIA

Diplomová práca sa venuje perioperačnému bezpečnostnému protokolu. Teoretická časť popisuje bezpečnosť pacienta, bezpečnú chirurgiu a management kvality i rizík v oblasti perioperačnej starostlivosti vo všeobecnej rovine. Zameriava sa aj na význam, pôvod a používanie bezpečnostnej procedúry vo svete i v prostredí operačných sál na území Českej republiky. Cieľom teoretickej časti bolo vytvoriť oporu pre časť prieskumnú, a teda praktickú, ktorá sa zameriava na tvorbu inštruktážneho videa a následne na zisťovanie názorov zdravotníkov na zvolenú formu edukácie. Metódou zberu dát bol pološtrukturovaný rozhovor. Získané dáta boli tematicky analyzované podľa Braun a Clarke (2006). Cieľom výskumnej časti bolo zistiť pohľad zdravotníkov, ktorí bezpečnostný protkol využívajú v každodennej praxi, na inštruktáž formou vytvoreného videa. Bolo zistené, že edukácia je vnímaná pozitívne a je vhodná na implementáciu do praxe.

KLÚČOVÉ SLOVÁ

Bezpečná chirurgia, inštruktážne video, perioperačný bezpečnostný protokol, pološtrukturovaný rozhovor

TITLE

Surgical safety checklist – instuction and analysis of its effectivity

ANNOTATION

The focus of this thesis is the surgical safety checklist and its implementation. First, the theoretical part describes patient safety, safe surgery practices, and quality and risk management in perioperative care in general. Additionally, the goals, origin, and implementation of the safety checklist around the world and in Czech Republic are also described here. The goal was to create the foundation for the second part of the thesis. In this part, the practical chapters focus on

creating an instructional video and then to find out the opinions of health professionals on the chosen form of education. The data collection method was a semi-structured interview. The obtained data were thematically analyzed according to Braun and Clarke (2006). The aim of the research part was to determine the view of healthcare professionals, who use safety protocols in everyday practice, on the instruction in the form of a created video. It was found that the education is perceived positively and is suitable for implementation into practice.

KEYWORDS

Safe surgery, semi-structured interview, surgical safety checklist, instructional video

Obsah

Úvod.....	14
1 CIELE A METÓDY PRÁCE.....	16
1.1 Cieľ práce.....	16
1.2 Metódy k dosiahnutiu cieľa.....	16
TEORETICKÁ ČASŤ.....	17
2 BEZPEČNOSŤ PACIENTA.....	17
2.1 Bezpečnosť ako potreba.....	17
2.2 Pacient v chirurgii.....	17
2.2.1 Chirurgia.....	18
2.2.2 Ošetrovatel'stvo v chirurgii.....	18
2.3 Bezpečná chirurgia.....	20
2.3.1 Chirurgický výkon u správneho pacienta na správnom mieste.....	20
2.3.2 Podanie bezpečnej anestézie a prevencia bolesti.....	21
2.3.3 Pripravenosť na problémy so zaistením dýchacích ciest a krvnými stratami.....	21
2.3.4 Alergická alebo nežiadúca reakcia na lieky.....	22
2.3.5 Obmedzenie rizika infekcie v mieste chirurgického výkonu.....	22
2.3.6 Predchádzanie nechcenému ponechaniu nástroja alebo materiálu v rane.....	22
2.3.7 Správne a bezpečné označenie odobratého biologického materiálu.....	23
2.3.8 Efektívna komunikácia v tíme.....	23
2.3.9 Vykonávanie stáleho dozoru nad výsledkami chirurgickej starostlivosti.....	24
2.3.10 Rezortné bezpečnostné ciele MZČR.....	24
2.4 Čistá starostlivosť = bezpečná starostlivosť.....	25
2.4.1 Incidencia a dôsledky infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou.....	25
2.4.2 Infekcia spojená s chirurgickou starostlivosťou.....	26
2.4.3 Prevencia vzniku infekcie v mieste chirurgického výkonu.....	27
2.5 Manažment kvality.....	28
2.5.1 Manažment a hodnotenie kvality zdravotníckej starostlivosti.....	29
2.5.2 Manažment kvality v perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti.....	30
2.5.3 Manažment rizík a riadenie rizík.....	31
2.5.4 Riziká v perioperačnej starostlivosti.....	32

2.6 Dokumentácia na operačnej sále.....	34
2.7 Edukácia v zdravotníctve.....	35
2.7.1 Proces edukácie v zdravotníckom zariadení.....	35
2.7.2 Didaktické zásady edukácie.....	35
2.7.3 Edukačné metódy.....	36
3 BEZPEČNOSTNÝ PERIOPERAČNÝ PROTOKOL.....	37
3.1 Vznik bezpečnostného perioperačného protokolu.....	37
3.2 Použitie bezpečnostného protokolu v praxi.....	38
3.3. Časti bezpečnostného perioperačného protokolu.....	39
3.3.1 Pred uvedením do anestézie.....	40
3.3.2 Pred chirurgickou incíziou.....	41
3.3.3 Pred transportom pacienta z operačnej sály.....	42
PRIESKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČASŤ.....	43
4 METODIKA PRIESKUMNEJ (PRAKTICKEJ) ČASTI.....	43
4.1 Ciele práce.....	43
4.2 Prieskumné otázky.....	43
4.3 Metodika tvorby inštruktážneho videa.....	44
4.4 Scenár inštruktážneho videa.....	47
4.5 Metodika výskumnej časti.....	64
4.6 Účelový výber komunikačných partnerov.....	65
4.7 Charakteristika komunikačných partnerov.....	65
4.8 Príprava na zber dát.....	66
4.9 Spracovanie a tématická analýza dát.....	67
5 INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV ROZHOVOROV.....	69
5.1 Interpretácia výsledkov rozhovoru.....	69
5.1.1 Zrozumiteľnosť a vnímanie obsahu.....	70
5.1.2 Relevancie obsahu.....	71
5.1.3 Novosť informácií.....	72
5.1.4 Praktická využiteľnosť.....	73
5.1.5 Motivácia a postoj k zmene.....	75
5.1.6 Technické a didaktické spracovanie.....	76
5.1.7 Návrhy na zlepšenie.....	77

5.1.8 Celkové hodnotenie.....	78
6 DISKUSIA.....	79
6.1 Vyhodnotenie prieskumných otázok.....	80
6.2 Odporúčanie pre prax.....	82
6.3 Hodnotenie priebehu diplomovej práce.....	83
7 ZÁVER.....	85
8 POUŽITÁ LITERATÚRA.....	88
8.1 Primárne zdroje.....	88
8.2 Sekundárne zdroje.....	90
8.3 Odborné články.....	90
8.4 Internetové zdroje.....	92
8.5 Ostatné.....	92
9. PRÍLOHY.....	93

ZOZNAM OBRÁZKOV A TABULIEK

Zoznam obrázkov

Obrázok 1-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	48
Obrázok 2-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	50
Obrázok 3-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	51
Obrázok 4- ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	52
Obrázok 5-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	55
Obrázok 6-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	56
Obrázok 7-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	58
Obrázok 8-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	59
Obrázok 9-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	61
Obrázok 10-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba).....	63
Obrázok 11 - Schéma tématických oblastí (zdroj vlastný, 2025).....	69

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).....	70
Tabuľka 2: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).....	71
Tabuľka 3: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).....	72
Tabuľka 4: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).....	73
Tabuľka 5: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).....	75
Tabuľka 6: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).....	76
Tabuľka 7: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).....	77
Tabuľka 8: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).....	78

ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK

atď. – a tak ďalej

č. – číslo

ČR – Česká republika

EU – Európska únia

HCAI – Health Care Associated Infection (infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou)

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Spojená komisia pre akreditáciu zdravotníckych zariadení)

min. – minúta

MZČR – Ministerstvo zdravotníctva českej republiky

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OOPP – osobné ochranné pracovné pomôcky

PBP – perioperačný bezpečnostný proces

PDCA – plan, do, study/check, act – plánovanie, vykonanie, štúdium/kontrola, jednanie (Demnigov cyklus)

p.n.l. – pred našim letopočtom

s. – strana

SAK – Spojená akreditační komise

SHNU – Systém hlášení nežádoucích událostí

USA – Spojené štáty americké

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHA – World Health Assembly (Svetové zdravotnícke zhromaždenie)

WHO – World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)

Úvod

V roku 2009 po prvýkrát predstavila Svetová zdravotnícka organizácia stratégiu perioperačného bezpečnostného protokolu. Program „*Safe Surgery Saves Lives*“ (Bezpečná chirurgia zachraňuje životy) vznikol na základe snahy znížiť úmrtnosť ako následok chirurgického zákroku. Cieľom bolo predísť nebezpečným a ohrozujúcim situáciám v každodennej chirurgii (WHO, 2009, s 4).

Samotnému vzniku programu predchádzal prieskum aktuálnej situácie vo svete, ktorý prebiehal pod záštitou WHO. Prvotným podnetom k zmenám bola konfrontácia s dôkazmi o značnom poškodzovaní zdravia z dôvodu nedostatočnej bezpečnosti pacientov. Svetové zdravotnícke zhromaždenie (WHA) už v roku 2002 prijalo rezolúciu (WHA55.18), ktorá naliehavo vyzývala krajiny na posilnenie bezpečnosti v oblasti zdravotnej starostlivosti a monitorovacích systémoch. V roku 2004 povolilo WHA vznik medzinárodnej aliancie (WHO Patient Safety), ktorej cieľom bolo zlepšenie bezpečnosti pacienta na globálnej úrovni. Nasledovalo spojenie predstavenstiev organizácií, politikov i skupín zastrešujúcich práva pacientov po celom svete, so zmyslom spoločne dosiahnuť cieľ: „*First do no harm*“ (V prvom rade nespôsobiť škodu). Spustila sa kaskáda celej rady jednaní a konaní s jediným zámerom: dosiahnuť zlepšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a pozdvihnúť úroveň bezpečnosti pacientov po celom svete. Výsledkom bol vznik Globálnych výziev na bezpečnosť pacienta. Hneď druhou témou vrámci spomínaných výziev bola v rokoch 2007-2008 bezpečná chirurgia. Okamžite vznikla snaha na identifikáciu kritických oblastí. Nasledovalo rozpracovanie problematiky a v roku 2009 úspešne vznikol návrh na samotný protokol a návod na jeho následnú implementáciu do praxe (WHO, 2009, s 2).

Diplomová práca s názvom „Bezpečnostný perioperačný protokol – inštruktáž a analýza jej efektivity“ je rozdelená do dvoch častí. Prvý celok je venovaný práve popisu bezpečnosti pacienta a samotnej bezpečnostnej procedúre. Do pozornosti prináša tému bezpečnej chirurgie i hygieny. V oblasti bezpečnostného perioperačného protokolu sa zameriava na dôvod jeho vzniku i priebeh rodiacej sa novej éry bezpečnej chirurgie. Sústreďí sa nie len na históriu, ktorá je pre pochopenie dôležitosti témy podstatná, ale aj na neustálu aktuálnosť problematiky. Popisuje jednotlivé časti protokolu ako nám ich prezentuje WHO vo svojich návodoch ale aj tuzemský autori. Nezabúda na žiadny krok bezpečnostnej procedúry s cieľom upozorniť na nehasnúce problémy, ktoré prináša aj moderná chirurgia. Obsah teoretickej časti zaisťuje kontext s časťou praktickou a je zdrojom informácií pre inštruktážny materiál, ktorý vznikol. Kapitoly v

teoretickej časti boli zvolené podľa oblastí, ktorým venuje pozornosť WHO vrámci bezpečnosti pacienta v chirurgii.

Samotná téma diplomovej práce bola zvolená na základe nehasnúcej dôležitosti otázky bezpečnosti pacienta a prináša pohľad na túto problematiku v našich podmienkach. V druhej časti, ktorá je praktická, autorka priamo reaguje na potrebu vzniku inštruktáže. Obsahom je správna implementácia bezpečnostnej procedúry v nemocnici, s ktorou bola nadviazaná spolupráca. Zmenami vnútorných smerníc často vznikajú požiadavky na dovedenie zdravotníkov pracujúcich nie len na operačných sálach, ale aj všetkých, ktorých sa celý protokol týka. Snahou bolo zvoliť modernú a atraktívnu metódu, čo po mnohých diskusiách vyústilo vo voľbu inštruktážneho videa.

Ciele práce sú zamerané nielen na vytvorenie inštruktáže pre zdravotníkov, ale aj na zisťovanie názorov vzdelávaných zdravotníkov na samotnú formu a obsah inštruktáže prostredníctvom pološtruktúrovaného rozhovoru. Rozhovory boli uskutočnené s piatimi všeobecnými sestrami s rôznou dĺžkou praxe, pracujúcimi na rôznych pozíciách. Prieskumná časť zisťuje subjektívne vnímanie inštruktážneho videa. Posledné kapitoly sú venované interpretácii dát, vyhodnoteniu a následne diskusi.

1 CIELE A METÓDY PRÁCE

1.1 Cieľ práce

Hlavným cieľom diplomovej práce je vytvoriť kvalitné inštruktážne video v spolupráci s nemocnicou krajského typu.

Čiastkový cieľ

1. Vytvoriť teoretický prehľad o problematike bezpečnostnej procedúry.
2. Zistiť subjektívne vnímanie a pohľad všeobecných sestier na zvolenú formu inštruktáže.

1.2 Metódy k dosiahnutiu cieľa

Teoretická časť je literárnou rešeršou na tému bezpečnosť pacienta a perioperačný bezpečnostný protokol. Venuje sa téme bezpečnosti pacienta v chirurgii, čistej chirurgii a ďalej poskytuje informácie o histórii a vzniku procedúry. Popisuje jednotlivé časti a význam používania v každodenných situáciách. Upozorňuje na dôležitosť a aktuálnosť zvolenej problematiky. Časť teoretická je zdrojom informácií pre vytvorenie scenára k inštruktážnemu videu, ktoré je náplňou väčšiny praktickej časti diplomovej práce. Informácie z rešerše spolu so znením novej smernice v nemocnici sú podkladom pre edukáciu zdravotníkov vo vybranej nemocnici. Obsah scenára bude po odbornej stránke diskutovaný nie len s vedúcim diplomovej práce, ale aj s manažérom kvality, ktorý je zodpovedný za presnosť a správnosť inštruktáže. Základom pre vytvorenie samotného scenára je „*story board*“ (panel deja, scenár multimedialnej aplikácie), ktorý je dielom autorky. Jednotlivé scény boli rozkreslené a následne k nim bol vytvorený text. Spojením vznikol scenár. Praktické prevedenie a možnosť reálneho uskutočnenia bude opäť diskutovaná nie len s vedúcim práce, ale aj s kameramanom z nemocnice. Po schválení scenára bolo video natočené a neskôr doplnené o text rozprávača. Zisťovanie pohľadu zdravotníkov bolo uskutočnené formou kvalitatívneho výskumu. Dáta boli získané formou pološtruktúrovaného rozhovoru a tematicky analyzované podľa Braun a Clarke (2006).

TEORETICKÁ ČASŤ

Bezpečnosť pacienta je hlavnou zásadou práce na operačnej sále. V priebehu starostlivosti o pacienta napriek tomu nastávajú situácie, ktoré častokrát vyústia v komplikácie počas alebo po operačnom výkone. Navzdory výsledkom štúdií WHO i iných, ktoré upozorňujú na dôležitosť témy a vyzývajú na zmenu, je implementácia bezpečnostnej procedúry, ktorá je návodom na ochranu pacienta, v našich podmienkach pomalá. Odmietavý postoj personálu v spojitosti s pomalou reakciou vedúcich pracovníkov, je jedným z faktorov ovplyvňujúcich zavedenie samotného protokolu do praxe (Wichsová, 2013, s. 396, 401).

2 BEZPEČNOSŤ PACIENTA

Strach o zdravie a život, či obavy o bezpečnosť sprevádzajú ľudstvo od nepamäti a nespájame ich len s chorobou a jej následnou liečbou. Potreba ochrany je jednou zo základných a patrí k ľudstvu od počiatku. Pramení v pude sebazáchovy, ktorý chápeme ako vrodenu obrannú reakciu s cieľom uchrániť seba a vlastné bezpečie, ale aj bezpečnosť rodiny či celého spoločenstva. Vedomie vlastnej smrteľnosti a strach z nezvládnutej bolesti vyúsťujú v obavy. Tento fakt je predmetom skúmania v oblasti filozofie už od obdobia antiky (Wichsová, 2020, s. 9).

2.1 Bezpečnosť ako potreba

K základným ľudským potrebám rozhodne patrí potreba bezpečnosti. Americký psychológ a tvorca známej pyramídy potrieb Abraham H. Maslow považuje bezpečnosť za dôležitú. Umiestňuje túto potrebu hneď nad fyziologické, keďže bezpečnosť je predpokladom ďalšieho rozvoja a rastu ľudskej bytosti. V prípade, že je pocit bezpečia narušený, dochádza k regresii všetkých vyšších potrieb, ktoré sú do navrátenia tohto stavu potlačované. Iný pohľad na problematiku napríklad prináša nemecký psychoanalytik Fritz Riemann. Úzkosť definuje ako nevyhnutnú súčasť nášho života. Zvládnutie tejto skutočnosti je podľa neho odvekým bojom človeka, keďže nás strach sprevádza od narodenia po úmrtie. Vo svojej teórii popisuje štyri kategórie úzkosti. Otázkou bezpečia sa zaoberá psychológia až dodnes. Príkladom môže byť Erikson, Giddens či Keller (Wichsová, 2020, s. 11-13).

2.2 Pacient v chirurgii

Medzi základné faktory, ktoré ovplyvňujú nie len priebeh, ale aj výsledok chirurgického výkonu patrí: skúsenosť chirurga a celého tímu, správny postup a úroveň hygienických opatrení (Wichsová, 2020, s. 18). Pacienta v chirurgii ohrozuje celá rada možných komplikácií spojených

s chirurgickou starostlivosťou, a ktoré identifikuje a uvádza vo svojich odporučeniach WHO. Samotné možné riziká budú rozpracované v nasledujúcich kapitolách (WHO, 2009, s. 3).

2.2.1 Chirurgia

Chirurgia je základným lekárskeým odborom. Náplňou je prevencia, diagnostika i operačná liečba. Pôvod slova chirurgia má korene v gréckom slove „*cheirurgia*“, čo v preklade znamená práca rukou. Ako napovedá gréčtina, chirurg pracuje najmä rukami, za použitia rôznych nástrojov alebo prístrojov. Základom je manuálna i technická zručnosť. Pre zaistenie kvalitnej starostlivosti o pacienta, je nutnosťou erudovaný zdravotnícky tím, keďže práca v oblasti chirurgie je v prvom rade tímovou spoluprácou medzi lekárskeými a nelekárskymi odborníkmi (Libová et al., 2019, s. 19).

Charakteristickou črtou chirurgickej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach je použitie intervenčných metód, teda operácií. Cieľom operácie môže byť diagnostika, ale aj liečba ochorenia. Všeobecná chirurgia sa člení na množstvo pododborov napríklad: brušnú chirurgiu, hrudnú chirurgiu, kardio chirurgiu či traumatológiu a ortopédiu (Wichsová, 2020, s.31).

V roku 2019 bola v Českej republike uskutočnená operácia v priebehu 648,6 tisíc hospitalizácií, čo činí 27,4% zo všetkých hospitalizácií. Najčastejšie na oddelení plastickej chirurgie (90,1%) a ortopédie (82,6%). Absolútne najvyšší počet hospitalizovaných a zároveň operovaných pacientov bol na oddeleniach chirurgie (27,7%) a gynekológie (20,1%). 50% operovaných tvoria ženy vo veku 45-49 rokov a podiel operovaných mužov vo veku 20-34 rokov tvorí 40% (ÚZIS ČR, 2021, s. 13-14).

2.2.2 Ošetrovatel'stvo v chirurgii

Ošetrovatel'stvo v chirurgii je aplikovaným odborom, vychádzajúcim z odboru chirurgia a ošetrovatel'stvo. Cieľom je pomáhať pacientom a ich rodinám v prípade choroby, ale aj v zdraví. Sústredí sa na činnosti prispievajúce k zdraviu, uzdraveniu či pokojnému a kľudnému umieraniu a smrti. Úlohy ošetrovatel'stva v chirurgických odboroch sa orientujú najmä na poskytovanie komplexnej starostlivosti pacientovi v perioperačnom období, chorému s úrazom alebo náhlym stavom (Libová et al., 2019, s. 19-22).

Perioperačné obdobie rozdeľujeme na tri časti. Do prvej časti patrí ošetrovatel'ský proces v predoperačnom období. Toto obdobie začína rozhodnutím o operácii a končí prevozom pacienta na operačnú sálu. Zahŕňa tri druhy prípravy pacienta: všeobecnú, špeciálnu a bezprostrednú. Už v predoperačnom období nachádzame medzi ošetrovatel'skými diagnózami, realizovanými podľa

NANDA medzinárodnej taxonómie, diagnózy vyplývajúce z potreby bezpečnosti (Libová et al., 2019, s. 179-183).

Príklady ošetrovateľských diagnóz v nadväznosti na potrebu bezpečnosti:

- úzkosť (00146),
- duševná tieseň (00066),
- strach (00148),
- nespavosť (00095) (Libová et al., 2019, s. 179-183).

Pod pojmom intraoperačné obdobie rozumieme časový úsek od prevzatia pacienta na operačnú sálu po jeho prevoz na JIS, štandardné alebo iné oddelenie. Zodpovednosť za ošetrovanie pacienta v tomto čase nesie operačná a anestéziologická sestra. Jednou zo zásad ošetrovateľskej starostlivosti počas intraoperačného obdobia je tímová spolupráca. Pacientovi garantuje kvalitnú komplexnú starostlivosť. Do tímu môže patriť: operatér a jeho asistenti, inštrumentárka a obiehajúca sestra, ošetrovateľ, anestéziologická sestra, anestéziológ či ďalší pracovníci (rtg laborant, technik, perfuzionista,...). Aj v tomto období nachádzame ošetrovateľské diagnózy priamo nadväzujúce na bezpečnosť pacientov (Libová et al., 2019, s. 191-195).

Príklady ošetrovateľských diagnóz v nadväznosti na bezpečnosť pacienta na operačnej sále:

- riziko pádu (00155),
- riziko aspirácie (00039),
- riziko perioperačného poranenia (00087),
- riziko infekcie (00004),
- riziko alergickej reakcie (00217) (Libová et al., 2019, s. 191-195).

Obdobie pooperačnej ošetrovateľskej starostlivosti začína väčšinou prebudením pacienta z anestézie a končí jeho prepustením do domácej starostlivosti (Libová et al., 2019, s. 205). Ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta v období po operačnom výkone je možno podľa Libovej et al. (2019, s. 205-206) i podľa Schneiderovej (2014, s. 72) rozdeliť na bezprostredné pooperačné obdobie a starostlivosť na štandardnom lôžkovom oddelení.

Príklady ošetrovateľských diagnóz v spojitosti s potrebou bezpečia pacienta po operácii:

- zhoršená spontánna ventilácia (00033),

riziko infekcie (00004),

- akútna zmätenosť (00128),
- deficit sebestačnosti pri kúpaní (00108) atď. (Libová et al., 2019, s. 208).

2.3 Bezpečná chirurgia

V klinickej praxi existuje celá rada opatrení, ktoré pôsobia preventívne, so zámerom splniť cieľ: *Bezpečná chirurgia zachraňuje životy*. Tému bezpečnosti pacienta sa Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) venuje už dlhodobo. V období medzi rokmi 2004 a 2005 získalo WHO z 56 zemí informácie o počtoch operačných výkonov. Z prieskumu vyplynulo, že chirurgia je odborom s nezameniteľným vplyvom na život človeka, keďže medziročne bolo uskutočnených 187-281 miliónov operácií. Do roku 2009 potom prebiehal celý sled prieskumov a expertíz, ktoré budú popísané v nasledujúcich kapitolách. Tím expertov formuloval na záver 10 zásad, podporujúcich bezpečnú chirurgiu.

