

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

---

Navazující magisterské studium

učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Práce sestry se standardy na operačním sále

2005/2006 Petra Matoušová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková, MBA

Ráda bych poděkovala za spolupráci na diplomové práci paní Mgr. Daně Juráskové, MBA za odborné konzultace a vedení práce. Dále bych ráda poděkovala paní Lence Chourové za cenné rady a zkušenosti z oblasti operačních sálů, statistikovi panu Ing. Karlu Matějkovi, Csc. Dále děkuji všem vedoucím sestřám uvedených zdravotnických zařízení, které mi umožnily distribuci dotazníků na jejich pracovištích a v neposlední řadě všem sálovým sestřám, které se podílely na vyplňování dotazníku.

Obhajoba diplomové práce dne : 12.6.2006

Jméno oponenta : Mgr. J. NOUÁKOVÁ

*Práce byla obhájena.*

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

23. 4. 2006

## Obsah

1. Hypotézy	str. 11
2. Úvod	str. 12
2.1. Kvalita zdravotnické péče	str. 12
2.2. Měření kvality péče	str. 14
2.3. Kvalita ošetrovatelské péče	str. 15
2.4. Standardy v ošetrovatelství	str. 18
2.5. Jaké mohou být překážky na cestě ke zlepšování kvality	str. 19
2.6. Systémy pro hodnocení kvality ve zdravotnictví	str. 20
2.7. Akreditace a její význam	str. 21
2.7.1 Principy programu JCI	str. 21
2.7.2. Standardy zpracované a požadované JCI	str. 22
2.8. Edukace pacientů	str. 23
2.9. Vzdělávání sálových sester	str. 24
2.9.1. Dosavadní studium v oboru	str. 24
2.9.2. Změny ve struktuře vzdělávání	str. 25
2.9.3. Modulový systém vzdělávání instrumentárek	str. 25
2.10. Specifika práce sestry na operačním sále	str. 26
3. Cíle studie	str. 29
4. Charakteristika zkoumaného vzorku	str. 30
5. Metodika šetření	str. 32

6. Výsledky	str. 33
7. Diskuze	str. 36
8. Závěr	str. 47
9. Literatura	str. 49
10. Tabulky a grafy	str. 52
11. Příloha	str. 86

## Abstrakt

Význam akreditace a s tím spojené zavádění standardů do péče o klienty je v současné době prvořadý úkol v celosvětovém měřítku. Význam této aktivity stoupl po vstupu České Republiky do Evropské unie. Snahou naší práce bylo potvrzení významu akreditace v práci sestry na operačním sále a pochopení jednotlivých snah ve zvyšování kvality péče sálovou sestrou. Nedílnou součástí práce je i další vzdělávání a zájem o toto vzdělávání, kam byla zařazena i snaha vytvářet standardy operačních postupů.

Celkově bylo do studie zařazeno 88 sálových sester z 11 pracovišť v České Republice. Počítán je pouze přímý počet účastníku studie. Celkově bylo rozdáno 120 dotazníků s předpokládanou neúčastí nepřesahující 20 %. Navráceno k hodnocení bylo 88 dotazníků, tj. s 27% neúčastí.

Poměr mezi pohlavími v souboru je nevýznamný, vzhledem ke specifiku zaměstnání, kde jsou muži výjimečně. Věk sálových sester byl mezi 18 a 59 lety, nejčastější věkové rozmezí ve studii bylo 24 až 29 let u 25 dotázaných.

Data byla získána dotazníkem, který byl rozdělen do dvou částí, na část obecnou a část speciální.

V části obecné bylo 42 otázek, v části speciální pak 17 otázek.

Data byla zhodnocena samostatně v části obecné i speciální s následujícími výsledky :

- sálové sestry mají standardy v 88 % případů a pracují s nimi v 85 % případů,
- sálové sestry mají standardy v 88 % případů a nepracují s nimi v 6,66 % případů a v 5,34 % případů s nimi pracují občas,
- korelace mezi dosaženým vzděláním sálových sester a jejich přístupem ke změně ve zvyšování kvality v perioperační péči nebyla potvrzena. Nejvyšší procento 51,6 % (počítáno ze 100 %) bylo u SZŠ, menší pak u PSS 45,1 % a nejmenší u bakalářů a VZŠ,
- sálová dokumentace je dnes zcela běžnou součástí pracovních postupů sálových sester. Sálovou dokumentaci používá 95,5 % sester,
- o významu sálové dokumentace je přesvědčeno 94,3 % sester,

