

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Jitka Voráčková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jitka Voráčková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

ETICKÉ ASPEKTY PERIOPERAČNÍ PÉČE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 3. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Voráčková Jitka

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Etické aspekty perioperační péče

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 60

Počet stran – nečíslované: 36

Počet příloh: 14

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: etika, komunikace, operační sál, bezpečnost pacienta

Souhrn:

Hlavním cílem předkládané kvalifikační práce je poskytnout informace o komunikaci na operačním sále. Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali vliv komunikace a vedení perioperační ošetrovatelské dokumentace na bezpečnost pacienta v prostorách operačního traktu. Je důležité eliminovat potencionální rizika a pochybení na operačním sále a tím snižovat pooperační komplikace. Jednou z cest k tomuto cíli je dobrá komunikace a bezchybné vedení perioperační dokumentace.

Abstract

Surname and name: Voráčková Jitka

Department: Department of nursing and midwife

Title of thesis: Ethical aspects of perioperative care

Consultant: PhDr. Mgr. Krocová Jitka

Number of pages – numbered: 60

Number of pages – unnumbered: 36

Number of appendices: 14

Number of literature items used: 36

Keywords: ethical, communication, operating room, patient safety

Summary:

The main goal of presented thesis is to provide information about communication in the operating theatre. In the research we investigated the influence of communication and management of the perioperative nursing documentation on patient safety in the premises of the operating tract. It is important to eliminate potential risks and misconduct in the operating theatre and thus reduce postoperative complications. One way to achieve this is good communication and flawless management of perioperative documentation.

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Krocové za poskytování cenných rad, materiálních podkladů a odborné vedení při psaní kvalifikační práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ETIKA A MORÁLKA	13
1.1 Etika.....	13
1.2 Historie etiky.....	13
1.3 Morálka společnosti a jedince	14
1.4 Pojem lidská důstojnost	15
2 LÉKAŘSKÁ ETIKA A ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.....	17
2.1 Lékařská etika.....	17
2.2 Informovaný souhlas.....	19
2.3 Etika ošetrovatelství.....	20
2.4 Etický kodex	20
3 PERIOERAČNÍ PÉČE	22
3.1 Role sestry v perioperační péči.....	22
3.2 Vztah sestra – pacient v perioperační péči	24
3.3 Personální vybavení operačního traktu, operační tým.....	25
3.4 Komunikace na operačním sále	27
3.5 Kvalita a bezpečí v perioperační péči	30
3.5.1 Resortně bezpečnostní cíle.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	34
4.1 Hlavní cíl	34
4.2 Dílčí cíle	34
5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	36
7 METODIKA PRÁCE.....	38
8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	41
8.1 Dosavadní praxe a celoživotní vzdělávání.....	42
8.1.1 Etický kodex.....	44
8.2 Před operačním výkonem a přijetí pacienta na operační sál	44
8.3 Kontroly v průběhu operačního výkonu	48
8.4 Předání pacienta na lůžkové oddělení.....	51
8.5 Resortně bezpečnostní cíle a informovanost o nových standardních postupech.....	53

DISKUZE	55
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM LITERATURY	61
SEZNAM PŘÍLOH	65
PŘÍLOHY.....	66
Příloha 1 – Etický kodex České lékařské komory	66
Příloha 2 – Etický kodex České stomatologické komory.....	70
Příloha 3 – Etický kodex České lékárnické komory	71
Příloha 4 – Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.....	74
Příloha 5 – Práva pacientů.....	77
Příloha 6 – Operační ošetřovatelská dokumentace	80
Příloha 7 – Surgical Safety Checklist	82
Příloha 8 – Česká podoba Checklistu	83
Příloha 9 – Operační verifikační protokol.....	84
Příloha 10 – Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce – FN Plzeň.....	85
Příloha 11 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň	87
Příloha 12 – Polostrukturovaný rozhovor.....	88
Příloha 13 – Informovaný souhlas – vzor	90
Příloha 14 – Rešerše.....	91

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Praxe a vzdělání	42
Tabulka 2 Perioperační dokumentace	48

SEZNAM ZKRATEK

ATB	Antibiotika
ARO	Anesteziologické a resuscitací oddělení
ČSARIM	Česká společnost anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny
EKG	Elektrokardiografie
EORNA	Evropská asociace sálových sester
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Odd.	oddělení
RBC	Resortně bezpečnostní cíle
TK	Krevní tlak
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Od roku 2003 pracuji na operačním sále, velmi se proto zajímám o specifika perioperační péče. V operačních oborech dochází k velkým pokrokům. Jsou prováděny stále složitější operační zákroky, náročné psychicky i fyzicky. Není výjimkou, že chirurgický výkon trvá i několik hodin. Práce sestry v perioperační péči je různorodá a vysoce specializovaná. Je samozřejmé, že sestra v perioperační péči zvládá obsluhu veškerého operačního instrumentária a přístrojové zdravotnické techniky operačních sálů, ovládá specifika ošetrovatelské péče u pacienta na operačním sále od jeho přijetí do prostor operačního traktu až po předání na lůžkové oddělení. O této problematice bylo již napsáno mnoho odborné literatury, poznatky z této oblasti jsou publikovány průběžně a aktuálně ve formě článků či knih a monografií.

V bakalářské práci bychom se chtěli věnovat komunikaci zdravotníků před, při a po operačním výkonu. Etika a ošetrovatelská péče tvoří nerozlučitelnou dvojici. Morálka a etické chování členů operačního týmu ovlivňuje atmosféru na operačním sále a s touto oblastí je spojena i bezpečnost pacienta v průběhu operačního výkonu. Všechna opatření, která jsou přijímána na operačním sále, mají společný cíl, a to bezpečí pacienta. I přesto dochází k situacím, které mají za následek perioperační nebo pooperační komplikace. Z výzkumů World Alliance for Patient Safety vyplývá, že 3–16 % operačních výkonů má pooperační komplikace. A až v polovině případů lze, dle Global Patient Safety Challenges, komplikacím předejít (Wichsová, 2013, s. 160). Na základě výzkumů vytvořila WHO v roce 2008 Surgical Safety Checklist neboli Kontrolní seznam bezpečí chirurgického výkonu (Wichsová, 2013, s. 160). Ten má usnadnit komunikaci mezi všemi členy operačního týmu. Ve výzkumném šetření se pokoušíme zmapovat implementaci Checklistu do praxe.

Cílem práce bude zjistit, jak probíhá komunikace zdravotníků na operačních sálech a jaké jsou způsoby vedení perioperační dokumentace. Rozhovory byly vedeny se sestrami, které pracují v perioperační péči u různých poskytovatelů zdravotní péče, mají různou délku praxe a různé vzdělání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ETIKA A MORÁLKA

Na etické otázky jen málokdy existuje jednoznačná odpověď. Vyučující etiky nepřednáší konečné pravdy, jeho úkol je složitější. Nesnaží se přesvědčit posluchače o své pravdě, pokládá studentům otázky, snaží se shrnout, co o problému ví, a potom vede diskusi (Heřmanová a kol., 2012, s.12).

1.1 Etika

Pojem etika vychází z řeckého slova Éthos. Původně toto slovo označovalo pastvinu nebo stáj. V přeneseném smyslu znamená obyčej, zvyk nebo mrav. Etika je dnes chápána na jedné straně jako filosofická disciplína, zabývající se morálními a mravními problémy. Určuje to, co je mravné a co je nemravné. A na straně druhé zkoumá hodnoty, normy a povinnosti jejichž posláním je formovat jednání, rozhodování a chování v určité profesi (Nesvadba, 2006, s. 197).

1.2 Historie etiky

Etika jako vědní disciplína se začala vytvářet již v antice. Nejvýznamnějšími osobnostmi byli Sókratés a jeho žáci Platón a Aristotelés. Sókratovou metodou výuky byl dialog. Podle jeho slov měl za úkol pomáhat myšlenkám na svět. Tento filosof tvrdí, že člověk má orgán jménem svědomí a ten je schopen rozlišit, co je dobro.

Podle Platóna má lidská duše tři části. Myšlení, které je uloženo v hlavě. Cit, ten je umístěn v hrudi, a žádostivost, která sídlí v podbřišku. Tyto tři části jsou v těle rozmístěny hierarchicky a tvoří ctnost duše jako celku. Platón tvrdí, že duše má čtyři

ctnosti. Ctnost spravedlnosti, ctnost moudrosti, ctnost statečnosti a ctnost uměřenosti (Ivanová, 2006, s.19).

Aristotelés se narodil na území dnešního Řecka ve Stageiře. V Athénách založil filosofickou školu Lykeon. Aristotelés nesouhlasil s naukou svého učitele Platóna o idejích. Byl zastáncem pozorování přírody. Podle jeho učení má člověk nižší duševní síly, které jsou společné se zvířaty, a vyšší duševní síly vyskytující se jen u lidí. Mezi vyšší duševní síly patří myšlení a poznávání, jejich dokonalost je nejvyšší lidskou ctností. Ctnosti rozděluje na etické (mravní) a dianoetické (dianoa – rozum).

Ve středověku, kdy na veškeré dění mělo vliv křesťanství, byl nejpopulárnější autor Tomáš Akvinský. Ve své nauce mluví o mravním zákonu, který je založen na rozumnosti člověka. Ctnost rozděluje do dvou skupin. Ctnosti nadpřirozené, které zahrnují víru, naději a lásku k Bohu. Ctnosti přirozené, které jsou rozumové (vědění, umění, opatrnost, moudrost) a mravní (statečnost, uměřenost, spravedlnost) (Nesvadba, 2006, s. 219).

V naší kultuře je etika již po staletí součástí filosofie a teologie. Avšak moralita se během staletí velmi radikálně proměňovala a je předmětem diskusí mezi teology i mezi filosofy. Přeli se o výkladu podstaty morálky a nalézt shodu bylo vždy obtížné. Během 20. století, kdy slábl vliv církve, se ukázalo, že shoda racionálně uvažujících filosofů a teologů není možná. Objevilo se několik etických teorií, které rozdílným způsobem vykládají podstatu morálky. Jejich závěry o přípustnosti toho či onoho jednání jsou rozdílné a často i protichůdné. Přesto morálka zůstává součástí naší společnosti (Šimek, 2015, s. 97).

1.3 Morálka společnosti a jedince

Morálka, toto slovo je odvozeno z latinského moralis. Vychází ze slova mos, které znamená zvyk, obyčej. Morálka je tradičně chápána jako povinnost člověka plnit vůli Boha nebo panovníka, a to prostřednictvím zákonů a předpisů. Chování jedince má být v souladu s pravidly a zvyky (Krámský, 2015, s. 20).

Morálka se dá chápat jako komplex, který se týká jedince i společnosti, rozumu i citu. Morální rozhodování je vědomé i nevědomé a je ovlivňováno různými ideologickými tlaky. Ve společnosti pomáhá morálka určovat společné cíle, motivuje

jedince, aby tyto cíle naplňoval. Moralita společnosti se popsat jako dobrovolná akceptace norem a funguje jako regulační činitel. Člověk, který porušil pravidla je trestán kritikou a odsunutím na okraj společnosti (Šimek, 2015, s. 21). Je mnoho lidí, kteří mravní pravidla necítí a chovají se sobecky bez ohledu na ostatní. Pro tyto lidi jsou sepisovány zákony, které určují, co se nesmí, co se musí. A na jejich dodržování dohlíží represivní orgány. Ucelené morální systémy vytvářejí náboženské společnosti a ty se předávají napříč generacemi (Šimek, 2015, s. 24).

Ve studiích, které vedl americký vědec Dan Ariely, bylo dokázáno, že jedinec má potřebu držet se mravních zásad. Má svou vizi o tom, jak se má chovat a tu naplňuje. Morální chování je tedy člověku vlastní a není výsledkem sociálních tlaků. Součástí morality jedince je svědomí. Fenomén svědomí se zatím nepodařilo popsat, ale je to velká motivační síla. Spočívá v tom, že každý jedinec potřebuje žít v souladu se svým svědomím. Potřebuje si sám před sebou zodpovědět způsob svého života.

1.4 Pojem lidská důstojnost

Lidská důstojnost je slovní spojení, které je často užíváno v literatuře se zdravotnickou etikou. Avšak v odborných filosofických textech není tento pojem dostatečně vymezen. Lidskou důstojnost můžeme vnímat na různých úrovních, z různých pohledů. Je předmětem filosofických, právních a morálních diskusí. Co je to lidská důstojnost, si často uvědomíme, až když je ohrožena nebo pošlapána (Heřmanová a kol., 2012, s.71).

Slovo důstojnost pochází z latinského termínu dignita, což značí povinnost respektu, být hodný úcty a pocty. Anglické slovo dignity má více významů, například vážený, úctyhodný, ctěný, ctihodný. Lidská důstojnost je v obecném smyslu slova to, co náleží člověku jako příslušníku svého rodu. Tento pojem, ale ani tak není jednoznačný. Co je a není důstojné určujeme z různých pohledů. O důstojnosti jako veličině, která se dá zvětšit nebo zmenšit, hovořil ve svých dílech již Cicero. Poukazuje na přednostní postavení člověka před ostatními živočišnými druhy. I křesťanská filosofie hovoří o tom, že každému člověku náleží důstojnost, protože Bůh ho

stvořil k obrazu svému. Můžeme tedy říci, že lidská důstojnost patří k nezcizitelným hodnotám lidských bytostí, a to bez ohledu na sociální, duševní a tělesný stav (Heřmanová a kol., 2012, s. 75).

Nedotknutelnost lidské důstojnosti je princip, který by neměl být diskutován. Jde o nedotknutelnost jedince nejen po stránce fyzické, ale také duševní a spirituální. Je to závazný princip, který bychom měli prosadit do praxe (Dolista, 2012, s. 91).

2 LÉKAŘSKÁ ETIKA A ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

V posledních padesáti letech došlo k nebývalému rozvoji technologií a tento rozkvět radikálně změnil i tvář medicíny. Díky novým možnostem se objevily i nové problémy. V lékařské etice již není možné vystačit s tradiční Hippokratovou přísahou. Staletími osvědčené zásady nepřestaly platit, ale je potřeba rozšířit je o nové zásady. Lékařská etika se v nedávné době stala novým vědním oborem (Šimek, 2015, s.98).

2.1 Lékařská etika

Lékařská etika neboli bioetika je vědní obor, který vyžaduje spolupráci lékařů, filosofů, právníků, sociologů a psychologů. Potřeba profesionálů z oboru lékařská etika je jen pomalu akceptována. Tito odborníci nacházejí uplatnění jen na lékařských fakultách. Rozvíjet etiku na profesionální úrovni se velmi pomalu dostává do praxe. Stále ještě není překonaná představa, že etika je jen věcí intuice zdravotnického pracovníka (Šimek, 2015, s. 99).

V dnešní době je termín bioetika nadřazen lékařské etice a tyto pojmy bychom od sebe měli odlišovat. Základ je v latinském slově bios, což znamená život a ve slově etika, kterou často ztotožňujeme se slovem mravnost (Haškovcová, 1997, s. 12).

Na definici bioetiky se odborníci stále nemohou shodnout. Například Helena Haškovcová ve svém díle popisuje bioetiku jako disciplínu, jež se zabývá etickými problémy spojenými jak s praxí lékařskou, tak i s etickými otázkami vyskytujícími se ve výzkumu. Bioetika v sobě zahrnuje kromě lékařství i další vědní obory jako jsou biologie, biofyzika, chemie nebo farmacie. Samotný název bioetika již napovídá, že život jako takový hraje první roli v tomto odvětví. V nejširším rámci tento obor zahrnuje všechny etické problémy, které se váží s životem na zemi (Haškovcová, 20015, s. 15).

Petr Jemelka ve své knize ukazuje na otázku s nahlížením na bioetiku pouze jako na disciplínu, jež se zabývá problémy v rámci lékařství. V případě, že rozšíříme svůj pohled na etické problémy spojené celkově se životem na zeměkouli, musíme přirozeně vzít ohled i na otázky environmentální etiky. Ta se podrobně zajímá o morálními aspekty vztahů mezi lidmi a nelidskými organismy, které na zemi existují. Dnes, s rozmachem nových technologií, se objevují mnohé etické problémy. Díky tomuto rozvoji má lidstvo mnoho možností. Tento pokrok však přináší i stinné stránky, které jsou podkladem mnoha etických diskusí. Témata těchto diskusí jsou například otázky spojené s interrupcí, eutanázií, umělým oplodněním a také vymezení začátku a konce života (Jemelka, 2012, s. 9,10,51,53, 60,64).

Lékařská etika jako vědní obor vznikla v druhé polovině dvacátého století. V minulosti nebyla potřeba rozpracovávat etiku různých profesí. V klasických moralistických textech nejsou odůvodněny morální normy a obsahují i návody pro zachování stavovské prestiže. Je tomu tak i v Hippokratově přísaze, kde je zapovězeno provádět umělý potrat nebo eutanazii, tímto činem by se lékař v očích veřejnosti zostudil. I tato přísaha se tedy dovolává morálky, kterou uznávala tehdejší společnost. Podnětem, který vedl k ustanovení lékařské etiky jako oboru, bylo zjištění o chování nacistických lékařů za druhé světové války. Nešlo zde jen o lékaře podobné lékaři Josefu Mengeleovi, zde bylo porušení etiky zjevné a nezpochybnitelné. Zjištění se týkalo spíše lékařů, kteří prováděli pokusy na věznicích koncentračních táborů. Šlo např. o výzkum reakcí organismu na mimořádné fyzikální a toxické vlivy. Některé výsledky těchto pokusů měly i svůj praktický význam, ale pokusné osoby byly vězni, kteří se pokusů zúčastnili nedobrovolně. Nebyl brán zřetel na jejich vůli ani utrpení a tím byla popřena jejich lidská podstata. Mnoho těchto lidí experimentování nepřežilo nebo zůstali trvale duševně i tělesně poznamenáni (Příhoda, 2014).

Po dlouhých diskusích byly zformulovány čtyři základní principy lékařské etiky. Jsou to: 1. princip nonmaleficence, 2. princip beneficence, 3. princip respektu k autonomii nemocného a 4. princip spravedlnosti. Tyto principy jsou východiskem a směrníci každé etické otázky a všichni lékaři by je měli považovat za samozřejmost (Příhoda, 2014).