1. Chirurgický tím bude operovať správneho pacienta na správnom mieste.
2. Pacientovi bude podaná bezpečná anestézia, spolu s prevenciou bolesti.
3. Tím bude pripravený na problémy so zaistením dýchacích ciest a dýchaním.
4. Tím bude pripravený na problémy s krvnými stratami.
5. Tím bude pripravený na problémy vyplývajúce zo známej alergickej reakcie alebo nežiadúcej reakcie na lieky.
6. Tím bude aplikovať metódy, ktoré obmedzujú riziko infekcie v mieste chirurgického výkonu.
7. Tím bude predchádzať nezamýšľanému ponechaniu nástroja či materiálu v rane.
8. Tím bezpečne a správne označí odobraté vzorky biologického materiálu.
9. Tím bude efektívne komunikovať.
10. Nemocnica a verejné zdravotníctvo bude viesť stály dozor nad výsledkami chirurgickej starostlivosti (Wichsová, Taliánová, 2020, s. 8-9).

2.3.1 Chirurgický výkon u správneho pacienta na správnom mieste

Problematika uskutočnenia operačného výkonu na nesprávnom mieste na tele pacienta, nie je príliš častou. Už z výskumu, ktorý prebehol v rokoch 1995-2006 v USA vyplýva, že incidencia zámieny miesta je asi 1:27 686. Vždy sa ale jedná o značné poškodenie operovaného. Najčastejšie sa vyskytuje pri operačných výkonoch na párových orgánoch. Podľa doporučení WHO majú byť

použité aspoň dva rôzne identifikačné nástroje. Vhodná je účasť pacienta, a teda aktívna identifikácia, kedy sám povie celé meno a priezvisko. Druhým stupňom kontroly môže byť napríklad identifikačný náramok, ktorý slúži pre porovnanie. (Wichsová, Taliánová, 2020, s. 9). V prípade možnosti zámeny miesta výkonu, je doporučené upriamiť pozornosť aj na označenie plánovanej operovanej strany (Pavlová, 2018, s. 37).

WHO odporúča tri kroky k zlepšeniu a zaisteniu vyššej bezpečnosti pacienta:

- zavedenie verifikácie – celý tím sa zapojí do procesu potvrdenia miesta, strany a druhu operačného výkonu, pokiaľ je ešte pacient pri plnom vedomí,
- adekvátne označenie strany (nezmývateľná fixka), mimo operačný rez v čase keď je možné aby sa pacient aktívne zapojil,
- dodržanie TIME OUT – pauzy pred samotnou incíziou, počas ktorej je opakovane tímom potvrdené miesto a strana operácie (Wichsová, Taliánová, 2020, s. 9-10).

2.3.2 Podanie bezpečnej anestézie a prevencia bolesti

V rozvinutých krajinách sú prípady úmrtia pacienta v spojitosti s anestéziou ojedinelé. Opakom sú rozvojové oblasti sveta, kde je riziko 100-1000-krát vyššie. Od 80. rokov minulého storočia vydáva anestéziologická komunita svoje štandardy, a preto je radená k priekopníkom bezpečnosti pacienta. Smernice sú podrobné a presne určujú vybavenie a požiadavky na anestéziologické pracovisko, vzhľadom k náročnosti operatívy. WHO odporúča pre bezpečnú anestéziu napríklad zaistiť vyškoleného odborníka, priebežný monitoring (najmä pomocou pulzného oxymetra), zaistenie kontroly ventilácie atď. (Wichsová, Taliánová, 2020, s. 10).

2.3.3 Pripravenosť na problémy so zaistením dýchacích ciest a krvnými stratami

Komplikácie spojené s dýchaním pacienta a vysokými krvnými stratami môžu mať fatálne následky. Urgentná intubácia prináša 20% riziko komplikácií. Na druhej strane, podstatnú rolu hrá skúsenosť anestéziológa. Ďalšou komplikáciou býva riziko aspirácie žalúdočného obsahu. Kontrola krvácania a zmierňovanie hypovolémie je neodmysliteľnou súčasťou perioperačnej starostlivosti. Kľúčovým je rozpoznanie výkonov, počas ktorých je toto riziko vyššie. Anestéziologický tím, tak musí byť už dopredu pripravený na možnosť vysokých krvných strát napríklad zaistením transfúzie alebo použitím Cell saveru s možnosťou rekuperácie krvi pacienta (Wichsová, Taliánová, 2020, s. 11-12).

2.3.4 Alergická alebo nežiadúca reakcia na lieky

Najčastejšou chybou medzi hlásenými nežiadúcimi udalosťami je chyba v medikácii. Cooper v dvoch štúdiách už v rokoch 1978 a 1984 uvádza, že najčastejšie ide o zámenu alebo predávkovanie. Ďalšie prieskumy poukazujú na fakt, že väčšina anestéziológov deklaruje nejaké pochybenie v medikácii v priebehu svojej praxe. Dôležitou skutočnosťou je, že je dokázaná až 50% preventabilita zmienených omylov. Obávanou komplikáciou je i anafylaktická reakcia na použité liečivá, ktorej incidencia sa pohybuje okolo 1 : 10 000 – 1 : 20 000 (Wichsová, 2020, s. 37).

2.3.5 Obmedzenie rizika infekcie v mieste chirurgického výkonu

Riziko infekcie v mieste chirurgického výkonu je spojené najmä s hygienou a tvorí až 15% všetkých infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou. Predlžuje dobu hospitalizácie o 4-7 dní, zvyšuje riziko pobytu na JIS až dvakrát a rovnako dvojnásobne zvyšuje riziko úmrtia pacienta. Medzi metódy zamedzenia vzniku infekcie a priamo tak aj zvýšenia bezpečnosti pacienta v zdravotníckom zariadení môžeme zaradiť:

- odstránenie ochlpenia v mieste chirurgického výkonu,
- dôkladnú dezinfekciu operačného poľa,
- sterilné zarúškovanie operačného poľa,
- dôkladné umytie a chirurgickú dezinfekciu rúk chirurgického tímu,
- sterilné oblečenie tímu a iné (Wichsová, Taliánová, 2020, s. 13).

2.3.6 Predchádzanie nechcenému ponechaniu nástroja alebo materiálu v rane

Prípád ponechania nástroja alebo iného použitého materiálu v operačnej rane je vždy veľmi závažnou komplikáciou. Spravidla vyžaduje ďalší operačný výkon. Môže viesť napríklad k infekcii, obštrukcii čriev, vytvoreniu fistuly alebo až úmrtiu pacienta. Incidencia sa pohybuje od 1 : 50 000 do 1 : 19 000 operačných výkonov. Urgentné výkony, obezita pacienta, neočakávaná zmena postupu operácie alebo tímu či viacero operačných tímov a vyššie krvné straty vždy zvyšujú riziko. Reakciou bolo vytvorenie štandardizovaných postupov pre počítanie nástrojov a mulového materiálu, ktorý uviedla do praxe rada profesných organizácií sálových sestier (Wichsová, 2020, s. 38). Z vyhlášky 55/2011 Sb. *O činnostech zdravotníckých pracovníků a jiných odborných pracovníků* v platnom znení § 56 podľa 5. bodu vyplýva, že sestra pre perioperačnú starostlivosť v spolupráci s lekárom operatórom je povinná realizovať početnú

kontrolu nástrojov a použitého materiálu, pred začiatkom a po skončení operačného výkonu (MZČR, 2011). Podľa WHO (2009, s. 74) je doporučené počítať mulový materiál, ostré nástroje, inštrumenty a iný použitý materiál, ktorý nesmie ostať v tele pacienta aspoň pri peritoneálnych, retroperitoneálnych, panvových alebo hrudných dutinových operáciách. Ďalej by mal chirurg skontrolovať akúkoľvek chirurgickú ranu pred uzatvorením a počítanie by malo prebehnúť prinajmenšom na začiatku a na konci výkonu. Všetky počty je doporučené zaznamenať do dokumentácie spoločne s menom a pozíciou ľudí, ktorý sa ich zúčastnili a s jasným záverom, či počet sedí alebo nie. Výsledok kontroly počtov musí byť jasne a zrozumiteľne komunikovaný operatérovi.

2.3.7 Správne a bezpečné označenie odobratého biologického materiálu

Dostatočný vedecký podklad ku stratám alebo zámene laboratórnych vzoriek chýba, aj napriek tomu, že je známe pomerne časté pochybenie tohto charakteru. Odhaduje sa, že asi v 8% sa jedná o prevádzkovú chybu laboratória, v 50% je naopak na vine chybné označenie vzorky. Odporučené je tímové potvrdenie označenia vzorky menom a identifikáciou pacienta, rovnako ako označenie strany a oblasti, z ktorej bol odber realizovaný (Wichsová, 2020, s. 39).

2.3.8 Efektívna komunikácia v tíme

Témou deviateho odporúčenia, ktoré uvádza WHO je efektívna tímová komunikácia. Práve prostredníctvom nej prebieha aj výmena kritických informácií, dôležitých pre bezpečnosť pacienta. Činiteľmi prispievajúcimi k zlyhaniu v oblasti ľudských faktorov sú: vysoká miera záťaže, neadekvátne kvalifikácia (znalosti) personálu, nízka miera skúseností, nesprávne nastavenie hraníc ľudských schopností, nedostačujúce inštrukcie alebo dohľad, stresujúce prostredie, mentálna vyčerpanosť, nuda či náhla zmena. Ľudský faktor však nikdy nemôže byť úplne odstránený, iba zmiernený (WHO, 2009, s. 78). Návrhmi na eliminovanie napr. sú: simulácie, skupinové tréningy a kontrolné listy (checklist). Efektívna komunikácia je základom pre pozitívny výsledok chirurgickej liečby. Chyby v komunikácii vedú až v 70% k nežiadúcim udalostiam. Na druhej strane stojí silná hierarchizácia operačného tímu, ktorá je častokrát príčinou neľahkého dorozumievania. Optimálne opatrenia pre zlepšenie komunikácie sú nielen spoločné tímové porady a schôdze, ale aj zavedenie kontrolných listov do praxe. Odporučeniami, ktoré je možno aplikovať priamo na operačnej sále sú:

- každý člen tímu, si je vedomí rizík operácie, zvlášť chirurg, anesteziológ i sálové sestry a túto skutočnosť verbalizujú,

- budú uvedené riziká ako napr. väčšia krvná strata, špeciálne nástroje a vybavenie, riziká anestézie,
- nahlas sa potvrdí miesto, prípadne strana operácie,
- pred transportom pacienta z operačnej sály chirurg verbálne potvrdí výkon, ktorý zrealizoval, spoločne s anesteziológom ordinujú pooperačnú starostlivosť, sestry zrozumiteľne potvrdia správnosť počtov a zhodnotia nežiadúce udalosti,
- priebeh operácie musí byť zaznamenaný do zdravotnej dokumentácie pacienta (Wichsová, 2020, s. 39-40).

2.3.9 Vykonávanie stáleho dozoru nad výsledkami chirurgickej starostlivosti

Na základe dát z roku 2008 WHO konštatovalo, že iba tretina krajín má adekvátne informácie ohľadom počtov zrealizovaných operačných výkonov. Vynechané bývajú hlavne niektoré typy operácií, ambulantné výkony či operatíva v súkromných zariadeniach. Práve z tohto dôvodu WHO stanovila bazálnu úroveň dát, ktoré je možné získať zo všetkých zdravotníckych zariadení bez rozdielu. Predpokladá, že zlepšovanie kvality starostlivosti následne povedie aj k zvyšovaniu počtu sledovaných indikátorov. Medzi základné identifikátory kvalitnej chirurgickej starostlivosti v zemi napríklad radí: počet operačných sál, počty operácií zrealizovaných na operačných sálach alebo počet vyškolených chirurgov a anesteziológov,... Strednými identifikátormi kvality naopak sú: počty ďalších chirurgických odborníkov, počty anesteziologických odborníkov podľa vzdelania alebo počet perioperačných sestier (Wichsová, Taliánová, 2020, s. 18). Hodnotenie kvality v Českej republike upravuje Vyhláška č. 102/2012 Sb v platnom znení (Česko, 2012).

2.3.10 Rezortné bezpečnostné ciele MZČR

Zavedenie rezortných cieľov MZ a systému interného hodnotenia kvality je priamou reakciou MZČR na požiadavky zaistenia kvality a bezpečnosti, ktoré podrobne formulovala Rada EU. Pre potreby diplomovej práce budú vybrané ciele v nadväznosti na zvolenú tému, a teda perioperačnú starostlivosť. Prvým cieľom je bezpečná identifikácia pacientov, prostredníctvom stanovenia jednotného postupu. Štandard je splnený v prípade, že poskytovateľ vypracuje postup pre jednoznačnú a nezameniteľnú verifikáciu pacientov, jednotnú v celom zariadení aj v prípade, že pacient nie je schopný samostatne potvrdiť svoje identifikačné údaje. Ďalším zvoleným cieľom je prevencia zámeny pacienta, výkonu a strany pri chirurgickom zákroku. Jedná sa o komplexné opatrenie, ktoré v sebe zahŕňa nie len bezpečnú identifikáciu pacienta a komunikáciu,

ale je aj odrazom vzájomnej spolupráce medzi odborními. Štandard je považovaný za dodržaný, ak sú stanovené jednotlivé štandardizované postupy verifikácie pacienta, výkonu a strany. Dôležitosť sa kladie aj na používanie bezpečnostného perioperačného protokolu. Medzi nasledujúce rezortné bezpečnostné ciele patrí napríklad: zavedenie optimálnych postupov hygieny rúk pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bezpečná komunikácia, bezpečné predávanie pacientov či prevencia vzniku preležanín a iné (Česko, 2015, s 4-7).

2.4 Čistá starostlivosť = bezpečná starostlivosť

Ako je uvedené v 6. bode doporučení WHO, prevencia infekcie je dôležitou súčasťou perioperačnej starostlivosti. Do tejto oblasti bez sporu patrí i hygiena. Historicky môžeme termín hygiena hľadať už v starovekom Grécku. Bohyňa Hygieia je predstaviteľkou zdravia a čistoty. Prevenciu vzniku infekcií ale nájdeme už v Egypte, 2800 rokov pred Kristom. Ak sa rozhodneme pokračovať v skúmaní histórie hygieny, narazíme na zmienky rituálneho očisťovania tela chorých v Babylonskej ríši (rok 1900 p.n.l.). V knihe Levitikus, ktorá je Treťou knihou Moježišovou, nájdeme celú radu nariadení a príkazov súvisiacich s hygienou. Pokračovať môžeme od Hippokrata až do doby Florence Nigtingalovej a súčasnosti. V každom období sa kladie dôraz na hygienu, v rámci vtedajšieho poznania. Spoločne s vedou sa rozvíja aj dôležitosť čistoty rúk, boj s infekciami, či prvá tendencia sterilizácie nástrojov v chirurgii. S rozvojom chirurgie na operačných sálach prichádza aj rozvoj hygieny, výroba latexových rukavíc, parná sterilizácia a iné (Wichsová, 2020, s. 18-31).

2.4.1 Incidencia a dôsledky infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou

Infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou sú jednou z nežiadúcich udalostí. Celosvetovo nie je možné určiť počet infekcií, a teda ani samotnú incidenciu. Dôvodom je nedostatok relevantných údajov. Veľakrát nie sú samotné údaje o infekciách zdravotníckymi zariadeniami nahlásené, zostávajú utajované. S rozvojom používania antibiotík, stúpa riziko infekcie rezistentnými kmeňmi. Riešenie vyžaduje štandardizované kritériá, dostupné diagnostické prostriedky a najmä odborné znalosti z oblasti zberu a interpretácie dát (Wichsová, 2020, s. 44).

Medzi následky infekcií patrí nie len predĺžovanie hospitalizácie pacienta, pracovná neschopnosť, invalidita a niekedy aj úmrtie, ale aj zvyšovanie rezistencie mikrobov a značná finančná záťaž zdravotníckych zariadení, pacientov a ich rodín. V Európe dochádza k 16 miliónom dní hospitalizácie navyše z dôvodu infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou (HCAI). Počet úmrtí je stanovený na 147 tisíc a ročná finančná záťaž bola

vyčíslená na približne 7 miliárd € priamych nákladov. Aj keď nie sú k dispozícii globálne odhady, je jasné, že ročne býva poškodených stovky miliónov pacientov. Je presvedčivo dokázané, že HCAI je možno znížiť až o 50 i viac %. Prevencia HCAI je preto podľa WHO stanovená ako prioritná v rámci ochrany bezpečnosti pacienta (Wichsová, 2020, s. 45).

2.4.2 Infekcia spojená s chirurgickou starostlivosťou

Definícia infekcie je: „*peniknutie patogénnych alebo potencionálne patogénnych mikroorganizmov do tkaniva, tekutiny alebo telesnej dutiny.*“ Pod pojmom chirurgická infekcia rozumieme stav, kedy infekcia vznikla v súvislosti so zákrokom alebo samotný chirurgický zásah vyžaduje. Do diagnostiky patrí najmä klinické vyšetrenie. Základom sú klinické príznaky u pacienta (bolesť, začervenanie, lokálne prehriatie tkaniva, opuch,...). Medzi celkové príznaky radíme horúčku, zimnicu, tachykardiu či alteráciu vedomia a iné. Zabúdať nesmieme ani na laboratórne ukazovatele (Ferko et al., 2015, s. 98-108).

Medzi všeobecné zásady liečby patrí chirurgická sanácia ložiska infekcie, ktorej základom je dostatočne široká incízia a správna drenáž hnisu. V neposlednom rade je dôležitý odber vzorky určenej na kultiváciu alebo mikroskopické vyšetrenie. Ďalším krokom býva odstránenie nekrotického tkaniva a cudzích telies. Antibiotickú liečbu je nutné zahájiť hneď na začiatku, na základe predpokladaných patogénov. Dôležitá je aj dostatočná dávka. Podľa výsledkov citlivosti je následne zahájená cielená terapia (Ferko et al., 2015, s. 109).

Ranná chirurgická infekcia je nežiadúcou udalosťou v chirurgii a vzniká v súvislosti s chirurgickým výkonom. Klasifikovať ju môžeme ako povrchovú (postihuje kožu a podkožie), hlbokú (zasahuje do fascie a svalov) a infekciu orgánov, tkanív. Výskyt infekcií závisí aj od druhu operácie a kategórie operačnej rany. Pri čistých chirurgických ranách je riziko infekcie do 1,5%, pri čistých kontaminovaných ranách je do 7%, pri kontaminovaných stúpa na 10-15% a pri znečistených ranách je až na úrovni 40%. Medzi faktory rizika vzniku infekcie takmer bez možnosti ovplyvniteľnosti ďalej patrí vek pacienta, porucha výživy, nedostatočné prekrvenie rany, cirhóza pečene, imunosupresia či maligné ochorenie a iné (Ferko et al., 2015, s. 134-139).

Povrchové infekcie tvoria až 75% všetkých skorých infekcií po chirurgickom výkone. Postihujú kožu a podkožie. Vznikajú do 30 dní od operácie a kritériom je jeden z nasledujúcich ukazovateľov: hnisavý sekrét z rany, pozitívna kultivácia z rany, klinické známky lokálnej infekcie. Hlboká infekcia naopak postihuje fasciu a sval. Rovnako sa vyskytuje do 30 dní od operačného výkonu (až do roka, v prípade prítomnosti implantátu). Pravdepodobnosť, že sa

jedná o spojitosť s chirurgickým výkonom podporuje napríklad hnisavá sekrécia z rany, rozpad rany a absces v hlbokých vrstvách. Postihnutie orgánov alebo tkanív v mieste operácie už ukazuje na infekciu orgánov/tkanív. Taktiež vzniká do 30 dní alebo až roka, za prítomnosti implantátu. Diagnózu podporuje pozitívna kultivácia z miesta operácie, výskyt abscesu alebo vyslovenie diagnózy ošetrojúcim lekárom (Ferko et al., 2015, s. 134-139).

Faktory, ktoré sú rizikovými pre vznik infekcie v mieste chirurgického výkonu môžeme podľa Wichsovej a Taliánovej (2020, s. 69) rozdeliť na vonkajšie, vnútorné a ďalšie. Medzi vonkajšie sú zaradené napríklad: dĺžka hospitalizácie pred a po výkone, operačná technika, dialýza, endoskopia,... Vnútornými faktormi naopak je: vek a zdravotný stav pacienta (diabetes mellitus, onkologické ochorenie, dekubity, ochorenie pečene a iné), stav výživy operovaného, úroveň prípravy – najmä u urgentných výkonov alebo stres. Medzi ďalšie faktory sú zaradené napríklad stavebné a technické nedostatky v zariadení alebo vo vybavení, nízka profesionálna úroveň zdravotníkov i pacientov v oblasti hygieny, problémy v manipulácii s odpadom alebo bielizňou či mnoho ďalších.

2.4.3 Prevencia vzniku infekcie v mieste chirurgického výkonu

Prevenciou vzniku infekcie v mieste chirurgického výkonu sa zaoberá nemalé množstvo publikácií i vedeckých článkov. Aj WHO vo svojich odporučeniach (Guidelines for Safe Surgery, 2009) venuje pomerne rozsiahlu kapitolu otázke infekcií a prevencie ich vzniku. Uvádza jednoduché metódy, ktoré vedú k zníženiu rizika infekcie. Príkladom môže byť: skrátenie doby hospitalizácie, rozpoznanie a liečba patogénov prítomných v tele pacienta (na vzdialenom mieste od výkonu), kontrola hyperglykémie, správna metóda odstránenia ochlpenia v mieste výkonu, zníženie endogénneho osídlenia baktériami v alebo na tele pacienta, udržiavanie normotermie počas výkonu, v prípade prítomnosti obezity u pacienta zníženie váhy a mnoho ďalších (WHO, 2009, s. 46).

Aj medzi tuzemskými autormi je téma prevencie infekcií častou a podrobne rozpracovanou problematikou. Krause (2024, s.88) vo svojej publikácii tiež uvádza ako možnosť prevencie odstránenie prirodzeného bakteriálneho osídlenia tela pacienta, zabránenie množenia mikroorganizmov v mieste výkonu použitím profylaxie, či iné. Za veľmi významnú považuje tému hygieny rúk. Mierne odlišný pohľad na problematiku uvádza aj Zeman a Krška (2011, s.66). Za zdroje infekcií považujú v prvom rade chirurgický tím, operačnú sálu a až v poslednom rade pacienta. Medzi možnosti zamedzenia vzniku samotnej infekcie teda na prvé miesto

zaraďujú umývanie rúk, aseptické postupy pri operácii a správnu sterilizáciu. Nevynechávajú ani architektonické riešenia operačných sál, použitie laminárneho prúdenia, či umiestnenie filtrov pre personál. Až v poslednej rade sa venujú otázke prevencie u pacienta. Rovnako ako predošli autori publikácií ďalej uvádzajú elimináciu existujúcich infekcií, alebo napríklad otázku holenia operačného poľa. Wichsová (2020, s. 46-50) venuje otázke hygieny rúk veľkú pozornosť. Vo svojej publikácii *Bezpečnosť a etika v perioperačnej péči* nadvezuje kapitolou venovanou práve hygiene rúk hneď na tému o programoch WHO – Čistá starostlivosť je bezpečnou. Venuje sa nie len smerniciam WHO, ale aj štúdiám o vzniku infekcie a prevencii. Svoje tvrdenia opiera aj o ekonomické hľadisko hygieny rúk. V inej publikácii Wichsová a Taliánová (2020, s. 72-74) opäť uvádzajú podobné až rovnaké opatrenia ako predošli spomínaní autori. Pre potreby diplomovej práce môžeme opäť spomenúť napríklad: skrátenie doby hospitalizácie, obmedzenie fajčenia u pacienta pred operáciou, dekolonizáciu a antiseptickú prípravu pacienta. Za dôležité v neposlednej rade považujú opäť antiseptiku rúk a predlaktia chirurgického tímu.

2.5 Manažment kvality

Manažment je disciplínou, ktorá je neustále vo vývoji, rozširuje sa a dopĺňa o nové predmety záujmu, teórie, skúsenosti i názory. Pod pojmom manažment rozumieme proces, ktorý má za cieľ ovplyvniť činnosť a prosperitu akejkoľvek organizácie. Zastrešuje ucelený súbor poznatkov, prístupov, doporučení, skúseností či cieľov a funkcií. Zmyslom je pôsobenie riadiaceho orgánu tak, aby boli efektívne dosahované vopred vytýčené ciele (Jedličková et al., 2024, s. 23).