- zájem na tvorbě standardů má 46,6 % sester,
- zájem o vzdělávací akce mezi sestrami je v 84,1 %,
- význam akreditace byl potvrzen v několika směrech,
- používání standardů na akreditovaných pracovištích bylo ve 100 % případů. Na neakreditovaných pracovištích pak jen v 60,86 % případů,
- důvěra ve standardy jako zdroj pomoci při nejistotě správnosti provádění nejasných úkonů byla vyslovena na akreditovaných pracovištích v 70,8 % případů proti 48,4 % případů na pracovištích neakreditovaných,
- ve zkvalitnění péče vlivem zavádění standardů na akreditovaných pracovištích věří sestry v 79,2 % případů a není si jisto 20,8 % případů. Na neakreditovaných pracovištích věří na zkvalitnění péče vlivem zavádění standardů pouze 46,9 % případů, není si jisto 28 % sester a 25% z nich nevěří na jejich význam,
- na akreditovaných pracovištích pozoruje zlepšování péče o nemocné 91,6 % sester, žádná z nich nepozorovala zhoršování. Na neakreditovaných pak zlepšování pozoruje pouze 81,2 % případů a zhoršení 12,5 % případů,
- předložené standardy operačních postupů jsou sálovými sestrami hodnoceny jako vyhovující a pochopitelné v 80,7 % případů,
- zájem o vytváření standardů operačních postupů je v 66 %,
- sálové sestry mají rozpracované kompetence na pracovišti v 74 % případů.



## Abstract

Implementation of the standards of care connected with accreditation of health care facilities is currently the main global task. The importance of this task has increased after the Czech Republic joined the European Union. In this thesis, we tried to confirm the importance of the accreditation for the work of a nurse in the operating room, and to understand the different efforts in the scrub nurse quality of care improvement. An integral part of the work is also continuing education and the motivation for this education; we included into this category the effort to create the standards of operating procedures.

In our study we included 88 scrub nurses from 11 facilities in the Czech Republic. We counted only the direct number of the study participants. The total number of the distributed questionnaires was 120, we expected that less than 20 % of the questionnaires will not return. However, we received back 88 questionnaires, which mean that 27 % of them didn't return. The ratio between male and female nurses is not significant because men work in this position only rarely. The age of the nurses differs from 18 to 59 years, most common age was between 24 – 29 year (25 respondents.)

The data were collected with a questionnaire, which was divided into two parts: the general part (42 questions) and the special part (17 questions).

The data were evaluated independently in the general part as well as in the special part, with the following results:

- the scrub nurses have standards of care in 88 % of cases, and they use them in 85 % of cases
- the scrub nurses have standards of care in 88 % of cases, and they don't use them in 6,66 % of cases. They use them only sometimes in 5,34 % of cases.
- The correlation between the scrub nurses education and their attitude to the improvement of quality in the perioperative care was not confirmed. The highest percentage 51,6 %

(from 100 %) was in graduates from the nursing high schools, smaller in post-graduate specialization programs (45,1 %) and the smallest in bachelors of nursing and graduates from nursing colleges.

- Operating room (OR) documentation is today very common part of the scrub nurses work procedure. OR documentation is used by 95,5 % of nurses.
- About the importance of the OR documentation is convinced 94,3 % nurses
- 46,6 % of nurses is interested to create standards of care
- 84,1 % of nurses is interested in educational activities
- The importance of the accreditation was confirmed in few areas,
- In the accredited facilities were standards of care used in 100 % of cases. In the non-accredited facilities only in 60,86 % of cases.
- The reliance on standards as a source of help when not sure how to correctly perform unclear tasks was expressed in the accredited facilities in 70,8 % of cases, as compared to 48,4 % of cases in the non-accredited facilities.
- 79,2 % of nurses in the accredited facilities believes in quality of care improvement because of standards of care implementation, and 20,8 % is not sure. In the non-accredited facilities believes in quality of care improvement because of standards of care implementation only 46,9 % of cases, 28 % is not sure, and 25 % doesn't believe in their importance.

In the accredited facilities 91,6 % of nurses observes an improvement in quality of care, 0 nurses doesn't observe its worsening. In the non-accredited facilities 81,2 % of nurses observes an improvement in quality of care, 12,5 % nurses observes its worsening.

- The presented operating procedures are evaluated by the scrub nurses as suitable and understandable in 80,7 % of cases
- 66 % of nurses is interested to create operating procedures
- The scrub nurses have their job competencies identified in 74 % of cases

## 1. Hypotézy

### A) část obecná

Předpokládám, že:

- H1. Sálové sestry zpracované standardy mají a pracují s nimi.
- H2. Sálové sestry zpracované standardy mají, ale nepracují s nimi.
- H3. Sálové sestry zpracované standardy nemají.
- H4. Existuje korelace mezi dosaženým vzděláním sálových sester a jejich přístupem ke změně ve zvyšování kvality v perioperační péči.
- H5. Sálová dokumentace se nepoužívá v 70 %.
- H6. Sestry mají zájem na zvyšování kvality v 60 %

### B) část speciální

- H6. Předložené standardy jsou sálovými sestrami hodnoceny jako vyhovující a pochopitelné.
- H7. Sálové sestry nemají vypracované postupy jednotlivých operačních výkonů.
- H8. Sálové sestry mají jasně stanovené kompetence.

## 2. Úvod

### 2.1. Kvalita zdravotnické péče

Kvalita je intuitivně vnímaný pojem. Definovat kvalitu je velmi obtížné. V literatuře je možno nalézt několik definic kvality. Dle Světové zdravotnické organizace, která definovala kvalitu již v roce 1966 je pojem kvalita zdravotní péče chápán jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“. Dalšími kdo definovali kvalitu jsou např. Donabedian, Williamson, Qvretveit. Podle novější definice Světové zdravotnické organizace je kvalita zdravotní péče definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. Kvalita péče je dynamický pojem s mnoha rozměry. Její definice závisí jak na pohledu osoby, která ji definuje, tak na kontextu společenského a organizačního prostředí. (Gladkij, 1999)

Při vymezení pojmu kvality bychom se měli tedy ptát, z pohledu koho hodnotíme kvalitu, na jakých hodnotách je definice kvality založena a z jakých znalostí a zdrojů vychází.