Nedílnou součástí lékařské etiky je právo pacienta na informovaný souhlas a komunikace s ním. Kvalita léčby se rok od roku zvyšuje, to však nelze říci komunikaci, která se zlepšuje jen pomalu v závislosti na jednotlivých lékařích. Lékaři vždy patřili k lidem s nejvyšším vzděláním. Jejich hlavním mravním úkolem bylo užívat své znalosti a dovednosti ve prospěch nemocných a jejich blízkých. Byli vždy uznávanou autoritou a často sami rozhodovali o léčbě i o tom, co má nemocný o své chorobě vědět. Nyní se vztah mezi nemocným a lékařem radikálně proměnil. Lékař se stává ve vztahu s pacientem jeho partnerem. Nemocní více spolurozhodují o všem, co se bude dít. O způsobu stanovení diagnózy i o léčbě. Zde však vyvstává otázka, jestli pacient jako laik je schopen posoudit strategii diagnostického postupu a léčby. Přesto ale nemocného nemůžeme při rozhodování obejít. Z mravního hlediska není přijatelné, aby jeden člověk učinil rozhodnutí a druhý nesl následky (Šimek, 2015, s. 105).

2.2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je v právním systému zakotven v zákoně o zdravotních službách a v novém občanském zákoníku. Dnes je důležitým prostředkem uskutečněné komunikace mezi lékařem a pacientem. Má tři formy: písemnou, ústní a konkludentní – vyplývající z okolností. Nikde není určeno, jakou formu souhlasu má lékař zvolit. Písemná forma souhlasu je vhodná pro náročné, invazivní, diagnostické a léčebné metody. Forma ústní nebo konkludentní by měla převládat v ambulantní sféře. Tato forma má i své zápory, zpětně nelze tento souhlas dokázat. Proto se stále častěji přistupuje k písemné verzi. Informovaný souhlas je často používán jako právní ochrana lékařů v případných soudních sporech. Někdy se stává, že při podepisování tohoto souhlasu chybí poučení ze strany lékaře a dokument dává pacientovi k podpisu sestra nebo sociální pracovnice. Každý lékař by měl vědět, že informovaný souhlas znamená řádné poučení pacienta předem. V dnešní praxi se setkáváme s tím, že je pacient zahlcen množstvím informací a není schopen se rozhodnout. Lékař by měl nemocnému vysvětlit všechna pozitiva i rizika a nabídnout alternativy, pokud existují. Pacient má právo léčbu nebo její část odmítnout. V takovém případě podepisuje pacient negativní revers, který chrání lékaře. Toto rozhodnutí není konečné a nemocný, který odmítne léčbu ji často při zhoršení zdravotního stavu zase vyhledá (Ptáček a kol., 2011, s.33).

2.3 Etika ošetrovatelství

Ošetrovatelská etika se zabývá především vztahy. Jsou to vztahy mezi sestrou a pacientem, mezi sestrou a lékařem, mezi sestrou a sestrami kolegyněmi a mezi sestrou a ostatními zdravotníky. Z tohoto důvodu je velmi důležitá role sestry komunikátorky. Sestra, která ovládá umění komunikace, dokáže předcházet problémům. Komunikace rovná se praktická etika. Tato dovednost tvoří velkou oporu pro nemocného i jeho blízké, proto by ji sestra měla ovládat. Interpersonální vztahy jsou velmi náročnou oblastí profesního života, a to nejen ve zdravotnictví. Konflikty v této oblasti tvoří velké procento ze všech odchodů z pracoviště. Téměř všechny problémy začínají v komunikaci. Osobnost pacienta i zdravotníka hraje velmi důležitou roli, stejné jednání dvou rozdílných lidí nemusí mít stejnou odezvu. I zde platí známé přísloví: „Když dva říkají totéž, není to totéž.“ I když se jedná o komunikaci sestry s pacientem, je to komunikace člověka s člověkem (Kutnohorská, 2007, s. 163).

Ošetrovatelská praxe je praxe etická. Pro nemocné jsou velmi důležité i takové zdánlivé maličkosti, jako je oslovení, pozdrav, i jakým způsobem je mu podáno jídlo či pití. Všechny tyto činnosti zrcadlí náš vztah k pacientům. Mnoho současných autorů je toho názoru, že etika ve zdravotnictví je na vztahu založená. Ošetrovatelská etika není založená jen na ideálech a ctnostných principech, ale hlavně na spolupráci mezi lidmi. V jedné ze studií o etických problémech v zdravotnictví většina sester uvedla nejčastěji vztahy zdravotníky a pacienty, lékaři a sestrami i ostatní zdravotnický personál. Dále poukazyvaly na špatnou komunikaci a nedostatečné informování nemocných, také pociťovaly nedostatečný respekt a uznání ze strany lékařů i pacientů (Heřmanová a kol., 2012, s. 51).

2.4 Etický kodex

Mnoho profesí má svůj etický kodex. Tento dokument upravuje pravidla práce v organizacích i jednotlivých profesích. Etické kodexy, které pro své

zaměstnanec vytváří firmy, organizace nebo sdružení, mohou být nezávazné nebo závazné. Dodržování nezávazného etického kodexu je založeno na dobrovolnosti a jeho porušení není postihováno. U závazného kodexu, který obvykle dostává zaměstnanec k podpisu společně s pracovní smlouvou, může být jeho porušení sankcionováno. V závažných případech hrozí zaměstnanci i výpověď. Každý etický kodex by měl být využitelný pro co největší počet zúčastněných a měl by obsahovat jasná a akceptovatelná pravidla.

Etika by měla být součástí odborné kvalifikace v mnoha povoláních. Zdravotnictví se řadí na přední místa v zátěžových povoláních. Zde by se měla pregraduální i postgraduální výuka zaměřit na znalost etických principů i etických kodexů, které jsou platné ve zdravotnictví. Být součástí výuky (Ivanová, 2006, s. 63).

Etické kodexy vznikaly již v dávné historii. Za nejstarší etický kodex je považována Hippokratova přísaha, o které jsou zmínky v 5. – 4. století př.n.l. I v současnosti tvoří jeden ze základů lékařské etiky. Národní etické kodexy si u nás ustanovily profesní komory, asociace a sdružení. Jejich plné znění je možné najít na internetových stránkách a v mnoha publikacích (Ivanová, 2006, s.65, 69).

Jsou to: Etický kodex České lékařské komory – jeho plné znění viz. příloha č.1, Etický kodex České stomatologické komory – viz. příloha č.2, Etický kodex České lékárnické komory – viz. příloha č.3, Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů – viz. příloha č.4, Práva pacientů – viz. příloha č.5.

3 PERIOERAČNÍ PÉČE

Z pohledu historie je perioperační péče velmi mladá profese. Dřívější pojmy sálková sestra nebo instrumentářka byly známy jak odborné, tak i laické veřejnosti. Dnes jsou tyto dva termíny nahrazeny názvem perioperační sestra. Tento, pro někoho méně srozumitelný termín, lépe odpovídá náročnosti této profese a požadavkům na vzdělání. Vzdělávání v tomto oboru bylo přizpůsobeno požadavkům Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. Ještě v 60. letech minulého století byly sálkové sestry vzdělávány v rámci anesteziologické specializace. Tyto sestry tak vykonávaly činnosti související s chirurgickým zákrokem i s anestezií (Jedličková a kol., 2012, s. 3, 4). Dnes perioperační sestry získávají svoji způsobilost v programech specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotní pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

3.1 Role sestry v perioperační péči

Práce perioperační sestry se odehrává v několika rovinách. V této kapitole se je pokusím popsat. Jedna z nejdůležitějších rolí je asistence při operačních výkonech, s tím související zajištění a příprava operačních sálů, nástrojů, materiálu, správná příprava operačních přístrojů. Další rolí je obíhající sestra, která tvoří spojkou mezi operačním týmem a zázemím operačního sálu. V průběhu operačního výkonu má nezastupitelný význam, vede ošetrovatelskou dokumentaci, zajišťuje bezpečnost pacienta po dobu pobytu v operačním traktu. Součástí její práce je také komunikace s pacientem, ověření jeho totožnosti a provádí i další úkony spojené s resortními bezpečnostními cíli. Zodpovídá za transport a polohu pacienta na operačním stole. Zajišťuje i další požadavky operačního týmu (Wendsche a kol., 2012, s.69).

Práce na operačním sále je práce týmová a perioperační sestry jsou nepostradatelnou součástí týmu. V erudovanosti se nelékařský zdravotnický personál pracující na operačním sále dá zařadit do kategorie s nejvyššími nároky. Ošetrovatelský proces začíná příchodem pacienta do prostor operačního traktu. Zde

perioperační sestry poskytují vysoce specializovanou, individualizovanou péči s holistickým přístupem k nemocnému. Prostředí operačního sálu je velice specifické. Pro pacienta je to prostředí téměř neznámé a je zde plně odkázán na péči zdravotnického personálu, proto je velmi důležitá jeho důvěra (Wendsche a kol.,2012, s.73).

Perioperační sestra, která asistuje u operačního výkonu, musí být seznámena s velkým množstvím různých instrumentárií. Instrumentování nejsou jen teoretické znalosti, ale především zkušenosti a praxe (Wendsche a kol.,2012, s.77). Dle zvyklosti na pracovišti podává instrumentářka nástroje do ruky operatérovi a asistentům na výzvu slovní, na znamení nebo při dobré znalosti výkonu bez výzvy. Podává je do dlaně úchopovou částí, vždy očištěné od biologického materiálu a funkční (Schneiderová, 2014, s.60). Při vypjatých situacích, které nejsou při chirurgických výkonech ojedinělé, je důležitá nejen zručnost a pohotovost perioperační sestry, ale také její sebeovládání, emocionální stabilita, mírné a klidné vystupování (Wendsche a kol.,2012, s.82).

Kompetence perioperačních sester se řídí vyhláškou č. 252/2019 Sb, kterou se mění vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zde § 54 určuje kompetence sester se specializovanou způsobilostí a § 56 přesně vymezuje kompetence sester pro perioperační péči. Dle této vyhlášky sestra vykonává činnosti při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Bez odborného dohledu a bez indikace může zejména připravovat instrumentárium, pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál. Provádí specializované sterilizační a desinfekční postupy. Zajišťuje manipulaci s operačními stoly, tlakovými nádobami a přístroji. Dále provádí antisepsi operačního pole, ve spolupráci s operátorem provádí před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu. Zajišťuje stále připravené pracoviště ke standardním i speciálním operačním výkonům. Instrumentuje při operačních výkonech, provádí zarouškování operačního pole. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře zajišťuje polohu a fixaci pacienta na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace. Asistuje u méně náročných operačních výkonů (Vyhláška č. 252/2019Sb.).

Práce sestry v perioperační péči bývá často pod časovým tlakem, spojená s fyzickou a psychickou zátěží. Jakékoliv pracovní prostředí má svá specifika a na operačním sále je velká zátěž sensorická (Žídková, 2010, s.40).

Tato práce klade vysoké nároky i na charakterové předpoklady perioperačních sester. Měly by být pečlivé, spolehlivé, trpělivé, emočně stabilní. Mezi další vlastnosti by měla patřit ochota učit se nové věci, kreativita, schopnost improvizace a týmové spolupráce. Pro úspěšné vykonávání této profese se je též zapotřebí fyzická zdatnost, zručnost a výdrž (Wichsová a kol., 2013, s.48).

3.2 Vztah sestra – pacient v perioperační péči

Snad každý pacient, který bude operován, pociťuje obavy. Předmětem jeho strachu bývá nejčastěji samotný operační výkon, anestezie, výsledek operace a také očekávaná bolest. V průběhu perioperační péče může být nemocný poškozen technikou, selháním lidského faktoru nebo může dojít k postižení i v duševní oblasti člověka. Takové postižení je stejně závažné jako ostatní poškození fyzické. Proto je velmi důležitý přístup personálu operačního sálu k pacientovi (Mastiliaková, 2007, s.9).

V dnešní době se snažíme o prosazování holistického přístupu k nemocnému. Při preferování tohoto přístupu je prioritou zachování rovnováhy mezi potřebami člověka a technickým pokrokem. Díky velkému technickému rozvoji dosáhla medicínská praxe stádia vysoké závislosti na náročných léčebných a diagnostických zákrocích, které dostali přednost před člověkem jako lidskou bytostí. Úloha sestry se tak rozšířila na ochránkyni práv pacienta s důrazem na etické principy a kvalitu života (Mastiliaková, 2007, s.9).

Holismus je filozofický směr, jehož myšlenkou je celistvost. Tento směr vidí lidské bytosti jako jednotné celky a jejich jednotlivé části jsou ve vzájemně propojené. Porucha jedné z těchto částí vede k poruše systému. Úkolem sestry je proto pečovat o člověka jako o celek, nejen o jednotlivé funkce nebo části. Pojem „holistické zdraví“ v sobě zahrnuje celistvou osobnost člověka a všechny stránky jeho života. Obsahuje jeho životní styl, fyzickou zdatnost, emoční stav, schopnost

zvládnání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a spiritualitu. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je potřeba pochopit vzájemný psychosomatický vztah, psychické potíže vyvolávají somatické problémy a naopak (Mastiliaková, 2007, s.10).

Pacient připravený k operačnímu výkonu je z lůžkového oddělení převezen na operační sál. Ve vstupním filtru si od sestry z oddělení nemocného přebírá personál operačních sálů, je to buď anesteziologická sestra nebo sestra perioperační. Pacient musí být podrobně instruován o pobytu na operačním sále. Komunikace v operačním traktu je nedílnou součástí perioperační péče. Již od prvního setkání se snažíme navázat kontakt, začínáme pozdravem a představením se, snažíme se navodit příjemnou atmosféru a tím snížit pocit úzkosti a strachu. V rámci možností se snažíme vyhovět přáním pacienta. Samozřejmou součástí komunikace s pacientem je ověření jeho totožnosti. Ve vstupním filtru se nemocný s naší pomocí přesune na desku operačního stolu. Při přemísťování vždy zachováváme intimitu pacienta a dodržujeme etické zásady. Na operačním stole je nemocný přikrytý operační rouškou a vlasy má zakryty operační čepicí. Poté probíhá opakovaná kontrola identity nemocného, kontrola operačního výkonu a operované strany. Zjišťujeme také případné alergie a dotazujeme se na dobu lačnění. Informace, které nám poskytl pacient, srovnáváme s jeho dokumentací a s operačním programem. Poté je pacient odvezen na konkrétní operační sál, dle operačního programu a anesteziologický lékař se s ním ještě jednou domlouvá na způsobu anestezie, podle jeho stavu a přání. V této fázi komunikuje s pacientem především anesteziologická sestra, která ho informuje o všech úkonech. Například zajistí žilní vstupy, umístí elektrody na snímání EKG, manžetu na měření TK, nasadí pulsní oxymetr. Uložení pacienta do správné polohy pomáhá operatérovi při chirurgickém výkonu a anesteziologovi při celkové, svodné (subarachnoidální a epidurální) anestezii, či periferních blokáдах. Polohy provádíme vždy šetrně s dostatečným množstvím personálu a s ohledem na bezpečnost pacienta (Špičáková,2008).

3.3 Personální vybavení operačního traktu, operační tým

Zaměstnance operačních sálů lze rozdělit do několika skupin. Je to personál stálý, sem patří perioperační sestry, sanitáři a sanitárky, techničtí pracovníci a v neposlední řadě pracovníci úklidu. Další skupinu tvoří zaměstnanci konkrétních

oddělení nebo klinik, kteří chodí na operační sál vykonávat část své náplně práce. Patří sem lékaři z různých chirurgických oborů, dále ostatní specialisté, kteří jsou zapotřebí ke konkrétnímu operačnímu výkonu. Mezi externisty můžeme zařadit i posluchače lékařských fakult a studenty středních a vyšších a vysokých škol. Všichni tito pracovníci jsou edukováni o nutnosti dodržovat režimová opatření, která jsou v provozu operačních sálů specifická. Všichni jsou povinni dodržovat pokyny vrchní nebo staniční sestry operačních sálů a hygienická pravidla (Schneiderová, 2014, s.55).

Operační výkon je společným dílem všech členů operačního týmu. Operační tým zahrnuje lékaře operátora, lékaře asistenty, sestru instrumentářku a sestru obíhající, lékaře anesteziologa, anesteziologickou sestru. Dále sálové sanitáře a pomocný zdravotnický personál. Počet personálu je závislý na typu a rozsahu prováděného operačního výkonu a způsobu anestezie. Vedoucí operačního týmu je operátor, ten vede operační zákrok a je zodpovědný za průběh a výsledek operace. Povinností operujícího lékaře je si před začátkem operačního zákroku zkontrolovat správnost operované oblasti i strany těla. Na konci výkonu, společně s instrumentářkou překontroluje, zda souhlasí počet použitého materiálu a nástrojů. V průběhu operačního výkonu operátor spolupracuje s anesteziologickým týmem. Společnými silami se snaží předejít nežádoucím událostem a komplikacím. Operátorovi asistují při výkonu další lékaři, jejich počet je závislý na náročnosti výkonu. Sestry instrumentářky zabezpečují úkoly související s provozem operačního sálu. Jedná se o údržbu operačních pomůcek a přístrojů, přípravu operačního materiálu, vedení dokumentace, dodržování aseptických podmínek. Kontrolují provádění úklidu v prostředí operačních sálů. Podle operačního programu připravují potřebné nástroje na jednotlivé operační výkony. Během operace je přítomna jedna sestra instrumentářka, která je sterilně oblečena, ta asistuje při operačním výkonu. Druhá sestra instrumentářka je tzv. obíhající, a ta tvoří spojkou mezi sterilním operačním týmem a nesterilním okolím (Velimská, 2012, s.12).