V literatúre môžeme nájsť množstvo druhov rozčlenenia manažmentu. Najčastejšie sú uvádzané štyri klasické školy. Škola „vedeckého riadenia“ je zameraná na výkon práce. Zakladá sa na vytvorení systému pravidiel, ktoré vychádzajú z rozboru práce najlepších zamestnancov. Snahou je objektívne odôvodnenie racionálnych postupov plánovania, výkonu a v neposlednom rade aj odmeňovania práce. Škola „ľudských vzťahov“ sa naopak orientuje na vecnú a technickú stránku práce a zariadenia so zameraním na psychologické a sociálne aspekty. Do popredia sa dostáva nutnosť rešpektovať vzťah pracovníkov k ich činnostiam, spôsob jednaní vedúcich pracovníkov s podriadenými, miesto jednotlivca v pracovnej skupine, spôsob hodnotenia, forma uznania a iné. Táto škola chápe človeka ako bytosť a jeho existenciu v spoločnosti. Správne riadenie ľudských zdrojov je základom pre spokojnosť, produktivitu či identifikáciu sa s organizáciou. Školu „správneho riadenia“ môžeme interpretovať ako celkové riadenie danej organizačnej jednotky. V rámci nej sú definované funkcie správy: plánovanie, organizovanie, prikazovanie,

koordinovanie a kontrolovanie. Škola „byrokratického riadenia“ s určitosťou definuje hierarchiu moci a poriadku. Vychádza z princípu presného určenia úloh a zodpovednosti každého článku organizácie (Jedličková et al., 2024, s. 23-25).

Samotný pojem kvalita nie je možné presne definovať. Spája sa najmä s uspokojením potrieb zákazníka, s bezchybnosťou produktu, službami a využitím najracionálnejších zdrojov či s komplexnosťou systému a iným. (Jedličková et al., 2024, s. 54).

2.5.1 Manažment a hodnotenie kvality zdravotníckej starostlivosti

Zvyšovaním medicínskej a ošetrovateľskej úrovne, technickej vybavenosti i z dôvodu dynamického nárastu zdravotnej starostlivosti je samotné zdravotníctvo konfrontované z celou radou cieľov, ktoré by mali neustále sledovať úroveň kvality poskytovaných služieb. Manažment v každom zdravotníckom zariadení usiluje o ekonomický rozvoj, ktorý stojí za neustálym zlepšovaním kvality starostlivosti o pacienta (Jedličková et al., 2024, s. 70).

Manažment a hodnotenie kvality v zdravotníctve sa v Českej republike riadi legislatívnou normou, a teda podľa Zákona č. 240/2024 Sb., ktorým sa mení *Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotných službách a podmínkách jejich poskytování*. Medzi povinnosti poskytovateľa zdravotných služieb medzi inými patrí podľa § 47 bodu (3) aj povinnosť zaistiť kvalitu a bezpečnosť poskytovaných služieb. V bode b) je stanovená úloha zaviesť interný systém hodnotenia kvality a bezpečnosti služieb. Minimálne požiadavky systému hodnotenia kvality uverejňuje podľa toho istého bodu na svojej internetovej stránke pomocou Věstníku ministerstvo zdravotníctva českej republiky (Česko, 2024).

Hodnotenie kvality, je podľa Časti deviatej § 98 bod (1), definované ako dobrovoľný proces, ktorého účelom je podľa hodnotiacich štandardov posúdiť organizačnú úroveň poskytovania zdravotných služieb z hľadiska kvality a bezpečnosti. V bode (2) sa dozvedáme, že samotné hodnotiace štandardy sú súborom požiadaviek na vybrané procesy a ukazovatele posudzované v zdravotníckom zariadení z hľadiska zabezpečenia kvality a bezpečia poskytovaných zdravotníckych služieb. V nasledujúcich bodoch je definované, že hodnotenie môže vykonávať fyzická alebo právnická osoba, ktorej bolo ministerstvom udelené oprávnenie túto činnosť uskutočňovať (Česko, 2024).

Témou hodnotenia kvality sa zaoberá aj vyhláška č. 262/2016 Sb. v platnom znení, ktorá nadväzuje na zákon spomenutý vyššie. Podľa §1 bod (1) sú v zdravotníckom zariadení pri

hodnotení kvality a bezpečnosti poskytovanej lôžkovej starostlivosti posudzované nasledovné procesy:

- riadenie kvality a bezpečnosti,
- starostlivosť o pacientov,
- riadenie ľudských zdrojov,
- zaistenie bezpečného prostredia pre pacientov a zamestnancov poskytovateľa lôžkovej starostlivosti (Česko, 2016).

V prílohe č. 1 vyššie uvedenej vyhlášky sú uvedené a rozpracované minimálne hodnotiace štandardy, ukazovatele kvality a bezpečnosti i spôsob ich tvorby a sledovania. Ďalej v prílohe č. 2 nachádzame požiadavky na personálne zabezpečenie hodnotenia kvality a bezpečnosti (Česko, 2016).

2.5.2 Manažment kvality v perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti

Pri realizácii perioperačnej starostlivosti je hlavným cieľom manažmentu kvality komplexne a systematicky uspokojovať potreby pacienta tak, aby bolo dosahované maximálne zabezpečenie bezpečnosti a bol výkon uskutočnený v najvyššej možnej kvalite. Záleží nie len na jednotlivých pracovníkoch na operačnej sále, ale aj na vedúcich zariadenia vo vyššej či nižšej funkcii. Výber vedúcich pracovníkov je v každej inštitúcii založený na požadovaných kritériách, ktorých cieľom je zaistiť efektivitu a výborné fungovanie jednotlivých organizačných celkov. Efektívne vedenie napomáha prekonávať napríklad všetkými vnímané bariéry a komunikačné problémy (Jedličková et al., 2024, s. 93-94).

Medzi ciele manažmentu činností realizovaných na operačnej sále patrí plnenie požiadaviek medicínskych odborov v oblasti perioperačnej starostlivosti na správnom mieste, v správny čas a kompetentnými pracovníkmi. Kvalitné plánovanie činností všetkých osôb, ktoré zabezpečujú starostlivosť na operačnej sále, je základom pre realizáciu bezpečnej, efektívnej a kvalitnej opatery. Hlavným cieľom manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti na operačnej sále je zabezpečenie a uspokojovanie požiadaviek lekárov chirurgov pracujúcich v prostredí operačných sál tak, aby mohli vykonávať operácie bez chýb a v najvyššej možnej kvalite. Tento fakt by mal byť cieľom celej tímovej spolupráce. Podstatou tejto tímovej spolupráce je vytvorenie skupiny pracovníkov s rôznou kvalifikáciou, kompetenciami a schopnosťami. Každý člen prispieva do celého procesu osobitným spôsobom a malo by dochádzať aj ku vzájomnej podpore (Jedličková et al., 2024, s. 96-98).

2.5.3 Manažment rizík a riadenie rizík

Zdravotníctvo a v užšom slova zmysle nemocnica je zložitým prostredím založeným na mnohých procesoch, ktoré spolu viac či menej súvisia. V popredí je široké spektrum odborníkov liečebnej i ošetrovateľskej starostlivosti a v neposlednom rade aj zložitosť moderných technológií (Jedličková et al., 2024, s. 116).

Riziko predstavuje kombináciu pravdepodobnosti výskytu nežiadúceho javu a stupňa negatívneho dopadu na výstup procesu. Cieľom programu riadenia rizík je odstraňovať alebo odsúvať riziká do akceptovateľnej úrovne. Kľúčovým je diagnostika existujúcich či potencionálnych rizík. Samotné riadenie rizík je základným stavebným kameňom moderného manažmentu. Zaoberá sa ustavičným zvažovaním a vyhľadávaním potencionálnych možností výskytu nežiadúcich udalostí a náročných situácií. Ďalej sa venuje účinnosti a ekonomickosti preventívnych opatrení nevyhnutných k zabráneniu nežiadúcich situácií. Riadenie a manažment rizík je preto nutné aplikovať do zdravotníckej praxe ako rutinné nástroje. O rizikových oblastiach totiž zdravotnícke zariadenie len málokedy nevie. Vážnou výzvou pre zdravotníctvo je i neustála medializácia celej rady problémov v českých zariadeniach, týkajúcich sa bezpečnosti pacienta (Škrla a Škrlová, 2008, s. 12-13).

Zdravotnú starostlivosť automaticky považujeme za rizikovú, a to z dôvodu poskytovania služby, ktorá prináša celú radu hrozieb. Tie sa v ňom objavujú a vždy budú. V záujme manažérov je, aby boli rizikové oblasti neustále analyzované a prostredníctvom preventívnych opatrení boli samotné riziká znižované. Zlepšovanie bezpečnosti pacienta je celosvetovou otázkou. V roku 2005 bola na summite členských štátov EU schválená Luxemburská deklarácia, ktorej cieľom bolo zvýšenie bezpečnosti pacienta. Súčasťou napríklad je:

- postupne zaviesť do praxe procesy v oblasti riadenia rizík v zdravotníctve, napr. vytvorením algoritmov a indikátorov kvality v rámci systému externého hodnotenia kvality v zdravotníctve,
- zväžiť výhody zavedenia národného dobrovoľného systému hlásenia nežiadúcich udalostí a pochybení (Jedličková et al., 2024, s. 123).

Už v roku 2002 zabudovala organizácia JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – Spojená komisia pre akreditáciu zdravotníckych zariadení) do svojich štandardov požiadavky na kontinuálne vyhodnocovanie rizík a procesov v zdravotníckych zariadeniach. V Českej republike je zástupcom Spojená akreditační komise

(SAK). Štandardy tejto organizácie sa zameriavajú napríklad na: riziká medikácie, stravovania, infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou či identifikáciou pacientov a inými (Jedličková et al., 2024, s. 124 – 125).

Jedličková et al. (2024, s. 138) uvádza desatoro dôvodov, prečo je dobré riadiť riziká. Vo svojej publikácii menuje:

- elimináciu pochybení,
- prevenciu pochybení,
- bezpečnosť pacientov,
- spokojnosť pacientov,
- dlhodobé zvyšovanie kvality,
- proaktívny prístup organizácie,
- zníženie nákladov spojených s pochybením,
- sledovanie nežiadúcich udalostí,
- motiváciu personálu,
- konkurenčnú výhodu.

Určenie a evidencia významných či potencionálnych rizík je základom pre ich identifikáciu. Charakteristika zdrojov rizika by mala obsahovať odhad pravdepodobnosti rizikovej udalosti, rozsah potencionálnych následkov, odhad trvania i frekvenciu možných udalostí z jedného zdroja. Výsledky identifikácie by mali podliehať ďalšej analýze. Pokiaľ je cieľom zdravotníckeho zariadenia fungovanie s čo najlepšimi výsledkami, mal by sa rozpoznávanie a analýze rizikových udalostí venovať skúsený manažér. Funkcia manažéra rizík je zodpovednou a náročnou pozíciou v zdravotníckom zariadení. Zodpovedá za všetky činnosti, ktoré súvisia s riadením rizík, vyhodnocovaním a plánovaním preventívnych opatrení, ktoré riziko eliminujú alebo úplne odstránia. Svoju pozornosť by mal venovať aj motivácii zamestnancov, aby ich chovanie a myslenie viedlo k bezpečnejšej práci (Jedličková et al., 2024, s. 156).

2.5.4 Riziká v perioperačnej starostlivosti

Ako bolo v predošlých kapitolách už spomínané, perioperačný bezpečnostný protokol má za cieľ eliminovať riziká a zlepšiť bezpečnosť chirurgického pacienta. K podstatným rizikám môžeme zaradiť: spoliehanie sa na jediného človeka pri identifikácii pacienta, nutnosť operovať na

viacerých miestach na tele pacienta v tom istom čase, mentálny alebo fyzický handicap pacienta, nečitateľnú dokumentáciu či používanie neznámych alebo neoficiálnych skratiek. Ďalším významným rizikom je riziko pádu. Dôležité je zabezpečiť bezpečnosť pacienta pri akejkoľvek manipulácii či transporte spojeným s pobytom na operačnej sále. Pacient nesmie zostať v žiadnom prípade sám. Dôraz sa rovnako kladie na polohovanie pacienta. Správne podloženie polohovacími a antidekubitnými pomôckami je prevenciou proti vzniku ischémie, otláčenia či parézy najmä na predilekčných miestach (Jedličková et al., 2024, s. 193-195).

Popálenie pacienta môže súvisieť s nesprávnym uzemnením prístrojov, použitím horľavej dezinfekcie či dotykom tela pacienta s kovovým rámom dosky operačného stola. Alergické reakcie a intolerancie je nutné kontrolovať nie len v zdravotníckej dokumentácii, ale aj priamo otázkou na samotného pacienta pred uvedením do anestézie. V priebehu anestézie je ďalšou hrozbou zámena medicínálnych plynov. Medzi najzávažnejšie komplikácie bez sporu patrí ponechanie nástroja, sušenia či iného materiálu v tele pacienta. Riziko stúpa napríklad pri urgentných výkonoch, zmene chirurgického tímu, spolupráci viacerých operatérov, chybe prepočítania či striedaní sa členov tímu počas výkonu. Ovplyvniť bezpečnosť pacienta na operačnej sále môže i funkčnosť a technický stav zdravotníckych prístrojov. V rámci prevencie podchladenia je v praxi zavedené používanie vyhrievania či termoizolačné fólie. Značné riziká so sebou prináša aj samotná anestézia (Jedličková et al., 2024, s. 196-198).

Medzi výrazné a závažné riziko môžeme zaradiť aj možnosť zámeny operovanej strany. Radíme ho aj medzi nežiadúce udalosti, ktorým je našou neustálou snahou predchádzať. Prevenciou by mala byť viacstupňová kontrola. Jedná sa o overenie dokumentácie, dobre viditeľné označenie miesta podľa zvyklostí pracoviska (spravidla mimo operačný rez) či aktívnu účasť samotného pacienta – verifikácia otázkou. S cieľom zvýšenia bezpečnosti operovaného je zavedený do praxe aj perioperačný bezpečnostný protokol, ktorý označenie a overovanie strany obsahuje. Významným rizikom pri verifikácii strany je spoliehanie sa na jediného člena tímu, vylúčenie pacienta z procedúry či použitie nečitateľných skratiek v dokumentácii alebo úplné chýbanie označenia pri výkonoch na párových orgánoch (Jedličková et al., 2024, s. 207-210).

Zámena pacienta je významným rizikom s celou radou vážnych následkov. Dôležité je preto stanovenie jednotnej identifikácie pacientov v zdravotníckom zariadení. Medzi používané spôsoby patrí identifikačný náramok, otázka na pacienta, kontrola dokumentácie i operačného programu. Kontrolu na operačnej sále začíname pri prijatí pacienta, nasleduje kontrola

anestéziologickou a potom aj obiehajúcou sestrou podľa bezpečnostného protokolu (Jedličková et al., 2024, s. 211).

Príčiny rizík sú rôzne. Spravidla ale dochádza najmä k nedodržiavaniu smerníc, programov, nedodržiavaniu platnej riadenej dokumentácie, nepoužívaniu jednorázového materiálu, nedostatku alebo nevšímavosti personálu a podobne. Podrobne budú dôvody vzniku rizík rozpracované v nasledujúcich riadkoch (Jedličková et al., 2024, s. 255).

Za príčinou rizika ohrozenia a poškodenia pacienta nedostatočnou hygienou personálu môže stáť: nedodržiavanie dezinfekčného programu, platnej dokumentácie, nepoužívanie jednorázového materiálu a OOPP či bakteriálna kontaminácia transfúzneho prípravku. Pád pacienta môže byť zapríčinený nesprávnou fyzickou manipuláciou s pacientami, nedostatkom alebo nevšímavosťou personálu, nezaistením na lôžku či kolapsom pacienta. Nedostatočný záznam v dokumentácii môže naopak viesť k nekompletnej anamnéze, a teda k nesprávne zvolenému terapeutickému plánu, nevhodnej ordinácii lekárom či zámene operovanej strany. Ohrozenie pacienta zdravotníckou technikou môže byť spôsobený nedostatočnou údržbou a servisom, nedodržiavaním bezpečnostných pokynov od výrobcu a mnoho ďalších (Jedličková et al., 2024, s. 258-260).

2.6 Dokumentácia na operačnej sále

Vedenie zdravotníckej dokumentácie patrí medzi základné povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Samotnú dokumentáciu a povinnosti spojené s ňou upravuje platná legislatíva. Všetky informácie v nej uvedené podliehajú ochrane osobných údajov a práca s nimi je viazaná mlčanlivosťou. Medzi základné významy dokumentácie na operačnej sále môžeme zaradiť:

- terapeuticko-diagnostický – záznam a presný popis každého zrealizovaného operačného výkonu,
- štatistický – monitorovanie ekonomických dát (počet operovaných pacientov, operačných výkonov podľa druhu alebo odboru, vytáženie operačnej sály, odoperované hodiny, spotreba materiálu a iné),
- vedecko-výskumný – zabezpečuje sledovanie a získavanie nových poznatkov, metód a postupov,
- právny – slúži v prípade právnych sporov a pri riešení sťažností, vzdelávací – býva využívaný k prednáškovej a publikačnej činnosti (Jedličková et al., 2021, s. 370-374).

Zdravotnícka dokumentácia pre perioperačnú starostlivosť zahŕňa: dokumenty informačného charakteru (operačný program a kniha), dokumenty zabezpečujúce bezpečnosť pacienta (perioperačný bezpečnostný protokol, stranový protokol), dokumenty potvrdzujúce prevedenie danej intervencie (operačný protokol, sesterská dokumentácia perioperačnej starostlivosti), dokumenty ohľadom anestéziologických intervencií (anestéziologický záznam, anestéziologická kniha). Ďalej môžeme v perioperačnej dokumentácii nájsť štandardizované škály a ďalšie dokumenty (transfúzne denníky, denníky použitia prístrojov, odberové denníky a žiadanky, žiadanky na sterilizáciu či pracovné postupy) (Jedličková et al., 2021, s. 370-374).

2.7 Edukácia v zdravotníctve

Pojem edukácia je odvodený z latinského slova - educio, educare, čo môžeme preložiť ako viesť vpred či vychovávať. Samotnú edukáciu tak definujeme ako proces sústavného ovplyvňovania chovania a jednania jednotlivca s cieľom pozitívnej zmeny v jeho vedomostiach, postojoch, návykoch a zručnostiach. Prostredníctvom edukácie je zabezpečovaná výchova a vzdelávanie. Výsledkom by mala byť vzdelanosť, vzdelanie a kvalifikácia. Môžeme konštatovať, že pojem vzdelanosť v sebe nesie aj to, aká je úroveň medicíny a ošetrovateľstva. Prostredníctvom kvalifikácie a vzdelanosti zdravotníkov, je teda možno dosahovať aj vyššiu úroveň bezpečnosti pacientov. V zdravotníctve, tak ako v akejkoľvek inej situácii a podmienkach, prebieha edukácia prostredníctvom edukačného procesu. Ide o činnosť, pri ktorej dochádza k učeniu, či už zámerne alebo nezámerné (Juřeníková, 2010, s. 9-10).

2.7.1 Proces edukácie v zdravotníckom zariadení

Edukácia sa spravidla delí na päť fáz. Prvou je fáza počiatočnej pedagogickej diagnostiky. Edukátor (osoba uskutočňujúca edukáciu) sa snaží odhaliť úroveň vedomostí, zručností alebo návykov príjemcu edukácie (edukanta). V ďalšej fáze na základe zistení naplánuje ciele edukácie, a preto túto časť nazývame fázou projektovania. Ďalej v tejto časti zvolí metódu a obsah edukácie, pomôcky, určí časový rámec a hodnotenie edukácie. Nasleduje fáza realizácie. Štvrtou fázou, v ktorej je snaha uchovať vedomosti v dlhodobej pamäti, je časť upevňovania a prehľbovania učiva. V poslednej fáze je náplňou zistiť spätnú väzbu. Hodnotenú by mali byť nie len výsledky edukanta, ale aj edukátora (Juřeníková, 2010, s. 21-22).

2.7.2 Didaktické zásady edukácie

Didaktické zásady edukácie sú prostriedkom, ktorý ovplyvňuje kvalitu vzdelávania. Definovať ich možno ako požiadavky či zásady vychádzajúce zo základných pravidiel vyučovacieho

procesu. Prvou zásadou je názornosť. Ide o jednu z najstarších zásad, základom je možnosť zapojiť čo najviac zmyslových analyzátorov pre vnímanie v spojitosti s poznávacou a myšlienkovou aktivitou. Metóda a forma vyučovania by mala rešpektovať túto zásadu a zjednodušiť tak edukantovi celý proces. Zásada spojenia teórie a praxe vychádza z faktu, že edukanti majú určité skúsenosti a zručnosti, ktoré by mal edukátor rešpektovať a poznať. Cieľom celého procesu edukácie je vhodné vedomosti, zručnosti a postoje upevniť a pri nesprávnych vyvinúť snahu zmeniť ich. Uplatnenie v praxi je potom cieľom tretej zásady. Štvrtou je zásada vedeckosti. Obsah vzdelávania by mal byť v súlade so súčasnými objavmi, vedou i technikou. Pre edukátora je teda nutné celoživotné vzdelávanie, aby bola táto zásada naplnená. Primeranosť edukácie je dôležitou zásadou aby jedinec pochopil a zaradil nové vedomosti do svojho systému predošlých vedomostí. Cieľom zásady aktuálnosti je doplniť a korigovať vedomosti a návyky edukanta. Medzi ďalšie zásady radíme: zásadu sústavnosti, trvalosti a kultúrneho kontextu. (Juřeníková, 2010, s. 31-34).

2.7.3 Edukačné metódy

Pojem edukačná metóda môžeme interpretovať ako cieľavedomé a premyslené pôsobenie edukátora, ktorý aktivizuje edukanta pri učení, tak aby boli stanovené ciele efektívne naplnené. Pre potreby diplomovej práce bude popísaná metóda inštruktáže a e-learningu. Inštruktáž chápeme ako teoretický úvod pred praktickým uskutočnením samotnej činnosti. Edukanti sa zoznamujú s postupom. Najčastejšie je inštruktáž uskutočňovaná prostredníctvom hovoreného slova, menej často písaného textu. Spravidla nadväzuje na teoretické vedomosti edukantov. Vysvetľuje činnosť i jej výsledok. Demonštruje činnosť v pomalom tempe a jednotlivých krokoch, ktoré sú doplnené o komentár. Na zmienenú inštruktáž zvykne nadväzovať praktické cvičenie. E-learning využíva multimediálne technológie a prebieha prevažne pomocou počítačovej technológie. Do tejto kategórie môžeme zaradiť video, animácie či iné grafické spracovanie. (Juřeníková, 2010, s. 37-47).

Sebaedukácia je pojem zastrešujúci samo vzdelávanie. Edukant samostatne dosahuje ciele v učení. Je efektívnou metódou v každej doméne (kognitívnej, psychomotorickej aj afektívnej), a cieľom je samostatne aplikovať vedomosti do praxe. Jedná sa o metódu vzdelávania, špeciálne nastavenú na zlepšovanie samostatnosti edukantov. Edukátor pripraví informácie a za samotný proces je zodpovedný edukant. Samostatné vzdelávanie sa môže uskutočňovať rôznymi štýlmi. Do tejto kategórie môžeme zaradiť samoštúdium prostredníctvom kníh, štúdií ale aj videa. Metódy použité pri tejto forme edukácie, by jej mali byť prispôsobené. (Bastable, 2019, s. 483).

3 BEZPEČNOSTNÝ PERIOPERAČNÝ PROTOKOL

Nasledujúca kapitola je venovaná perioperačnému bezpečnostnému protokolu (PBP), ktorý bol priebežne spomínaný v predchádzajúcich častiach. Podrobne rozpracováva jeho vznik, podklady k jeho vytvoreniu i samotné jednotlivé časti a doporučenia.