Podle Donabediana (1978) je zajištění kvality péče chápáno ze tří hledisek: z hlediska struktury péče, procesu péče a výsledků péče.

Důležité je, že kvalita je pojem relativní nikoliv absolutní. Proto také může být zlepšována a to je jádrem všech iniciativ ke zlepšování a řízení kvality. Nestačí ji zjišťovat pouze popisem a analýzou, ale je vhodné a žádoucí ji srovnávat s podobnou činností, se stejnou činností na jiném místě a v jiném čase. Přesto, že si vzhledem k relativitě kvality nelze představit dosažení její úplné dokonalosti, většinou bez obtíží dokážeme rozeznat její nedostatek či chybění. (Gladkij, 1999)

Jako první negativní vymezení kvality lékařské péče se uvádí Chammurabiho zákoník vytesaný na dioritovou stělu v Babylonské říši v r. 1780 př. n. l., kterou v roce 1902 objevil tým francouzských archeologů v Susa v Iráku. Je až neuvěřitelné, že se některé z těchto prastarých

standardů objevily bez výraznějších změn i v modelu řízení kvality ISO 9000. (Škrla, 2003). Přesto, že je Chammurabiho zákon starý téměř 4000 let a vznikl ve zcela odlišné kultuře je z dnešního hlediska zajímavý v několika směrech: definuje kvalitu negativním způsobem což je vždy snazší, uvádí odpovědnost za následky nenaplněné kvality, selektuje ty, kteří mají právo na dobrou kvalitu péče (v tomto případě jen svobodní muži) a je zaměřen na výsledek lékařovi činnosti. (Gladkij, 1999)

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že pacienti a plátcí očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby a také, že budou kdykoliv schopni předložit důkazy o jimi poskytované léčebné a ošetrovatelské péči. V ekonomicky vyspělých zemích existuje řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality, a většina zemí má i své vlastní systémy standardizace. Narůstající fenomén globalizace však vyžaduje standardizaci na mezinárodní úrovni.

Systémové modely kvality lze rozdělit do 4 základních kategorií:

1. Modely systému řízení kvality (ISO)
2. Modely (národní a nadnárodní) akreditačních standardů (JCAHO, JCI, ANAES, SAK-ČR)
3. Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)
4. Modely excelence – světové ceny za kvalitu – (Baldrige, EFQM, Six Sigma) (Škrla, 2003)

Z dnešního pohledu v sobě vysoká kvalita péče zahrnuje následující znaky:

- vysoký stupeň profesionality,
- účelné získávání informací a dobrou komunikaci,
- hospodárnost ve využívání zdrojů,
- minimalizace rizik pro pacienta,
- výsledný účinek na zdraví.

Za kvalitní zdravotní péči je možno považovat takovou, která:

- je účinná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta,
- je pacientem pozitivně přijata,
- je adekvátní z hlediska nejlepšího možného využití zdrojů. (Gladkij, 1999)

## 2.2. Měření kvality péče

Důležitou složkou ve zvyšování kvality je její měření. Každá oblast by měla být hodnocena z hlediska:

1. filozofie a cílů,
2. řízení a pracovníků,
3. rozvoje a vzdělávání pracovníků,
4. postupů a procedur,
5. zařízení a vybavení,
6. vyhodnocování a zajišťování kvality.

Měření kvality nemůže být zajišťováno jen jedním činitelem. Analýzou procesu zdravotnické péče se zabývá zdravotnický audit, který představuje systematickou kritickou analýzu zdravotní péče včetně postupů, užívaných v diagnostice a léčbě, ve využívání zdrojů i analýzu úrovně kvality života pacientů.

V poslední době je velká pozornost věnována měření spokojenosti pacientů jako důležité součásti výsledků zdravotní péče. Ve vyspělých státech je zcela běžné, že pacient při příjmu obdrží dotazník spokojenosti či nespokojenosti se zdravotnickou péčí a jejími jednotlivými faktory, který v závěru své hospitalizace může odevzdat. Jeho názory a připomínky mohou v mnohém přispět ke zkvalitnění péče. (Gladkij, 1999)

Již zmíněný Donabedian používá při měření kvality 3 základní pojmy:

1. prvek, 2. kritérium, 3. standard.

Prvek představuje základní údaj.

Kritérium je jasně definovaný prvek nemoci nebo péče, který je přesně měřitelný a který popisuje buď strukturu, proces nebo výsledek a má specifický vztah ke kvalitě. Rozeznáváme tedy kritéria strukturální, procesuální a výsledková. Pojem kritérium byl zejména v americké literatuře nahrazen pojmem indikátor zdravotní péče. Jak uvádí Longo je indikátor „odborně určená, klinicky validní a opakovatelná měřitelná dimenze péče“.