Dalším nepostradatelným členem operačního týmu je lékař anesteziolog a anesteziologická sestra. S ním se pacient setká den před operací, kdy mu anesteziologický lékař naordinuje premedikaci a zaznamená do dokumentace další

doporučení dle jeho aktuálního zdravotního stavu. Dále nemocného seznámí s možnými způsoby anestezie, a případnými riziky nebo výhodami. Na operačním sále podá pacientovi anestezii. Tu volí dle operačního výkonu, zdravotního stavu a přání pacienta. Po dobu operačního výkonu sleduje vitální funkce operovaného pacienta, komunikuje s operátorem a anesteziologickou sestrou, která plní jeho ordinační. Po ukončení operačního zákroku probouzí pacienta z celkové anestezie. Zhodnotí jeho stav a rozhoduje o místě, kam bude nemocný po operaci předán. Je to buď na dospávací pokoj, kde nemocný zůstává pod dohledem anesteziologické sestry, nebo na standardní oddělení či oddělení intenzivní péče. Anesteziologická sestra spolupracuje se všemi členy operačního týmu. Kontroluje a připravuje nástroje a pomůcky potřebné k zajištění dýchacích cest. Připravuje anesteziologický přístroj, kontroluje jeho funkčnost a provede test těsnosti okruhu, zkontroluje funkčnost odsávačky. Připraví si vše na měření fyziologických operovaného. Nařadí léky a připraví infuzi (Velimská, 2012, s.13).

3.4 Komunikace na operačním sále

Spolupráce, komunikace a kladný vztah mezi členy operačního týmu vede k dobře a efektivně odvedené práci a zamezuje tak vzniku stresových situací a vzniku nežádoucích komplikací poškozujících pacienta (Osibiston, 2013, s. 112).

Komunikace mezi členy operačního týmu je nedílnou součástí týmové spolupráce. Tento děj, odesílání, přijímání a zpracovávání informací cestou verbální i nonverbální, ovlivňuje spolupráci a vztah mezi členy operačního týmu. Efektivní a snadná komunikace je důležitá pro dosažení léčebného úspěchu. Pro dobrou komunikaci je nezbytné, aby si všichni členové operačního týmu byli vědomi svých kompetencí. Kompetence perioperačních sester přesně definuje vyhláška MZČR č. 252/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb.

Komunikace na operačním sále je vedena cestou jak verbální, tak i neverbální. Verbální komunikace může probíhat formou ústní i písemnou. Jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita jsou kritéria pro úspěšnou

verbální komunikaci. Základem kvalitní péče jsou dobré vztahy, různé výtky a kritika nemá na operačním sále místo.

Spolupráce a vzájemná komunikace mezi perioperační sestrou a anesteziologickou sestrou začíná již před příjezdem pacienta na operační sál. Společné prostudování operačního programu a upřesnění jeho aktuálních změn ovlivňuje délku celého operačního programu. Délku operace a také její náročnost dokáže zkušená perioperační sestra odhadnout. Tyto informace předává anesteziologické sestře, aby si mohla zajistit uložení pacienta na vyhřívací nebo antidekubitní podložku. U konkrétního pacienta se perioperační a anesteziologická sestra setkávají při jeho identifikaci a jejich spolupráce pokračuje během celého jeho pobytu v prostorách operačního traktu, až do předání nemocného na oddělení. Pečlivost, důslednost a vzájemná kontrola je prevencí vážných komplikací (Hrádecká, 2010).

Jednu z hlavních rolí v perioperační péči hraje komunikace perioperační sestry s operátorem. V tomto ohledu jsou velmi důležité osobnostní rysy perioperační sestry, její zkušenosti, vzdělání a uvědomění si svých kompetencí. Jak už jsem popsala v předchozí kapitole, práce sestry na operačním sále není snadná. Stejně tak ani ostatních členů operačního týmu. Perioperační sestry jistě všechny dobře znají situaci, kdy operátor přijde na sál ne zrovna dobré náladě, k tomu se přidá nesprávné oholení pacienta, teplota na sále není ideální, u pacienta se objeví špatné anatomické poměry, nůžky špatně stříhají, pinzeta nedrží, odsávání nefunguje, ligatura je moc dlouhá nebo naopak příliš krátká atd. Viník toho všeho je nalezen velmi rychle, je to perioperační sestra. Do takovýchto situací se dostává sestra v perioperační péči každý den. S velkou mírou trpělivosti a sebeovládání snáší výtky lékařů a snaží se odstranit všechny nedostatky (Pražský, 2013). V této komunikaci záleží na morálních hodnotách, etických znalostech sestry a schopnosti upřednostnit zájmy pacienta, které by měly být vždy na prvním místě.

Spojku mezi sterilně oblečeným operačním týmem a okolím je perioperační sestra obíhající (v některé literatuře označována jako sestra cirkulující). Komunikace mezi instrumentářkou a obíhající sestrou často probíhá i neverbálně a vždy by se měla týkat jen samotného operačního výkonu a pacienta. Obíhající sestra zajišťuje dokumentaci a komunikuje s pacientem před a po zákroku, v případě regionální anestezie i při výkonu.

Další komunikační kanál je mezi perioperační sestrou a sálovým sanitářem. Jejich vzájemná dobrá spolupráce má zásadní vliv na průběh celé operace a bezpečí pacienta. I když sálový sanitář musí stále pracovat pod odborným dohledem či přímým vedením, chceme, aby byl užitečným a samostatným členem operačního týmu. Abychom toho docílili, je zapotřebí ho zapojovat do všech fází perioperační péče a měli bychom mu dávat najevo, že si jeho práce vážíme.

Při předávání pacienta po operačním výkonu stále pokračuje spolupráce mezi perioperační a anesteziologickou sestrou. A to až do transportu na oddělení. Nemocný je předán jak písemnou formou, tak i ústní. O anestezii a jejím průběhu informuje sestru z oddělení anesteziologická sestra nebo lékař, perioperační sestra podává informace o typu provedeného výkonu, o integritě kůže, o zavedených drénech, o krytí operační rány a o ordinacích operátora. V případech, kdy je pacient předáván na JIP nebo ARO, je u překlada přítomný i lékař z daného oddělení. (Hrádecká, 2010).

Může se zdát, že tato spolupráce je automatická, ale není tomu tak. „Pro pracoviště operačních sálů je právě spolupráce na všech úrovních perioperačního týmu s vysokou mírou kvalitní komunikace mimořádně důležitá“ (Wichsová et al., 2013, s. 59).

Pracujeme s lidským organismem, s živou bytostí a jakékoliv zaváhání a nepředání si informací může přinejmenším zkomplikovat průběh operace, v horším případě ohrozit pacientův život. Musíme si navzájem vážit takové spolupráce, nebrat ji jako kontrolování se navzájem a pěstovat ji. Každá drobná chyba v naší práci a upozornění na ni může předejít vážnému pochybení. Problémy v oblasti perioperační péče řeší implementace chirurgického bezpečnostního listu – checklistu. „Odpor, který používání této procedury vyvolává, je zarážející a pravděpodobně je vyvolán převážně malou informovaností o přínosu, který checklist představuje pro bezpečný průběh operačních výkonů“ (Wichsová et al., 2013, s. 59).

3.5 Kvalita a bezpečí v perioperační péči

Hlavním kritériem práce na operačním sále a všech opatření, která se přijímají v perioperační péči je bezpečnost pacienta. I přes všechna tato opatření dochází v úseku operačního traktu k událostem, které vedou k perioperačním nebo pooperačním komplikacím. Podle průzkumu WHO je až polovina těchto událostí preventabilní. Proto WHO ustanovila zásady, které jsou obsaženy v jednoduché bezpečnostní proceduře nazvané Surgical Safety Checklist, obr. č.1 (Wichsová, 2013, s.160).

Checklist je běžně používanou pomůckou, a to nejen ve zdravotnictví. Cílem tohoto dokumentu je zajistit to, aby proběhly všechny kroky v perioperačním procesu. Jeho výhodou je systematická kontrola rizikových okamžiků v této specifické ošetrovatelské péči.

Kontrola probíhá ve třech krocích:

1. Sign-In: Před podáním anestezie. Této fáze se účastní minimálně anesteziolog nebo anesteziologická sestra. Kontroluje se totožnost pacienta, správnost operované strany a její označení, předpokládaný typ operačního výkonu, souhlas pacienta s výkonem, funkčnost anesteziologického přístroje, připravenost anesteziologického týmu a zvolených anestetik na vedení anestezie, alergie pacienta a rizika krevní ztráty.

2. Time-Out: Před kožním řezem. Této fáze se účastní všichni členové operačního týmu, ti uvedou své jméno a roli v operačním týmu. Opětovně se ověřuje identita pacienta, typ a místo operačního výkonu. Provede se kontrola podání ATB a pokládají se otázky k posouzení rizik operačního výkonu. Operatérovi na předpokládaný průběh a délku výkonu, předpokládanou krevní ztrátu a potvrzení profylaktického podání ATB. Anesteziolog zhodnotí možná rizika anestezie. Perioperační sestra posoudí připravenost nástrojů a všech pomůcek k operačnímu výkonu, zkontroluje sterilitu nástrojů a všech pomůcek. Dále proběhne kontrola dostupnosti obrazové dokumentace.

3. Sign-Out: Před ukončením operačního výkonu. Této fáze se účastní perioperační a anesteziologická sestra, anesteziolog a operatér. Potvrdí se provedení výkonu, kontroluje se souhlas počtu nástrojů a materiálu. Provede se kontrola

odebraných vzorků a jejich označení. Proběhne diskuze o průběhu výkonu a operátor s anesteziologem stanoví pooperační medikace a intervence (Wichsová a kol., 2013, s. 161,162).

Oficiální český překlad Surgical Safety Checklist je dostupný na stránkách MZČR (viz. přílohy č.7,8). Jednotliví poskytovatelé zdravotnické péče si ho přizpůsobují svým potřebám a podmínkám. Checklist byl poprvé publikován v roce 2008. Celá bezpečnostní procedura zabere asi dvě minuty a zhodnotí nejzávažnější rizika operačního výkonu. Výzkumy ukazují, že používání checklistu snižuje množství komplikací a nedorozumění v komunikaci, včetně záměny pacienta a operované strany. Problém většinou nastává až implementací checklistu do praxe. Zejména na druhou fázi není kladen potřebný důraz (Rydenfält a kol., 2013, s. 183, 187).

Na urologické klinice Fakultní nemocnice v Plzni, kde pracuji, používáme operační ošetřovatelskou dokumentaci, která je vypracovaná přímo pro potřeby tohoto pracoviště. Tento dokument je uveden v příloze č.6.

3.5.1 Rezortně bezpečnostní cíle

Ministerstvo zdravotnictví ČR uveřejnilo ve Věstníku č.16/2015 aktualizované minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Jedním z těchto požadavků je i zavedení resortních bezpečnostních cílů (dále jen RBC).

RBC č. 1 Bezpečná identifikace pacientů

Cílem tohoto standardu je stanovit jednotný postup při identifikaci pacienta. Nemocný musí být správně identifikován před každým intervenčním výkonem.

RBC č. 2 Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti

Zde je cílem standardu ustanovit seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti pro konkrétní oddělení. Zajistit jejich bezpečné skladování v souladu s doporučením výrobce. A to i u léčiv, které si přináší do zařízení samotný pacient.

RBC č. 3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

Jedná se komplexní opatření, které zahrnuje bezpečnou komunikaci, identifikaci pacienta. Je zde nutná spolupráce mezi jednotlivými odděleními. Cílem standardu je ustanovit taková opatření, která zamezí záměně pacienta, výkonu a strany.

RBC č. 4 Prevence pádů

Cílem je zavést taková opatření, která minimalizují pády nemocných. Ve zdravotnickém zařízení jsou pády jednou z nejčastějších nežádoucích událostí, a to u všech věkových skupin pacientů. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen vést evidenci všech pádů, provádět analýzu nežádoucích událostí a zavádět nápravná opatření.

RBC č. 5 Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Cílem standardu je zavést správné postupy hygieny rukou, zajistit vybavenost pracovišť dezinfekčními přípravky. Dezinfekce rukou musí být prováděna před kontaktem s pacientem, před aseptickými činnostmi, po kontaktu s pacientem, po kontaktu s okolím nemocného, po kontaktu s biologickým materiálem. Dezinfekce rukou je nejefektivnější opatření, které vede ke snížení výskytu infekcí.

RBC č. 6 Bezpečná komunikace

Komunikace patří k hlavním nástrojům našeho dorozumívání a chyby v ní mají za následek nedorozumění, které může vést až ke vzniku komplikací. Cílem standardu je omezit nedorozumění v komunikaci a určit jednotná a jasná pravidla.

RBC č. 7 Bezpečné předávání pacienta

V průběhu hospitalizace nemocného se o něj stará více zdravotnických pracovníků, často i z odlišných pracovišť. Není výjimkou ani překlad pacienta na jiné oddělení nebo i mimo zdravotnické zařízení. Cílem standardu je určit jednotný způsob předávání nemocného a informací o něm.

RBC č. 8 Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů

Nejúčinnějším způsobem řešení vzniku dekubitů je jejich včasná identifikace a zavedení preventivních opatření, které minimalizují jejich výskyt (Věstník MZČR, č.16/2015, s.3,4,5,6).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

4.1 Hlavní cíl

Zjistit, jaký vliv má komunikace a etické jednání na práci operačního týmu, chod operačního sálu a dopady na bezpečí pacienta na operačním sále.

4.2 Dílčí cíle

- Zjistit, jaké mají perioperační sestry povědomí o etických aspektech své práce.
- Zmapovat způsoby vedení dokumentace a předávání informací.
- Zjistit, zda jsou v komunikaci sestry instrumentářky s ostatními členy operačního týmu dodržovány zásady bezpečné komunikace s akceptací etických pravidel.
- Zhodnotit povědomí týkající se problematiky kvality a bezpečí perioperační ošetrovatelské péče.

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- Jaký je pohled perioperačních sester na jejich vzdělávání v oblasti etiky?
- Jak probíhá edukace a verifikace pacienta před operačním výkonem?
- Kdo se podílí na vedení perioperační ošetrovatelské dokumentace?
- Jak probíhá komunikace a kontroly v průběhu a po operačním výkonu?
- Jaké povědomí mají perioperační sestry o resortně bezpečnostních cílech a jak jsou informovány o nových standardních postupech?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výzkum probíhal od 15. prosince 2019 do 25. února 2020. Výběr respondentů výzkumného šetření byl záměrný. Respondenti jsou všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí-sestra v perioperační péči. V současné době všechny účastnice výzkumu pracují na operačním sále. Počet respondentek, které jsou zahrnuty do tohoto výzkumu, je šest. Šetření je zaměřeno na práci na operačních sálech, proto jsme oslovili perioperační sestry z různých nemocnic v rámci celé České republiky. Všechny respondentky souhlasily s účastí na výzkumu a se záznamem rozhovoru na diktafon. To potvrdily podepsáním informovaného souhlasu (viz. příloha č. 9). Respondentky byly označeny S1 – S6. Rozhovory probíhaly formou osobního setkání, nebo telefonicky. U všech respondentek je uvedeno, na jakém pracovišti jsou zaměstnány. Tato informace je důležitá pro organizaci práce a způsoby komunikace.

S1- Ve zdravotnictví pracuje 40 let, z toho 29 let v perioperační péči. Posledních 13 let je na operačních sálech ve vedoucí funkci. Celý svůj profesní život nezměnila místo svého působení. Jedná se o soukromého poskytovatele zdravotní péče v malém městě. Jsou zde vybudovány dva operační sály, septický a aseptický. Pracuje se vždy jen na jednom ze sálů. Rozhovor trval 55 minut a byl proveden v budově nemocnice, v místnosti pro vzdělávání, kde bylo zajištěno soukromí.

S2- Ve zdravotnictví pracuje 23 let, z toho 15 let na centrálních operačních sálech. Svě specializační vzdělávání dokončila před pěti lety. Pracuje u poskytovatele zdravotní péče, kde jsou v provozu čtyři operační sály. Aseptický, septický, semiseptický a akutní. Na všech sálech se obvykle pracuje současně. Rozhovor byl veden telefonicky a trval 70 minut.

S3- Ve zdravotnictví pracuje 30 let, z toho 11 let na operačních sálech. Specializační vzdělávání dokončila v roce 2012. Provoz na tomto pracovišti probíhá současně na 9 operačních sálech. Tato respondentka pracuje stále na jednom ze sálů, který upraven pro roboticky asistované operační výkony. Její pracoviště je vedeno jako školicí centrum. Rozhovor trval 45 minut a byl prováděn v soukromých prostorech respondentky.

S4- Ve zdravotnictví pracuje 28 let, z toho 17 let v perioperační péči. Specializační vzdělávání dokončila v roce 2011. Na tomto pracovišti jsou tři operační sály, které jsou v provozu současně. Respondentka již 10 let zastává funkci staniční sestry na těchto operačních sálech. Rozhovor byl veden po pracovní době v kanceláři respondentky. Tento rozhovor měl trvání 50 minut.

S5- Ve zdravotnictví pracuje 5 let, z toho 4 roky v perioperační péči. Specializační studium dokončila v roce 2018. Pracuje u poskytovatele zdravotní péče, kde jsou vybudovány dva operační sály. Při obvyklém provozu se pracuje jen na jednom z nich. Rozhovor probíhal telefonicky a jeho trvání bylo 50 minut.

S6- Ve zdravotnictví pracuje 25 let a po celou dobu je zaměstnána u jednoho poskytovatele zdravotní péče. Hned po dokončení střední odborné školy šla pracovat na operační sály. Poskytovatel zdravotní péče zde zřídil čtyři operační sály, které se dělí na superseptický, aseptický, semiaseptický a septický. Při běžném provozu se pracuje na třech sálech současně. Rozhovor měl časový rozsah 45 minut a probíhal telefonicky.

7 METODIKA PRÁCE

Cílem praktické části této kvalifikační práce bylo zjistit, jaký vliv má komunikace a etické chování na práci operačního týmu a chod operačních sálů s ohledem na bezpečí pacienta v prostorách operačního traktu. Vzhledem k tomuto cíli jsme zvolili kvalitativní výzkum pro získání informací o komunikaci na operačním sále, názorech a pocitech sester v perioperační péči.

Definice kvalitativního výzkumu: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání, porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* (Hendl, 2016, s. 46).

Metodou empirické části práce byl polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda je někde mezi dvěma extrémy, mezi rozhovory strukturovanými a nestrukturovanými, jsou rozhovory polostrukturované. Tento typ má dopředu připravený okruh témat, ke kterým se mohou volně přidružit další otázky. Avšak pořadí, volba slov a formulace může být změněna a v případě potřeby přidáno další vysvětlení. Jednotlivé otázky, které jsou pro respondenta nevhodné se mohou v rozhovoru vynechat a v případě potřeby, jiné naopak přidat. Polostrukturované rozhovory jsou pružnější a volnější než strukturované, ale jsou organizovanější a systematictější než nestrukturované rozhovory (Wildemuth, 2009, s.222).

Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek, které byly v průběhu rozhovoru rozšiřovány o další doplňující otázky. Rozhovory byly nahrávány a následně zpracovány.

Předem připravené otázky:

- Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
- Jaká je vaše pracovní pozice a jak dlouho v ní pracujete?
- Jak a v jakém rozsahu jste byla seznámena během profesní přípravy/specializačního studia o tématech etiky zdravotníků, popř. etiky v perioperační péči?
- Jaké máte povědomí o etických kodexech ve zdravotnictví?
- Jak probíhá edukace pacienta před operačním výkonem?

- Jakým způsobem probíhá verifikace pacienta před operačním výkonem? Je na vašem pracovišti standard, který určuje správný postup? Je tento postup kontrolován, jak často a kým?
- Popište proces komunikace zdravotníků z operačního sálu a lůžkového oddělení.
- Kdo a jakým způsobem se podílí na záznamu do perioperační ošetrovatelské dokumentace na operačním sále? Jak je tato dokumentace vedena (elektronicky či v papírové podobě), je vedení této dokumentace kontrolováno? Jak často? Kým?
- Podílíte se na organizaci práce na operačním sále? Pokud ano, jak?
- Uveďte, jakým způsobem jsou předávány informace o změnách v operačním programu.
- Je upozornění perioperační sestry na případné porušení standardních postupů perioperační péče akceptováno všemi členy operačního týmu? Jakého typu jsou tyto případná porušení? Jsou prováděna následně nápravná opatření v případě, že dojde k porušení?
- Jak probíhá kontrola počtu nástrojů a zdravotnického materiálu po operačním výkonu? Kam je zaznamenáván výsledek?
- Jakým způsobem probíhá předání pacienta z operačního traktu po operačním výkonu?
- Víte, co jsou to Resortně bezpečnostní cíle MZ ČR? Jaká jsou na vašem pracovišti zavedena opatření v souvislosti s resortními bezpečnostními cíli – Bezpečná komunikace a Bezpečné předávání pacientů?
- Jakým způsobem se dozvídáte o nových standardních postupech a směrnících či o revizi stávajících předpisů?

Úplné znění připraveného polostrukturovaného rozhovoru je v příloze č.10

Při rozhovoru s respondenty byla snaha zjistit názory sester na rozsah vzdělávání v oblasti etiky a také jejich pohled na etické chování a jednání v rámci perioperační ošetrovatelské péče.

První otázky jsou zaměřeny na sociodemografické údaje – věk, dosavadní délka praxe a dosažené vzdělání. Všechny tyto údaje jsou důležité, protože jsou patrné názorové odlišnosti mezi služebně staršími a mladšími respondenty.

Čtvrtá a pátá otázka se snaží zjistit názory na vzdělávání v oblasti etiky a komunikace.

Šestá až devátá otázka mapuje, jak probíhá edukace pacienta před operací a vedení dokumentace v perioperační ošetrovatelské péči.

Otázky deset až čtrnáct se pokouší mapovat práci sester na operačním sále, jejich pocity a jejich osobní etická dilemata.

Položky patnáct a šestnáct jsou poslední otázky, které jsou zaměřeny na problematiku kvality a bezpečí perioperační ošetrovatelské péče a její kontroly.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Ve výzkumném šetření byly osloveny všeobecné sestry, které pracují na jednooborových i multioborových operačních sálech. Jsou to zaměstnanci u různých poskytovatelů zdravotní péče v rámci celé České republiky.

Rozhovory s respondenty probíhaly formou osobního setkání a telefonicky. V obou případech byly rozhovory se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon a následně budou rozebrány v rámci analýzy dat.

Analýza je rozdělena do oddílů:

- Dosavadní praxe a celoživotní vzdělávání
- Před operačním výkonem a přijetí pacienta na operační sál
- Organizace práce na operačním sále
- Perioperační ošetrovatelská dokumentace a Surgical Safety Checklist
- Kontroly v průběhu operačního výkonu
- Předání pacienta na lůžkové oddělení
- Resortně bezpečnostní cíle a informovanost o nových standardních postupech

8.1 Dosavadní praxe a celoživotní vzdělávání

Tabulka 1 Praxe a vzdělání

Respondent	Věk	Délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe v perioper. péči	Rok ukončení specializačního studia	Nejvyšší dosažené vzdělání/ titul
S1	59	40	29	2004	Střední odborná škola
S2	43	23	15	2015	Střední odborná škola
S3	46	26	11	2012	VŠ / Bc.
S4	47	28	17	2011	VŠ / Mgr.
S5	28	5	4	2018	VOŠ / Dis.
S6	44	25	25	2005	VŠ / Bc.

Perioperační sestry jsou v analýze označeny jako S1 až S6. Otázky v úvodu rozhovoru byly zaměřeny na sociodemografické údaje. Jak je uvedeno v tabulce č.1, respondentky se odlišovaly věkem, délkou praxe i nejvyšším dosaženým vzděláním. Respondentky S1 a S4 pracují ve vedoucí funkci na postu staniční sestry operačních sálů. Průměrný věk respondentek je 44,5 roku, délka praxe ve zdravotnictví se pohybuje od pěti do čtyřiceti let. Délka praxe v perioperační péči je od čtyř do dvaceti devíti let a doba, která uplynula od ukončení specializačního vzdělávání, je v rozmezí od dvou do šestnácti let.

Další dvě otázky se zabývají problematikou celoživotního vzdělávání sester a etikou v perioperační péči. V mnohé literatuře určené všeobecným sestram i v Etickém kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů se zdůrazňuje, že sestra má aktivně usilovat o vlastní odborný a intelektuální růst a tyto své dovednosti a znalosti využívat ve své praxi. V této části rozhovoru bylo dotazováno, v jakém rozsahu byly respondentky seznámeny během své profesní přípravy s tématy etiky zdravotníků a etiky v perioperační péči. A jaký mají názor na celoživotní vzdělávání.

Z rozhovoru jsem se dozvěděla, že všechny oslovené všeobecné sestry se nadále vzdělávají a během svého studia se s problematikou etiky v ošetrovatelství setkaly. **S1:** „*Etika je samozřejmě s ošetrovatelskou péčí neodmyslitelně spojená, ale v dobách mého studia se na toto téma nekladl tak velký důraz. Nepamatuji si, že bych absolvovala nějaký předmět týkající se přímo etiky v perioperační péči. Co se týče dalšího vzdělávání, účastním se různých školení, seminářů a kurzů. Každoročně se účastním Kongresu perioperačních sester. Snažím se do tohoto vzdělávání zapojit i své podřízené.*“ I ostatní všeobecné sestry uvedly, že se v průběhu své praxe stále účastní různých seminářů a školení. Zvyšují si své kompetence absolvováním akreditovaných kurzů a všechny mají ukončené specializační studium sestra v perioperační péči. Shodly se ve výpovědích, že další vzdělávání je důležité a přínosné. Důvod toto tvrzení byl ve všech rozhovorech téměř identický. Respondentky poukazovaly na rychlý vývoj medicíny, na stále nové pracovní postupy, pomůcky a přístrojové vybavení operačních sálů. V otázkách vzdělávání v oblasti etiky se jejich názory mírně lišily, ale všechny se shodovaly v důležitosti etického a morálního chování na operačním sále. **S5:** „*Otázky etiky a etického chování na operačním sále jsou pro mne velmi důležité. S výukou etiky jsem se setkala jak na VOŠ, tak při specializačním vzdělávání. Jedna z přednášek byla na téma – sestra v roli advokáta pacienta, ta mne velmi zaujala. Myslím si, že hájit zájmy pacienta (obzvláště toho v narkóze) je priorita číslo jedna.*“ Další respondentka se domnívá, že zručnost a odborné znalosti jsou důležitější než etika.

Na otázku týkající se komunikace všechny respondentky odpověděly shodně, že se ve vzdělávání klade velký důraz na výuku v této oblasti. **S3:** „*V průběhu mého studia se na komunikaci kladl velký důraz. Mám, ale pocit, že se výuka*

týkala pouze komunikace s pacienty. Já však mnohem častěji komunikuji s kolegy-němi a s lékaři.“ **S1:** „Na operačním sále hodně záleží na komunikačních schopnos-tech sestry. Většinou se od toho odvíjí atmosféra na operačním sále.“ I ostatní účastnice výzkumu jsou toho názoru, že komunikační dovednosti sestry na operač-ním sále jsou klíčové pro hladký chod chirurgického výkonu.

8.1.1 Etický kodex

Otázka, která měla zmapovat povědomí respondentek o etických kodexech ve zdravotnictví, ukázala, že všechny respondentky mají podobné, teoretické zna-losti této problematiky. Když jsem otázku rozšířila na praktické využití etického ko-dexu v jejich zaměstnání, odpovědi se začaly lišit. Sestra S1 začala popisovat své chování a jednání k pacientům. **S1:** „*Etický kodex pro mne znamená soubor norem, jak se má zdravotník chovat k pacientovi.*“ Ostatní respondentky se shodně vyjád-řily o malém prostoru ke komunikaci s pacienty na operačním sále. **S3:** „*V mém pracovním zařazení jen málo komunikuji s pacienty. Etické chování a jednání se odráží spíše v komunikaci s kolegyněmi a lékaři. Tato komunikace je však nezbyt-nou součástí práce na operačním sále.*“ **S2:** „*Bez správné komunikace si nedovedu práci na sále představit.*“ Další respondentka začala popisovat etické nebo spíše neetické chování lékařů. **S6:** „*V každé profesi existují etické kodexy. I lékaři mají svůj etický kodex a měli by se jím řídit. A to nejen v chování k pacientům, ale i v cho-vání k sestram. U nás někteří lékaři stále žijí v představě, že sestra je nástroj k vy-konávání jejich vůle.*“ **S4:** „*Dle etických a morálních norem by se měli chovat jak sestry, tak lékaři, ale i pacienti.*“ Všechny respondentky se shodly v názoru, že etický kodex a jeho dodržování je důležité. Podle jejich názoru zajišťuje etický kodex vy-sokou kvalitu péče o nemocné. **S5:** „*Normy, které určují etické kodexy, by měly být brány za nejnižší příčky chování. Měli bychom si uvědomit, že naše chování k paci-entům a jednání s nimi ovlivňuje jejich léčbu a průběh léčení.*“

8.2 Před operačním výkonem a přijetí pacienta na operační sál

Tento okruh otázek se soustředí na období před operačním výkonem a ve-dení perioperační ošetrovatelské dokumentace. Otázka č. 6 by měla

zmapovat průběh edukace pacienta před operací z pohledu perioperační sestry. V této otázce panovala v odpovědích respondentek shoda. Všechny uvedly, že edukace pacienta před operací je zcela v kompetenci operátora, anesteziologa a sester na odd., kde nemocný leží před výkonem. Ve všech odpovědích zaznělo, že jsou samozřejmostí písemné informované souhlasy. Jedna z respondentek uvedla zajímavou zkušenost. **S2:** „V našem zdravotnickém zařízení sestry instrumentářky edukovaly pacienta před operací o jeho průchodu operačním traktem. Informace směřovaly na to, co se s ním bude dít po příjezdu na sál, jak sály vypadají, kdo s ním bude mluvit atd. Měly jsme vyhotovenou i fotografickou dokumentaci, kde si mohl nemocný prohlédnout naše sály a seznámit se tak s tímto specifickým prostředím. Tato naše snaha se ukázala zbytečnou. Po krátkém čase jsme se shodly na tom, že nemocní o tyto informace nemají zájem a požadují po nás informace, které se týkají operačního výkonu, a k tomu nemáme kompetence. Asi po půl roce rozhodla naše vrchní sestra o zrušení této edukace.“ Otázka č. 7 se zabývá způsobem verifikace pacienta před operačním výkonem. Z výpovědí respondent bylo zjištěno, že na všech pracovištích jsou v praxi zavedeny standardy verifikace pacienta. **S1:** „U nás máme zavedený standardizovaný postup verifikace pacienta. Při přijetí nemocného na naše odd. je do jeho dokumentace vložen Operační verifikační protokol (viz. příloha č. 11). Do tohoto dokumentu provádí zápis lékař, který sepisuje příjem pacienta. Poté lékař, který bude nemocného operovat, a správnost údajů potvrdí svým podpisem pacient. Při příjezdu nemocného na operační sál anesteziologická sestra porovnává údaje zapsané v operačním verifikačním protokolu s informacemi od pacienta. Poslední kontrolu provede operátor těsně před operačním výkonem. Kontrolu této dokumentace provádím já jako staniční sestra operačních sálů spolu se staniční sestrou na lůžkovém odd. Výsledky jsou zveřejněny na intranetu a každá ze sester jejich přečtení potvrzuje svým podpisem.“ **S4:** „Při přijetí nemocného do našeho zdravotnického zařízení provádí verifikaci přijímací lékař, což potvrdí zápisem a svým podpisem do dokumentace. Pokud se jedná o operaci na párovém orgánu, udělá lékař značku na operované straně nesmyvatelným fixem. Další kontrolu provede operátor před operačním výkonem.“ Odpovědi ostatních respondentek už byly zaměřeny pouze na verifikaci na operačním sále. **S6:** „Sestra z oddělení předává pacienta

anesteziologické sestře, která na sále provádí jako první verifikaci, dále anesteziologický lékař. Obíhající perioperační sestra kontroluje údaje pacienta, alergie na dezinfekční prostředky a jaká bude operovaná strana. Obíhající sestra se zeptá operátora na operační výkon a předpokládaný postup.“ Důležitou otázkou v této části rozhovoru bylo užití v praxi „Surgical Safety Checklist“ neboli v překladu ministerstva zdravotnictví „Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu. **S1:** „U nás tento dokument nemáme, máme vypracovaný perioperační ošetrovatelský záznam, který podle mého názoru nejlépe vyhovuje našim podmínkám. S tímto dokumentem jsem se setkala na pracovní stáži v nemocnici Motol. Pokoušela jsem se ho uvést do praxe i v našem zařízení, ale bohužel jsem nenašla podporu ve vedení nemocnice.“ Odpověď respondentky S2 byla také negativní a stejně jako respondentka S1 se již s Checklistem setkala na jiném pracovišti. **S3:** „My tento dokument používáme a velmi striktně dodržujeme doporučené postupy. Pacienta na sál přebírá anesteziologická sestra, jeho identitu kontroluje jednak porovnáním údajů na identifikačním náramku s dokumentací a také se nemocného dotáže na jeho jméno. Dále bezpečnostní procedura pokračuje ve spolupráci všech členů operačního týmu. Poslední kontrolu před vlastním chirurgickým výkonem provádí operátor s anesteziologickým lékařem. Anesteziolog přečte z chorobopisu jméno pacienta a první část rodného čísla a operátor z jiného dokumentu dokončí rodné číslo a oba potvrdí shodu.“ **S4:** „V našem zařízení Checklist nepoužíváme a zatím nevím o tom, že by ho naše vedení chtělo uvést do praxe. Máme pro naše potřeby vyhotovený dokument – Operační ošetrovatelská dokumentace (příloha č.6). Sestra z lůžkového oddělení, předává v prostorách operačního traktu nemocného anesteziologické sestře. Ta označí ošetrovatelskou dokumentaci štítkem pacienta a zapíše čas předání. Dále provede první z kontrol, kdy se zeptá pacienta na jméno, zjištěné alergie, druh operace, operovanou stranu (pokud jde o párový orgán) a dobu lačnění. Potom je nemocný převezen na operační sál, kde perioperační sestra podruhé ověří identitu operovaného, zkontroluje označení operované strany a zeptá se na známé alergie. To vše zaznamená do dokumentace. Do operační ošetrovatelské dokumentace provádí zápis perioperační sestra obíhající a kontrolu potvrdí svým podpisem sestra instrumentářka. Dokumentace je pravidelně kontrolována vrchní sestrou naší kliniky. A já jako staniční

sestra informují své podřízené o výsledcích.“ **S5:** „Předávání pacienta z lůžkového oddělení na operační sál je u nás prováděno dle standardu. Nemocného přebírá od sester z lůžkového oddělení anesteziologický tým. Zkontrolují identitu pacienta, zeptají se na alergie a na dobu lačnění. Výsledky zjištění zapíše anesteziologická sestra do ošetrovatelské dokumentace. Poté pacienta převezme na operační sál a dokumentaci předá perioperační sestře, ta opět ověří identitu nemocného, zkontroluje operovanou stranu a zjištěné alergie. Vše zaznamená do dokumentace. Perioperační ošetrovatelský záznam kontroluje v pravidelných intervalech naše staniční sestra společně s vrchní sestrou. O výsledcích jsme informováni na provozních schůzích, které se konají každý měsíc. Checklist nepoužíváme, znám ho jen teoreticky z výuky v rámci specializačního vzdělávání.“ **S6:** „Surgical Safety Checklist používáme, je nedílnou součástí naší ošetrovatelské dokumentace. S jeho vyplňování začíná anesteziologická sestra, která přebírá pacienta od sestry z odd. Dále se pak na vedení dokumentu podílí hlavně perioperační sestra obíhající. Kontrolu dokumentace provádí obvykle vrchní sestra s naší staniční a výsledky nám jsou posílány prostřednictvím intranetu.“ V rozhovorech všechny respondentky uvedly, že mají vypracovaný standard vedení ošetrovatelské dokumentace, jsou s ním seznámeny a dodržují ho.

Pro záznam perioperační ošetrovatelské péče jsou na různých pracovištích používány různé dokumenty. Obvykle si je každý poskytovatel zdravotnických služeb přizpůsobí vlastním potřebám. V tabulce č. 2 jsou nejčastěji uváděné typy dokumentů.

Tabulka 2 Perioperační dokumentace

Respondent	Verifikační protokol	Surgical Safety Checklist	Perioperační ošetrovatelská dokumentace
S1	ANO	NE	ANO
S2	NE	NE	ANO
S3	NE	ANO	ANO
S4	NE	NE	ANO
S5	NE	NE	ANO
S6	NE	ANO	ANO

8.3 Kontroly v průběhu operačního výkonu

Soubor těchto otázek se pokouší zmapovat průběh operačního výkonu z pohledu perioperačních sester. Otázky č. 10 a 11 jsou zaměřeny na organizaci práce na operačním sále.