3.1 Vznik bezpečnostného perioperačného protokolu

Vzniku bezpečnostného protokolu predchádzala v roku 2002 rezolúcia (WHA55.18), ktorú vydalo WHA. Bola reakciou na celosvetovú evidenciu výrazného poškodzovania zdravia, z dôvodu nedostatočnej bezpečnosti pacientov. Vyzýva krajiny na posilnenie bezpečnosti v zdravotníctve a v monitorovacích systémoch. V rámci rezolúcie vznikla i požiadavka na WHO aby sa stalo lídrom v oblasti zavedenia globálnych noriem, štandardov a podporovalo snahu krajín v príprave propacientskej politiky. V máji 2004 schválilo WHA vytvorenie medzinárodnej aliancie pre zvýšenie bezpečnosti pacientov po celom svete. Ešte v tom istom roku v októbri bola založená organizácia s názvom *WHO Patient Safety* (WHO bezpečnosť pacientov). Po prvýkrát prišlo k spojeniu predstaviteľov svetových organizácií, politikov i skupín zastrešujúcich pacientov vo svete, aby spoločne dosiahli cieľ: „*V prvom rade nespôsobíť poškodenie*“ („*First, do no harm*) a zredukovali následky nebezpečnej zdravotnej starostlivosti. Úlohou organizácie je podporovať politiku a prax s cieľom bezpečnosti pacientov. Svoje aktivity organizácia sústreďovala na cielené kampane ohľadom bezpečnosti s názvom: „*Global Patient Safety Challenges*“. Náplňou bol napríklad vývoj štandardizovanej taxonómie, návrh nástrojov pre výskum, hodnotenie a identifikácia riešení pre bezpečnosť pacientov, či rozvoj iniciatív v oblasti podávania správ a vzdelávania. Spoločnou snahou všetkých cieľov bola snaha zachrániť milióny životov prostredníctvom zlepšenia základnej zdravotnej starostlivosti. Prvou náplňou výzvy v rokoch 2005-2006, ktorá predchádzala vzniku bezpečnostného perioperačného protokolu boli smernice a štandardy pre hygienu rúk v zdravotníctve. V nasledujúcich rokoch 2007-2008, bola predmetom výzvy bezpečná chirurgia. WHO vytvorilo základné body, ktoré stáli za vznikom jednoduchého a jasného protokolu. V prvom rade boli definované špecifické problémy v perioperačnej starostlivosti. Nasledoval systematický prieskum k zisteniu stávajúcej situácie vo svete, potom správa a rozpracovanie doporučení v nadväznosti na zistené problémy. Na základe nich prebehli návrhy na prvé smernice, ktoré boli následne predmetom diskusií a komentárov zo strany odbornej verejnosti. Po dôkladnom zvážení všetkých pripomienok bola vydaná konečná

verzia doporučení. Vznikla stratégia na uvedenie smernice do praxe. Vývoj bol dôkladne dokumentovaný a nastalo pilotné testovanie v praxi (WHO, 2009, s. 2).

Celý vyššie spomenutý proces začal na jeseň roku 2006 a vyústil do medzinárodného stretnutia, ktoré sa konalo v januári nasledujúceho roku za účasti odborníkov z celého sveta. Po schôdzi boli vytvorené skupiny odborníkov, ktorí pracovali na systematickom prehľade dostupných vedeckých zdrojov na tému bezpečnosti pacienta. Tie boli neskôr základom pre samotné odporúčenia, ktoré vznikli. Na projekte pracovalo takmer 100 odborníkov z celého sveta. Odporúčenia boli pilotne testované v každom zo šiestich WHO regiónov, aby boli zistené lokálne informácie, ktoré budú neskôr doplnené do doporučení, čo vyústilo vo vyššiu efektivitu protokolu (WHO, 2009, s. 2).

3.2 Použitie bezpečnostného protokolu v praxi

V podmienkach českého zdravotníctva je použitie bezpečnostného perioperačného protokolu súčasťou dokumentácie na operačnej sále s cieľom zaistiť bezpečnosť pacienta. Podľa platnej legislatívy a doporučení MZČR je neoddeliteľnou súčasťou zdravotníckej dokumentácie (Jedličková et al., 2021, s. 370-374).

Bezpečnostný protokol bol v roku 2009 formulovaný ako návod na obmedzenie bežných rizikových situácií, ktoré môžu byť pre pacienta invalidizujúce alebo smrteľné. Zároveň je možné dané situácie predpokladať a zaviesť preventívne opatrenia (WHO, 2009, s. 100). V roku 2015 bol uskutočnené šetrenie, v ktorom autorky zistovali použitie a implementáciu protokolu v praxi. Cieľom bolo zistiť nie len informovanosť sestier pracujúcich v 4 zvolených zariadeniach v rámci východočeského a západočeského regiónu, ale aj do akej miery sú respondenti spokojní s nastavením bezpečnostnej procedúry na ich pracovisku. Bolo zistené, že už v roku 2015 bol protokol používaný ± 3 roky. Informovanosť respondentov bola vyhodnotená ako výborná a väčšina bola spokojná s nastavením používania protokolu v ich podmienkach. Prínos bezpečnostného protokolu bol vnímaný ako veľmi vysoký (Langerová et al., 2015, s. 24). Tému bezpečnostnej procedúry rozpracováva o rok neskôr aj Vácová a Brabcová (2016, s. 139-142) v článku v rámci publikácie Pro sestry. Cieľom bolo opäť zmapovať bezpečnostnú procedúru na operačných sálach vo vybraných nemocniciach. Šetrenie prebiehalo prostredníctvom kvalitatívneho výskumu. Na rozdiel od predošlého prieskumu, zistená bola nejednoznačnosť výkladu a nepochopenie samotnej procedúry. Vo vybraných nemocniciach bol protokol zavedený

do praxe rozdielne a kompetencie sestier neboli vo vzťahu k nemu určené jednoznačným spôsobom.

V podmienkach českého zdravotníctva je téma perioperačnej bezpečnostnej procedúry aktuálna aj v posledných rokoch. V odbornom časopise Florence nachádzame článok č. 4/2021 s názvom Role perioperačných sestier v početní bezpečnostní proceduře na operačním sále. Autorky Ospalíková a Puhlová (2021) prinášajú kvalitatívny prieskum, v ktorom mapujú problematiku ponechania cudzieho predmetu v brušnej dutine pacienta. Zber dát bol uskutočnený pomocou pološtruktúrovaného rozhovoru a priameho zúčastneného pozorovania. Respondenti boli zvolení náhodne, kritériom bola prítomnosť perioperačných sestier pri pozorovanej operácii. Výsledky prinášajú potrebu zlepšenia početnej kontroly. Najúčinnším je podľa autoriek šandardizovanie všetkých postupov početnej kontroly.

Vo svete je bezpečnostný perioperačný protokol neustále predmetom prieskumov. Nasvedčuje tomu aj krátka rešerš, ktorá bola vykonaná pre potreby diplomovej práce na platforme Web of Science. V roku 2022 napríklad prebehol v Pakistane klinický audit. Predmetom bolo sledovanie použitia bezpečnostného protokolu pred a po edukačnej intervencii. Najvyššie zlepšenie až o 66,7% bolo pozorované v oblasti sign out (Gul et al., 2022). Ďalším príkladom môže byť štúdia zaoberajúca sa rolou zdravotníckeho asistenta v implementácii bezpečnostnej procedúry vo Švédsku. Výsledky prinášajú prekvapivo vysokú dôveru v asistentov, nakoľko väčšina profesionálov si nebola istá, kto je zodpovedný za implementáciu a používanie samotného protokolu. Na druhej strane je pozitívom, že skoro polovica asistentov verila v zlepšovanie bezpečnosti pacientov prostredníctvom procedúry. Skrz asistentov tak bolo zlepšované použitie protokolu v praxi, a teda aj samotná bezpečnosť pacientov (Ališić et al., 2023).

3.3. Časti bezpečnostného perioperačného protokolu.

V prípade zavedenia bezpečnostného protokolu na pracovisku, musí byť každý pracovník spoluzodpovedný za jeho vykonávanie. Koordinátorom celej procedúry na operačnej sále často býva obiehajúca sestra. Na základe doporučení WHO sa protokol rozedľuje do troch častí. V niektorých nemocniciach v našich podmienkach nachádzame i viacero, napríklad aj v nemocnici, s ktorou bola nadviazaná spolupráca. Časti odporúčané WHO nasledujú za sebou v čase, v každodennom cykle udalostí na operačnej sále. Prvou časťou je bezpečnostná procedúra pred uvedením do anestézie, nasleduje kontrola pred incíziou a zahájením samotnej operácie a protokol je ukončený časťou pred uzatvorením operačnej rany a transportom pacienta zo sály.

Skôr ako celý tím postúpi z jednej časti do nasledujúcej, musí byť potvrdené ukončenie predošlej oblasti v protokole. Cieľom by mala byť integrácia protokolu do každodennej praxe. Návrh podoby check list-u (Príloha č. 1), doporučovaný WHO je minimom, ktoré by nemalo byť podkročené, naopak autori vyzývajú k jeho doplneniu podľa potrieb pracoviska a analyzovaných rizikových oblastí (WHO, 2009, s. 6).

3.3.1 Pred uvedením do anestézie

Prvá časť bezpečnostného perioperačného protokolu musí byť ukončená pred uvedením pacienta do anestézie, z dôvodu zaručenia jeho bezpečnosti. Základnou požiadavkou je prítomnosť anestéziológa a zdravotnej sestry. Prvou oblasťou na začiatku procedúry je potvrdenie identity samotným pacientom. Požadované je aby sa zapojil aj do verifikácie výkonu a miesta intervencie. Dôležité je kontrolovať aj podpisy súhlasov. Celá bezpečnostná procedúra je verbálne overovaná v spolupráci s pacientom, pokiaľ je to možné a je schopný. V inom prípade je overovanie zabezpečené prostredníctvom doprovodu. Tento krok je podľa WHO možné preskočiť, ak sa jedná o urgentnú operáciu, kedy je prioritou záchrana života alebo obmedzenie znižovania kvality života pacienta ako následok komplikácií pri oneskorení výkonu. Ďalšou dôležitou oblasťou je overenie označenia operovanej strany. Koordinátor celej procedúry by mal overiť, či bola chirurgom (operatórom) označená strana alebo oblasť výkonu. Najčastejšie je to vykonané liehovou, nezmývateľnou fixkou, spravidla mimo operačný rez. Vhodné je overiť stranu výkonu aj v dokumentácii pacienta. Anestéziologický tím je povinný pred zahájením operačného dňa skontrolovať anestéziologický prístroj a kompletnosť anestéziologickej medicíny. Významným faktom, ktorý je nutné overiť nie len na začiatku, ale aj počas výkonu, je funkčnosť pulzného oxymetra. Povinnosťou operačného tímu je aj overovanie alergií u pacienta. Táto skutočnosť je kontrolovaná prostredníctvom otázky na pacienta a overením získaných informácií v dokumentácii. Anestéziológ ďalej vyhodnotí potencionálne riziko intubácie a skontroluje priechodnosť dýchacích ciest. Zabudnúť nesmie ani na riziko aspirácie, najmä pri pacientoch trpiacich refluxom. V prípade potreby je zabezpečená aj pomocná technika k intubácii. V neposlednom rade sa kladie dôraz na riziko krvácania vyššie ako 500 ml (u detí viac ako 7 ml/kg). Toto riziko vyhodnocuje anestéziológ v spolupráci s operatórom. Reakciou na pozitívne vyhodnotenie rizika je zabezpečenie možnosti suplementácie. Napríklad: objednanie krvných konzerv, zabezpečenie žilného vstupu pre podanie,...(WHO, 2009a, s. 7-9).

Podľa Jedličkovej a kol. (2021, s. 22-23) začína perioperačný protokol už na oddelení, z ktorého je pacient transportovaný na operačnú sálu. Svoje tvrdenie podkladá názornou ukážkou

papierovej formy protokolu z Fakultnej nemocnice Brno. V tejto oblasti je doporučené kontrovať hygienu pacienta, prípravu operačného poľa atď. Až ako krok druhý uvádza vo svojej publikácii kontrolu na operačnej sále.

3.3.2 Pred chirurgickou incíziou

Pred zahájením operácie chirurgickou incíziou je nutnosťou aby sa všetci na operačnej sále, ktorí môžu, zastavili a venovali svoju plnú pozornosť takzvanému Time out. Doporučené je aby sa všetci členovia tímu predstavili a uviedli svoju pozíciu v tíme. Koordinátor by sa mal opýtať každého člena zvlášť. V prípade spolupráce stabilného tímu, ktorý sa pozná, je postačujúce verbálne potvrdenie tohto faktu, prípadne doplnenie informácií o nových alebo prechodných členoch (stážisti, študenti na odbornej praxi, nový kolegovia, technici,...). V nasledujúcom kroku je nutné opakovane potvrdiť meno pacienta, operačný výkon a stranu. Verbálne, s dostatočnou hlasitosťou je uvedené a potvrdené meno operovaného pacienta. Tento krok zvyčajne koordinuje obiehajúca sestra v spolupráci s chirurgom alebo anesteziológom. Dôvodom je prevencia zámeny pacienta alebo miesta výkonu či strany. V odporúčaní WHO (2009a, s. 9) je uvedené aj názorné presné znenie takzvaného Time-out. V prípade lokálnej anestézie bez sedácie, je opäť vhodné aj zapojenie pacienta. Zaznieť by mala aj otázka na antibiotickú profylaxiu u pacienta. Tento fakt zvyčajne potvrdzuje alebo neguje anesteziológ. Vhodná doba od podania je 60 min. Dôvodom je prevencia infekcie. Operácia by tak mala prebiehať v takzvanom chránenom koagulu, kedy je hladina prítomnosti antibiotík v sére krvi a tkanivách pacienta najvyššia. V prípade nepodania alebo podania pred viac ako hodinou je doporučené uskutočniť ho v tomto kroku protokolu. Ak operatér, anesteziológ či iný člen tímu má podozrenie na akékoľvek riziko počas Time out ho verbalizuje. Zabudnúť by sa nemalo ani na predpokladanú dĺžku výkonu a zopakuje sa aj uvedenie potencionálnych krvných strát. Prebehne identifikácia kritických a nerutinných krokov, ktoré operatér plánuje. Tím operačných zdravotných sestier potvrdí sterilitu pripraveného inštrumentária a verbalizuje prípadné obavy vzhľadom na plánované použitie prístrojovej techniky. Ak budú pri operácii do tela pacienta vkladané implantáty, je uvedený ich stav a dostupnosť na sklade. Obiehajúca sestra má za úlohu v tomto kroku dostatočne hlasito a zrozumiteľne upozorniť aj na prípadné chýbanie implantátov. Ak je používaná akákoľvek zobrazovacia metóda, je pred začiatkom operácie overená a pripravená k dispozícii operatérovi (WHO, 2009a, s. 9-11).

Jedličková a kol. (2021, s. 23-24) uvádza vo svojej publikácii rovnaké kroky v rámci uskutočňovania Time out v našich podmienkach. Potvrdzuje dôležitosť identifikácie všetkých

členov operačného tímu, opakovanej identifikácie pacienta, miesta a strany výkonu i ostatných vyššie uvedených krokov nutných v rámci pauzy pred incíziou.

3.3.3 Pred transportom pacienta z operačnej sály

Celý bezpečnostný perioperačný protokol je ukončený pred transportom pacienta z operačnej sály a jeho prebudením z anestézie. Opäť sú medzi členmi operačného tímu verbálne vymenené potrebné informácie. Z dôvodu možnej zmeny samotného výkonu alebo predom zvoleného postupu (pri laparoskopii konverzia na otvorenú operáciu, zistenie operability tumoru,...) je na konci potvrdený realizovaný výkon. Tento fakt verifikuje operatér. Zdravotné sestry – inštrumentárka v spolupráci s obiehajúcou, potvrdia kompletnosť inštrumentária na základe kontroly, ktorú vykonali v rámci prípravy na operáciu. Odsúhlasia počet ihiel, sušenia, tampónov či iného materiálu, ktorý nesmie ostať v tele pacienta. V prípade akejkoľvek nezrovnalosti sú všetci členovia tímu upozornení a operačný výkon nesmie byť ukončený. Doporučené je kontrolu vykonávať vo dvojici. Potvrdené bude aj správne označenie biologického materiálu, ak bol odobraný. V prípade, že sa v priebehu operácie vyskytli akékoľvek problémy s technickým vybavením sú verbalizované. V poslednej rade je ordinovaná pooperačná starostlivosť anestéziológom i operatérom. Tento moment je ukončením doporučeného protokolu podľa WHO (WHO, 2009b, s. 105).

Posledná kontrola podľa aktuálnych tuzemských zdrojov prebieha po ukončení operácie a obsahovo sa zhoduje s odporúčaniami WHO. Nutnosťou je potvrdenie uvedených informácií v protokole podpisom všetkých účastníkov alebo záznamom do dokumentácie, opäť spoločne s pečiatkou a podpisom členov tímu (Jedličková a kol., 2021, s. 23-24).

Zhodné informácie ohľadom obsahu perioperačného bezpečnostného protokolu na operačných sálach v Českej republike uvádza vo svojej publikácii *Bezpečnosť a etika v perioperačnej péči* (2020, s. 41 – 44) aj Wichsová. Každý krok definuje ako založený na vedeckých dôkazoch a v jeho správnej aplikácii a použití v praxi vidí znižovanie komplikácií spojených s chirurgickou starostlivosťou. Zodpovednosť za vyplnenie protokolu na operačnej sále by mala niesť jedna osoba.

Všetky vyššie uvedené informácie sú obsiahnuté aj vo vnútornej smernici nemocnice, s ktorou bola nadviazaná spolupráca v rámci diplomovej práce.

PRIESKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČASŤ

Tvorba inštruktážneho videa prebiehala v spolupráci s nemocnicou krajského typu. Potreba inštruktáže vznikla na pôde nemocnice po tom, ako bol zmenený a doplnený vnútorný štandard ohľadom vykonávania perioperačného bezpečnostného protokolu na operačných sálach v celej nemocnici.

Prieskumná časť diplomovej práce ďalej obsahuje metodiku výskumu, spôsob zberu dát a následné spracovanie dát formou tematickej analýzy.

4 METODIKA PRIESKUMNEJ (PRAKTICKEJ) ČASTI

Inštruktáž pomocou videa, ktoré spracováva celý priebeh protokolu, bola po mnohých konzultáciách s predstaviteľmi nemocnice, ako aj s vedúcim diplomovej práce zvolená ako najvhodnejšia. Jedná sa o modernú, dostupnú metódu. Silnou stránkou vzdelávania pomocou názornej ukážky formou videa je možnosť kedykoľvek inštruktáž zhliadnuť i opakovane. Dáva priestor k samoštúdiu a prináša reálne situácie, v reálnom čase.

4.1 Ciele práce

Stanovený bol jeden hlavný cieľ a jeden vedľajší cieľ.

Hlavný cieľ:

Vytvoriť kvalitné inštruktážne video pre personál nemocnice, s ktorou bola nadviazaná spolupráca, a teda jeho náplňou je správne, úplné a bezchybné vykonávanie perioperačného bezpečnostného protokolu v každodennej praxi.

Vedľajší cieľ:

Pomocou pološtruktúrovaného rozhovoru s oslovenými všeobecnými sestrami zistiť ako vnímajú efektivitu a využiteľnosť inštruktáže prostredníctvom videa v oblasti perioperačného bezpečnostného protokolu.

4.2 Prieskumné otázky

- 1.) Ako vnímajú inštruktážne video na tému perioperačný bezpečnostný protokol zdravotníci, ktorí prichádzajú so samotnou procedúrou do kontaktu vo svojej každodennej praxi?
- 2) Čo je považované za výhody, nevýhody a obmedzenia zvolenej formy vzdelávania?

4.3 Metodika tvorby inštruktážneho videa

Proces tvorby inštruktážneho videa bol odštartovaný v auguste 2024. Na začiatku bola analyzovaná literatúra ohľadom samotnej bezpečnostnej procedúry. Hlavnými zdrojmi boli doporučenia a návody vydané už v roku 2009 pod záštitou WHO. Predstavujú základný kameň každého protokolu a smernice aj v podmienkach operačných sál na území Českej republiky. Ďalšími zdrojmi boli publikácie tuzemských autorov, použité v teoretickej časti diplomovej práce. Vzhľadom na spoluprácu s vybranou nemocnicou, bola následne zahájená komunikácia s manažmentom kvality. Nasledovala analýza novej vnútornej smernice a štandardu, ktorý vstúpil do platnosti. Spomínaná smernica a podoba perioperačného bezpečnostného protokolu (Príloha B) je teda hlavným zdrojom pre tvorbu textu rozprávača k videu, keďže inštruktáž je zameraná na ich správne a bezchybné použitie v podmienkach nemocnice.

Na základe diskusie s vedúcim diplomovej práce a manažérom kvality boli vybrané konkrétne informácie, ktoré neskôr zaznievajú v samotnej inštruktáži. Následne bol vytvorený takzvaný „*story board*“ – panel deja (Príloha C). Jedná sa o obrázky znázorňujúce návrh deja videa. Sú podkladom pre lepšiu predstavu, a teda samotnú tvorbu scenára. Ponúkajú možnosť zoradiť jednotlivé za sebou nasledujúce scény a lepšie tak utriediť informácie, ktoré boli vybrané ako podklad pre inštruktáž. Všetky ilustrácie v paneli deja sú dielom autorky diplomovej práce. Kreslené boli akvarelovými pastelkami, obrysy boli zvýraznené čiernou fixou pre lepšiu viditeľnosť a dosiahnutie kontrastu. Celé dielo bolo naskenované do počítača a upravované pomocou programu Krita 5.2.2. Keďže tvorba samotného scenára je náročný a dlhý proces, počas ktorého došlo k mnohým diskusiám ohľadom výberu informácií a textu rozprávača, predstavuje uvedená časť tvorby diplomovej práce najdlhší časový úsek. Všetky ilustrácie uvedené v scenári sú taktiež autorským dielom bez predlohy. Kreslené boli rovnakou technikou ako panel deja. Taktiež boli následne skenované a upravované v programe Krita 5.2.2., 17. októbra 2024, pre lepšiu viditeľnosť a použitie v diplomovej práci. Obrázky napomáhajú pri natáčaní videa a podávajú kameramanovi predstavu autora o približnej konečnej podobe inštruktážneho videa.

Až v januári 2025 bola manažérovi kvality predstavená takmer konečná podoba scenára. Po týždni boli vyslovené všetky pripomienky a návrhy na úpravy, ktoré boli zvážené a následne zakomponované do inštruktáže. 13.1.2025 bol scenár schválený vedúcim práce aj manažérom

kvality, ktorý je zodpovedný za správne používanie perioperačného bezpečnostného protokolu v nemocnici.

Samotné natáčanie prebiehalo 22.1.2025 na operačných sálach, lôžkovom oddelení i príjmovej ambulancii na zvolenej klinike vo vybranej nemocnici krajského typu. S každým pacientom, účastniacim sa procesu natáčania, u ktorého je zároveň viditeľná aj jeho tvár, bol podpísaný informovaný súhlas, ktorý je uložený na právnom oddelení v nemocnici. Pre potreby diplomovej práce vydala nemocnica potvrdenie uvedené v prílohách - Príloha D. Natáčanie bolo zahájené rannou poradou s vedúcim diplomovej práce, manažérom kvality i kameramanom. Spoločne bol opakovane kontrolovaný scenár a jeho obsah, aby boli presne a správne dodržané všetky kroky celej bezpečnostnej procedúry. Manažér kvality zvýraznil rizikové pasáže, ktoré označil za potencionálne problémové i časti, ktoré boli doplnené alebo zmenené v znení nového štandardu. Do pozornosti dal všetky podstatné scény, pri ktorých bolo neskôr dbané na vysokú kvalitu a presnosť prevedenia zdravotníkmi počas natáčania. Kameraman vyjadril názor na jednotlivé scény a upresnil možnosť ich prevedenia. V priebehu tejto poslednej konzultácie bol pozmenený aj úvod i záver. Rozprávač vo videu nevystupuje, hoci v pôvodnom znení scenára mal. Ako vhodnejšia varianta bola zvolená možnosť nahradiť tieto pasáže scénami z protokolu. Pridaná bola i účasť manažéra kvality vo videu. Cieľom bolo zvýšenie dôveryhodnosti samotnej inštrukčie medzi personálom nemocnice. Prednosta kliniky, na ktorej pôde bolo video zrealizované, informoval predom personál o priebehu akcie a pomohol s výberom vhodných kandidátov na predstaviteľov zdravotníkov vo videu. Pacienti boli vyberaní náhodne, na základe prejavenej a podpísanej súhlasu s účasťou v inštrukčii. Po skončení porady a získaní informovaných súhlasov bolo zahájené samotné natáčanie videa.

Priamo na mieste každej scény boli ešte raz upresnené informácie, ktoré musia zaznieť v správnom znení. Každá časť bola najskôr realizovaná bez kamery, kontrolovaná manažérom i autorkou scenára a až následne natáčaná. Dosiahla sa tým vysoká kvalita audiovizuálneho materiálu, ktorý vznikol. Natáčanie prebiehalo v reálnom čase a priestoroch nemocnice, počas riadneho chodu príjmovej ambulancie, oddelenia i operačných sál kliniky. Cieľom bolo priblížiť zdravotníkom reálne použitie celého protokolu v každodennej praxi.