Klinické indikátory jsou klíčová hlediska péče poskytované každou klinickou specializací. Jsou určovány vysokým rizikem nebo možnými problémy, jedinečnými pro danou specializaci. (Gladkij, 1999)

Indikátory kvality nejsou pouze dalším byrokratickým nástrojem v existujícím komplexním programu kontinuálního zvyšování kvality, ale dle O'Learyho jsou nástrojem základním. Nabízejí velice efektivní možnost monitorování výkonu, pokud jsou vhodné pak je lze lehce porovnávat, měly by být podkladem pro další šetření a zlepšování. Smysluplné sledování indikátorů kvality je integrovanou součástí všech systémových modelů zabývajících se rozvojem a řízením kvality, jako jsou akreditace, EFQM nebo ISO. Využívání výsledků indikátorů kvality péče je důležitou součástí léčebné i ošetrovatelské péče. (Škrla, 2003)

### 2.3. Kvalita ošetrovatelské péče

Poskytování vysoce kvalitní, vědecky fundované a vysoce humánní ošetrovatelské péče je cílem moderního ošetrovatelství. Úroveň ošetrovatelské péče tvoří spolu s úrovní diagnostiky a s terapeutickými postupy pilíř, o který se opírá celková úroveň péče v každé nemocnici. Na úrovni těchto tří složek záleží rozhodující měrou to, jaká bude kvalita a efektivita poskytované péče. Z komplexní a kvalitně prováděné ošetrovatelské činnosti může vzejít signál k upřesnění původní diagnózy či ke změně terapeutického postupu.

Úroveň ošetrovatelské péče v nemocnici i na jednotlivých odděleních v podstatě záleží na těchto faktorech:

- na počtu zdravotních sester, které zajišťují péči o nemocné,
- na jejich osobnostním profilu a pracovní motivaci,
- na odborné kvalifikaci zdravotních sester (znalosti, dovednosti, spolehlivost),
- na úrovni organizace práce daného pracoviště,
- na úrovni řízení daného zdravotnického týmu,
- na úrovni mezilidských vztahů v příslušném zdravotnickém týmu,
- na úrovni technických a technologických prostředků určených pro ošetrovatelskou péči.

(Staňková, 1997)

Člověk hodnotící kvalitu definuje rozdílně priority péče, způsoby péče, jímž dává přednost či očekávané výsledky. (Gladkij, 1999)

Kvalita ošetrovatelské péče může být posuzována podle různých kritérií a to v závislosti na tom, kdo hodnocení poskytované péče provádí.

Lékař hodnotí práci sestry především podle zajišťování diagnosticko-terapeutického plánu, na rozdíl od nemocného, který má pro kvalitní péči zcela jiná kritéria, která mají jednak subjektivní, ale také objektivní charakter. Nemocný obvykle posuzuje kvalitu ošetrovatelské péče podle míry uspokojování základních potřeb, profesionální citlivosti a všímavosti sester, podle jednání a aktivity sester, úpravy zevnějšku a kultivovanosti projevu. Kvalita základní péče a míra psychické a fyzické pohody nemocného je stejně důležitým kritériem celkové úrovně péče jako kvalita diagnosticko-terapeutické činnosti. Neměli bychom zapomínat, že podle mínění nemocných se nejen utváří i postoje rodinných příslušníků, přátel a známých, kteří ovlivňují veřejné mínění a vytvářející společenskou prestiž sesterského povolání, ale i sester v dané nemocnici a na daném pracovišti.

Sestra sama také hodnotí kvalitu poskytované péče a vlastní práce a to na základě koncepce, se kterou se ztotožnila.

Pracovníci ošetrovatelského managementu nesou za kvalitu péče na různých stupních řízení osobní odpovědnost. (Staňková, 1997)



Zajišťování kvality péče znamená proces monitorování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší dosažitelné úrovně poskytované péče. Důležitou roli při poskytování kvalitní zdravotnické (ošetřovatelské) péče hraje motivace zdravotnických pracovníků. Ta může vycházet z několika zdrojů a námětů. Mohou to být vnější orgány, pojišťovny či veřejní činitelé, stále důležitějším motivem se stávají poučenější pacienti, kteří se budou stále více podílet na způsobu léčby jak spolurozhodováním o ní, tak i finančně, a také je to odbornost samotných zdravotnických pracovníků. (Gladkij, 1999)

Důležitým podkladem pro zajišťování a řízení kvality je vhodná dokumentace a její soustavné vyhodnocování. Vědomí vyplňovat u každého pacienta list pro hodnocení kvality např. chirurgické péče vede pracovníky ke zlepšování kvality péče, protože si zvyknou klást předem formalizované otázky a svým jednáním na ně hledat odpověď.