S1: „Protože pracuji ve funkci staniční sestry, je organizování práce na operačním součástí náplně mé práce. Ráno před začátkem operačního programu rozdělím úlohy jednotlivým sestram. Určuji, která bude v roli instrumentářky, která bude obíhající a která nástrojová. Do operačního programu nezasahuji. Je to pro nás závazný dokument a jeho změna je v kompetenci primáře odd., nebo jeho zástupce. Na našem malém odd. jsou změny v operačním programu velmi výjimečné a sděluje nám je primář odd. nebo s jeho pověřením jiný lékař. Po celou pracovní dobu musí bezchybně fungovat komunikace mezi anesteziologickým týmem, chirurgickým

primářem, personálem na lůžkovém odd. a personálem operačního sálu. Bez ní by mohlo docházet např. k velkým prodlevám mezi operačními výkony.“ **S2:** „Ráno při příchodu do zaměstnání nás staniční sestra rozdělí po dvojicích na konkrétní operační sál. A tam už si s kolegyní organizujeme práci samy. Po domluvě si rozdělíme role obíhající a instrumentují sestry. Před prvním operačním výkonem si připravíme potřebné nástroje a další zdravotnický materiál na celý operační program. O změnách v operačním programu nás informuje sestra, která se zúčastnila ranního hlášení lékařů. Akutní změny řeší vždy vedoucí lékař operačních sálů společně s vedoucím anesteziologickým lékařem. Nám poté vedoucí lékař operačních sálů sdělí jméno pacienta, na jakém odd. leží, předpokládaný operační výkon, druh anestezie, operační tým a další potřebné informace. Naším úkolem je zorganizovat práci na sále tak, aby mohl být akutní výkon zařazen co nejrychleji. V této chvíli je hodně důležitá komunikace s anesteziologickým týmem a s ostatními operačními sály.“

S3: „Pracuji na vysoce specializovaném operačním sále, kde provádíme pouze plánované operační výkony. Na tomto sále je stálý anesteziologický tým a stálé tři perioperační sestry. Ráno po příchodu do práce nám staniční sestra určí, kdo bude instrumentovat, obíhat a pečovat o nástroje. Ke změnám v operačním programu dochází i u nás, jedná se většinou o změnu v pořadí pacientů nebo vyřazení nemocného z operačního programu. Tyto aktuální informace nám hlásí primář odd.“

S4: „Z náplně mé práce vyplývá povinnost organizace práce na pracovišti. Ráno začíná tím, že rozdělím perioperační sestry na konkrétní operační sály. Určím, která bude instrumentovat a která obíhat. V mé kompetenci je i rozdělení sanitářů na operační sály. Poté odcházím na ranní hlášení lékařů, kde se dozvídám o pacientech, kteří byli hospitalizováni s akutními obtížemi. A pokud je u nich nutný operační výkon, s přednostou a primářem odd. se domlouváme na jejich zařazení do operačního programu. Všechny změny nahlásím na konkrétní sály. Během dne komunikuji s vedoucím služby a organizuji práci na sálech tak, aby akutní zákroky byly zařazené co nejdříve a zároveň neodpadli pacienti s plánovanými výkony. O změnách v operačním programu, které jsou rozhodnuty během dne, nás informuje nejčastěji primář odd. Ten se domlouvá s vedoucím anesteziologickým lékařem, spolu rozhodnou, kdy se nemocný zařadí do operačního programu. Změny v operačním programu jsou u nás každodenní praxí. Komunikace je klíčová pro bezpečnost pacienta i hladký chod operačních sálů.“ Respondentky S5 a S6 mají obdobné zkušenosti

jako respondentka S2. Organizují si svoji práci na přiděleném operačním sále dle operačního programu a změny v programu se dozvídají od vedoucích pracovníků.

Otázka č.12 se snaží objasnit pocity perioperačních sester při operačním výkonu, jejich etická dilemata při vypjatých situacích na operačním sále a popsat jejich pocity. **S1:** „Otázka upozorňování na porušení standardních postupů je velmi složitá. Myslím si, že je mnoho faktorů, které mohou ovlivnit reakci na upozornění na chybný postup nebo nedostatek. Velmi záleží způsobu upozornění, vůbec na celé komunikaci. Pokud mám mluvit sama za sebe, často přemýšlím, jestli mám stále upozorňovat lékaře na chybný postup při chirurgické dezinfekci rukou. Toto téma je téměř na denním pořádku. Mám téměř třicet let praxe v perioperační péči a již mnohokrát se změnila postupy v mytí a dezinfekci rukou před operačním výkonem. Každoročně absolvuji několik přednášek na toto téma, a přesto musím vynakládat velké úsilí abych přesvědčila některé lékaře k aplikaci nových postupů. Z pozice staniční sestry se mi to víceméně daří, ale vím, že některé mladší kolegyně tento problém již řešit nechtějí.“ **S2:** „Já lékaře vždy upozorním na porušení standardního postupu, pokud je to v kompetenci. Nejčastějším prohřeškem je nedodržování předepsaného postupu při chirurgické dezinfekci rukou. Další časté upozornění je na postup při antisepsi operačního pole. Někteří lékaři těmto úkonům nepřikládají velkou důležitost. Mé upozornění a žádosti o nápravu jsou někdy odmítány. Já jsem si však ve správnosti postupů jistá a vždy lékaře přiměji k nápravě. Při prosazování správných, standardních postupů máme velkou podporu naší staniční sestry i primáře odd. Komunikace na operačním sále je pro mne důležitá, myslím si, že atmosféru při operačním výkonu tvoří perioperační sestra. A proto se snažím zachovávat klid i při vypjatých situacích a neztrácet kontrolu nad svými emocemi.“ **S3:** „Jak už jsem řekla u předchozích otázek, naše pracoviště je školicí centrum a jsme zde zvyklé přesně dodržovat standardní postupy. A máme v náplni práce dohlížet na jejich dodržování i u ostatních. Všichni jsou povinni postupovat dle našich pokynů. Pokud se přece jen stane, že některý z lékařů není ochoten akceptovat naše pokyny, zakročí naše staniční sestra nebo primář sálů. Všechny i ty méně příjemné situace řešíme se zachováním klidu.“ **S4:** „Protože jsem staniční sestra, je mé upozornění na porušení standardních postupů akceptováno. Není tomu tak vždy u mých mladších kolegyně. Stávalo se, že docházelo, nemohu říci přímo ke konfliktům, ale k nepříjemným situacím, kdy lékaři nebyli ochotni napravit nedostatky. Dokázali být nepříjemní a hrubí

k sestře, která je upozornila. Následkem toho některé sestry přestaly lékaře upozorňovat. Tuto situaci jsem vyřešila tím, že sestra nahlásí problém mně a já poté jednám s lékařem. Všichni si totiž musí uvědomit, že na prvním místě je zájem pacienta!“ S5: „Vzhledem k mé krátké praxi se jen málokdy odvážím upozorňovat lékaře na nějaké nedostatky např. při chirurgickém mytí rukou. Pokud, ale dojde např. k znesterilnění, ihned na to upozorním a vše napravím. Na sále se dostávám i do různých vypjatých situací. V těchto chvílích raději mlčím a dělám vše, co řekne lékař.“ Respondentka S6 odpovídala prakticky stejně jako respondentka S2. Její zkušenosti z operačního sálu jsou obdobné.

Na kontrolu zdravotnického materiálu po operačním výkonu je zaměřena otázka č.13. Z odpovědí všech šesti respondentek je patrné, že kontrola nástrojů a veškerého zdravotnického materiálu v průběhu celého operačního výkonu je velmi obdobná. Všechny respondentky odpověděly, že před začátkem operace kontrolují, zda souhlasí počet všeho použitého instrumentária. Provádějí početní kontrolu břišních roušek, sušení, tamponů i dalšího použitého zdravotnického materiálu. Na všech pracovištích tyto kontroly probíhají před, v průběhu i po operačním výkonu. Rozdíly na různých pracovištích jsou jen malé. **S3:** *„Na začátku operace provádí početní kontrolu nástrojů a zdravotnického materiálu vždy sestra instrumentářka se sestrou obíhající. Na stěně operačního sálu máme tabuli, na kterou zapisujeme počet použitých roušek, sušení, tamponů a také jehel. Tato vizuální kontrola je i pro operující lékaře. Před koncem operace se vše hlásí operatérovi. Výsledek početní kontroly zaznamenáváme do perioperační dokumentace a svým podpisem ji potvrdí instrumentářka i obíhající sestra.“ S5: „Před začátkem operačního výkonu si instrumentační sestra zkontroluje počet nástrojů v sítě, přepočítá vybalené tampony, sušení a břišní roušky. Počet břišních roušek kontroluje se sestrou před i po operaci operátér. Vše je zaznamenáno do perioperační, ošetrovatelské dokumentace, kterou podepisují sestra instrumentářka a sestra obíhající.“* Na všech pracovištích se břišní roušky počítají po pěti kusech, sušení a tampony po deseti.

8.4 Předání pacienta na lůžkové oddělení

Poslední dotaz této části je zaměřený na poznatky z předání nemocného z operačního sálu na lůžkové oddělení. Z rozhovorů vyplynulo, že na

všech pracovištích jsou vypracované standardy pro bezpečné předávání pacienta z operačních sálů. Rozdílly byly mezi multioborovými a jednooborovými sály. **S1:** „Pacienta odváží z operačního sálu sanitář vždy v doprovodu anesteziologického lékaře a anesteziologické sestry. Lékař ústní i písemnou formou informuje sestru z oddělení o průběhu anestezie a o dalších ordinacích. Všeobecná sestra přichází pro pacienta na operační sál s další sestrou nebo se sanitářem. Musí mít s sebou samorozpínací vak. Pokud je nemocný překládán na JIP, přebírá si ho lékař z tohoto odd.“ V odpovědích respondentek S2, 3, 5 a 6 zazněly prakticky stejné odpovědi. **S4:** „Na našem pracovišti máme zavedeno, že pacienta po výkonu odváží z operačního sálu sanitář, kterého doprovází anesteziologický tým a sestra instrumentářka. Anesteziologický lékař předá pacienta sestře z odd., ústně i písemně sdělí průběh anestezie a případné komplikace. Perioperační sestra informuje sestru u odd. o všech zavedených zdravotnických materiálech. U nás to jsou hlavně ureterální stenty, drény, permanentní močové katetry a mnoho dalších pomůcek zajišťující derivaci moče. Dále předáváme biologický materiál odebraný při operaci na kulti-vační vyšetření a odebrané konkrementy, které jsou z odd. posílány na rozbor. Veškeré tyto informace jsou zapsány v naší perioperační ošetrovatelské dokumentaci. Kontrola dokumentace je prováděna v pravidelných měsíčních intervalech formou interního auditu, který provádí vrchní sestra. Výsledky těchto kontrol jsou zpřístupněny na intranetu. Já, jako staniční sestra, mám za úkol seznámit s těmito výsledky své podřízené.“ Ukázalo se, že všichni poskytovatelé zdravotní péče mají vypracovaný standardní postup při překladu pacienta na jiné odd., a to jak v rámci stejného zařízení, tak i překlad do jiného zdravotnického zařízení. Všech šest sledovaných pracovišť má vytvořený dokument „Sesterská překládová/propouštěcí“ zpráva, který dle výpovědí respondentek obsahuje téměř totožné údaje. Je to identifikační štítek pacienta, údaje o alergii pacienta, použité terapeutické a kompenzační pomůcky, Zhodnocení pohyblivosti, soběstačnosti, kognitivních funkcí, komunikace, stavu výživy, vylučování, dýchání, stavu kůže, bolesti, spánku. Zaznamenán je i rozsah edukace pacienta i jeho blízkých a uložení šatstva a cenností. Dokument je podepsán předávající i přebírající sestrou a označen datem.

8.5 Resortně bezpečnostní cíle a informovanost o nových standardních postupech

Poslední část rozhovoru je zaměřena na problematiku kvality a bezpečí na operačním sále. Snahou je zmapovat informovanost perioperačních sester o resortně bezpečnostních cílech a standardních postupech. **S1:** „Všechny Resortně bezpečnostní cíle (RBC) znám a v rámci své funkce jsem se podílela i na vypracování standardních postupů. Všechny tyto standardy jsou u nás k dispozici jak v elektronické, tak i v tištěné podobě. Svě podřízené jsem s RBC a s nimi souvisejícími standardními postupy seznámila. A provádím namátkové kontroly znalostí. Když začnu od RBC č. 1, to je bezpečná identifikace, každý hospitalizovaný pacient v našem zařízení má na předloktí připevněný identifikační náramek a, jak už jsem uváděla v některé z předchozích otázek, při příjezdu na operační sál je ještě nejméně 2x identifikován. RBC č. 2 se týká spíše anestezie, RSB č. 3 což je prevence záměny výkonu a strany při chirurgickém výkonu, jsem už popsala v otázce na verifikaci. Nicméně tento RBC je pro nás velmi důležitý a klademe na tuto problematiku velký důraz. Velmi pečlivě kontrolujeme označení strany a vyplnění verifikačního protokolu. Vše musí souhlasit s tím, co nám řekne nemocný při přijetí na operační sál. RBC č. 4 je prevence pádů, na našem pracovišti ještě nikdy nedošlo k pádu pacienta. V prostorách operačního traktu pacient nikdy nezůstává bez dohledu. RBC č. 5 se týká hygieny rukou, i v této oblasti jsem velmi zásadová a všechny sestry bezchybně umí chirurgickou dezinfekci rukou. S lékaři je to něco těžší, někteří starší chirurgové se nechtějí vzdát dříve naučených zásad a jsou přesvědčeni o své pravdě. Bezpečná komunikace je RBC č. 6, v této oblasti máme pravidla s komunikací s laboratoří a také je dané, co a komu může říct. Na našem odd. jde především o komunikaci interpersonální, a ta je, dle mého názoru, na operačním sále velmi důležitá. Nejen znalosti a zručnost perioperační sestry, ale i umění komunikace je důležité a velkou roli při operačním výkonu. O RBC č. 7 - bezpečné předávání pacienta, jsem už hovořila v předchozí otázce. A poslední RBC č. 8, prevence dekubitů, je další oblast, na kterou klademe důraz. Dbáme na pečlivé uložení pacienta na operační stůl, při polohování vypodkládáme predilekční místa dekubitů gelovými podložkami. Sestry i sanitáři, kteří se podílejí na polohování pacienta, jsou poučeni o polohách při konkrétních operacích. Obíhající sestra je zodpovědná za správné uložení pacienta.“ Respondentky S2, S5 a S6 se shodly v odpovědích, že znají

pojmem Resortně bezpečnostní cíle, ale vzpomněly si jen na některé z nich. Na prvním místě jmenovaly standardní postupy týkající se prevence záměny výkonu a strany při chirurgických výkonech. Další jmenované RBC byly bezpečná identifikace a prevence dekubitů. Na cílené dotazy na RBC č.6 Bezpečná komunikace, respondenty odpověděly, že mají povědomí o standardních postupech spojených s tímto RBC. Jedná se o standardní postupy spojené s vedením dokumentace. Všechna pracoviště mají vypracovaný standardní postup pro RBC č.7 Bezpečné předávání pacienta. **S2:** „Pacienta z operačního sálu předává sestřím z lůžkového odd. anesteziologický lékař s anesteziologickou sestrou. Pokud pacient musí na odd. intenzivní péče, přebírá si nemocného lékař z tohoto odd., k perioperační ošetrovatelské dokumentaci se přidává i překladová ošetrovatelská zpráva.“ Tato odpověď se opakovala i ve výpovědích respondentek S5 a S6. **S3:** „Naše staniční sestra přísně dbá na naše znalosti ohledně RBC. Všechny RBC znám a mám nastudované i standardy, které souvisí s těmito předpisy.“ Respondentka S4 pracuje, stejně jako respondentka S1, ve funkci staniční sestry a měla přesné informace o RBC. Ve svých odpovědích uvedla, že pravidelně seznamuje své podřízené se standardními postupy.

DISKUZE

Celé šetření jsme zaměřili na práci perioperačních sester a fungování celého operačního týmu. V bakalářské práci se zabýváme komunikací v rámci operačního týmu a dopadem této komunikace na chod celého operačního dne. Snažíme se zmapovat etické aspekty v ošetrovatelské perioperační péči. Je zde zkoumáno dodržování standardních postupů v perioperační péči. Při pátrání po literárních zdrojích jsme využili služeb Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje, kam jsme podali žádost o zpracování rešerše. Tento dokument byl vodítkem pro vyhledávání literatury pro teoretickou část práce. (Příloha č.13) Jedna z prací, kterou jsme použili jako zdroj v teoretické části práce, je kniha Dagmar Mastiliakové Holistické přístupy v péči o zdraví. Kniha byla vydána již v roce 2007, ale popis holistického přístupu k pacientům zde popisovaný je stále aktuální.

Při výzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovor. Ten byl veden se sestrami perioperační péče, které jsou zaměstnány u vybraných poskytovatelů zdravotní péče. Respondentky pracují jak jednooborových, tak multioborových sálech. Výzkumného šetření se zúčastnily perioperační sestry s délkou praxe od 5 do 40 let, všechny jsou absolventky specializačního vzdělávání. Jejich dosažené vzdělání je různé od odborného středoškolské po vysokoškolské magisterské.