Po ukončení natáčania bol zbežne skontrolovaný získaný materiál a jeho kvalita. Nasledovalo spracovanie videa. Zvuk, a teda text rozprávača bol nahovorený autorkou diplomovej práce. Český text scenára bol po gramatickej stránke kontrolovaný 22.1.2025 v nemocnici a boli opravené všetky chyby. Nahrávanie zvuku prebehlo 7. februára 2025. Získaný materiál bol

upravený v programe REAPER v7.33/macOS-arm64. Konečná podoba nahrávky vznikla 10. februára 2025 a bola odoslaná vo formáte .mp3, aby bola skompletizovaná s obrazovým materiálom. Nakoľko ale došlo k závade na technickom zariadení, prostredníctvom ktorého bolo video spracovávané, došlo k predĺženiu doby úpravy a samotného spracovania. Video bolo teda dokončené až 24. marca 2025.

Vytvorené edukačné video rešpektuje zásady inštruktáže i didaktické zásady popísané v teoretickej časti práce. Podľa Juřenikové (2010, s. 31-34) konkrétne napríklad zásadu názornosti. Obsah videa je spojením obrazového materiálu, deja odohrávajúceho sa v reálnom čase a priestore kliniky, a zároveň je obraz doplnený hovoreným slovom. Spojenie oboch zmyslov je tak základom pre lepšie zapamätanie. Obsah edukačného videa vychádza z predpokladu, že téma perioperačného bezpečnostného protokolu je medzi edukantami do istej miery známa. Tento fakt rešpektuje a upriamuje svoju pozornosť najmä na jeho správne používanie v každodennej praxi. Zásada vedeckosti je zabezpečená aktuálnymi a vedeckými zdrojmi textu rozprávača, ponúka dôveryhodné informácie. Rozsah videa je zvolený primerane k obnosu informácií, ktoré v ňom zaznievajú. Nie je siahodlým filmom s podrobnými scénami ale snaží sa o moderné, primerane rýchle a záživné spracovanie témy perioperačného bezpečnostného protokolu. Aktuálnosť témy inštruktáže je jednoznačná. Nie len, že v posledných rokoch prinášajú médiá tému bezpečnosti pacientov do pozornosti širokej verejnosti, ale aj na základe úpravy štandardu v nemocnici, s ktorou bolo spolupracované, vznikla aktuálna potreba zlepšenia prevedenia procesu v každodennej starostlivosti o pacientov. Zásada spätnej väzby je zaistená prostredníctvom prevedenia výskumu formou pološtruktúrovaného rozhovoru na vybranom pracovisku. Zabezpečenie zásady sústavnosti vychádza z podstaty zvolenej edukačnej metódy. Inštruktážne video je možno zhliadnuť kedykoľvek i niekoľkokrát za sebou a je plánované aj jeho využitie v e-learningovom systéme vzdelávania v nemocnici.

4.4 Scenár inštruktážneho videa

Inštruktážní video – Bezpečnostní perioperační protokol

(Scénář)

Po celou dobu videa je obraz doprovázen vypravěčem.

Scéna 1:

Záběr 1: Na začátku videa je operační sál v plném provozu. Probíhá libovolná operace. Následně je obraz rozostřen.

Na obrazovce před divákem se objeví nápis:
(přečte vypravěč)

BEZPEČNÁ CHIRURGIE: PERIOPERČNÍ BEZPEČNOSTNÍ PROTOKOL

Záběr 2: Rychlý sestřih běžného dne perioperačních sester a lékařů na operačních sálech. (Mytí rukou, příprava sterilních stolků, operace, administrativa...)

KONEC INTRA

Během trvání intra (do 10 vteřin) – na pozadí hudba.

Záběr 3: Na obrazovce se objeví perioperační sestra (vypravěč), která bude po celou dobu doprovázet diváka. Místo – operační sál, nebo jiné tematické prostředí.

VYPRAVĚČ

Bezpečnostní perioperační protokol vznikl v roce 2009, na základě snahy WHO snížit komplikace a mortalitu související s operačním výkonem. Do dnešního dne je bezpečnost pacienta na sálech aktuálním tématem.



Obrázok 1-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba)

Instruktažní video vzniklo na základě potřeby zlepšení kvality poskytované zdravotní péče na operačních sálech. Cílem je přiblížit zdravotníkům implementaci protokolu v našich podmínkách.

Mezi jednotlivými částmi protokolu záběr na libovolnou operaci rozostřenou na pozadí.

Na obrazovce před divákem se objeví nápis:
(přečte vypravěč)
ČÁST PRVNÍ: PŘI PŘÍJMU NA ODDĚLENÍ

Scéna 2:

Záběr 1: Záběr na pacienta s lékařem u příjmu.
Pacient hovoří s lékařem. Podpis souhlasů.

VYPRAVĚČ

První krok perioperačního protokolu probíhá již při příjmu na ambulanci.

Provádí ho přijímající lékař. Jako první proběhne identifikace pacienta. Lékař pak uvede druh operace a provede označení operované strany, pokud je to aplikovatelné. Dál jsou kontrolovány alergie u pacienta, zejména na léky, dezinfekce nebo náplast. Lékař dále uvede zda bude podána antibiotická

profylaxe nebo nikoliv. Na závěr je podepsán souhlas s operací a anestezií, oba souhlasy jsou potvrzeny i v protokolu. V úvodu jsou pro část ošetřovatelskou uvedeny kompenzační pomůcky. Doporučeno je i zakreslení plánované incize a přiložení neutrální elektrody do mapy operačního přístupu na druhou stranu protokolu.

Záběr 2: Lékař hovoří s pacientem. Vyplňuje reální protokol v reálném čase.

Lékař: Dobrý den, moje jméno je a budu Vás přijímat do naší starostlivosti. Chystáte se u nás podstoupit operaci pravého kolenního kloubu. Poprosím Vás o celé jméno, příjmení rok narození.

Pacient: Dobrý den, moje jméno je
Ano budu u vás operovaná na pravé koleno.

Záběr 3: Lékař nalepí štítek na protokol a napíše název operace.

Lékař: Trpíte nějakou alergií? Na léky, dezinfekce, náplasti nebo něco dalšího?

Pacient: Mám alergii na penicilin.

Lékař: Nosíte brýle, naslouchátko nebo máte zubní náhradu?

Pacient: Nenosím, zubní náhradu nepotřebuji. (smích).

Lékař: Prosím sundejte si kalhoty, provedeme vstupní vyšetření a označím operovanou stranu



Obrázok 2-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba)

lihovou fixou. (Lékař celou dobu vypisuje protokol).

Záběr 4: Lékař vyšetří a provede označení. Následně s pacientem podepíše souhlasy a označí jejich podepsání společně s tím zda bude podána profylaxe v protokolu.

Záběr 5: Na konec se podepíše.

Lékař: Děkuji za spolupráci, přeji hodně štěstí. Na shledanou.

Pacient: Děkuji, na shledanou.

Mezi jednotlivými částmi protokolu záběr na libovolnou operaci rozostřenou na pozadí.

Na obrazovce před divákem se objeví nápis:
(přečte vypravěč)

ČÁST DRUHÁ: PŘED ODJEZDEM NA OPERAČNÍ SÁL

Scéna 3:

Záběr 1: Záběr na sestru na oddělení, která vyplňuje druhou část protokolu s pacientem.

VYPRAVĚČ

Druhý krok bezpečnostního perioperačního protokolu probíhá na oddělení. Zdravotní sestra zde vyplní s pacientem další část formuláře. Na začátku je ověřena identita pacienta, který odchází k operaci. Kontrola celého jména a příjmení společně s rokem narození se bude v bezpečnostní proceduře opakovat



Obrázok 3-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba)

ještě několikrát, což pacienty někdy překvapuje.

Samotná kontrola začíná otázkou na jméno směrem k pacientovi. Požadujeme, aby se představil. Pokud je to možné a pacient je schopen, vždy odpovídá na otázku sám.

V případě, že neumí nebo nemůže odpovědět, ptáme se doprovázející osoby. Nejčastěji to praktikujeme u dětí, mentálně postižených nebo pacientů v komatu, například po úrazu.

Záběr 2: Záběr na kontrolu označení končetiny pacienta lihovou fixou.

VYPRAVĚČ

Pokud je to aplikovatelné proběhne kontrola označení operované strany, dle zvyklostí pracoviště. Vhodnou otázkou bývá i dotaz na pacienta: "Na jaký výkon se chystáte?" Sestra dále provede bandáž dolních končetin nebo tuto skutečnost ověří. Dále sestra zkontroluje vyjmutí zubní náhrady, odstranění šperků a umělých nehtů. Zapomenout nesmí ani na ověření podání premedikace, byla-li ordinována.



Obrázok 4- ilustrácia k scenáru (vlastná kresba)

Záběr 2: *Záběr se rozmaže a objeví se text:*

- Kontrola identity pacienta
- Kontrola označení operované strany
- Kontrola vyjmutí zubní náhrady, odstranění šperků a umělých nehtů
- Podání ordinované medikace (30 min – 1 h)

Paralelně s textem vypravěč pokračuje.

VYPRAVĚČ

Pokud je ordinována medikace
alternující stav vědomí
pacienta, bude podána vždy až po
kontrole identity a kontrole
označení strany. Následuje
transport pacienta na operační
sál.

Záběr 3: *Záběr na sestru na oddělení, která vyplňuje druhou část protokolu s pacientem.*

Sestra: Dobrý den, pojedete za několik chvil k operaci. Před Vaším odjezdem ještě provedeme kontrolu. Poprosím Vás ukázat identifikační náramek a aby jste mi řekla svoje celé jméno a rok narození.

Pacient: Jmenuji se a narodila jsem se v roce

Sestra: Děkuji. Jdete na operaci pravého kolena?

Pacient: Ano.

Sestra: Byla označena strana? Můžu zkontrolovat?

Pacient: Určitě.

Záběr 3: *Sestra zkontroluje označení strany.*

Záběr 4: *Sestra provede bandáž neoperované končetiny.*

Sestra: Provedeme bandáž neoperované končetiny. Je to prevence tromboembolické nemoci.

Sestra: Odstranili jste všechny šperky? Můžu se podívat na Vaše nehty?

Pacient: Šperky jsem odstranila. Umělé nehty nenosím (*smích*).

Sestra: Děkuji za spolupráci. Teď budete transportována na operační sál. Přeji hodně štěstí, na shledanou.

Pacient: Děkuji, na shledanou.

Záběr 5: *Sestra po celou dobu vyplňuje protokol. V dokumentaci ověří podání ATB profylaxe. Na konec se podepíše.*

Mezi jednotlivými částmi protokolu záběr na libovolnou operaci rozostřenou na pozadí.

Na obrazovce před divákem se objeví nápis:
(přečte vypravěč)

ČÁST TŘETÍ: PŘED UVEDENÍM DO ANESTÉZIE

Scéna 4:

Záběr 1: *Krátký záběr na transport pacienta na sál. Následuje přijetí anesteziologickou sestrou, která podepíše přijetí v protokolu. Pak záběr na anesteziologickou přípravu a vyplňování třetí části protokolu. Kontrola anesteziologického přístroje.*

VYPRAVĚČ

Před uvedením pacienta do anestezie znova proběhne kontrola identity pacienta. Kontrolováno bude i označení operované strany, zejména zda označená strana souhlasí se stranou uvedenou v dokumentaci.

Dál bude ověřeno zda byl podepsán souhlas s anestezií a zda jsou uvedeny alergie. Opakovaně se na alergie ptáme i pacienta. U kontroly jména pacienta je většinou přítomna i obíhající sestra.

Záběr 2 : Záběr na lékaře jak kontroluje horní dýchací cesty pacienta. Záběr na lékaře jak vyplňuje protokol.

Záběr 3: Záběr na kontrolu přístroje. Pulzní oxymeter.

VYPRAVĚČ

Na začátku operačního dne je vždy nutno zkontrolovat anesteziologický přístroj. U pacienta lékař dále zkontroluje průchodnost dýchacích cest. Do protokolu zaznamená riziko obtížné intubace, případně zajištění pomůcek a přístrojů.



Obrázok 5-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba)

Dál ve spolupráci s operátérem zhodnotí riziko krevních ztrát a zaznamená zda jsou objednány krevní deriváty. Jako poslední uvede zajištění adekvátní pooperační péče a odůvodní ji. Počas trvání operace je důležité sledovat funkčnost všech čidel, zejména pulzního oxymeteru.

Záběr 4: Záběr na vypravěče.

VYPRAVĚČ

Průchodnost dýchacích cest je nutno u pacienta kontrolovat i v případě jiného druhu anestezie bez intubace a to z důvodu možnosti komplikací počas operace a nutnosti konvertovat na celkovou anestezii. Na závěr je ověřeno, zda je pro pacienta zajištěna pooperační péče odpovídající předpokládanému stavu, např. lůžko na JIP.

Záběr 5: Záběr na anesteziologa a sestru, hovoří s pacientem. U kontroly je přítomna i obíhající sestra.

Anesteziolog: Dobrý den, jmenuji se a dnes budu Váš anesteziolog. Poprosím Vás o celé jméno a rok narození.

Pacient: Jmenuji se a narodila jsem se...



Obrázok 6-illustrácia k scenáru (vlastná kresba)

Anesteziolog: Zkontrolujeme označení operované strany a dokumentaci (*sestra potvrdí souhlas s dokumentací a označenou stranou*).

Trpíte nějakou alergií? (*U vyplňování protokolu je přítomna i obíhající sestra*).

Pacient: Ano. Mám alergii na penicilin.

Anesteziolog: Teď zkontroluji vaši ústní dutinu. Poprosím Vás o otevření úst. Děkuji. Za malou chvíli Vás uspíme.

Záběr 6: *Anesteziolog s chirurgem dovyplňují protokol. Zkontroluje podpis informovaného souhlasu a ostatní části. Na konec se podepíše. Protokol odevzdá obíhající sestře.*

Mezi jednotlivými částmi protokolu záběr na libovolnou operaci rozostřenou na pozadí.

Na obrazovce před divákem se objeví nápis:
(přečte vypravěč)

ČÁST ČTVRTÁ: PŘED PROVEDENÍM INCIZE

Scéna 5:

Záběr 1: *Záběr na operační tým, připraven na operaci. Zarouškováno. Obíhačka vyplňuje protokol.*

VYPRAVĚČ

Před samotnou incizí proběhne takzvaný time-out. Všichni přítomni u operace se, pokud můžou, zastaví a věnují pozornost poslední kontrole před zahájením operace. Na začátku je potvrzeno, že identita všech osob na operačním sále, je známa.

Obíhající sestra potvrdí jméno a rok narození pacienta. Operatér zas potvrdí typ výkonu, operovanou stranu a správnou polohu pacienta. Dále uvede svoje požadavky na speciální vybavení. Jedná se zejména o instrumentárium, RTG, turniket nebo kostní štěpy. Pokud jsou u operace nějaká přidružená rizika, upozorní na ně. Plánuje-li odběr tkání a tekutin uvede tuto skutečnost.

Záběr 2: Záběr na anesteziologa, sestru a přístroj.

VYPRAVĚČ

Anesteziolog potvrdí nebo neguje profylaktickou dávku antibiotik a vyjmenuje případné alergie. Uvede strategii anestezie a pokud shledal nějaká přidružená rizika, upozorní na ně.

Záběr 3: Záběr na připravené instrumentárium a instrumentářku s obíhačkou.

VYPRAVĚČ

Na konec potvrdí instrumentářka společně s obíhačkou sterilitu, připravenost a kompletnost instrumentária. Pokud jsou u operace použity přístroje, je rovněž potvrzena jejich



Obrázok 7-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba)

funkčnost. U výkonů, kde jsou potřeba implantáty se uvede jejich stav. Přímou tak reflektuje a reaguje na požadavky operátora, potvrzuje dostupnost jím zvoleného speciálního vybavení.

Záběr 3: Záběr na celý tým.

VYPRAVĚČ

V poslední části kontroly vyzve operátor všechny přítomné k uvedení případných připomínek. Rovněž se dotazuje, zda všichni členové souhlasí s informacemi, které byly v průběhu time-out uvedeny. Po důkladném provedení time-out bude zahájena operace. Tuto část ztvárňuje v papírové formě protokolu obíhající sestra ve spolupráci s chirurgem.



Obrázok 8-illustrácia k scenáru (vlastná kresba)

Záběr 4: Záběr na operační tým, připraven na operaci. Zarouškováno. Obíhačka vyplňuje protokol.

Obíhající sestra: Jsou všichni připraveni na kontrolu před incizí? Poprosím o pozornost. Je identita všech osob na sále známa?

Všichni projevují souhlas.

Obíhající sestra: Operovat budeme pacientku ročník narození.....

Operátor: Ano, operovat budeme pravý kolenní kloub. Poloha je správná. RTG

pacientky se shoduje s operovanou stranou a je aktuální. Operovat budeme s instrumentariem a použitý bude i turniket. Žádná přidružená rizika. Tkáně odebírat nebudeme.

Anesteziolog: Profylaktická dávka antibiotik byla podána. Pacientka trpí alergií na penicilin. Žádná přidružená rizika.

Operatér: Operace bude asi hodinu dlouhá. Komplikace ani větší krevní ztráty neočekáváme.

Instrumentářka: Sterilita byla potvrzena, instrumentarium je připraveno. Turniket rovněž připraven. Přístrojová technika je plně funkční.

Operatér: Má někdo připomínky k operaci? Všichni souhlasí s informacemi, které odezněli?

Souhlas všech členů.

Operatér: Děkuji. Zahajujeme operaci.

Mezi jednotlivými částmi protokolu záběr na libovolnou operaci rozostřenou na pozadí.

Na obrazovce před divákem se objeví nápis:
(přečte vypravěč)

ČÁST PÁTÁ: PŘED TRANSPORTEM Z OPERAČNÍHO SÁLU

Scéna 6:

Záběr 1: *Diskrétní záběr na operaci před ukončením.*

VYPRAVĚČ

Před uzavřením operační rány proběhne početní kontrola nástrojů, tamponů, roušek a jehel. Pokud počet souhlasí,

může být operace ukončena. Na závěr se kontrola počtů opakuje. Potvrdí se označení tkáňových vzorků, pokud byly odebrány. Pokud se vyskytly problémy s vybavením či nástroji, jsou v této fázi nahlášeny. Rovněž je příležitost uvést jiné mimořádné události. Po potvrzení je pacient probuzen a transportován ze sálu.

Záběr 2: Záběr na vypravěče.

I poslední část je vyplňována obíhající sestrou ve spolupráci s instrumentářkou.

V neposlední řadě ordinuje chirurg a anesteziolog pooperační medikaci a kde bude probíhat další péče o pacienta.

Záběr 3: Diskrétní záběr na operaci před ukončením.

Operatér: Operace je u konce. Provedeme poslední krok protokolu.

Instrumentářka: Počet nástrojů, tamponů, roušek a jehel zpočítan a souhlasí.

Obíhající sestra: S vybavením ani nástroji nenastaly žádné problémy.

Operatér: Během operace nenastaly žádné jiné mimořádné události. Operace bude do pěti minut ukončena. Poprosím o pooperační dávku antibiotik. Děkuji všem za spolupráci.



Obrázok 9-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba)

Anesteziolog: Pacientka bude převezena na dospávací pokoj a následně na oddělení. Děkuji za spolupráci.

Ostatní: Děkujeme.

Záběr 2: *Záběr na vypravěče.*

VYPRAVĚČ

Každé pracoviště má svá specifika a není výjimkou ani modifikace bezpečnostního perioperačního protokolu. Nastávají i urgentní operace, kdy jakákoliv prodleva ohrožuje život nebo kvalitu života pacienta. V takovém případě se administrativa odsouvá na vedlejší kolej a bezpečnostní protokol v úvodu je proveden jen z části, v rychlosti nebo skoro vůbec. Poslední části by ale neměly být vynechány. Úplné vynechání protokolu za standardní situace je v dnešní době nemyslitelné. Důraz je kladen na bezpečnost pacienta na operačním sále. Správný výkon, ve správný čas, na správném místě u správného pacienta je klíčem k bezpečné chirurgii. Další důležitým tématem je kontrola počtu nástrojů, sušení, roušek, jehel či jiného

použitého materiálu, který nesmí
zůstat v těle pacienta.

Záběr 3: Sestřih videa na závěr.

VYPRAVĚČ

Bezpečná chirurgie je prioritou
každého pracoviště a měla by být
i hlavní prioritou každého
pracovníka

na operačních sálech. Bezpečnost
se týká každé lékařské i
nelékařské profese zapojené do
celého procesu. Upozornit na
chyby nebo na nezodpovědné
chování, má právo v zájmu
bezpečnosti pacienta kdokoli na
sále. Věříme, že instruktážní
video bude základem pro
efektivní použití protokolu na
vašem pracovišti.



Obrázok 10-ilustrácia k scenáru (vlastná kresba)

4.5 Metodika výskumnej časti

Celý proces výskumu bol pre potreby diplomovej práce najprv spracovaný aj v grafickej forme uvedenej v Prílohe E. Dôvodom bolo vytvorenie lepšej predstavy autorky pre spracovanie tejto časti diplomovej práce a vychádza z publikácie *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství* (Gurková, 2019, s.27).

Vzhľadom k zvolenej problematike, stanoveným cieľom i prieskumným otázkam bol zvolený kvalitatívny výskum. Výskumník na začiatku vyberie tému a formuluje základné výskumné otázky, ktoré má možnosť v priebehu výskumu, zberu dát i analýzy doplniť alebo zmeniť. Samotná analýza a zber dát prebieha súčasne. Výskumník zbiera dáta, analyzuje a na základe výsledkov sa rozhoduje, ktoré dáta potrebuje. Následne opakovane začne so zberom a analýzou dát. Výskumník hľadá a analyzuje všetky dáta, ktoré sú zdrojom riešenia stanovených prieskumných otázok. V priebehu cyklu preskúmava svoje závery. Ako výstup výskumu spracováva výslednú správu, ktorú častokrát diskutuje s aktérmi výskumu a prihliada na ich názory a pripomienky (Hendl, 2016, s.46).

Jedná sa o nematematický analytický postup, ktorý spočíva v analýze skúmaných javov, odhaľovaní ich elementárnych zložiek a spojení či závislostí. Zameriava sa na charakteristiku ich celostnej štruktúry, interpretáciu zmyslu alebo funkcie, ktorú plnia. Kvalitatívny popis faktov prebieha najmä v naratívnej forme a sú vylúčené všetky číselné a štatistické výpočty. Táto forma výskumu tak umožňuje poznanie širšieho kontextu javov, ktoré sú predmetom záujmu pozorovateľa a poznáva ich v prirodzených podmienkach (Kutnohorská, 2009, s 22).

Základom získania odpovedí na stanovené prieskumné otázky bolo využitie metódy pološtruktúrovaného rozhovoru s vybranými všeobecnými sestrami, ktoré zhliadli inštruktáž a sú zapojené do vykonávania perioperačného bezpečnostného protokolu. Rozhovor bol vedený autorkou, ktorá pripravila otázky, na ktoré aktérky odpovedali. V priebehu rozhovorov sa k danej téme objavovali i ďalšie, ktoré boli následne rozvinuté.

Pološtruktúrovaný rozhovor je zameraný na charakteristiku udalostí, ktoré aktér formuluje na základe situácie rozhovoru. Neslúži teda ako neutrálny spôsob získania racionálnej odpovede a odhaľovanie nespornej pravdy (Denzin, Lincoln 1998, cit. podľa Mišovič, 2019, s. 81). Pološtruktúrovaný rozhovor stojí na predom pripravených otázkach, ktoré systematicky smerujú k identifikácii výskumnej témy pomocou detailných odpovedí. Základnou a najpodstatnejšou časťou rozhovoru je jadro. Predstavuje záväznú schému rozhovoru pre výskumníka. Jadro je

zložené z výskumných otázok a tém, ktoré musia byť počas rozhovoru prebraté. Je základom pre ďalšie možné naväzujúce a doplňujúce otázky či témy. Tie môžu prispievať k lepšiemu uchopeniu zvolenej problematiky (Miovský, 2009, s. 160 cit. podľa Mišovič, 2019, s. 80).

Samotný rozhovor vyžaduje pomerne náročnú technickú prípravu. Predchádza mu tvorba schém, ktoré sú pre výskumníka záväzné. Spomenutú schému najčastejšie špecifikujú okruhy otázok, na ktoré budú opýtaní odpovedať. Poradie je možné meniť. Dôležité je overovať, či boli odpovede prieskumníkom správne pochopené a interpretované, prípadne sú kladené doplňujúce otázky. Tie rozpracovávajú zvolenú tému do hĺbky. V rozhovore je pokračované, pokiaľ aktér výskumu odpovedá zmysluplne a odpovede sú pre výskum relevantné, prípadne je vyčerpaný stanovený časový limit (Kutnohorská, 2009, s 22).