Ve zdravotní péči jde poněkud o jiné zaměření na klienta, než jaké bychom mohli najít např. v průmyslu. Je to hledání toho, co je pro pacienta nejprospěšnější z pohledu jeho dlouhodobé perspektivy a nejméně nepříjemné v daném okamžiku. Je nutné mít samozřejmě na zřeteli co si pacient přeje nebo po čem touží, ale právě proto, že pracujeme s pacientem nebo potencionálním pacientem, měli bychom se snažit, jestliže je to z hlediska pacientova dlouhodobého zájmu nutné, pozměnit pacientovi bezprostřední touhy a záměry tak, aby se dostaly do souladu s jeho dlouhodobým zájmem. (Gladkij, 1999)

Pro stanovení určité objektivní míry kvality je nezbytné určit její základní kritéria tzn. definovat co rozumíme pod pojmem kvalitní ošetřovatelská péče a k tomu slouží standardy v ošetřovatelství. (Staňková, 1997)

#### 2.4. Standardy v ošetrovatelství

Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standard tedy určuje, co je nutnou, nezbytnou základní normou potřebnou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské standardy jsou zaměřeny na různé oblasti ošetrovatelství tak, aby přesně vymezovaly základní kritéria pro výkon ošetrovatelské profese a pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Nejčastějšími typy ošetrovatelských standardů jsou:

- a) standardy výkonu ošetrovatelské profese
- b) standardy ošetrovatelské péče
- c) standardy ošetrovatelské dokumentace
- d) standardy vybavení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče
- e) standardy personálního obsazení různých druhů pracovišť
- f) standardy pracovních postupů při různých ošetrovatelských výkonech
- g) standardy pro vzdělávání ošetrovatelských pracovníků

Každý standard má přesně vymezovat požadovanou normu. Je to zpravidla určité minimum, které musí být zajištěno a poskytnuto, aby bylo možné prohlásit, že standard je splněn a je zde předpoklad pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Standard by měl obsahovat následující:

- zaměření
- míru závaznosti
- kritéria požadované kvality nebo normy
- způsob hodnocení, měření dosažené kvality
- popřípadě metodiku kontroly

Míra závaznosti ošetrovatelského standardu tzn. nakolik jsou sestry či celé zdravotnické zařízení povinny se určitým standardem řídit, je různá. Závaznost standardu může vyplývat ze zákona, nebo z podzákonné normy, jakou je např. vyhláška ministerstva zdravotnictví. Tyto standardy jsou povinny dodržovat všichni. Při vyhlášení standardu profesní sesterskou organizací

jsou povinni se jim řídit všichni členové této organizace. Standardy zpracované a přijaté zdravotnickým zařízením a nebo oddělením jsou závaznou normou pro práci svého ošetrovatelského personálu.

Ve většině zemí jsou ošetrovatelské standardy zpracovávány profesními organizacemi sester a nebo ošetrovatelskými institucemi, které jsou zřízeny k tomuto účelu. Někde přebírá tuto úlohu ministerstvo zdravotnictví. Uvedené instituce vydávají většinou rámcové standardy. Zdravotnická zařízení vycházejí z rámcových standardů, které jsou výchozími kritérii pro zpracování standardů konkrétních pro dané zdravotnické zařízení či specifické pracoviště.

Historicky nejstarší standardy byly zpracovány Americkou asociací sester pro oblast neodkladné péče v roce 1973 krátce po vyhlášení práv nemocných v USA r. 1972.

Standardy zpracované pro před a pooperační péči a operační sály byly zpracovány v roce 1981.

(Staňková, 1997) V roce 1986 byly vydány standardy kanadskou asociací sálových sester „Recommended Standards for Operating Room Nursing Practice“, první edice pro ORNAC (Operating Room Nurses Association of Canada), a po té revize roku 2003 „Recommended Standards, Guidelines and Position Statements for Perioperative Nursing Practice“. (ORNAC)

## 2.5. Jaké mohou být překážky na cestě ke zlepšování kvality.

Zaprvé jím může být nedostatek celkového zaměření, který je dán stanovením hodnot, vizí, poslání, vedoucích zásad, cílů a očekávání. Dále je to nedostatečná komunikace. Většina procesů ve zdravotnických organizacích má mnoho stupňů a ty na sebe musí navazovat, aby byl průběh plynulý a hospodárný. Nemělo by být příliš mnoho kroků a mezistupňů, protože tím se zvětšuje pravděpodobnost chyby. Neméně důležitým faktorem je dysfunkční kultura organizace. Klíčovou překážkou změny je vědomé nebo nevědomé udržování starých praktik a činností, jež odrazují od kreativity a inovací, delegování pravomocí, rozmanitosti a dalších komponent

zvyšování kvality. A dále je to pak nedostatek integrace a rovnováhy jednotlivých komponent procesu. (Gladkij, 1999)

## 2.6. Systémy pro hodnocení kvality ve zdravotnictví

JCHAO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení. Je nezávislou neziskovou organizací. Její standardy slouží jako zdroj pro přípravu některých českých nemocnic ke vstupu do mezinárodních zdravotnických struktur.

ISQua (International Society for Quality in Health Care). Standardy ALPHA byly touto organizací vyvinuty pro vedení akreditace.

EFQM (European Foundation for Quality Management). Systém kvality je uplatňován asi v 850 firmách v celé Evropě. Úspěšnost v něm je hodnocena Evropskou cenou za kvalitu EQA (European Quality Award) a je určena ke zvýšení konkurenceschopnosti evropských firem ve světě.