V první části šetření byla zjišťována dosavadní praxe a vzdělání respondentek a jejich zkušenosti se zděláváním v oblasti etiky. Tyto údaje jsou důležité v další části šetření, kde jsme hledali spojitost mezi délkou praxe, dosaženým vzděláním a respektem, který respondentky pociťují ze stran ostatních spolupracovníků. Z průzkumu vyplynulo, že respondentky mají povědomí o etických kodexech ve zdravotnictví a shodly se v názoru, že dnes je ve vzdělávání kladen důraz i na oblast etiky. Své vzdělání chtějí nadále prohlubovat a považují ho za nezbytné při plnění svých úkolů. I výzkum L. Drápelové ukazuje, že sestry považují celoživotní vzdělávání za důležité i z cenu obětování volného času a financí (Drápelová, 2016, s.65). V knize Ošetrovatelství II se dočteme, že do ošetrovatelské etiky patří i spolupráce. I. Plevová píše: „*Spolupráce přispívá k vytváření vzájemné podpory a úzkých pracovních vztahů. Znamená to snahu společně s ostatními dosahovat vytčených cílů, dodržovat slíby, starat se jeden o druhého, obětovat vlastní zájmy a dlouhodobě udržovat*

profesionální vztahy.“ (Plevová, 2019, s.79). Názory respondentek jsou v souladu s těmito již zveřejněnými publikacemi.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zmapovat vedení dokumentace v perioperační péči. Také jsme se zajímali o Surgical Safety Checklist, jehož používání v praxi doporučuje WHO. V dnešní době je kladen důraz na kvalitu v poskytování ošetrovatelské péče, a ta je hodnocena na podkladě měřitelných ukazatelů. Vedení perioperační dokumentace mezi tyto ukazatele patří. Obecně je možno říci, že ošetrovatelská dokumentace je vypracována na základě ošetrovatelského modelu. To se ale netýká dokumentace perioperační. V České republice zatím nemáme žádný jednotně uznávaný ošetrovatelský model, který by byl vhodný pro perioperační péči. Proto si perioperační ošetrovatelskou dokumentaci vytvářejí jednotlivá zdravotnická zařízení s ohledem na charakter poskytované péče. Všechny respondentky tuto skutečnost potvrdily. Uvedly, že na svém pracovišti mají vyhotovený dokument, který odpovídá potřebám daného pracoviště. Toto zjištění je ve shodě s diplomovou prací M. Kohoutové, kde uvádí, že všechna vytipovaná zdravotnická zařízení používají perioperační dokumentaci v souladu s platnou legislativou. A na rozdíl od let minulých, kdy perioperační sestry dokumentaci nevedly, se nyní stala nezbytnou součástí poskytované péče (Kohoutová, 2013, s.85).

Dalším prvkem, který nás zajímal, byla implementace Surgical Safety Checklist / Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu do praxe. Jen dvě z šesti respondentek vypověděly, že dokument na pracovišti používají. Z šetření vyplývá, že se implementace dokumentu do praxe nedaří ani po 11 letech, kdy ho WHO doporučila používat. Přínos dokumentu už potvrdily mnohé výzkumy. Např. studie představená na výroční konferenci Národního chirurgického programu pro zlepšení chirurgické kvality americké vysoké školy chirurgů v Salt Lake City v červenci 2012 ukazuje na snížení pooperačních komplikací vzniklých do 30 dnů po výkonu. Tyto komplikace neblaze ovlivňují pacienty i jejich rodiny a navyšují náklady na zdravotní péči. Chirurgický checklist je levným nástrojem, který usnadňuje komunikaci a týmovou práci. Výcvik operačního týmu prokázal příležitost pro všechny zúčastněné strany se zapojit na stejné úrovni tak, aby se předešlo poškození pacienta. Data-báze The American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement je instituce, která informuje o výsledcích a je schopna validace použití chirurgického checklistu. Ve studii byla provedena tři šedesáti minutová týmová cvičení, kde byli

účastníci vedení k užití chirurgického checklistu. Chirurgický tým použil checklist u vysoce rizikových výkonů, které byly vybrány na základě analýzy. Pozorovatelé posuzovali vedení a dokončení checklistu. Sesbírali data o perioperační komunikaci a událostech ohrožujících bezpečí pacienta. Data z tohoto výzkumu byla použita pro porovnání 2079 kontrolních případů z minulosti s 246 případy bez použití checklistu a 73 případy s použitím checklistu. Porovnání třicetidenní morbidit u obecně nepříznivých situací prokázalo statisticky významné snížení z 23,6% u kontrolních případů na 15,9% v případech, kde proběhl pouze týmový nácvik a na 8,2% v případech, kde byl užit checklist. Závěrem bylo konstatováno, že použití checklistu a zavedení strukturovaného týmového tréninku vedlo ke statisticky významnému snížení morbidit do 30 dnů po výkonu. Osvojení si checklistu realizované pomocí týmového nácviku přináší měřitelná zlepšení pro pacienty (Bliss L. A., a kol., 2012).

Kniha J. Wichsové se také věnuje tématu Chirurgického bezpečnostního listu, dozvídáme se zde o dalším výzkumu WHO, který prováděla World Alliance for Patient Safety. Z výzkumu vyplynulo, že procento komplikací po chirurgických výkonech je mezi 3-16% a úmrtí na tyto komplikace se pohybuje v rozmezí 0,4-0,8%. Dle WHO je až polovina těchto událostí preventabilních. Byly stanoveny zásady bezpečnosti chirurgických výkonů, které jsou vtěleny do jednoduché procedury nazvané Surgical Safety Checklist. Celá bezpečnostní procedura netrvá déle než dvě minuty. I přesto je implementace bezpečnostní procedury u nás pomalý proces. Často je kontrolní list zakomponován do dokumentace a jeho skutečné používání už vedoucí pracovníky nezajímá (Wichsová, 2013, s. 162).

Ve třetí části práce se zabýváme intrapersonální komunikací na operačním sále a jejím vlivem na práci operačního týmu. Z výzkumu vyplynulo, že na organizaci práce na operačním sále se podílí celá řada pracovníků a úspěch je založen na jejich komunikačních schopnostech. Z rozhovorů je zřejmé, že do komunikace na sále zasahuje mnoho proměnných. Ze strany perioperačních sester mezi ně můžeme zařadit zkušenosti, komunikační schopnosti i empatii. Všechny respondentky se shodly v názoru, že komunikace je důležitá pro bezpečnost pacienta i pro práci na operačním sále. Výsledky šetření se ztotožňují s přednáškou, kterou přednesl Radomir Čumlivski na XXV. Kongresu ČSARIM. Autor zde popisuje komunikaci jako „soft skill“ neboli měkkou zručnost. Poukazuje na to, že selhání komunikace má v 11% negativní důsledek pro pacienta. Důsledky komunikačních chyb jsou

rozděleny na tři části. Pro pacienta – mortalita, vážné komplikace, odložení nebo zrušení operačního výkonu, prodloužená hospitalizace. Pro operační tým – stres, nepohoda, nízká morálka týmu, klesá efektivita práce týmu. Pro organizaci – plýtvání zdroji, zvýšené náklady, zbytečná vyšetření, ztráta důvěry spolupracovníků. V práci je popsáno mnoho vlivů na komunikaci: „*Na operačním sále je tým lidí různých profesí, věku, pohlaví, vzdělání, délky praxe, kognitivního potencionálu, osobních rysů, různých vztahů ke svým úkolům, momentální ladění, různý profesionální standard, postavení v sálové hierarchii.*“ Pro sálovou komunikaci je důležitá kompatibilita, kdy se každý cítí součástí týmu. Dále schopnost předřadit zájmy pacienta svým vlastním zájmům (Čumlivski, 2018). Z výzkumného šetření vyplynulo, že emočně vypjaté jednání a chování je překážkou v efektivní komunikaci a může mít vliv na bezpečí pacienta.

Jako čtvrtý dílčí cíl této práce jsme stanovili zhodnocení povědomí týkající se problematiky kvality a bezpečí v perioperační péči. V šetření jsme zkoumali znalosti perioperačních sester týkající se resortně bezpečnostních cílů (dále jen RBC) a kontroly kvality perioperační ošetrovatelské péče. Z průzkumu vyplynulo, že všechny sestry dokáží popsat, co jsou to RBC a k čemu slouží. Avšak jen dvě z respondentek, které pracují ve funkci staniční sestry, znaly všechny RBC a měly znalosti o standardních postupech. Všechny respondentky prokázaly znalosti standardního postupu spojeného s RBC 3 – Prevence záměny výkonu a strany při chirurgických výkonech. Dalším nejčastěji zmiňovaným RBC byl cíl č. 1 – Bezpečná identifikace. Povědomí o standardních postupech v této oblasti prokázalo pět respondentek. Stejný počet účastnic výzkumu popsal i standardní postupy spojené s RBC 8 – Prevence dekubitů a RBC 5 – Hygiena rukou.

Porovnáním výsledků výzkumného šetření s výsledky v kvalifikační práci I Vohrnové (2013) docházíme ke shodě. Ve své práci I. Vohrnová uvádí, že 87% respondentů zná správnou odpověď na otázku, co jsou to RBC. Nejvíce respondentů uvedlo znalosti s realizací RBC 3 – Prevence záměny výkonu a strany při chirurgických výkonech, druhý nejčastěji realizovaný RBC uváděli RBC 1 - Bezpečná identifikace pacientů a třetí nejvíc zmiňovaný RBC byl RBC 5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (Vohrnová, 2013).

Mohu konstatovat, že respondentky, které se účastnily výzkumného šetření, mají dostatečné znalosti týkající se etických kodexů souvisejících s perioperační péčí. Prokázalo se, že všechny jsou seznámeny se standardními postupy ve vedení perioperační ošetrovatelské dokumentace souvislosti s RSB 3 – Bezpečná komunikace.

ZÁVĚR

K rizikové části hospitalizace pacienta ve zdravotnické zařízení můžeme zařadit i perioperační ošetrovatelskou péči. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má komunikace a její etické aspekty na bezpečnost pacienta na operačním sále a na práci operačního týmu. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že komunikační schopnosti, organizace práce a pracovní zkušenosti se řadí mezi klíčové faktory ovlivňující bezpečnost pacienta na operačním sále. Komunikace na operačním sále ovlivňuje všechny členy operačního týmu i celou atmosféru v průběhu operačního výkonu. Práce perioperační sestry není jen instrumentování, ale zahrnuje v sobě další činnosti prováděné před, při i po operačním výkonu. Úkony na sebe navazují a je při nich nutná spolupráce mezi všemi členy operačního týmu. Velká část činností v perioperační péči je zaměřená na kontrolu, např.: přístrojové techniky, instrumentária, početní kontrolu použitého zdravotnického materiálu a v první řadě kontrolu pacienta. Z rozhovorů jsme zjistili, že jsou prováděny kontroly vícestupňové, které minimalizují rizika spojená s bezpečností pacienta. V tomto ohledu je důležité, aby poskytovatelé zdravotnických služeb měli vytvořené standardní postupy v poskytování ošetrovatelské péče, které budou pravidelně aktualizovat. Respondentky v tomto výzkumu uvedly, že jsou se standardními postupy a jejich aktualizacemi seznamovány obvykle písemnou formou v elektronické podobě. Dále uvedly, že kontroly standardů jsou prováděny prostřednictvím pravidelných interních auditů. Průzkum prokázal, na čtyřech pracovištích za šesti zkoumaných není realizována bezpečnostní procedura – Surgical Safety Checklist, která usnadňuje komunikaci a spolupráci mezi všemi členy operačního týmu. Pro praxi doporučuji implementaci Surgical Safety Checklistu (Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu), s ohledem na to, že je již v mnoha studiích prokázán statistický procentuální pokles komplikací po operačním výkonu. Další výzkumné šetření by mohlo zmapovat důvody obtížné implementace Surgical Safety Checklistu do praxe.

SEZNAM LITERATURY

1. BLISS, L. A., ROSS-RICHARDSON, C. B., SANZARI, L. J., SHAPIRO, D. S., LUKIANOFF, A. E., BERNSTEIN, B. A., & ELLNER, S. J. *Thirty-Day Outcomes Support Implementation of a Surgical Safety Checklist*, [online]. 28. 08. 2012 [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1072751512009659>
2. ČUMLIVSKI Radomir. *Komunikace na operačním sále* [online]. 03. 10. 2018 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/zasady-komunikace-na-operacnim-sale.pdf>
3. DOLISTA, Josef. *Úvod do bioetického myšlení*. V Plzni: Západočeská univerzita, 2012. ISBN 978-80-261-0192-5.
4. DRÁPELOVÁ, Lucie. *Etický kodex v ošetrovatelství a jeho dodržování v praxi* [online]. Brno, 2016 [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/azc0f6/>
5. Etický kodex. *Česká stomatologická komora* [online]. 12. 06. 2010 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: <https://www.dent.cz/clanek/459-eticky-kodex/>
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.
7. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
8. HRADECKÁ, Lenka. *Mezioborová spolupráce sester na operačním sále* [online]. 10. 02. 2010 [cit. 2020-01-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/mezioborova-spoluprace-sester-na-operacnim-sale-449673>
9. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.
10. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
11. JEMELKA, Petr. *Kapitoly z aplikovanej etiky*. 1. vyd. Prešov: Michal Vaško, 2012, 92 s. ISBN 978-80-7165-905-1.

12. KOHOUTOVÁ, Michaela. \textit{Perioperační dokumentace v ČR} [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/93fted/>
13. KRÁMSKÝ, David. *Filosofické základy psychologie morálky*. Liberec: Bor, 2015. CogniSci. ISBN 978-80-87607-43-5.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
15. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.
16. MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4757-0.
17. NESVADBA, Petr. *Filosofie a etika*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 80-86898-92-X.
18. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
19. PRAŽSKÝ, Bohumil. *Sestra* [online]. 27. 05. 2013 [cit. 2020-01-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sebeovladani-v-praci-perioperacni-sestry-470532>
20. Práva pacientů. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 03. 06. 2008 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/ob-sah/prava-pacienta_2401_18.html
21. PŘÍHODA, Petr. *Etika: Zrod lékařské etiky* [online]. [cit. 2019-01-24]. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika#7>
22. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
23. Řády ČLnK. *Česká lékárnická komora* [online]. 07. 03. 2019 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: <https://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Profesni-predpisy/Profesni-predpisy.aspx>

24. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
25. Stavovské předpisy ČLK. *Česká lékařská komora* [online]. 2019 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>
26. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
27. ŠPIČÁKOVÁ, Eva. *Sestra* [online]. 10. 01. 2008 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/pacient-na-operacnim-sale-340611>
28. VELIMSKÁ, Dana. *Ošetrovatelská péče a komunikace s pacientem na operačním sále* [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2019-12-30]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/u363bz/>
29. Věstník. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2004 s.12 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646177811.html
30. VOHRNOVÁ Ivana. *Bezpečnost pacienta na operačním sále – realizace resortně bezpečnostních cílů v provozu operačních sálů*. [online]. 2013 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/handle/11025/9985>
31. Vyhláška č.252/2019 Sb. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. 2019 [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c252/2019-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c55/2011-sb-o-cinnostech-z_17926_2439_11.html#
32. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
33. WHO. *Surgical Safety Checklist* [online]. 2008 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_re-sources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1)
34. WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.
35. WILDEMUTH, Barbara M. *Applications of social research methods to questions in information and library science*. Westport, CT: Libraries Unlimited, 2009. ISBN 9781591585039

36. ŽÍDKOVÁ, Zdeňka. *Životospráva sálových sester*. Sestra. 2010. č. 2. s. 40 - 41. ISSN 1210-0404.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 - Etický kodex České lékařské komory

Příloha č. 2 – Etický kodex České stomatologické komory

Příloha č. 3 – Profesní řád České lékárnické komory

Příloha č. 4 - Etický kodex zdravotních sester

Příloha č. 5 – Práva pacientů

Příloha č. 6 – Operační ošetřovatelská dokumentace

Příloha č. 7 – Surgical Safety Checklist

Příloha č. 8 – Česká podoba Checklistu

Příloha č. 9 – Operační verifikační protokol

Příloha č. 10 – Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracování bakalářské práce – FN Plzeň

Příloha č. 11 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha č. 12 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 13 – Informovaný souhlas – vzor

Příloha č. 14 - Rešerše

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Etický kodex České lékařské komory

STAVOVSKÝ PŘEDPIS č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

§ 1

Obecné zásady

- (1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
- (2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
- (3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
- (4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
- (5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

§ 2

Lékař a výkon povolání

- (1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
- (2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
- (3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
- (4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
- (5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.

- (6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.
- (7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
- (8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
- (9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.
- (10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
- (11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
- (12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
- (13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze ziskových motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
- (14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
- (15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.
- (16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
- (17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.
- (18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

§ 3

Lékař a nemocný

- (1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
- (2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
- (3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.
- (4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.
- (5) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

§ 4

Vztahy mezi lékaři

- (1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a příznáním práva na odlišný názor.
- (2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.
- (3) Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.
- (4) Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.
- (5) Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

§ 5

Lékař a nelékař

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Závěrečná ustanovení

§ 6

Účinnost

Tento Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory byl novelizován rozhodnutím XXXIV. Sjezdu delegátů ČLK (preambule) dne 24.11.2019 a nabývá účinnosti dne 2.12.2019.

Příloha 2 – Etický kodex České stomatologické komory

Zveřejněno: 12. 6. 2010

1. Já, zubní lékař – stomatolog, člen České stomatologické komory, jsem svobodný člověk, zodpovědný za své myšlenky a skutky.
2. Míra svobody, kterou požaduji pro sebe, je mírou, jež náleží každému člověku.
3. Úcta k životu je výchozí myšlenkou mého jednání.
4. Základní profesní etickou normou je pro mne Hippokratova přísaha.
5. Ve svém povolání budu vyžadovat od sebe i ostatních uplatnění veškerých schopností. Hranici těchto schopností však nepřekročím.
6. Své znalosti nebudu stavět na odiv, neboť hranic vědění nelze dosáhnout.
7. Své vědomosti a zkušenosti nebudu skrývat před ostatními ve snaze předčit je prestiží nebo ziskem.
8. Svých vědomostí a dovedností nikdy nedovolím zneužít ve prospěch nedobré věci, a to ani pod nátlakem.
9. Tradici lékařského povolání budu ctít a jeho vážnost vytvářet vahou své osobnosti.
10. Měřítkem naplňování Etického kodexu je mé vlastní svědomí.

Příloha 3 – Etický kodex České lékárnické komory

Etický kodex upravuje chování a jednání lékárníků při výkonu lékárnické profese i vystupování na veřejnosti. Je pro všechny členy Komory závazný a jeho porušení může být disciplinárně trestáno.

1) Lékárník slouží svou činností veřejnosti, je povinen své povolání vykonávat svědomitě s využitím svých odborných znalostí, přistupovat ke všem pacientům se stejnou péčí, nečinit mezi nimi rozdíly a jejich prospěch stavět na první místo, zásadně nad své vlastní zájmy.