4.6 Účelový výber komunikačných partnerov

Pod pojmom účelový výber rozumieme spôsob tvorby vzorky, ktorý vyplýva priamo zo stanoveného výskumného problému. Predmetom výskumu je teda presne vymedzený jav v presne stanovenej skupine aktérov alebo lokalite, v ktorej je možné daný jav pozorovať. Podstatou je, že inde dáta, ktoré potrebujeme k výskumu nenachádzame. Počas prípravy prieskumu výskumník presne vymedzuje aká bude povaha zvolenej vzorky komunikačných partnerov. Účelový výber sa teda riadi kritériami, ktoré volí výskumník a ktoré by mali aktéri spĺňať (Novotná a kol. 2019, s. 294).

Pre účely výskumu diplomovej práce museli aktéri spĺňať nasledovné kritériá:

- zhladol vytvorené inštruktážne video na tému perioperačného bezpečnostného procesu,
- aktívne sa zapája do perioperačného bezpečnostného procesu vo svojej každodennej praxi,
- je samostatne pracujúci s aspoň jednoročnou praxou.

4.7 Charakteristika komunikačných partnerov

Pojem respondent je používaný najčastejšie pri kvantitatívnom výskume, obzvlášť pri dotazníkovom šetrení. V prípade kvalitatívneho výskumu, ktorého predmetom je osoba, používame označenie aktér. Ak výskum prebieha formou pološtruktúrovaného rozhovoru, je preferovaný pojem komunikačný partner (Novotná a kol. 2019, s. 294). Preto budú účastníci výskumu pre potreby diplomovej práce nazývaní komunikačný partner alebo aktér.

Komunikačný partner č.1

- Všeobecná sestra pracujúca na lôžkovom oddelení chirurgického typu. Dĺžka praxe jeden rok. Vzdelanie: diplomovaná sestra. Veková kategória: do 25 rokov. Zhliadla vytvorené inštruktážne video a perioperačný bezpečnostný protokol je súčasťou jej každodennej náplne práce. Rozhovor bol vedený necelých 40 min.

Komunikačný partner č.2

- Všeobecná sestra pracujúca na lôžkovom oddelení chirurgického typu. Dĺžka praxe jedenásť rokov. Vzdelanie: všeobecná sestra (titul Bc.). Veková kategória: 30 – 40 rokov. Zhliadla vytvorené inštruktážne video a perioperačný bezpečnostný protokol je súčasťou jej každodennej náplne práce. Rozhovor bol vedený necelých 30 min.

Komunikačný partner č.3

- Všeobecná sestra momentálne pracujúca na lôžkovom oddelení chirurgického typu (6 mesiacov), predošlé skúsenosti z príjmovej ambulancie. Dĺžka praxe nad 30 rokov. Vzdelanie: všeobecná sestra (titul Bc.). Veková kategória: nad 50 rokov. Zhliadla vytvorené inštruktážne video a perioperačný bezpečnostný protokol bol a aj momentálne je súčasťou jej každodennej náplne práce. Rozhovor bol vedený necelých 50 min.

Komunikačný partner č.4

- Všeobecná sestra pracujúca na operačných sálach na pozícii inštrumentárky. Dĺžka praxe dvadsaťtri rokov. Vzdelanie: diplomovaná sestra. Veková kategória: 40-50 rokov. Zhliadla vytvorené inštruktážne video a perioperačný bezpečnostný protokol je súčasťou jej každodennej náplne práce. Rozhovor bol vedený necelých 30 min.

Komunikačný partner č.5

- Všeobecná sestra pracujúca na operačných sálach na pozícii inštrumentárky, vo vedúcej funkcii. Dĺžka praxe 25 rokov. Vzdelanie: špecializované, titul Mgr. Veková kategória: nad 50 rokov. Zhliadla vytvorené inštruktážne video a perioperačný bezpečnostný protokol je súčasťou jej každodennej náplne práce. Rozhovor bol vedený viac ako 60 min.

4.8 Príprava na zber dát

Hlavné etické princípy sú zamerané na skúmaných jedincov aj výskumníka. Spolupráca medzi oboma stranami je založená na princípe dobrovoľnosti. Aktér je zoznámený s dobrovoľnosťou

účasti na výskume, ako aj možnosťou výskum kedykoľvek opustiť bez dopadov na jeho osobu. Základ ochrany osobných údajov je počas celého výskumu zaistený anonymitou, čím je zamedzená identifikácia samotného účastníka. Povinnosťou výskumníka je informovať komunikačného partnera o zámeroch výskumu (Ryen, 2007 cit. podľa Mišovič, 2019, s. 77).

Oslovenie aktérov prebiehalo na pôde nemocnice krajského typu, s ktorou bola nadviazaná spolupráca. Vyberaní boli podľa veku, dĺžky praxe i pozície (rôznorodosť aktérov), ktorú momentálne v nemocnici zastávajú. Zvolené boli tri všeobecné sestry z lôžkového oddelenia, a zároveň jedna mala skúsenosti z chirurgickej príjmovej ambulancie. Dve sestry z operačných sál v roli perioperačnej sestry inštrumentárky. Jedna zo sestier zastávala vedúcu funkciu a podieľa sa na adaptačnom procese i vzdelávaní personálu. Na začiatku rozhovoru boli všetci aktéri požiadaní o súhlas s vykonaním rozhovoru so zvukovým záznamom. Dôraz bol kladený na odovzdanie informácie o anonymizácii a využití iba na účely diplomovej práce. Aktéri boli informovaní o možnosti odmietnutia zvukového záznamu, ako aj o možnosti kedykoľvek výskum opustiť. Informované súhlasy sú uložené v archíve autorky. Zber dát prebiehal 14.7.2025 na vybraných pracoviskách v nemocnici krajského typu. Všetci komunikační partneri boli otvorení a bezproblémov odpovedali na všetky pripravené otázky, prípadne ich dopĺňali svojimi názormi a postrehmi z každodennej praxe. Vďaka ich ochote a zdieľnosti bolo predaných mnoho cenných informácií.

4.9 Spracovanie a tématická analýza dát

Priebeh všetkých rozhovorov bol nahrávaný na zvukový záznam mobilného telefónu, niektoré dôležité informácie boli poznámkované na papier. Súčet zvukového záznamu bol 203 min. Záznam bol následne vložený do programu „transkriptor.com“, kde prebehol prevod hlasu na text a predbežná kontrola kvality zápisu textu. Nasledovalo preloženie dát do slovenského jazyka, nakoľko je jazykom nielen diplomovej práce, ale aj autorky, a teda aby bola možnosť efektívnej práce so získaným materiálom. K prekladu bol použitý program „DeepL“. Následne bol text upravený a skontrolovaný. Pre spracovanie prepísaných dát bol využitý program „taguette“, v ktorom autorka pracovala podľa 6 krokov tematickej analýzy.

Tématická analýza získané dáta analyzuje do detailov a organizuje. V rámci kvalitatívneho výskumu má interpretatívny charakter, preto by malo byť prihliadané na možné skreslenie informácií hodnotami i predošlými názormi výskumníka. Pozitívnou stránkou kvalitatívneho výskumu je prípadná otvorenosť výskumníka (Mišovič, 2019, s. 268).

Získané dáta boli analyzované formou tématickej analýzy podľa Braun a Clarke (2006). Samotná analýza má 6 častí. V prvej časti je nutné si získané dáta aspoň jedenkrát prečítať. Tomuto kroku predchádza dôkladný prepis rozhovorov, kde je potrebné zaznamenať každé slovo a myšlienku, ktorú komunikačný partner zdieľuje. V priebehu prvej fázy je odporúčané robiť si poznámky alebo značiť nápady na kódovanie, ku ktorým sa následne môžeme vrátiť. Pri kódovaní rozdeľujeme výpovede na významové jednotky, a potom k nim priradíme rôzne názvy, dĺžka jednotky dát nie je daná striktno. Môže sa jednať o samostatné slovo, vetu alebo celý odstavec. Výskumník sa drží významového celku a rozčleňuje text z hľadiska tém. V nasledujúcej druhej fáze pracuje s úvodným zoznamom tém a kódov, naďalej sa im venuje a prepája ich. V tretej fáze už prebieha analýza vytvoreného zoznamu kódov, ktoré sú skladané a prepájané do všeobecných tém. V ďalšej fáze už by mala byť predstava o tom, aké témy vznikli a či pre ne výskumník disponuje dostatkom dát. V nasledujúcom kroku je nutné uistenie, že vzniknuté témy sa vzťahujú k výskumným otázkam. Náplňou tejto fázy je prepracovanie a preskúmanie tém, spájanie či rozdeľovanie a odmietanie. V predposlednej 5. fáze sú témy identifikované. Je hľadaná ich podstata. Výskumník analyzuje o čom vypovedajú, zisťuje ich rozsah a zameranie. Pre každú tému zvolí výstižný názov. V poslednej fáze sú vyberané výstižné a zaujímavé úryvky rozhovorov, prostredníctvom finálnej analýzy. Neskôr budú použité pri vypracovaní spätnej väzby a odbornej správe o analýze. Výskumník sa pri písaní samotnej záverečnej správy rozhoduje, ktoré témy najviac zodpovedajú stanoveným výskumným otázkam. Následne ku každej téme pripája hojný popis výsledkov (Braun a Clarke, 2006).

Výstupom tématickej analýzy pre potreby diplovej práce bola jedna schéma. Dokopy bolo zakódovaných 152 kódov.

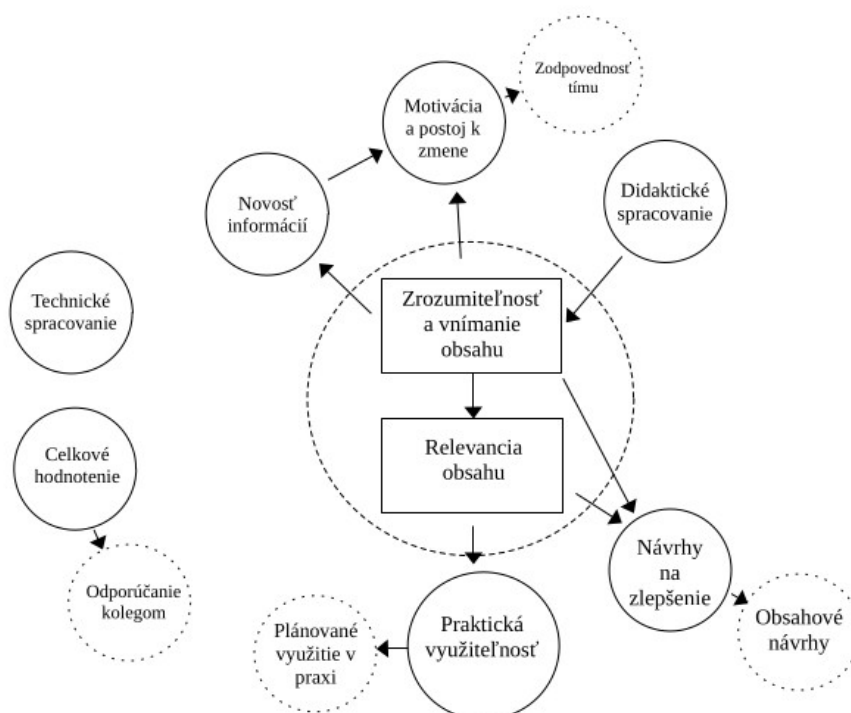
5 INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV ROZHovorOV

V nasledujúcej kapitole sú popísané výsledky z analýzy piatich rozhovorov. Jednotlivé oblasti sú doplnené autentickými výpoveďami aktérov, ktoré boli preložené do slovenčiny. V rámci tématickej analýzy boli vytvorené spoločné témy pre všetkých 5 všeobecných sestier, a teda z pohľadu sestier z oddelenia, príjmovej ambulancie i operačných sál. Tématické oblasti sú zvýraznené tučným písmom a zároveň podtrhnuté. Na druhej strane podtémy sú označené iba tučným písmom, a to z dôvodu ich vzájomného odlišenia.

Výpovede komunikačných partnerov sú označované kurzívou, z dôvodu neznalosti gramatiky českého jazyka autorkou boli preložené do slovenčiny. Označenie K01-05 (Komunikačný partner), označuje aktérov rozhovoru a je zhodné s charakteristikou komunikačných partnerov v predošlej kapitole.

5.1 Interpretácia výsledkov rozhovoru

Nasledujúca kapitola je venovaná popisu jednotlivých tématických oblastí, ktoré boli vytvorené v priebehu analýzy rozhovorov s komunikačnými partnermi. Ich rozloženie a vzťahy sú znázornené na obrázku 11.



Obrázok 11 - Schéma tématických oblastí (zdroj vlastný, 2025)

5.1.1 Zrozumiteľnosť a vnímanie obsahu

Kategória	Vybrané kódy	Ukážka citácie
Zrozumiteľnosť jazyka	<ul style="list-style-type: none"> • Zrozumiteľné. • Normálna reč. • Dobre vysvetlené. 	<ul style="list-style-type: none"> • „Bolo to povedané jasne, rozumel by tomu aj laik.“ • „Reč rozprávača je taká normálna.“
Tempo videa	<ul style="list-style-type: none"> • Vyhovujúca rýchlosť. • Príliš rýchlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • „Zvolená rýchlosť mi vyhovuje, ...“ • „... som sa nestihla na všetko pozrieť.“
Dĺžka inštruktáže	<ul style="list-style-type: none"> • Primerané dlhé. • Do 10 minút. • Dlhé. • Dĺžka nehrá rolu. • Neskrátila. 	<ul style="list-style-type: none"> • „ ... musí byť primerané aby sa nikto nenudil.“ • „ ... vhodné je video do 10 minút, ale táto inštruktáž mi nevadila.“

Tabuľka 1: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).

Prvou a zahajujúcou tématickou oblasťou je **zrozumiteľnosť a vnímanie obsahu**. Aktérky popisujú svoj celkový pohľad na inštruktážne video. Téma sa orientuje na zrozumiteľnosť jazyka, tempo a dĺžku samotného videa i jasnosť jednotlivých krokov perioperačného bezpečnostného protokolu.

Zrozumiteľnosť jazyka je hodnotená pozitívne. Rozprávač sa prihovára jasnou rečou, artikuluje a je mu dobre rozumieť. Obsahová zrozumiteľnosť reči je rovnako hodnotená veľmi kladne. Zvolený jazyk je vnímaný ako komunikačným partnerkám blízky. Text rozprávača sa prihovára bežnou rečou, vynecháva odborné názvy a dbá na jednoduchosť formy. Všetky ocenili prehľadné vysvetlenie jednotlivých krokov protokolu s názornou ukážkou z praxe. **Tempo videa** bolo vnímané rozdielne. „Zvolená rýchlosť mi vyhovuje. Mám radšej rýchle videá, pri ktorých sa nenudím.“ (K01) Svoje preferencie pripísala aktívnemu používaniu sociálnych sietí a veku. Na druhej strane (K03) by volila pomalšie tempo v častiach, kedy je zobrazený samotný protokol v papierovej forme. „Bolo to jasné, ale pri zobrazení protokolu som sa nestihla na všetko

pozrieť.“ Na druhej strane **dĺžka inštruktáže** bola popisovaná ako zodpovedajúca rozsahu poskytnutých informácií. Hodnotená bola ako únosná a primeraná. Nikto neformuloval pripomienky.

Aktérky sa vyjadrujú k dĺžke inštruktáže:

- „Aj zo svojej predošlej praxe viem, že vzdelávanie musí byť primerané aby sa nikto nenudil. Myslím si, že je dôležité aby inštruktáž nebola ani rýchla ani pomalá. Výhodou Vami zvolenej formy je možnosť video zastaviť alebo prehrať viackrát, takže dĺžka podľa mňa nehrá až takú významnú rolu. Navyše dnes je možnosť video počas prehrávania zrýchliť alebo spomaliť ako každý potrebuje.“ (K05)
- „Myslím, že vhodné je video do 10 minút, ale táto inštruktáž mi nevadila. Zaznelo množstvo informácií, takže by som to neskrátila.“ (K02)
- „Ak by video nebolo tak nabité informáciami a chýbali by praktické ukážky bolo by podľa mňa dlhé, ale toto bolo dobré.“ (K04)

5.1.2 Relevancie obsahu

Podoblasť	Vybrané kódy	Ukážka citácie
Prepojenie praxe	<ul style="list-style-type: none"> • Pomoc pri výbere zamerania. • Robiť v praxi. • Ukážka z reality. 	<ul style="list-style-type: none"> • „ ... môže pomôcť pri výbere budúceho zamerania.“ • „ ... robíme aj na našej sále.“
Význam protokolu pre bezpečnosť	<ul style="list-style-type: none"> • Dôležitosť bezpečnosti. • Bezpečnosť. • Papiere navyše. • Istota. 	<ul style="list-style-type: none"> • „ ... ako vyzerá bezpečnosť.“ • „ ... nie je to pre papiere...“

Tabuľka 2: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).

Oblasť **relevancie obsahu** bola spoločne s prvou oblasťou zaradená doprostriedku schémy (Obrázok 11 – Schéma tématických oblastí). Autorka sa domnieva, že obe oblasti sú základom k naplneniu stanoveného cieľa: Zistiť názor nelekárskych zdravotníckych pracovníkov na zvolenú

inštruktáž. Aj napriek tomu, že daná oblasť nie je rozsiahla, je možné ju spoločne s predošlou považovať za základný kameň vnímania inštruktážneho videa. Autorka sa ďalej domnieva, že ak video nie je jazykovo, obsahovo zrozumiteľné a nemá relevantný obsah, nie je možné adekvátne pokračovať v pološtrukturovanom rozhovore. Aktér sa podľa jej domienky nie je schopný plne vyjadriť ku samotným informáciám, praktickej využiteľnosti a iným ak nemohol prostredníctvom videa pochopiť komunikované informácie. Na druhú zvolenú oblasť zároveň nadväzujú ostatné a navzájom sa prepájajú. Samotný obsah hodnotia komunikačné partnerky ako relevantný. Sestrám pracujúcim na rôznych úsekoch video pomáha uvedomiť si náväznosť jednotlivých krokov. K03 uvádza: „*Je to pozitívum vidieť celý priebeh protokolu naraz. Nech si aj sestra na ambulancii uvedomuje, že začína dôležitý proces pre bezpečnosť.*“ Všetky ostatné aktérky sa vyjadrujú podobne, vidia **prepojenie praxe** a zvolenej formy inštruktáže „*Neviem či to patrí k položenej otázke, ale myslím si, že video môže pomôcť pri výbere budúceho zamerania sestričky. Trochu má možnosť človek vidieť, čo kto robí.*“ (K01) Aktérky sa zmieňujú aj o **význame protokolu pre bezpečnosť** samotného pacienta. „*Robíme to denne, ale je dobré si pripomenúť aká je bezpečnosť dôležitá.*“ (K04) Vyslovený bol aj názor, že obsah je relevantný aj pre pacienta a pomôže mu zlepšiť psychickú pripravenosť a odbúrať strach. „*Nech pacient vie, čo ho čaká a ako vyzerá bezpečnosť. My na oddelení budeme musieť menej vysvetľovať a uisťovať ľudí.*“ (K02)

5.1.3 Novosť informácií

Podoblasť	Vybrané kódy	Ukážka citácie
Známe informácie	<ul style="list-style-type: none"> • Škola. • Každodenná prax. • Nepoznala presne. • Opakovanie. • Stereotyp. • Jednoznačnosť. 	<ul style="list-style-type: none"> • „<i>Všetko som poznala aj z praxe, aj zo školy.</i>“ • „<i>Vedela som, že tie kroky sú, ale nepoznala som ich presne ...</i>“

Tabuľka 3: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).

Nasledovnou tématickou oblasťou bola **novosť informácií**. Všetky respondentky uviedli, že proces poznali. Časti, ktoré vykonávajú denne im boli blízke a všetky informácie považovali za známe a jednoznačné. Úseky, ktorým sa nevenujú často poznali ale nie tak do hĺbky. Považujú za pozitívne, že **už známe informácie** zaznievajú v inštruktáži. Ako bolo už spomenuté je vhodné

pripomínať si dôležitosť zautomatizovaných činností a venovať im pozornosť. R05: „*Ludia často upadnú do stereotypu. Sestrám často hrozí vyhorenie a ak nebudú pracovať ako robot, pomôže im to.*“

5.1.4 Praktická využiteľnosť

Podoblast'	Vybrané kódy	Ukážka citácie
Edukácie zdravotníkov	<ul style="list-style-type: none"> Vzdelávanie v škole. Adaptačný proces. E-learning. 	<ul style="list-style-type: none"> „ ... sa bude používať aj v škole.“ „ ... pri adaptačnom procese.“ „ ... zaradené do e-learningu.“
Bariéry využitia	<ul style="list-style-type: none"> Vek nie je bariéra. Lekári. Pre všetkých. 	<ul style="list-style-type: none"> „Vek nie je možné považovať za bariéru...“ „ ... nebudú to akceptovať lekári ...“ „Môže byť pre všetkých ...“
Príklady z praxe	<ul style="list-style-type: none"> Realita. Príklady z praxe. 	<ul style="list-style-type: none"> „ ... natočené v reálnom čase.“ „Príklady priamo z praxe sú nenahraditeľné.“ „ ... môže vidieť ako praktickú ukážku.“

Tabuľka 4: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025)..

Ďalšou identifikovanou oblasťou je **praktická využiteľnosť**. Aktérky uvádzajú, že inštruktážne video je určite vhodné využiť v praxi. Integrovať do **edukácie zdravotníkov** v celej nemocnici alebo na chirurgických klinikách a oddeleniach. K01 sa vyjadrila: „*Viem si predstaviť, že inštruktážne video sa bude používať aj v škole. Je vhodné pre študentov. Pomohlo by aj pri adaptačnom procese.*“

Zazneli aj iné, podobné názory:

- „*Video by mohlo byť zaradené do e-learningu v nemocnici. Je pozerateľné a vhodné na pomerne rýchle vzdelávanie. Viem si to predstaviť v kombinácii s testom.*“ (K02)

- „Páčilo by sa mi využitie v adaptačnom procese. Nastupujúca sestra by niečo vedela a mala by to ľahšie.“ (K04)
- „Myslím si, že video je vhodné pre edukáciu všetkých vekových kategórií. Považujem sa za staršiu generáciu, ale k telefónu a tabletu mám blízko. Veľa s ním pracujem a videá pozerám rada.“ (K03)

Posledná uvedená aktérka vo svojom citovanom vyjadrení načala aj ďalšiu podoblasť, a teda **bariéry využitia**. „Vek podľa mňa nie je možné považovať za bariéru. To je o ľuďoch. Samozrejme mladí majú k videu bližšie, ale aj naša generácia veľa pracuje s technológiami.“ (K03) Komunikačná partnerka K05, má obavu, že video môže byť odmietané lekármi. Ako dôvod uviedla, že bolo natáčané a vymyslené všeobecnou sestrou. Ostatné aktérky bariéry nenachádzajú a prikláňajú sa k názoru, že video je použiteľné pre široké spektrum edukantov. V oblasti **príklady z praxe** je možno opäť nájsť zhodu medzi aktérkami. Pozitívne je vnímaný fakt, že video je spojené s praktickou ukázkou priebehu protokolu v reálnom čase. Oceňujú, že vo videu nevystupujú herci, ale že je natáčané za štandardného chodu oddelenia.