SAK (Spojená akreditační komise). Vznikla jako nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče. Jejími zakladateli se stali Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. Z iniciativy SAK byla vydána vyhláška s 50 akreditačními standardy .

SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv). Přímo řízená státní organizace, která dohlíží nad správností laboratorních postupů při výrobě, distribuci a skladování léčiv a provádí certifikaci lékáren.

ISO (International Standard Organizations). Mezinárodní organizace standardizující všechny organizační procesy formou shody. Pro zdravotnictví jsou ISO normy v souvislosti se získáváním oprávnění k činnosti, tzv. certifikace. ISO normám musí vyhovět také firmy pracující např. ve zdravotnickém stavebnictví. Certifikace je součástí celého akreditačního systému. (Jurásková, 2004)

## 2.7. Akreditace a její význam

Akreditace je proces , při kterém externí organizace, většinou nestátní hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace je většinou dobrovolná. Hodnocenému zařízení slouží k tomu, aby se jasně zavázalo ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajišťování bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována, a k systematické snaze o snižování množství rizik pro pacienty i pro zaměstnance. Celosvětově stoupá zájem o akreditaci jako o účinný nástroj hodnocení i řízení kvality.

JCI – Joint Commission International je pobočkou JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Je to její dceřinná společnost, poskytující akreditační služby mimo území USA. JCAHO a JCI jsou neziskovými společnostmi se sídlem v USA. (JCI, 2004)

Akreditace JCI vznikla jako odpověď na narůstající požadavky z různých míst celého světa na ustanovení hodnotícího systému založeného na standardech. Mezinárodnímu společenství se předkládá objektivní – na standardech založený nástroj k hodnocení zdravotnických zařízení. Cílem je pomocí standardů a indikátorů vzniklých na základě mezinárodního konsenzu umožnit těmto zařízením aby prokázala svou podporu kontinuálnímu zvyšování kvality. Akreditační proces vychází z mezinárodního rámce standardů, které lze aplikovat na místní podmínky.

### 2.7.1. Principy programu JCI

- Základem programu jsou standardy vypracované na základě mezinárodního konsenzu.
- Standardy vycházejí z principu řízení kvality a kontinuálního zvyšování kvality.
- Standardy označené jako stěžejní musí naplnit každé zařízení usilující o akreditaci.

- Akreditační proces respektuje právní prostředí jednotlivých států a jejich náboženské a kulturní odlišnosti.
- Složení týmu akreditačních inspektorů a jejich program se liší podle velikosti hodnoceného zařízení a podle spektra poskytovaných služeb.
- Akreditace JCI se udílí na základě spolehlivého, objektivního a pravdivého hodnocení.

2.7.2. Standardy zpracované a požadované JCI v sobě zahrnují tyto oblasti:

Access to Care and Continuity of Care (ACC). Dostupnost a kontinuita péče.

Patient and Family Rights (PFR). Práva pacientů a jejich blízkých.

Assesment of Patient (AOP). Diagnostická péče.

Care of Patient (COP). Terapeutická péče.

Patient and Family Education (PFE). Edukace pacientů a jejich blízkých.

Quality Improvement and Patient Safety (QPS). Zvyšování kvality péče a bezpečí pacientů.

Prevention and Control of Infections (PCI). Prevence a kontrola nemocničních a profesionálních nákaz.

Governance, Leadership and Direction (GLD). Vedení a řízení.

Facility Management and Safety (FMS). Zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí.

Staff Qualifications and Education (SQE). Kvalifikace a vzdělávání personálu.

Management of Information (MOI). Řízení informací.

Zdravotnická zařízení usilující o akreditaci JCI musí splňovat následující podmínky:

1. Zdravotnické zařízení je v příslušném státě poskytovatelem zdravotní péče a splňuje pro tuto činnost všechny požadavky stanovené národní legislativou.
2. Zdravotnické zařízení odpovídá za zvyšování kvality poskytované péče a služeb nebo je odhodláno tuto odpovědnost převzít.

### 3. Zdravotnické zařízení poskytuje druhy a formy zdravotní péče, které upravují standardy JCI.

JCI nesmí zveřejnit jakoukoliv informaci, se kterou se při akreditačním šetření ve zdravotnickém zařízení seznámí. (JCI, 2004)

#### 2.8. Edukace pacientů

Edukace pacientů je jednou z podstatných součástí lékařské a ošetrovatelské péče. Je nástrojem k zajištění lepší účasti pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče a umožňuje jim kvalifikovaně se rozhodovat. Na edukaci pacientů se podílejí různí pracovníci a proto je velice důležitá koordinace jejich aktivit. V první fázi je velmi důležité posoudit, co je nutné, aby se pacient a jeho blízcí dozvěděli a zhodnotit jaký je vhodný způsob sdělování informací. Proces učení by měl vycházet z individuálních preferencí pacientova způsobu učení, jeho kulturních a náboženských hodnot a jeho schopnosti číst a vyjadřovat se, aby byl proces edukace co nejúčinnější. Standardy týkající se edukace pacientů požadované JCI jsou nad rámec stávající české právní úpravy v zákonu č. 20/1996 Sb. o péči a zdraví lidu, přitom ale naplňují a blíže specifikují příslušná ustanovení Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Podstatné je vytvoření podmínek pro naplnění standardů, ale také míra efektivity prováděné edukace, tzn. úroveň informovanosti pacientů a jejich blízkých. (JCI, 2004)