2) Lékárník respektuje právo pacienta na svobodnou volbu léčby a poskytuje mu srozumitelným způsobem pravdivé informace.

3) Lékárník zachovává mlčenlivost o záležitostech pacientů, o nichž se dověděl při výkonu povolání, a dbá o to, aby tuto mlčenlivost zachovával i ostatní personál lékárny.

4) Lékárník zajišťuje soustavnost poskytované péče i v případech pracovních sporů, uzavření lékárny nebo konfliktů s osobní morálkou či vírou; v takových případech je povinen informovat pacienty vhodnou formou o nejbližší lékárně, která jim poskytne péči.

5) Pro prospěch pacienta spolupracuje lékárník také s ostatními zdravotníky; tato spolupráce však nikdy nesmí omezovat svobodnou volbu pacienta.

6) Vůči ostatním členům Komory se lékárník chová vždy kolegiálně, zachovává respekt k orgánům stavovské samosprávy a jejich rozhodnutím.

7) Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje nezbytně lékařskou péči, je povinností lékárníka pacienta na lékaře odkázat.

8) Lékárník se neúčastní jakékoli hospodářské soutěže, která by mohla být posuzována jako nekalá a neúčastní se jednání, které by mohlo omezovat či vylučovat hospodářskou soutěž, zejména - neuzavírá dohody a nepřijímá opatření, které by vyřazovaly (či mohly mít za následek vyřazení) jiné lékárny z činnosti, jako jsou dohody o přednostních dodávkách léčiv do určité lékárny, směřování pacientů nebo předpisů lékaři do určité lékárny a dodávky léčiv do ordinací lékařů za účelem jejich výdeje na recept přímo v ordinaci, a dohody se zdravotními pojišťovnami, -

neposkytuje výhody nebo dary ostatním zdravotníkům, zařízením ústavní péče, ústavům lázeňské či sociální péče, vedoucím pracovníkům těchto zařízení apod., pokud by bylo možno na tyto výhody či dary nahlížet jako na nepřiměřené, - nepředstírá zvýhodněné postavení vlastní lékárny jejím názvem nebo poukazováním na kvalifikaci vlastní či personálu lékárny.

9) Právem lékárníka je propagovat vlastní lékárnu. Při propagaci lékárny musí být dodržovány ustanovení platných právních předpisů a řádů a dalších stanovských předpisů ČLnK, zejména je nutné zdržet se při propagaci lékárny neetického jednání, jako je např. uvádění údajů nepravdivých nebo klamavých, anebo propagovat lékárnu nebo své služby způsobem snižujícím důstojnost lékárenského stavu.

10) Vypuštěn

11) Lékárník nevykonává komerční činnosti neslučitelné s důstojností profese lékárníka ani výkon své profese s těmito činnostmi nespojuje; v obchodních vztazích vystupuje lékárník jako čestný člověk, který plní své povinnosti a závazky a vystříhá se nepoctivého jednání.

12) Povinností lékárníka je znát a dodržovat předpisy pro výkon tohoto povolání včetně vnitřních stanovských předpisů Komory.

13) Lékárník se po dobu výkonu své profese stále vzdělává a je schopen své vzdělání prokázat; stejně tak svou odbornou praxi osvědčuje zvláštním dokladem.

14) Lékárník se v mezích svých možností podílí na profesionální přípravě studentů škol farmaceutického směru.

15) Lékárník se podílí na zdravotní výchově spoluobčanů; jeho povinností proto je poskytovat pravdivé informace a při veškeré publicitě mít na zřeteli také etiku oboru.

16) Povinností lékárníka, který vykonává své povolání v pracovním poměru k provozovateli lékárny, je zachovat si nezávislost a svobodu rozhodování v profesních otázkách; ustanovení článků 4, 6, 8, 9, 11, 14 a 15 tohoto řádu platí přiměřeně.

17) a) Povinností lékárníka je seznámit pacienta při poskytování lékařské péče se svým jménem, příjmením a funkcí v lékárně, minimálně viditelně nošenou jmenovkou. b) Držitel osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe nebo k výkonu funkce odborného zástupce nebo k výkonu funkce vedoucího lékárníka je povinen zabezpečit, aby kromě lékárníka tutéž identifikaci při poskytování zdravotní péče pacientovi podávali i ostatní pracovníci lékárny.

18) Ustanovení přechodná a závěrečná Termín „Profesní řád“ se ve všech předpisech komory mění na „Etický kodex“. Tento Etický kodex byl schválen v tomto znění sjezdem delegátů komory dne 8. 11. 2013 s účinností od 1. 12. 2013.

Příloha 4 – Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.

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

Příloha 5 – Práva pacientů

Právo na zdravotní péči

Máte ústavně zaručené právo na zdravotní péči, její dostupnost i spravedlivý přístup podle vašich potřeb. Máte právo na profesionální péči, právo aktivně spolupracovat při lékařských výkonech, právo sami se svobodně rozhodovat o vašem osudu.

Právo na informovaný souhlas

Jakýkoli výkon v oblasti péče o zdraví může být proveden pouze za podmínky, že k němu poskytnete svobodný a informovaný souhlas (*výjimkou jsou případy v zákoně výslovně uvedené, kdy vám může být péče poskytnuta i bez vašeho souhlasu – je-li vám uloženo povinné léčení; jde-li o nosiče závažné přenosné nemoci; jevíte-li známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň ohrožujete sebe nebo své okolí; není-li možné vzhledem k vašemu zdravotnímu stavu vyžádat si souhlas a jde o neodkladné výkony k záchraně vašeho života či zdraví*).

Abyste mohli poskytnout k vyšetřovacímu či léčebnému výkonu váš souhlas, musíte vědět, s čím máte souhlasit. Máte tedy právo být informován o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Na základě těchto informací máte právo svobodně, bez nátlaku a s dostatkem času na rozvážení a s možností klást doplňující dotazy se rozhodnout, zda navrhovaný výkon podstoupíte.

Právo odmítnout zdravotní výkon

Máte právo, poté co jste byli náležitě informováni o potřebném zdravotním výkonu i případných následcích jeho neposkytnutí pro vaše zdraví, přesto potřebnou péči odmítnout. V takovém případě si váš ošetřující lékař vyžádá od vás písemné prohlášení (písemný reverz) o odmítnutí zdravotního výkonu či hospitalizace, opatřený vaším podpisem.

Právo na informace

Máte právo znát veškeré informace shromažďované o vašem zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech, které se vztahují k vašemu zdravotnímu stavu. V případě, že se nespokojíte s ústně podanou informací ze strany zdravotnických pracovníků, máte právo na zpřístupnění zdravotnické dokumentace k nahlížení, máte rovněž právo na pořizování jejich výpisů, opisů či kopií, a to ve lhůtě do 30 dnů od podání žádosti danému zdravotnickému zařízení.

Právo nebýt informován

Poučení o zákroku je vaším právem, ale máte rovněž i právo nebýt informován, máte právo se takového poučení zcela vzdát nebo pověřit k přijetí poučení jinou osobu (osobu blízkou nebo jakoukoliv jinou osobu, kterou si sami určíte).

V případě, že sdělení informací je však ve vašem zájmu či v zájmu ochrany ostatních osob (např. jedná-li se o infekční onemocnění), budete ze strany zdravotnických pracovníků informován i přesto, že poučení o svém zdravotním stavu odmítáte.

Právo na ochranu soukromí

Máte právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o vašem zdraví. Je

pouze na vás, zda si přejete, aby údaje o vašem zdravotním stavu byly sdělovány dalším osobám. Jste to především vy, kdo můžete zdravotnické pracovníky zprostit jejich povinné mlčenlivosti ve vztahu ke všem údajům, které jste jim během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení sdělili. Bez vašeho souhlasu může lékař i jiní zdravotničtí pracovníci sdělovat údaje o vašem zdravotním stavu pouze za přísných zákonem stanovených podmínek a přesně vymezenému okruhu osob.

Právo na určení osob i rozsahu poskytovaných informací

Máte právo určit si osobu či osoby, které mohou být informovány o vašem zdravotním stavu, a máte právo určit si rozsah informací, které jim mohou být poskytovány. Touto osobou může být jak příslušník rodiny, tak i kterákoliv jiná osoba bez příbuzenského vztahu. Při určení osoby, která může být informována o vašem zdravotním stavu zároveň určíte, zda této osobě náleží též právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo na pořízení jejích výpisů, opisů či kopií.

Máte rovněž právo vyslovit úplný zákaz s podáváním informací o vašem zdravotním stavu jakékoliv osobě. Určení jednotlivých osob nebo vyslovení zákazu podávání informací můžete kdykoliv změnit či zcela odvolat.

Právo na svobodnou volbu lékaře a právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny

Až na výjimky umožňuje každému z nás, aby využil své právo na svobodnou volbu lékaře a právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice). Výkon tohoto práva však není naprosto neomezený. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pacienta do své péče tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pacienty, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého bydliště pro výkon návštěvní služby. Odmítne-li lékař či zdravotnické zařízení přijmout pacienta a cítí-li se tímto jednáním poškozen, má pacient právo na písemné potvrzení odmítnutí s uvedením důvodu. S tímto dokladem je pak možné se obrátit na svou pojišťovnu či zřizovatele zdravotnického zařízení (nemocnice).

Poskytnout zdravotní péči však musí lékař vždy v akutních případech, kdy hrozí bezprostředně újma na zdraví či životě pacienta. Takto provedené výkony pojišťovna pacienta lékaři proplatí, a to i pokud není smluvním lékařem. V těchto případech je vždy nutné trvat na ošetření zdravotnickým personálem daného zdravotnického zařízení (nemocnice).

Každý pacient má právo též na svobodný výběr zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužívá a dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte.

V případě zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou jsou pojištěnci oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce.

Právo osob blízkých na informace o zdravotním stavu pacienta

Jestliže pacient je ve stavu, kdy nemůže určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, mají právo na aktuální informace o zdravotním stavu pouze osoby blízké (osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně

pociťovala jako újmu vlastní).

Práva osob pozůstalých

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, pokud byla provedena, mají osoby blízké zemřelému pacientu, pokud se pacient za svého života nevyslovil jinak a sdělování těchto informací některé osobě blízké či všem nezakázal. Tyto osoby mají rovněž právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, jakož i právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů. Uvedená práva náleží případně i dalším osobám určeným pacientem za jeho života.

Jedině osoby blízké a pouze tehdy, je-li to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob mají v případě, že zemřelý pacient vyslovil zákaz poskytování informací o jeho zdravotním stavu, právo na informace o zdravotním stavu, včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.

Příloha 6 – Operační ošetrovatelská dokumentace

Datum:		Příjezd na OS:		Odjezd z OS:		Číslo chorobopisu:		
Identifikace pacienta		Elektrokoaguce:		ano	ne	Užité roztoky:		
štitěk		Monopolární				Peroxid vodíku	Fyziol. roztok	
		Bipolární				Voda k oplachům	Persteril k oplachům	
		Umístění neutrální elektrody:				Borová voda	Betadin	
		Oholení pacienta na OS		ano	ne	Ledová tříšť z fyziol.roztoku	Ohřev roztoků	
		Cévkování:		ano	ne	Glycin Mannitol 1%		
Provedl:								
Výkon:		Močový katétr:		č.:				
Plánovaný	Akutní	Použité antiseptikum:				Kontrastní látka:		
Označení místa výkonu		Stav kůže po operačním výkonu:				Alergie:	ano ne	
ano	ne	Změny na kůži:				Jaké:		
Poloha pacienta:		ano	ne					
Na zádech	Na boku	Lokalizace:				Identifikace zdravotnických pracovníků		
Na břiše	Gynekologická	Otlak				Obíhající sestry:	Čas:	
V polosedě	Trendelenburgova	Popálení neutrální elektrodou				Jméno:	od..... do.....	
V sedě	Extenční stůl	Poleptání antisept. roztokem				Jméno:	od..... do.....	
Turniket pro bezkrevní operaci		Jiné:				Jméno:	od..... do.....	
Umístění turniketu:		Drény:		Počet:		Jméno:	od..... do.....	
Podložka:		Redonův				Instrumentující sestry:	Čas:	
Tepelná	Vzduchová	Hrudní				Jméno:	od..... do.....	
Jiná:		Trubicový				Jméno:	od..... do.....	
Typ anestezie:		Páskový				Jméno:	od..... do.....	
Celková	Místní	Jiné:				Jméno:	od..... do.....	
Jiná:		Zevní komorová drenáž:				Prohlašuji, že počet roušek, sušení a nástrojů souhlasí.		
Oper. pole - použité antiseptikum:		Hrudní sání:				Razítka a podpis instrumentárky:		
Braunoderm	Betadine	Stomický sáček:						
Skinsept G	Braunol	Odběry:						
Skinsept Mucosa		Histologie						
		Peroperační biopsie				Zpracoval/a:		
		Mikrobiologie				Poznámka:		

FN0655/06

Zdroj: Řízená dokumentace FN Plzeň

DOKUMENTACE O STERILIZACI, SPOTŘEBNÍ MATERIÁL

sál č.:

Operatér:		Dg:		Druh operace:	
Asistence:		NÁSTROJE:			
		číslo kontejneru, síta (folie):			
štítky:					
mat. z CS		spotř. mat.		ZUM	
rouška střední 3x		cystoskop.sada	0028212	Flush katetr Urotech	
bf.roušky 3 bal		set universální	0052556	Katetr dilatační COOK	
bf.roušky 1 bal		set nefrostomie	0038462	Hydrofil	
tampon velký-20ks		plášť Comfort	0058462	Lunder extra	
tampon prep.		plášť Standart	0046612	Lunder krátký	
sušení 2 bal.		podl.lep. 50x70	0052639	Lunder rovný	
krytí mul. 15ks		podl. 150x120	0052834	Stent Optimed	
mul.popál. velký		podl.lep. 150x120	0028491	Stent Urotech	
steriset		UROLINE	0046610	Tumor stent Urotech	
hadička PVC		obal kam. RTG	0052603	Roční stent COOK	
longeta		kapsička	0052616	Transplant. stent COOK	
obinadlo		suchý zip. lep. páska	0058622	Stenozní stent PD	
vat. štětka		kož. popisovač	0027991	Mono-J stent	
Gelitaspon		folie	0094564	Dormia	
		čepice	0058743	Nitinolová klíčka	
Mastný tyl		ústěnka	0048701	Stone cone	
Mesocain		zástěra	0058624	Nefrostomie set	
Adrenalin		čepelka	0077017	Ultravist 100 ml (1 amp.=0,1)	
Soł. Novikov		rukavice sterilní	0077024	Ultravist 20 ml (1 amp.=0,1)	
Methyl. Modř		rukavice jedn.	0052401	Dufour trojcestný	
Instilagel		skalpel jednoráz.	0049564	Dufour s araturou	
šiti		jehla inj.	0047660	Dufour PVC 2W	
Vicryl Plus 5/0		stříkačka 10 ml	0047662	Dufour PVC 3W	
Vicryl Plus 4/0		20 ml	0068902	Urodex	
Vicryl Plus 3/0		100ml	0077271	Jehla 3,7	
Vicryl Plus 2/0		infuzní set	0077270	Jehla 5	
Vicryl Plus 0		dět.výž.set	0062228	Prolen mesch	
Vicryl Plus 1		konec k ods.	0048653	Surgicel 5x7.5cm	
Vicryl Plus 2		hadice ods.	0048652	Surgicel 10x20cm	
VICRYL r. 5/0		mefix 0,25	0048659	Fibrilar	
VICRYL r. 4/0		mepore	0048657	Nu-knit 15.2x22.9cm	
VICRYL r. 3/0		steri strip	0059587	Fioseal	
VICRYL r. 2/0		jednorázová cévka	0054459	Kožní stapler	
PDS PLUS		žal. sonda	0051178	Klipy ABSOLOK	
MONOSYN 3/0		moč.sáček s had.	0059533	Klipy Hem-o-lok	
MONOCRYL3/0		zátko do cévky	0059516	Klipy kovové	
POLYSORB 3/0		stěr dual	0029776	Cystofix 10	
V-LOC		ster.zkum.	0029778	Cystofix 15	
SILON		suspensor	0053464	ENDO GIA stapler	
PREMILEN 5/0		monokit	0053465	ENDO GIA zás. 30 mm	
PREMILEN 4/0			0053469	ENDO GIA zás. 45mm	
PREMILEN 3/0		0069983- I-stop	0059007	ENDO GIA zás.60mm	
PREMILEN 2/0		0067174- Tloop	0053481	ENDO CATCH	
ETHILON 2/0		0067170- Ophira	0049488	Stapler ECHELON	
ETHILON 3/0		0151178-laser Greenlight	0049489	Zás. ECHELON 60mm	

Zdroj: Řízená dokumentace FN Plzeň

Příloha 7 – Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist		
World Health Organization Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care		
Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)	Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon)	Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.	Nurse Verbally Confirms: <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
Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.	To Surgeon, Anaesthetist and Nurse: <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?
Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes	Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes	Anticipated Critical Events To Surgeon: <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? To Anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns? To Nursing Team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?	
Does the patient have a: Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	
Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available Risk of > 500 ml blood loss (7 ml/kg in children?) <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

Source: Philip F. Stahel: Surgical Patient Safety: A Case-Based Approach
 Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Zdroj: www.who.int/patientsafety/publications/safe-surgery/en/

Příloha 8 – Česká podoba Checklistu

Kontrolní seznam - bezpečí chirurgického výkonu



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Před úvodem do anestézie

(účastní se: alespoň anesteziologická sestra a anesteziolog)

Potvrdil/a pacient/ka svoji identitu, místo výkonu a souhlas s ním?

Ano

Je místo výkonu označeno?

Ano

Nehodí se pro tento případ

Byla ukončena kontrola medikace a anesteziologického přístroje?

Ano

Má pacient/ka aplikován pulsní oximetr, který funguje?

Ano

Má pacient/ka:

Známost alergii?

Ne

Ano

Obtíže s dýchacími cestami nebo riziko aspirace?

Ne

Ano, příslušné přístroje / asistence jsou k dispozici

Riziko ztráty krve větší než 500ml (7ml/kg u dětí)?