- „Človek má potom pocit, že to zvládne, keď to vidíme na obrazovke vykonávať niekoho iného. Páči sa mi, že to je celé skutočne natočené v reálnom čase.“ (K02)
- „Aj keď nastane zmena v kariére sestry, viem o čom hovorím, je nutné sa vzdelávať. Príklady priamo z praxe sú nenahraditeľné. Máme lepšiu predstavu nie len o celom procese, ale aj o reálnom prepojení nás všetkých.“ (K03)
- „Páči sa mi, že aj sestry z oddelenia vidia prácu u nás na sále a my môžeme nahliadnuť na oddelenie a ambulanciu. Vidíme, že ukončujeme dlhý proces.“ (K04)
- „U nás v škole chýbali príklady z praxe. Myslím, že si to každý lepšie zapamätá keď to môže vidieť ako praktickú ukážku.“ (K01)

5.1.5 Motivácia a postoj k zmene

Podoblast'	Vybrané kódy	Ukážka citácie
Dodržiavanie protokolu	<ul style="list-style-type: none"> • Dodržanie. • Má zmysel. • Chyby. 	<ul style="list-style-type: none"> • „Budú protokol doržiatv...“ • „Budú presvedčení, že má zmysel...“ • „ ... uvedomiť si chyby a dodržať...“ • „ všímať si dodržanie krokov...“
Motivácia zlepšiť	<ul style="list-style-type: none"> • Zmena. • Obtiažnosť. • Zlepšovanie. 	<ul style="list-style-type: none"> • „ ... zmena má zmysel ...“ • „Nie je to tak ťažké...“ • „ Uvedomiť si, že sa to dá zlepšiť...“
Zodpovednosť tímu	<ul style="list-style-type: none"> • Upozornenie. • Nesprávne konanie. • Jeden tím. 	<ul style="list-style-type: none"> • „ ... každý by mal upozorniť na chybu ak je jej svedkom.“ • „ ... sanitári môžu byť svedkom nesprávneho konania.“ • „Majú právo upozorniť kohokoľvek.“ • „Všetci sme tím, musíme komunikovať.“

Tabuľka 5: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).

V oblasti **motivácia a postoj k zmene** nachádzame opäť podobné vyjadrenia. Aktérky si myslia, že video môže motivovať pracovníkov k **dodržiavaniu** a správne vykonávaniu **protokolu**. Ako hlavný dôvod niekoľkokrát zaznieva rovnaký názor – ak edukant v praxi uvidí, že vykonanie protokolu nie je byrokraticky zaťažujúce ani časovo náročné, bude motivovaný vykonávať ho každý deň pri každom pacientovi. „Vo videu je ukázané, že sa nejedná o náročný proces. Myslím si, že je to pre tých, ktorí ho robia motivujúce. Budú protokol dodržiavať, ak

*budú presvedčení, že má zmysel a nie je komplikovaný. Sestry sa často boja záťaže ďalšími papiermi.“ (K05) Formulované sú aj názory, že inštruktáž môže viesť k pozitívnej zmene a **motivácii zlepšiť** fungovanie bezpečnostného protokolu naprieč odborními. Ako dôvod je spomínaná možnosť vidieť celý proces naraz. Jednotlivec je podľa komunikačných partneriek viac motivovaný zmeniť svoj postoj a správanie, keď vie, že požadovaná zmena má zmysel. Ak má edukant možnosť vidieť protokol ako celok, do ktorého má zmysel prispievať, bude aj požadovaná zmena správania jednoduchšia. Prostredníctvom inštruktážneho videa, ktoré predstavuje bezpečnosť pacienta ako neoddeliteľnú súčasť chirurgie, môže byť jednotlivec vnútorne motivovaný integrovať nové informácie do každodennej praxe. Zároveň zaznievajú názory, že **zodpovednosť** sa týka celého **tímu**. „Je pozitívne, že zaznieva skutočnosť, že každý by mal upozorniť na chybu ak je jej svedkom. Nikto nie je dokonalý. Na druhej strane nikto za to nesmie byť potrestaný ak povie, že niečo je zle. Aj sanitári si veľa všímajú a môžu byť svedkom nesprávneho konania. Je dôležité si uvedomiť, že všetci prítomní na sále by mali protokol poznať. Sme jeden prepojený tím.“ (K05) Podobné názory ohľadom spolupráce zaznievajú aj od aktérok mimo operačnú sálu. „Sanitárky nám veľa pomáhajú, mali by byť tiež edukované ohľadom bezpečnostného procesu. Majú právo upozorniť kohokoľvek.“ (K02)*

5.1.6 Technické a didaktické spracovanie

Podoblast'	Vybrané kódy	Ukážka citácie
Kvalita zvuku a obrazu	<ul style="list-style-type: none"> • Nekvalitný zvuk. • Viditeľnosť. • Kvalitný obraz. • Primeranosť zvuku. • Osvetlenie. 	<ul style="list-style-type: none"> • „ ... je horší zvuk.“ • „ ... sú dobre viditeľné.“ • „S obrazom nie je problém.“ • „Zvuk je primeraný.“ • „ ... je dobre rozumieť.“

Tabuľka 6: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).

Technické a didaktické spracovanie je zo strany aktérok bez pripomienok. Zvuk je považovaný za kvalitný, bez rušivých elemntov. Obraz je ostrý a kvalitný. Scény sú výborne osvetlené.

Rozprávač sa vyjadruje zrozumiteľne, slová sú jasné. **Kvalita zvuku a obrazu** je teda bez výhrad zo strany komunikačných partneriek.

- „Rozumiem, že v častiach odohrávajúcich sa v reálnom čase je horší zvuk. Napríklad na sále anesteziológovi menej rozumieť ale ak človek pridá hlas nie je problém. Celkovo sa mi video páči, je príjemne spracované.“ (K03)
- „Scény sú dobre viditeľné. S obrazom nie je problém. Aj zvuk je primeraný. Všetko je dobre rozumieť. Nemám pripomienky.“ (K02)

5.1.7 Návrhy na zlepšenie

Podoblast'	Vybrané kódy	Ukážka citácie
Návrhy na zlepšenie	<ul style="list-style-type: none"> • Nesprávne konanie. • Chyby. • Test. • Praktický nácvik. 	<ul style="list-style-type: none"> • „Doplnila by som ukážku nesprávneho konania.“ • „ ... vytvorila samostatný materiál ako nemá protokol vyzerat'.“ • „ ... ukázať akým chybám je dobré sa vyhnúť...“ • „ ... dala test.“ • „ ... s praktickým nácvikom.“

Tabuľka 7: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).

V oblasti **návrhy na zlepšenie** nachádzame spoločne s aktérkami snád' len jediný. Dve navrhujú do videa pridať alebo samostatne vytvoriť materiál o nesprávnom vykonávaní protokolu a možných chybách. „Doplnila by som ukážku nesprávneho konania. Napríklad vyplnenie protokolu len tak dopredu. Aj keď video by bolo asi už dlhé.“ (K01) „Asi by som vytvorila samostatný materiál ako nemá protokol vyzerat'. Je vhodné ukázať akým chybám je dobré sa vyhnúť alebo ich neopakovať a pracovať na zlepšení praxe.“ (K05) Všetky sa zhodujú so zaradením testu vrámci edukácie prostredníctvom inštruktážneho videa. Túto možnosť overenia si vedomostí považujú za rýchlu a jednoduchú. V nemocnici sú zvyknuté na celoživotné vzdelávanie a väčšina končí testom. „Rozhodne by som na konci dala test. Vždy to tak máme. Je to rýchla a účinná metóda. Myslím si, že pre nás je dôležité aby to dlho netrvalo.“ (K04) Iná komunikačná partnerka navrhuje: „Tak učíte by som to spojila s praktickým nácvikom. Viem, že je to náročné, ale pomohlo by vyskúšať si to len tak.“ (K03)

5.1.8 Celkové hodnotenie

Podoblast'	Vybrané kódy	Ukážka citácie
Celkové hodnotenie	<ul style="list-style-type: none">• Číselné hodnotenie.• Odporúčenie.• Prínosnosť.	<ul style="list-style-type: none">• „9 z 10. Určite prínosné.“• „Mali by to vidieť kolegovia.“• „Dobré aj pre pacientov ...“• „Dobré video podľa mňa.“• „Pekne spracované ...“

Tabuľka 8: Ukážka vybraných kódov a citácií (Zdroj vlastný, 2025).

Na záver rozhovoru formulovali aktérky **celkové hodnotenie** inštruktážneho videa. Všetky sa vyjadrili pozitívne a video považujú za perspektívnu metódu edukácie v oblasti perioperačného bezpečnostného protokolu. Podobnú inštruktáž nikdy na túto tému nemali a okrem K01 a K05 všetky videli celý perioperačný protokol ako za sebou nasleduje v reálnom čase po prvýkrát. Zhliadnuť inštruktáž by doporučili nie len svojim kolegom, ale aj samotným pacientom. Pre nich môže mať význam uistiť sa, že bezpečnosť počas celého pobytu na chirurgickom oddelení je prvoradou pre každého lekárskeho i nelekárskeho pracovníka. Tento fakt môže stáť za zlepšením odbúravania stresu, a teda prispeje k psychickej pohode. Kolegom by doporučili video z dôvodu, že podľa nich budú motivovaní protokol dodržiavať a zlepšovať svoju prax.

K05 hovorí: „Samotný protokol by som doporučila prezentovať aj pacientom. Psychická pripravenosť je dôležitá. Kolegovia by mali nabrat' inšpiráciu a motiváciu. Čas pri videu považujem za dobre využitý a som rada, že som ho mohla zhliadnuť medzi prvými.“

6 DISKUSIA

Diplomová práca sa zaoberá problematikou perioperačného bezpečnostného procesu. Hlavným cieľom práce bolo vytvoriť v spolupráci s vybranou nemocnicou kvalitné inštruktážne video, ktorého náplňou je správne, úplné a bezchybné vykonávanie perioperačného bezpečnostného protokolu v každodennej praxi.

V náväznosti na vytvorené video neskôr prebiehal výskum formou pološtrukturovaných rozhovorov so zdravotníkmi. Podmienkou zaradenia do výskumu bolo – zdravotník zhliadol inštruktážne video, perioperačný protokol poznal a pracuje s ním v každodennej praxi, ktorá je minimálne rok. Výber bol zameraný na zdravotníkov pracujúcich s rôznymi časťami protokolu. Dôvodom výberu zdravotníkov, ktorí protokol poznali a pracujú s ním každodenne, bol cieľ získať informácie, ktoré pomôžu zlepšiť inštruktážne video, prinesú relevantný pohľad na tému používania bezpečnostného protokolu v praxi - založený na reálnych skúsenostiach.

Inštruktážne video je inovatívna metóda, prinášajúca celú radu výhod. Benefitom zvolenej formy vzdelávania je najmä možnosť integrovať video do e-learningu vrámci sústavného vzdelávania zdravotníkov. Ďalšou výhodou je možnosť inštruktáž zhliadnuť kedykoľvek a prakticky kdekoľvek. Nakoľko je rozsah videa dlhší ako 10 minút, je nutnosťou vytvoriť si zo strany sledovateľa dostatok času a priestoru pre pohodlné a ničím nerušené sledovanie. V dnešnej rýchlej dobe môže byť tento fakt považovaný za nevýhodu. Pozitívnou stránkou inštruktáže pomocou videa, je jeho dostupnosť, keďže je verjne prístupné.

Ako uvádza Wichsová (2013, s. 401) odmietavý postoj personálu operačných sál môže byť komplikáciou pri zavedení a používaní samotnej procedúry. Na základe pološtrukturovaných rozhovorov sa autorka domnieva, že oslovené všeobecné sestry nie len z prostredia operačných sál, ale aj lôžkovej a ambulantnej časti majú zvládnutú implementáciu protokolu do praxe. Celý priebeh poznajú a akceptujú ako samozrejmu súčasť každodennej praxe. Dôvodom môže byť napríklad správne nastavené vzdelávanie, ktoré ako uvádzajú prebieha formou informačného systému v nemocnici. Dôležitosť sústavného vzdelávania v otázke perioperačného bezpečnostného protokolu potvrdzuje aj štúdia z roku 2021, ktorá prebehla v Brazílii (Cabral et al.). V tomto prípade sa jednalo o pre-test a post-test formou auditu. V prvej časti prieskumu pred edukáciou boli výsledky signifikantne percentuálne nižšie ako v post-teste, ktorý prebiehal rovnakou formou.

Výsledky získané pološtruktúrovaným rozhovorom potvrdili význam perioperačného bezpečnostného protokolu. Základom je znižovanie rizík a podpora tímovej spolupráce. Ako uvádzajú aktérky, je dôležité uvedomovať si dôležitosť a význam náväznosti bezpečnostného protokolu ako celku. Jedná sa o významný proces, na ktorom sa podieľa široké spektrum zdravotníkov. Tímová spolupráca a znalosť jednotlivých krokov je preto kľúčom k efektívnemu znižovaniu nežiadúcich udalostí a rizík. Toto zistenie je v súlade s odporúčaniami WHO, ktoré prináša do pozornosti už v roku 2009 vo svojej publikácii *Guidelines for Safe Surgery 2009*. Rozhodujúcim faktorom pre zvyšovanie efektivity používania a správne dodržiavanie protokolu stojí podľa komunikačných partneriek na správnej inštrukčii a aktívnom zapojení celého tímu počas celej procedúry. Toto tvrdenie podporujú už štúdie z predošlých rokov – Haynes et al. (2009) a Fourcade et al. (2012). Aktérky uvádzajú, že možnosť vidieť protokol ako celok motivuje k tímovej spolupráci a uvedomeniu si náväznosti jednotlivých krokov.

Významným tvrdením zo strany komunikačných partneriek je, že prostredníctvom videa je možnosť uvedomiť si fakt, že protokol nie je zaťažujúci. Zdôrazňujú, že po zhliadnutí videa majú pocit, že jeho vykonávanie nie je zdĺhavé ani komplikované. Na dôležitosť jednoduchosti, spoľahlivosti a ľahkosti začlenenia upozorňuje aj vedecká štúdia *Impact of workflow on the use of the Surgical Safety Checklist: A qualitative study* (Gillespie et al., 2016).

6.1 Vyhodnotenie prieskumných otázok

Pomocou získaných dát bolo možné odpovedať na stanovené prieskumné otázky a v časti diskusie boli dáta porovnané s inými výstupmi prieskumov a dostupnou literatúrou.

PO 1: Ako vnímajú inštrukčné video na tému perioperačný bezpečnostný protokol zdravotníci, ktorí prichádzajú so samotnou procedúrou do kontaktu vo svojej každodennej praxi?

Na základe výsledkov pološtruktúrovaných rozhovorov je možné konštatovať, že vnímanie inštrukčného videa je medzi oslovenými zdravotníkmi zhodné. Medzi jednotlivými aktérkami nenachádzame výrazné rozdiely a samotná inštrukcia je vnímaná pozitívne. Vzdelávanie formou videa je pre ne vítané. Z odpovedí vyplýva, že táto forma nie je častá, napriek tomu, že podľa tvrdení, je aktérkam blízka. Svoje tvrdenie zdôvodňujú napríklad častým používaním sociálnych sietí. Pozitívne výsledky zo vzdelávania zdravotníkov prostredníctvom videa prináša aj Kandler et al. (2016) vo svojej štúdii s názvom: *Using educational video to enhance protocol adherence*

for medical procedures. Vo výsledkoch nachádzame napríklad znižovanie rizika nedodržiavania postupov.

Výsledky kvalitatívneho výskumu predkladanej diplomovej práce sú prezentované podľa identifikovaných tématických oblastí. Základnými oblasťami sú: zrozumiteľnosť a vnímanie obsahu, relevancia obsahu. Autorka sa domnieva, že práve porozumenie obsahu a jeho relevantnosť sú základom pre nadväzujúce otázky pokladané aktérkam. Na základe ich vyjadrení je možné konštatovať, že inštruktážne video je vnímané pozitívne a samotný obsah videa považujú za relevantný a dostačujúci. Vnímajú jeho prepojenie s praxou a zmieňujú sa aj o dôležitosť zlepšovania bezpečnosti pacientov.

Praktickú využiteľnosť videa vidia v jeho použití v rámci e-learningu, ktorý je v nemocnici bežne používaným nástrojom na vzdelávanie zdravotníkov. Napriek využívaniu moderných technológií v oblasti vzdelávania organizovaného nemocnicou, video podľa ich slov, nie je bežnou formou a stretávajú sa s ním po prvýkrát. Vzhľadom na to, že uvedená forma inštruktáže je aktérkami považovaná za blízku sa autorka domnieva, že video bude zo strany edukantov prijaté a vnímané pozitívne. Prípadné využitie komunikačné partnerky odporúčajú aj na pôde škôl v rámci vzdelávania budúcich zdravotníkov. Významné využitie aktérky vidia aj vo vzdelávaní pacientov. Uvádzajú, že môže prispieť ku znižovaniu záťaže stresom, a teda vyššej psychickej pohode. Význam vo vzdelávaní pacientov potvrdzuje aj štúdia Luiz et al. z roku 2024. „*Edukačné video bolo účinné pri zlepšovaní vedomostí pacientov a môže pomôcť sestram v praxi zdravotnej výchovy, optimalizácii času a šírení vedomostí o bezpečnostných postupoch v perioperačnom období. Účastníci, ktorí si pozreli video, preukázali lepšie vedomosti o otázkach súvisiacich s bezpečnou chirurgiou, bezpečným používaním liekov, preventívnymi opatreniami pri dekubitoch a pádoch, v porovnaní s účastníkmi v kontrolnej skupine.*“ (Luiz et al., 2024).

Na druhej strane je možné konštatovať, že samotné video neprináša do zvolenej kategórie oslovených zdravotníkov nové, neznáme informácie. Jeho cieľom je skôr motivovať ku správne dodržiavaniu známych postupov a uvedomeniu si, že protokol je tímovou spolupráciou. Ako je už vyššie uvedené, komunikačné partnerky tento fakt potvrdzujú.

Technické spracovanie je aktérkami považované za kvalitné. Zvuk je primeraný a scény sú dobre viditeľné. V tejto oblasti nenachádzame výhrady ani návrhy na zmenu či zlepšenie.

V oblasti celkového hodnotenia máme možnosť na základe odpovedí a vyjadrení aktérok opäť konštatovať, že video je vnímané pozitívne. Rozhodli by sa odporučiť ho svojim kolegom, ale aj samotným pacientom. Vzdelávanie prostredníctvom videa je na základe výsledkov pološtrukturovaných rozhovorov autorkou považované za perspektívnu a dostupnú metódu.

Medzi aktérkami je zhoda vo výklade procedúry a na základe ich vyjadrení je možné konštatovať, že protokolu rozumejú a plne chápu kompetencie i tímovú spoluprácu pri jeho správnom prevedení. Na druhej strane stojí štúdia Vácovej a Brabcovej, ktoré v roku 2016 zisťujú práve nejasnosti vo výklade, nejednoznačnosť i nepochopenie priebehu protokolu. Žiaľ ohľadom vyššie uvedeného článku nebolo možné dohľadať, či bol prieskum opakovaný alebo došlo k nejakej intervencii vo vybraných nemocniciach. Z rovnakého roku je aj článok Langerovej, Taliánovej a Pavlovej, kde naopak nachádzame vysokú mieru informovanosti pracovníkov i spokojnosť s nastavením protokolu v nemocnici. Medzi aktérkami panuje rovnaký názor. Uvádzajú napríklad v kapitole Novosť informácií, že informácie, ktoré zazneli už poznali. Všetky respondentky perioperačný bezpečnostný proces poznali, a teda rozhovor prebiehal plynulo, spontánne a v príjemnej atmosfére.

PO 2: Čo je považované za výhody, nevýhody a obmedzenia zvolenej formy vzdelávania?

Výhody vzdelávania formou inštruktážneho videa boli aktérkami identifikované v oblasti praktická využiteľnosť. Výhodou je jeho dostupnosť, rýchlosť i možnosť kedykoľvek sa k nemu vrátiť. V prípade, že je nutné opakovane vypočúť či zliadnuť ktorúkoľvek časť, je možnosť vrátiť dej na obrazovke a neskôr pokračovať v pozeraní. Nespornou výhodou je aj prepojenie hovoreného slova, textu (samotný protokol) a obrazu. Edukant tak zapája viacero zmyslov, čo podľa Juřenikové (2010) výhodou.

Nevýhody použitia inštruktážneho videa neboli aktérkami identifikované. Medzi bariéry zaradili riziko, že inštruktáž vytvorená nelekárskym zdravotníckym pracovníkom nebude prijatá v radách lekárov. Naopak vyšší vek edukanta nebol komunikačnými partnerkami považovaný za limitujúci faktor. Rovnako obmedzenia neboli počas rozhovorov formulované.

6.2 Odporúčanie pre prax

Autorka sa domnieva, že edukačné video je možné využiť nie len v oblasti vzdelávania zdravotníckych pracovníkov (lekárskych i nelekárskych), ale aj v oblasti edukácie pacientov. Hlavný výstup diplomovej práce ponúka možnosť inštruktáže inovatívnym a atraktívnym spôsobom. Dnešná digitálna doba prináša nové možnosti vzdelávania. Z výpovedí aktérok

vyplýva, že inštruktážne video je nimi vnímané ako potencionálne prínosné. Formulujú svoje postrehy a doporučujú inštruktáž pre všetkých, ktorí majú záujem vzdelávať sa v oblasti perioperačného bezpečnostného protokolu. Výhodu vidia aj v možnom použití inštruktáže pre pacientov. Možnosť odbúrať strach a predstaviť im priebeh protokolu, ktorý má za cieľ ich bezpečnosť, je v oblasti českého zdravotníctva jedinečná. Pacient má možnosť nahliadnuť do prostredia operačnej sály a vidieť priebeh protokolu, v čase keď už väčšinou nemá možnosť vnímať. Autorka sa ďalej domnieva, že inštruktáž je možné využiť aj v rámci vzdelávania perioperačných sestier. Predstavenie protokolu krok po kroku spoločne s reálnymi scénami z prostredia nemocnice, môže viesť ku skvalitneniu vzdelávania.

Na diplomovú prácu je možné nadviazať ďalším výskumom. Respondentmi môžu byť napríklad študenti, sestry v adaptačnom procese bez znalosti perioperačného protokolu či samotní pacienti.

6.3 Hodnotenie priebehu diplomovej práce

Samotná tvorba praktického výstupu diplomovej práce i prieskumu prebiehala bez výrazných komplikácií, ale aj napriek tomu je možné identifikovať silné aj slabé stránky.

Silné stránky

Proces tvorby inštruktážneho videa prebiehal od začiatku pod záštitou manažmentu kvality, čo značne prispelo k výraznej kvalite vzniknutého materiálu. Obsahová stránka bola diskutovaná už pri vzniku scenára, neskôr bola osobná prítomnosť predstaviteľa manažmentu kvality aj počas celého procesu natáčania obrazového materiálu. Postup a obsah bol komentovaný a pripomienkovaný priamo na mieste natáčania. Predišlo sa nutnosti video upravovať či dopĺňať.

Pracovisko kde samotné natáčanie prebiehalo bolo pripravené. Počas celého procesu získavania vizuálnej časti materiálu panovala pozitívna atmosféra a členovia tímu boli aj napriek štandardnému chodu ambulancie, oddelenia i operačnej sály prijatí s ochotou a ústretovosťou. Rovnako počas pološtrukturovaných rozhovorov personál nemocnice bez problémov spolupracoval. Výhodou bola možnosť rozhovory viesť v úplnom tichu a súkromí.

Slabé stránky

Medzi slabé stránky je zaradená neskúsenosť výskumníka pri vykonávaní pološtrukturovaného rozhovoru. Aj napriek pripravenosti a predošlému štúdiu, bolo obtiažne všímať si všetky detaily rozhovoru a zároveň svoje prípadné postrehy zaznamenávať. Naopak výhodou bolo možnosť celý proces nahrávať pre neskoršiu analýzu.

Zo všeobecného hľadiska je sem rozhodne zaradená časová náročnosť prípravy na natáčanie samotného inštruktážneho videa. Komunikácia medzi všetkými zainteresovanými stranami bola pomerne siahodlhá. Cieľ ponúknuť príjemcom kvalitnú a úplnú inštruktáž bol rovnako časovo náročný na výber informácií. Tvorba scenára tak predstavuje najdlhší časový úsek, a teda celý polrok (od augusta do januára).

7 ZÁVER

Predložená diplomová práca sa venovala téme perioperačného bezpečnostného protokolu. Hlavným cieľom práce bolo vytvoriť kvalitné inštruktážne video, ktoré má pevný teoretický základ v prvej časti práce. Následne je video diskutované prostredníctvom pološtruktúrovaného rozhovoru so zdravotníkmi z vybranej nemocnice krajského typu.

Samotná práca sa skladá z dvoch častí: teoretickej a praktickej – výskumnej. Teoretická časť sa vo dvoch hlavných kapitolách venuje problematike bezpečnosti pacienta na operačnej sále a samotnému perioperačnému protokolu. V prvej kapitole opisuje potrebu bezpečnosti ako základ, ktorý ďalej rozvíja v oblasti zdravotníctva. Svoju pozornosť upriamuje na bezpečnú chirurgiu, manažment kvality a rizík, dokumentáciu i edukáciu v zdravotníctve. V nasledujúcej kapitole sa priamo venuje perioperačnému bezpečnostnému protokolu. Vychádza najmä z odporúčení WHO ale aj z literatúry od tuzemských autorov. Podrobne popisuje jednotlivé kroky procedúry, vysvetľuje ich význam a používanie v praxi. Teoretická časť práce je základom pre nasledujúcu praktickú, ktorá z nej priamo čerpá informácie, čo je podkladom pre prax založenú na dôkazoch.