Při poskytování informací je důležité dodržet určitá pravidla. Informace by měla být jednoduchá, na úrovni pacientova chápání. Opakování je nutné při každém kontaktu s pacientem. Je dokázáno, že bez rozdílu intelektu si nemocní pamatují 2-3 informace, dále ty informace, které jim byly sděleny na začátku rozhovoru a ty, které jim byly několikrát zopakovány. Důležitá je zde zpětná vazba, reakce pacienta. Kladení kontrolních otázek umožňujících ověření správnosti pochopených informací usnadní plánování následující léčby či péče. Informace by měly být podávány citlivě s ohledem na pacientův emocionální stav, duševní úroveň a

informovanost. Verbální komunikace má velký význam stejně jako úroveň pacientova vzdělání a poměrů, ze kterých pochází. Možnost poučení pacienta je snížena, když odmítá spolupráci. Podstatný význam má také vyvarování se a zamezení falešným domněnkám o nemoci, především u nemocných, kteří již stejné nebo podobné onemocnění prodělali.

Pro mnoho nemocných je velmi obtížné změnit vlastní chování, svůj životní styl, protože mají velmi dobře zažitý svůj stereotyp. Důležité je vysvětlení, jakým způsobem doporučovaná změna upevní jejich zdraví. Neochota ke spolupráci může způsobit rozvoj dalších potíží, narůstající náklady na diagnózu a léčbu. Ochota ke spolupráci je ovlivněna vlastnostmi nemocného, vztahem lékař-nemocný a léčebným režimem. (Haluzíková, 2003)

## 2.9. Vzdělávání sálových sester

### 2.9.1. Dosavadní studium v oboru

Po nabytí účinnosti zákona 96/2004 Sb. je stále možné absolvovat PSS INOPS (pomaturitní specializační studium instrumentování na operačním sále) ještě podle původních předpisů (vyhlášky č. 77/1981, § 30), ale pouze do 31. 3. 2006. Tzn. že specializační vzdělávání zahájené do 31. 3. 2006 bude probíhat a také bude dokončeno podle dosavadních právních předpisů. (Oplatková, 2006) Podmínky podle vyhlášky č. 77/1981 pro PSS INOPS jsou definovány takto: odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, 3 roky praxe v oboru ve zdravotnickém zařízení, v průběhu praxe pracovat v úseku práce, pro který chceme získat specializaci. Náklady na studium jsou zpravidla hrazeny zaměstnavatelem. Pokud zaměstnavatel nemá zájem o získání specializace u svého zaměstnance může zájemce o toto studium studovat bez jeho souhlasu, ale veškeré náklady na toto studium nese sám.



### 2.9.2. Změny ve struktuře vzdělávání

Změny souvisejí nejen se vstupem ČR do EU, ale jsou i přímým důsledkem vědeckých poznatků na jejichž podkladě se stal obor ošetrovatelství plnohodnotným vědním oborem. Z toho plynou daleko vyšší požadavky na vzdělání sester. ČR se při přístupových jednáních do struktur EU zavázala, že bude poskytovat péči na stejné úrovni jako země EU, neboť občané unie mají právo na poskytování ošetrovatelské péče na stejné úrovni jako v domovských zemích.

Při srovnávání vzdělávacího systému v ČR se zeměmi EU se jako problematický jevil zejména vstupní věk zájemců a nedostatečná hodinová dotace pro praxi i odborné předměty.

Dnes odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry (bez odborného dohledu) získá zájemce podle zákona 96/2004 Sb. absolvováním nejméně tříletého akreditovaného bakalářského studijního programu na vysokých školách nebo absolvováním tříletého studia na Vyšších zdravotnických školách. Z náročnějšího vzdělání vyplývají nejen vyšší kompetence, ale také odpovědnost. Na původních Středních zdravotnických školách jsou od 1. 9. 2004 vychováni zdravotničtí asistenti, kteří na konci svého studia získají kvalifikaci, která je podle nového zákona definována jako výkon povolání pod odborným dohledem.

### 2.9.3 Modulový systém vzdělávání sálových sester

Podle zákona 96/2004 Sb. je výkon povolání sálových sester zařazen do kategorie zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Je však nutné splnit určité podmínky. Nejprve je nutné získat odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry nebo s omezenou možností porodní asistentky a po té je nutná účast na celoživotním vzdělávání, jehož součástí je mimo jiné i specializační vzdělávání s akreditovaným programem – perioperační péče, který nahradil PSS INOPS. Organizační forma v tomto studiu je modulová. Nový název perioperační péče vychází z činností, které v sobě

zahrnují péči před operačním výkonem v rámci operačního oddělení, v průběhu operačního výkonu a po operačním výkonu v rámci operačního oddělení. Obsah studia je definován pojmy odbornost, asepse, bezpečnost a efektivnost a skládá se ze tří částí z nichž dvě jsou povinné a třetí volitelná. (Löblová, Chourová, 2004)

#### 2.10. Specifika práce sestry na operačním sále

Operace je práce kolektivní. Na dobrém výsledku operace se velkou měrou podílí nejen lékař, ale celý operační tým, který se dále skládá z asistentů, instrumentářky, sestry obíhající, sanitáře, v některých případech technika a samozřejmě anesteziologa a anesteziologické sestry. Harmonická spolupráce celého týmu a dobrá atmosféra na operačním sále je cestou k úspěšnému výsledku. Každý člen operačního týmu má své vymezené kompetence, které by měl znát a zodpovědně je plnit.