Ne

Ano, a plánuje se dvojitý dodání tekutin intravenózně nebo centrálním katétre

Před provedením incize

(účastní se: perioperační sestra, anesteziolog a operátor)

Všichni členové operačního týmu se představili jménem a uvedli svoji úlohu.

Byla ověřena identita pacienta(ky), operační výkon, a místo incise.

Byla podána profylakticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut?

Ano

Nehodí se pro tento případ

Očekávané kritické události

Otázky pro chirurga:

Jaké jsou kritické nebo nerutinní kroky?

Jak dlouho výkon potrvá?

Jak velká ztráta krve se dá očekávat?

Otázka pro anesteziologa:

Existují nějaké obavy specifické pro tohoto pacienta(ku)?

Otázky pro perioperační sestry:

Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů)

Jsou nějaké problémy s vybavením nebo existují nějaké obavy?

Je nezbytná obrazová dokumentace zobrazena – dostupná?

Ano

Nehodí se pro tento případ

Před transportem z operačního sálu

(účastní se: perioperační a anesteziologická sestra, anesteziolog a operátor)

Zdravotní sestra ústně potvrdí:

Název výkonu

Spočítání nástrojů, tamponů, roušek a jehel

Označení odebraných vzorků (přečte hlasitě štítky na nádobkách se vzorky včetně jména pacienta(ky))

Zda během výkonu nenastaly nějaké problémy s vybavením, které je nutné řešit

Chirurg, anesteziolog a sestry:

Nejdůležitější problémy pacienta pro nejbližší pooperační období (recovery – dospání) a zachování kontinuity péče

Zdroj: www.mzcr.cz

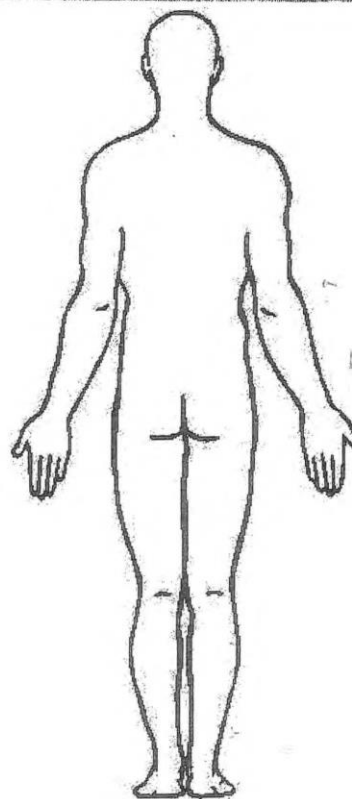
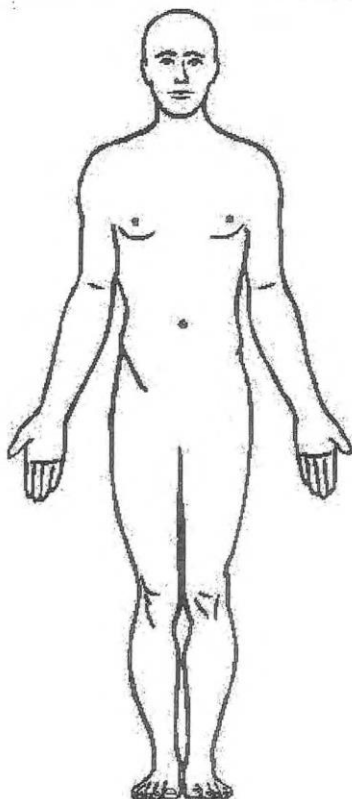
Příloha 9 – Operační verifikační protokol

Identifikační štítek pacienta

OPERAČNÍ VERIFIKAČNÍ PROTOKOL

pro potvrzení lokalizace operačního výkonu, operované strany nebo orgánu

	Jméno lékaře	Vpravo	Vlevo	Datum	Podpis
Indikující lékař					
Operatér					
PACIENT :					



Příloha 10 – Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce – FN Plzeň

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studentky/a: Jitka Voráčková

Úplný název vysoké / vyšší odborné školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra / 3. ročník

Název bakalářské práce: Etické aspekty perioperační péče

Vedoucí práce – jméno, příjmení, ak. titul, pracoviště: PhDr., Mgr. Jitka Krocová , Vedoucí Katedry ošetrovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): krocovaj@kos.zcu.cz , 377633776

Jsem zaměstnancem FN Plzeň: ano

ZOK: Urologická klinika

Pracovní pozice: všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí pro perioperační péči

Cíl mé bakalářské práce – popsat stručně:

Ve své práci bych chtěla zmapovat komunikaci na operačním sále a její vliv na chod operačního sálu. Chtěla bych popsat komunikaci mezi perioperací sestrou instrumentující a obíhající, mezi periop. sestrou a lékařem, sestrou na lůžkovém oddělení, s anesteziologickým týmem, a s nižším zdravotnickým personálem.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce / období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň: prosinec 2019 a leden 2020

Kontaktní pracoviště FN Plzeň pro empirickou část (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň, na kterém chci sbírat informace k mé práci): **Urologická klinika Fn Bory – operační sál**

Metoda empirické části práce

1. Pomocí rozhovoru - zaslat v příloze konkrétní obsah

Pro sběr informací pomocí rozhovoru oslovím:

Zdravotnické pracovníky FN Plzeň - všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí pro perioperační péči

Plánovaný počet respondentů z FN Plzeň 2

Dále prosím o souhlas s vložením OPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE- FN/0655/06 do přílohy k bakalářské práci

Žádost podává student: Jitka Voráčková

V Plzni dne: 2. 11. 2019

Příloha 11 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Vážená paní

Jitka Voráčková

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše šetření na *Urologické klinice (UROL)* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Etické aspekty perioperační péče*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s všeobecnými sestrami. Současně Vám povolují zveřejnění tiskopisu FN/0655/06 *Operační ošetrovatelská dokumentace*.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *UROL* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- ***Před zveřejněním výsledků z Vašeho šetření v DP budete konzultovat zjištěné údaje s paní Kožíškovou Zlatou, Mgr. et Mgr., vrchní sestrou UROL FN Plzeň.***

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci považovali jako újmu. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

4. 11. 2019

Příloha 12 – Polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den, jmenuji se Jitka Voráčková, v současné době studuji Západočeskou univerzitu v Plzni, obor Všeobecná sestra a zpracovávám bakalářskou práci na téma: **Etické aspekty perioperační péče**. Ráda bych Vás poprosila o Váš čas, rozhovor a jeho záznam bude sloužit pouze pro studijní účely. Pokud souhlasíte budu si rozhovor zaznamenávat na diktafon.

1. Souhlasíte s provedením rozhovoru a jeho záznamem na diktafon?
2. Jmenuji se Jitka Voráčková a Vy? Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
3. Jaká je Vaše pracovní pozice? A jak dlouho pracujete na nynější pozici?
4. Jak a v jakém rozsahu jste byla seznámena během profesní přípravy/specializačního studia o tématech etiky zdravotníků, popř. etiky v perioperační péči?
5. Jaké máte povědomí o etických kodexech ve zdravotnictví?
6. Jak probíhá edukace pacienta před operačním výkonem?
7. Jakým způsobem probíhá verifikace pacienta před operačním výkonem? Je na vašem pracovišti standard, který určuje správný postup? Je tento postup kontrolován/jak často a kým?
8. Popište proces komunikace zdravotníků z operačního sálu a lůžkového oddělení.
9. Kdo a jakým způsobem se podílí na záznamu do perioperační ošetrovatelské dokumentace na operačním sále? Jak je tato dokumentace vedena (elektronicky či v papírové podobě), je vedení této dokumentace kontrolováno? Jak často? Kým?
10. Podílíte se na organizaci práce na operačním sále? Pokud ano, jak?
11. Uveďte, jakým způsobem jsou předávány informace o změnách v operačním programu.
12. Je upozornění perioperační sestry na případné porušení standardních postupů perioperační péče akceptováno všemi členy operačního týmu? Jakého typu jsou

tyto případná porušení? Jsou prováděna následně nápravná opatření v případě, že k dojde porušení?

13. Jak probíhá kontrola počtu nástrojů a zdravotnického materiálu po operačním výkonu? Kam je zaznamenáván výsledek?

14. Jakým způsobem probíhá předání pacienta z operačního traktu po operačním výkonu?

15. Víte, co jsou to Resortně bezpečnostní cíle MZ ČR? Jaká jsou na vašem pracovišti zavedena opatření v souvislosti s resortními bezpečnostními cíli – Bezpečná komunikace a Bezpečné předávání pacientů?

16. Jakým způsobem se dozvídáte o nových standardních postupech a směrnicích či o revizi stávajících předpisů?

Děkuji Vám za Váš čas. Pokud budete mít zájem, mohu Vám výslednou analýzu po zpracování zaslat.

S přáním hezkého dne Jitka Voráčková

Příloha 13 – Informovaný souhlas – vzor

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Etické aspekty perioperační péče

STUDENT

Jitka Voráčková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: JitkaVor.kt@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

PhDr. Jitka Krocová PhD.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat komunikaci v průběhu perioperační péče. Zhodnotit její etické aspekty a posoudit její vliv na plnění operačního programu.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

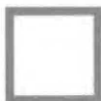
Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 14 – Rešerše



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 91/2019
Počet záznamů: 40

Etické aspekty perioperační péče

Vypracoval/a: Linda Hajžmanová
říjen 2019

Analytický list

Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY - 14
ČLÁNKY – 22
STATI – 2
ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY - 2

Časové vymezení: (2000), 2014-2019

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné
portál knihovny.cz
databáze MEDVIK
Internet
zahraniční databáze EBSCO a ProQuest Central

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části: knihy nebo jejich části, články a elektronické dokumenty.
V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit.

Poznámka:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ISO 690 (Bibliografická citace).

U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem). Periodika (tj. noviny a časopisy) lze studovat pouze prezenčně v čítárně časopisů SVK PK.

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Zkratky, použité v rešerši:

MDT = Mezinárodní desetinné třídění
SVK PK = Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

KNIHY nebo jejich části

(řazeno abecedně sestupně)

1. DUDA, Miloslav. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 389 s. ISBN 80-7169-642-0.
Sig. SVK PK: 31A85937
2. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.
Sig. SVK PK: 31B52921; MDT 616-08 – volný výběr
3. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
Sig. SVK PK: 31B50479; MDT 617 – volný výběr
4. KEBZA, Vladimír a kol. *Psycholog ve zdravotnictví*. 2., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. 119 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-3657-3. (zejm. [Kap.] 9, Etika ve zdravotnické psychologii, s. 102-114)
Sig. SVK PK: 31B79135; MDT 614.2 – volný výběr
5. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. 286 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0888-6.
Sig. SVK PK: 31B87072-1; MDT 616-083 – volný výběr
6. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II: komunikace, etika, člověk, jeho motivace a potřeby, paliativní péče, transkulturní ošetrovatelství, výchova ke vzdělání*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.
Sig. SVK PK: 31B45208-2; MDT 616-083 – volný výběr
7. PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, ©2011. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2. (zejm. [Kap.] 23, Jurásková Dana, Etika a komunikace v ošetrovatelství, s. 239-246.)
Sig. SVK PK: 31B47110; MDT 614.2 – volný výběr
8. RUSÍNOVÁ, Kateřina, KOPECKÝ, Ondřej a ČEPELÍKOVÁ, Zuzana. *Etické aspekty perioperační paliativní péče: Role mezioborového konziliárního týmu v perioperačním období*. In: *Anestézie a perioperační starostlivost v onkologii*. Prvé vydanie. Praha: Mladá fronta a. s., 2018. 463 s. ISBN 978-80-204-4688-6. (zejm. [Kap.] 12, Etické aspekty perioperační paliativní péče. Role mezioborového konziliárního týmu v perioperačním období, s. 159-165)
Sig. SVK PK: 31B85298
9. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4414-8.
Sig. SVK PK: 31B64310; MDT 617 – volný výběr

10. ŠMÍDOVÁ MATOUŠOVÁ, Olga et al. *Po stopách moci v nemoci: o morálce, moci a komunikaci v českém zdravotnictví*. Vydání první. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2017. 238 s. Studie; 125. svazek. ISBN 978-80-7419-250-0.
Sig. SVK PK: 31B80402; MDT 614.2 – volný výběr
11. TRACHTOVÁ, Eva, TREJTNAROVÁ, Gabriela a MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
Sig. SVK PK: 392A43269; MDT 616-083 – volný výběr
12. WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea a ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, ©2012. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
Sig. SVK PK: 31B52585; MDT 616-083 – volný výběr
13. WICHISOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.
Sig. SVK PK: 31B56482; MDT 616-083 – volný výběr
14. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 121 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0156-6.
Sig. SVK PK: 31B73210; MDT 616-083 – volný výběr

výzkum v ošetrovatelství/ ošetrovatelský výzkum

15. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
Sig. SVK PK: 31B35162; MDT 616-083 – volný výběr

ČLÁNKY

(řazeno abecedně sestupně)

16. BALKOVÁ, Hilda a ZIBRINOVÁ, Monika. Indikátory kvality na operačním sále. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 4, s. 42-43. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2012
17. BALKOVÁ, Hilda, KOVÁČOVÁ, Martina a SIROTOVÁ, Martina. Ošetrovatelský proces v intraoperačním období. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 5, s. 48-50. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2013
18. BALKOVÁ, Hilda, ENGLIŠOVÁ, Denisa a HAUPTVOGELOVÁ, Miroslava. Sebeovládání v práci perioperační sestry. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 5, s. 27-28. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2013

19. BORKOVÁ, Klára a KRATOCHVÍLOVÁ, Martina. Péče o klienta v perioperačním období a rizika s ní spojená. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. 2015, č. 12, s. 38. ISSN 2336-2987.
Sig. SVK PK: 36A4259/2015
20. DOBROVODSKÁ, Libuše. Hluk na operačním sále a jeho vliv na pohodu pracovníků a komunikaci. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 12, s. 36-40. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2009
21. DRÁBKOVÁ, Jarmila. Lze definovat a tím i zhodnotit roli anesteziologa v perioperační medicíně a péči z pohledu zbytečné/marné léčby?. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 2013, roč. 60, č. 3, s. 3-7 [cit. 2019-09-30]. ISSN 1212-3048. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00011085-4d5ef15e-e10d-4227-b08f-ec78f2c730f3>
22. DVOŘÁKOVÁ, Ema a ŠOUKALOVÁ, Kristýna. Interní komunikace ve zdravotnickém zařízení. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 5, s. 28-31. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2015
23. FIALOVÁ, Lenka a ZAKOPČANOVÁ, Monika. Etické problémy v chirurgickém ošetřovatelství. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. 2017, č. 3, s. 30. ISSN 2336-2987.
Dostupné prezenčně v čítárně časopisů bez předchozího objednání, pouze na vyžádání
24. GULÁŠOVÁ, Ivica, NEUMANOVÁ, Renata, BREZA, Ján, HRUŠKA, Ján a ŠVECOVÁ, Jana. Sestra v rozšířené roli sestry obhájkyň práva pacienta. In: *17. ročník sympózia Onkologie v gynekologii a mammologii: organizace a standardizace onkologické péče* [online]. 6.1. 2012. ČOS ČLS JEP, ©2019 [cit. 2019-10-02]. ISSN 2570-8791.
Dostupné na: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/sestra-v-rozsirenej-rol-i-sestra-obhajkyna-prav-pacienta/>
25. HEKELOVÁ, Zuzana. Etika práce ve zdravotnictví s akcentem na práci manažerů. *Zdravotnické fórum*. 2013, č. 2, s. 25-28. ISSN 1804-9664.
Sig. SVK PK: 36A4070/2013
26. LILLEBO, Borge a FAXVAAG, Arild. Continuous interprofessional coordination in perioperative work: an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*. 2015, vol. 29, no. 2, s. 125-130. ISSN 13561820.
Dostupné v SVK PK z db EBSCO nebo také prostřednictvím vzdáleného přístupu z: <https://svkpk.cz/eiz>

27. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2012
28. NĚMEC, Petr. Hybridní sál: těžko na staveništi, lehký na pracovišti. *Medical tribune*. 2009, roč. 5, č. 25, s. A4. ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/clanek/14987>
nebo také sig. SVK PK: 37A242/2009
29. NUTILOVÁ, Marcela. Existuje řešení aktivní spolupráce CS a COS?. *Nové vademecum sterilizace*. 2009, č. 1, s. 10-12. ISSN 1802-0542. Dostupné také z: <http://www.steril.cz/css/files/cas0901.pdf>
30. PÁLENÍKOVÁ, Květa a PROSECKÁ, Martina. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/mezioborova-spoluprace-sester-na-operacnim-sale-449673>
nebo také sig. SVK PK: 36A1361/2010-1
31. PROŠKOVÁ, Eva. Nová legislativa zavádí nová práva i povinnosti - rozhovor. *Florence*. Akcent, roč. 3, č. 4. 2012, roč. 8, č. 4, s. 3. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2012
32. REMEŠOVÁ, Dagmar. Když je sestra advokátkou pacienta. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, roč. 8, č. 2, s. 12-13. ISSN 1801-1349.
Sig. SVK PK: 36A3279/2012
33. ŘÍMSOVÁ, Jaroslava. Žáda a páteř - problémové partie sálových sester. *Sestra. Tematický sešit 304 - Perioperační péče*. 2011, roč. 21, č. 2, s. 48-50. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2011-1
34. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a KRÁLOVÁ, Jaroslava. Naplňují naše sestry důležitou profesní roli advokátky pacienta?. *Ošetrovatelství*. 2006, roč. 8, č. 1-2, s. 17-20. ISSN 1212-723X.
Sig. SVK PK: 36A2406/2006
35. ŠVARCOVÁ, Eva. Etika v péči o klienta. In: JIRKOVSKÝ, Daniel, ed. *Cesta k modernímu ošetrovatelství XII.: recenzovaný sborník příspěvků z konference: Fakultní nemocnice v Motole, 16.09. a 17.09. 2010* [CD-ROM]. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2010, s. 26-29. ISBN 978-80-87347-03-4.
Sig. SVK PK: 51A2185/2010
36. WICHISOVÁ, Jana. EORNA: Evropská asociace sálových sester. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 10, s. 54-55. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2010-2