Perioperačná starostlivosť je náročnou a špecifickou činnosťou. Jej neoddeliteľnou súčasťou je i perioperačný bezpečnostný protokol. Jeho správne a dôsledné používanie v každodennej praxi je základom bezpečnosti všetkých pacientov podstupujúcich akýkoľvek chirurgický zákrok. Dodržiavanie platnej legislatívy i vnútorných štandardov nastavených v nemocnici by malo byť samozrejmosťou pri ambulantných výkonoch, jednodennej starostlivosti i rozsiahlych alebo urgentných operačných výkonoch. V dnešnej dobe je nemysliteľné, za štandardných podmienok vynechávať kroky perioperačného bezpečnostného protokolu.

Cieľom praktickej časti bolo vytvoriť inštruktáž perioperačného bezpečnostného protokolu pre používanie v praxi. Potreba vytvoriť video vznikla v nemocnici po zmene a doplnení vnútorného štandardu vykonávania perioperačnej bezpečnostnej procedúry. Výstupom je inštruktážne video, ktoré je určené na vzdelávanie nie len zdravotníkov zapojených do perioperačného bezpečnostného protokolu, ale aj širokej verejnosti. Vytvorený bol inovatívny a atraktívny spôsob podania informácií v rámci celoživotného vzdelávania nastaveného na pôde nemocnice, s ktorou prebiehala spolupráca i každého, kto bude mať chuť a priestor inštruktážne video zhliaďnuť, keďže je verejne dostupné. Zvolená bola metóda ponúkajúca zapojenie viacerých zmyslov, a teda zraku i sluchu. Dôvodom bola snaha vytvoriť inštruktáž takpovediac na mieru nemocnice a zároveň pre zdravotníkov i laikov všeobecne. Audiovizuálny materiál ponúka

priebeh protokolu v reálnom čase, s reálnymi situáciami. Neobsahuje hrané scény bez prepojenia s realitou. Zachytáva celý postup procesu.

Dôležitosť a aktuálnosť témy perioperčného bezpečnostného protokolu potvrdzujú tuzemskí autori publikácií i zahraniční autori článkov. Diplomová práca túto skutočnosť reflektuje a prostredníctvom svojho výstupu ponúka jedinečný spôsob inštruktáže, ktorá stále nie je v prostredí českého zdravotníctva úplne bežná a často používaná. Skrz pološtrukturované rozhovory boli následne získané dáta, plné názorov i skúseností komunikačných partneriek. Analyzované boli následne pomocou tematickej analýzy Braun a Clarke (2006). Výskum sa sústredil na vnímanie inštruktáže pomocou videa i na jeho obsah a informácie, ktoré príjemcom ponúka. Jednotlivé oblasti ukazujú, že téma perioperačného bezpečnostného protokolu je známa, no považovaná za aktuálnu. Autorka mala možnosť osloviť všeobecné sestry pracujúce na rôznych úsekoch. Aktérky sú schopné ponúknuť svoje názory a postrehy na všetky časti perioperačného bezpečnostného protokolu.

Vzdelávanie zdravotníkov má hlboký praktický, odborný ale aj etický význam. Edukácia v oblasti zdravotníctva nie je jednorázovým procesom, ale dlhodobým, nepretžitým maratónom nevyhnutným pre profesionálny rast. V kontexte perioperačnej starostlivosti, kde každodenné rozhodnutia zdravotníkov majú vážne dopady nie len na samotnú bezpečnosť pacienta, ale aj na jeho život, zdravie a jeho kvalitu, je neustále vzdelávanie kľúčovým faktorom pri eliminácii rizík. Cielené a zrozumiteľné skvalitňovanie vedomostí zdravotníkov by malo byť neustále aktuálnou témou. V digitálnej dobe by mal byť dôraz kladený najmä na samotné informácie a ich vyhľadávanie. Pozornosť vo vzdelávaní by sa mala orientovať na edukáciu zdravotníkov v oblasti výberu informácií, ku ktorým majú prístup napríklad na internete. Zdravotnícky pracovník by mal teda chápať význam vzdelávania. Ochota kriticky reflektovať aj vlastnú prax, je základom získavania nových vedomostí. Zdravotníctvo v každej dobe potrebuje vzdelaných a kompetentných odborníkov, ochotných neustále rozširovať svoje obzory a zakladať svoju prax na aktuálnych vedeckých poznatkoch. Dôležitým faktorom je aj konfrontácia s pacientami, ktorí aktívne vyhľadávajú informácie a sú pripravený pokladať množstvo otázok. Čoraz častejšie sa stretávame s odbornými otázkami alebo názormi, ktoré nemusia byť pravdivé alebo úplné. Správne pripravený zdravotník je ochotný načúvať pacientom i pohotovo reagovať na vzniknuté situácie. V dnešnej dobe je sústavné vzdelávanie nehasnúcou aktuálnou témou, ktorá by nemala byť podceňovaná.

Edukácia sľubuje neustále zvyšovanie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti. Táto skutočnosť by mala byť prioritou každého zariadenia poskytujúceho zdravotnú starostlivosť. Domnievam sa, že táto téma môže byť vhodou pre ďalšie prieskumné šetrenie plošného charakteru. Pozornosť môže byť ďalej venovaná aj monitorovaniu sledovanosti zverejneného videa. Veríme, že výstup diplomovej práce prispeje k zvyšovaniu kvality uskutočňovania perioperačného bezpečnostného protokolu v našich podmienkach a priamo tým ovplyvní aj mieru bezpečnosti pacientov podstupujúcich akýkoľvek zákrok.

8 POUŽITÁ LITERATÚRA

8.1 Primárne zdroje

BASTABLE, Susan Bacorn, 2019. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nurse Practise*. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-12-8412-720-1

ČESKO, 2011. *Zákon č. 240/2024 Sb.* Online. Česká republika. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2024-240?text=zakon+c+372%2F2011>. [cit. 2025-02-21].

ČESKO, 2016. *Vyhláška š. 262/2016 Sb.* Online. Česká republika. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-262>. [cit. 2025-02-21].

FERKO, Alexander a kol., 2015. *Chirurgie v kostce. 2., doplněné a přepracované vydání*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9041-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/chirurgie-v-kostce-2229321/>. [cit. 2025-02-17].

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

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol., 2024. *Managment kvality a rizik perioperační péče*. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3461-8

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, SVOBODA, Tomáš a WICHSOVÁ, Jana, 2021. *Perioperační zásady v kostce*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-4334-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/perioperacni-zasady-v-kostce-2229379/>. [cit. 2025-02-22].

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Garada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2

KRAUSE, Martin, 2024. *Prevence a kontrola infekcí spojených se zdravotní péčí v ošetrovatelské praxi*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-7695-3. Dostuné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/prevence-a-kontrola-infekci-spojenych-se-zdravotni-peci-2237990/>. [cit. 2025-02-18].

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-6654-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/vyzkum-v-oseetrovatelstvi-2281997/>. [cit. 2025-07-20].

LIBOVÁ, Lubica, BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1404-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelsky-proces-v-chirurgii-2229330/#>. [cit. 2025-02-15].

MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. Studijní texty.*, 72. svazek. Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-285-2.

MZČR, 2011. *Výhláška č. 55/2011 Sb.* Online. MZČR. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55?text=vseobecna+sestra#cast4>. [cit. 2025-02-17].

NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK, Magdaléna ŠŤOVÍČKOVÁ, (ed.), 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK. ISBN 978-80-7571-025-3.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Grada Publishing. ISBN 978-80-347-4414-8

ŠKRLA, Peter a ŠKRLOVÁ, Magda, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-6377-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/rizeni-rizik-ve-zdravotnickych-zarizenich-2244639/>. [cit. 2025-02-21].

WHO, 2009a. *Guidelines for Safe Surgery 2009*. Online. WHO Geneva. ISBN 978 92 4 159855 2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1. [cit. 2025-02-15].

WHO, 2009b. *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009*. Online. WHO Geneva. ISBN 978 92 4 159859 0. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf?sequence=1. [cit. 2025-02-15].

WICHSOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1816-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/bezpecnost-a-etika-v-perioperacni-peci-2225929/>. [cit. 2025-02-13].

WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3754-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/sestra-a-perioperacni-pece-2225788/>. [cit. 2025-02-13].

WICHSOVÁ, Jana a TALIÁNOVÁ, Mada, 2020. *Vybrané kapitoly z bezpečnosti perioperační péče*. Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-305-9

ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika*. Online. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3770-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/chirurgicka-propedeutika-2237991/>. [cit. 2025-02-18].

8.2 Sekundárne zdroje

ČESKO, 2012. *Vyhláška č. 102/2012 Sb.* Online. Česká republika. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>. [cit 2025-02-17].

GURKOVÁ, Elena, 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/prakticky-uvod-do-metodologie-vyzkumu-v-oseetrovatelstvi-2281999/>. [cit. 2025-03-08].

ÚZIS ČR, 2021. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019*. Online. Česká republika, Praha. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008357/hospit2019.pdf>. [cit 2025-02-25].

8.3 Odborné články

ALIŠIĆ, Edin a kol., 2023. *The Role of an Assistant Nurse in Implementing the WHO Surgical Safety Checklist: Perception and Perspectives*. Online. Cureus. DOI: 10.7759/cureus.38854. Dostupné z: <https://www.cureus.com/articles/153343-the-role-of-an-assistant-nurse-in-implementing-the-who-surgical-safety-checklist-perception-and-perspectives#!/>. [cit 2025-02-22].

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE, 2006. *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*. Online. In: Researchgate.net. Bristol: University of the West England. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology [cit. 2025-7-22].

CABRAL, Danielle Bezerra a kol., 2021. *Auditable criteria for implementing best practices in adhering to the surgical safety checklist. Acta paulista de enfermagem*. Vol. 34.

DOI : 10.37689/acta-ape/2021AO00515. Dostupné z: <https://acta-ape.org/en/article/auditable-criteria-for-implementing-best-practices-in-adhering-to-the-surgical-safety-checklist/>. [cit. 2025-04-04].

GILLESPIE, M. Brigid a kol., 2016. *Impact of workflow on the use of the Surgical Safety Checklist: A qualitative study*. DOI:10.1111/ans.13433. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/289971027_Impact_of_workflow_on_the_use_of_the_Surgical_Safety_Checklist_A_qualitative_study. [cit. 2025-07-24].

GUL, Fahad a kol., 2022. *Surgical safety checklist compliance: The clinical audit*. Online. *Annals of medicine & surgery*. DOI:10.1016/j.amsu.2022.104397. Dostupné z: https://journals.lww.com/annals-of-medicine-and-surgery/fulltext/2022/09000/surgical_safety_checklist_compliance_the_clinical.80.aspx. [cit. 2025-02-22].

KANDLER, Lukas a kol., 2016. *Using educational video to enhance protocol adherence for medical procedures*. Vol.116., Issue 5., s. 662-669. DOI:<https://doi.org/10.1093/bja/aew030>. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007091217303641#AN1>. [cit. 2025-02-22].

LANGEROVÁ, Tereza, TALIÁNOVÁ, Magda a PAVLOVÁ, Petra, 2015. *Perioperační bezpečnostní proces v praxi (studentský příspěvek)*. Online. *Profese Online*. Roč. 8/1 duben 2015. ISSN 1803-4330 Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2015/01/04.pdf>. [cit. 2025-02-22].

LUIZ, Raissa Bianca a kol., 2024. *Educational video for teaching safe practices in the perioperative period: randomized controlled trial*. DOI:10.1590/1518-8345.6878.4152. Dostupné z: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pSKVPS6JnhDkfyzxB9qrRyw/?format=pdf&lang=en>. [cit. 2025-07-22].

VÁCOVÁ, Jana a BRABCOVÁ, Iva, 2016. *Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále*. Online. *Pro sestry, Urol. Praxi* 2016, ISSN 17(3): 139-142. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2016/03/11.pdf>. [cit. 2025-02-22].

8.4 Internetové zdroje

OSPALÍKOVÁ, Iveta a PUHLOVÁ, Eva, 2021. *Role perioperačních sester v početní bezpečnostní proceduře na operačním sále*. Online. Florence. Dostuné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/4/role-perioperacnich-sester-v-pocetni-bezpecnostni-procedure-na-operacnim-sale/>. [cit. 2025-02-22].

8.5 Ostatné

PAVLOVÁ, Petra, 2018. *Kvalita perioperační péče z pohledu ošetrovatelství*. Dizertační práce. Online. Univerzita Pardubice. Dostupné z: <https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html>. [cit 2025-02-17]

9. PRÍLOHY

Príloha A – Perioperačný bezpečnostný protokol WHO	94
Príloha B – Perioperačný bezpečnostný protokol	95
Príloha C – „Story board“ – panel deja	97
Príloha D – Potvrdenie súhlasov pacientov s natáčaním.....	98
Príloha E – Grafické spracovanie procesu kvalitatívneho výskumu.....	99

Surgical Safety Checklist

World Health Organization
Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia

Before skin incision

Before patient leaves operating room

(with at least nurse and anaesthetist)

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

<p>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?</p> <input type="checkbox"/> Yes	<p><input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.</p> <p><input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.</p> <p><input type="checkbox"/> Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<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>Is the site marked?</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 Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</p> <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?
<p>Is the anaesthesia machine and medication check complete?</p> <input type="checkbox"/> Yes	<p>To Anaesthetist:</p> <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?	
<p>Is the pulse oximeter on the patient and functioning?</p> <input type="checkbox"/> Yes	<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>Does the patient have a:</p> <p>Known allergy?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>To essential imaging displayed?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	
<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		

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

Revised 1 / 2009
© WHO, 2009

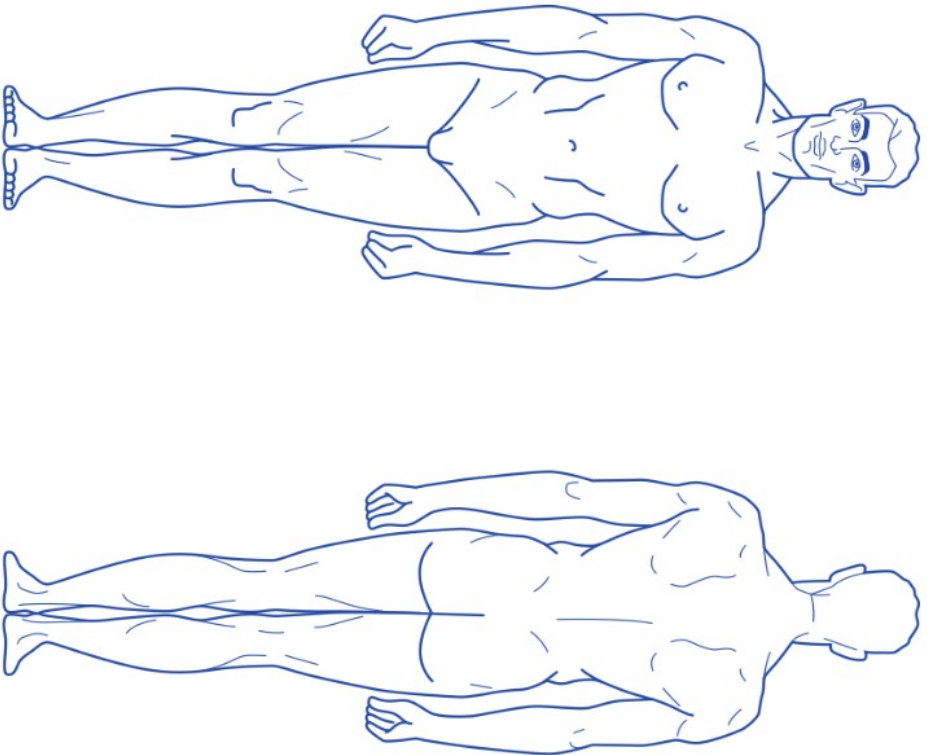
Zdroj: WHO, 2009a, s.98.

Príloha B – Perioperačný bezpečnostný protokol

PERIOPERAČNÍ BEZPEČNOSTNÍ PROTOKOL				
PŘI PŘÍJMU NA ODDĚLENÍ	PŘED ODJEZDEM NA OPERAČNÍ SÁL	PŘED UVEDENÍM DO ANESTEZIE	PŘED PROVEDENÍM INCIZE	PŘED TRANSPORTEM Z OPERAČNÍHO SÁLU
Identifikace pacienta (štitky): Diagnóza: Plánovaná operace: Označení strany výkonu Právě Levě Neaplikovatelně Alergie Léky Jaké: Dezinfectce Jaká: Náplast Nic z výše uvedeného Preskripcie ATB pro/ylaxe Provedena Není indikována Informovaný souhlas s operací podepsán ANO NE Informovaný souhlas s anestezii podepsán ANO NE	<input type="checkbox"/> Identita pacienta ověřena Strana výkonu označena a souhlasí se zdravotnickou dokumentací <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Neaplikovatelně Premeďiace podána <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Není indikována Bandáž dolních končetin <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Není indikována Kontrola odstranění šperků a umělých nehtů <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Není indikována	<input type="checkbox"/> Identita pacienta ověřena Strana výkonu označena a souhlasí se zdravotnickou dokumentací <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Neaplikovatelně Informovaný souhlas s anestezii podepsán <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Není indikován Alergie <input type="checkbox"/> Léky (viz „přijmu na oddělení“) <input type="checkbox"/> Dezinfectce <input type="checkbox"/> Náplast <input type="checkbox"/> Nic z výše uvedeného Riziko obřížného zajištění dýchacích cest <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Riziko krvení ztráty větší než 500 ml (7 ml/kg u dětí) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Krevní deriváty objednány <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Nejsou indikovány Pacient má zajištěnu adekvátní pooperační péči <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Důvody:	<input type="checkbox"/> Identita a role všech osob na operačním sále je známa <input type="checkbox"/> Kontrola identity pacienta, výkonu a místa incize provedena Podání ATB pro/ylaxe dokončeno <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Není indikováno Předpokládáná délka trvání výkonu Potřebné přístroje, nástroje a implantáty k operaci připraveny a potvrzena jejich sterilita <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Neaplikovatelně	Počet nástrojů, tampónů, roušek a jehel spočítán a souhlasí <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Neaplikovatelně Všechny odebrané křáňové vzorky jsou označeny <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Neaplikovatelně Během operace nenastaly žádné problémy s vybavením operačního sálu či nástroji, které je nutno řešit <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Jaké: Během operace nenastaly jiné mimořádné události <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Jaké:
Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> zubní nátrada	Předává sestra:	Přebírá anesteziologická sestra:	Přebírá sestra IPP/jlp:	Přebírá sestra:
Příjímající lékař: Datum a čas: Jméno: Podpis:	Sestra: Datum a čas: Jméno: Podpis:	Anesteziolog: Datum a čas: Jméno: Podpis:	Ohlížající sestra: Datum a čas: Jméno: Podpis:	Ohlížající sestra: Datum a čas: Jméno: Podpis:
		Na základě odsouhlasení chirurgem	s tvrzuje	Na základě odsouhlasení instrumentářkou s tvrzuje

Zdroj: Vybraná nemocnica krajského typu.

Mapa operačního přístupu a umístění neutrální elektrody



Případná specifikace místa operace

Požadavek na polohu

- Na zádech
 - Na břiše
 - Na levém boku
 - Na pravém boku
 - Poloosed
 - Nohy od sebe
 - Gynekologická poloha
 - Jiná poloha
- Jaká: _____

Mimořádné požadavky na přístroje

- Operační mikroskop
 - Navigace
 - Crameno
 - O-arm
 - Endověž
 - Sono
 - Neurostimulátor
 - Harmonický skalpel
 - LigaSure
 - Gamakamera
 - Turniket
 - Jiný přístroj
- Jaký: _____

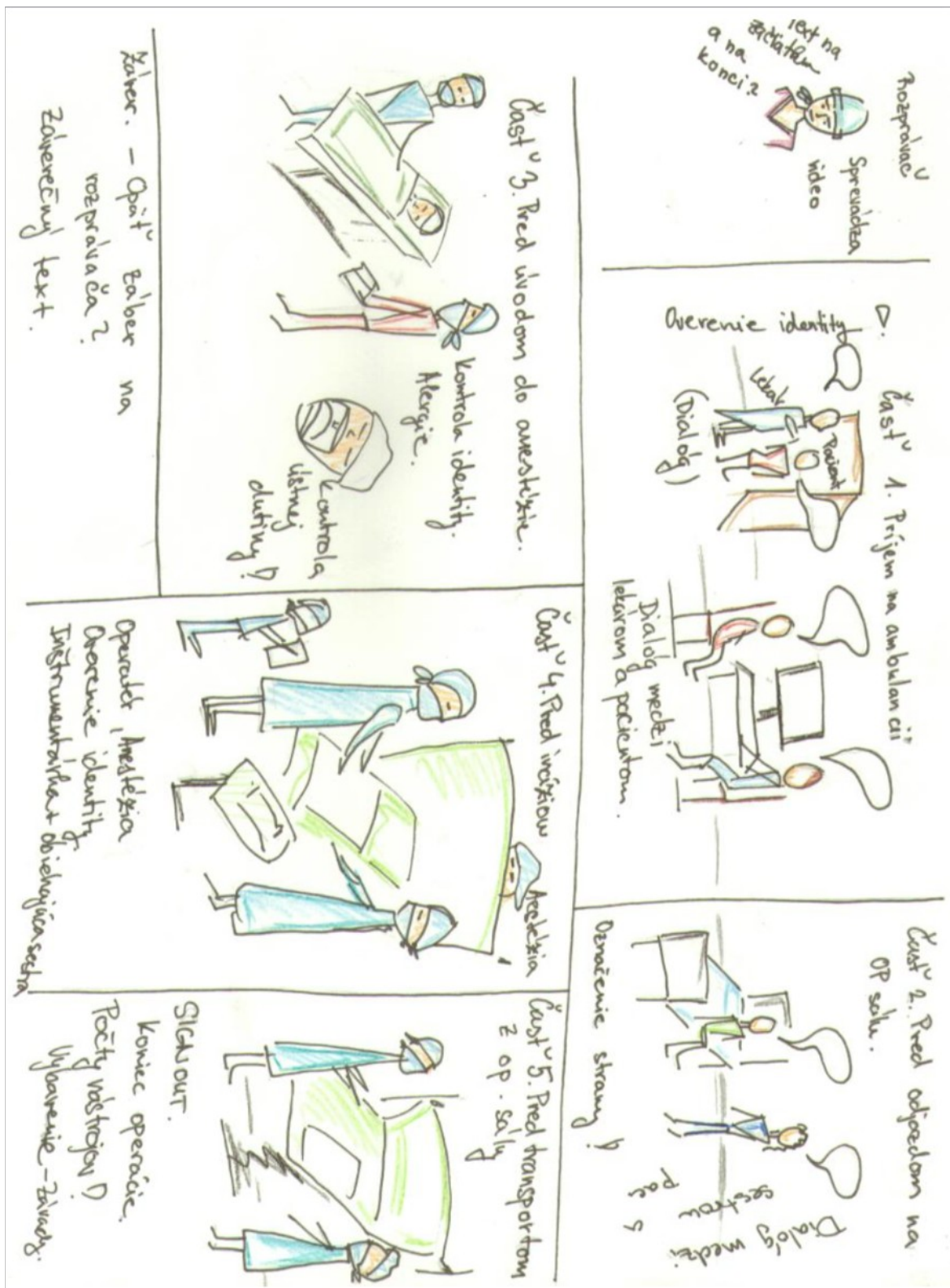
Operatér či pověřený lékař:

Datum a čas:

Jméno:

Podpis:

Zdroj: Vybraná nemocnice krajského typu.



Zdroj: Vlastný.

Príloha D – Potvrdenie súhlasov pacientov s natáčaním

Potvrzení o uložení souhlasu pacienta

_____ tímto potvrzuje, že souhlasy pacientů s natáčením materiálu **Perioperační bezpečnostní protokol**, jsou uloženy v archivu _____. Souhlas se týká celého výrobního procesu včetně dalších zveřejnění k personálním, edukačním a marketingovým účelům.



Príloha E – Grafické spracovanie procesu kvalitatívneho výskumu