Sálové sestry mají v celém procesu svou nezastupitelnou úlohu. Práce sálové sestry je krásná, ale zároveň velice náročná. A pokud bychom se na tuto problematiku podívali z bio-psycho-sociálního hlediska mohli bychom bez rozpaků říci, že jejich práce postihuje a značně ovlivňuje všechny tři tyto složky. Práce sálové sestry je velice rozsáhlá a velmi zodpovědná. Pečuje o aseptické, hygienické a bezpečné pracovní podmínky na operačním oddělení, udržuje v řádném stavu nástroje, přístroje a veškeré technické vybavení operačních sálů, pečuje o materiální vybavení, přípravu a sterilizaci pomůcek k operaci, zajišťuje a je zodpovědná za správné a včasné odeslání histologického materiálu, kontroluje použité nástroje a odesílá je ke sterilizaci, organizuje práci pomocného personálu, udržuje nástroje v bezvadném technickém stavu a je také odpovědná za svěřený inventář, který nezdědka bývá největším bohatstvím nemocnice a jehož hodnota představuje několika milionové částky. Její povinností je také zaškolení každého nového pracovníka do zvláštností práce na operačním sále. Všechny zmíněné činnosti sestry tvoří nevšední a kvalifikovanou náplň práce na sále, avšak jejím hlavním a

vrcholným cílem, jejím posláním je aktivní účast při operování – instrumentování. To vyžaduje nejen technickou zručnost, pohotovost a znalost operačních postupů, ale také hlubší vzdělání v anatomii a fyziologii a dobrý přehled o chorobách alespoň toho chirurgického oboru na jehož oddělení sestra pracuje. Je to početné množství činností, za které nese sestra velkou zodpovědnost a při jejichž nedodržení by mohlo v konečném důsledku dojít k závažnému poškození pacienta. Každá chyba a nedbalost při sterilizaci, při podávání léků, počítání roušek, uložení nemocného na stůl či podání vadného nástroje může poškodit nemocného a zavinit i jeho smrt. Všichni podléhají nejen předpisům pracovním, ale i zákonným a proti každému, kdo by porušil svou povinnost a nedbalostí ublížil nemocnému může být zavedeno trestní řízení a může být odsouzen i k odnětí svobody. (Niederle, 1986)

V dnešní době dochází ve zdravotnictví k velkým změnám, které se ne vždy setkávají s pozitivní odezvou těch, kterých se v konečném důsledku týkají. Dochází ke změnám v organizaci péče, personálního složení a kvalifikace zaměstnanců, systému vzdělávání zdravotnických pracovníků a požadovanému celoživotnímu vzdělávání (pokud chceme zůstat kvalifikovanými odborníky), ke změně v přístupu ke klientům a jejich spolupodílení se a ovlivňování průběhu léčby, kteří se díky znalosti svých práv, neustálému rozvoji informační technologie a rostoucí informovanosti zdravotnickými pracovníky dožadují kvalitní lékařské i ošetrovatelské péče na určité úrovni. S tím samozřejmě souvisí i právní hledisko v případě zanedbání či dokonce nedbalosti a následný postih.

Práce na sálech je náročná a přináší s sebou i různé nástrahy. Všechna opatření zvyšující bezpečnost při práci zde platí zvýšenou měrou. Každý den jsou sálové sestry vystaveny působení různých škodlivin (rentgenové záření, výpary dezinfekčních prostředků, laserové záření, vynucená pracovní poloha, manipulace s biologickým materiálem atd.), které se za léta práce na operačním sále kumulují a může dojít i k vážnému poškození zdraví. Při dlouhotrvajícím výkonu dochází k poklesu krevního tlaku, statické poškození dolních končetin je možné u instrumentárek po právu označit za chorobu z povolání. Dlouhým stáním dochází k poklesu nožní klenby, trpí

kyčle i páteř, vznikají ploché nohy a deformující artrózy. Nedostatkem pohybu vážne žilní odtok z dolních končetin a u disponovaných osob vznikají nebo se zhoršují křečové žíly. Napětí při některých operacích, pocit odpovědnosti a úleky, jaké někdy přináší zápas o život nemocného, působí nepříznivě hlavně na cévy a srdeční sval, ale i na mozkovou kůru a nadledviny. Dlouhodobé a nebo noční programy narušují celou životosprávu a působí někdy poruchu trávení, jindy mohou vést k zánětům močového měchýře a nebo k tvorbě ledvinových kaménků. (Niederle, 1986) Práce na sále je tedy náročná jak fyzicky, tak i psychicky a je proto nutné, aby sestry pracující na sále chránily nejenom zdraví svých pacientů, ale také zdraví své vlastní a to dodržováním všech hygienicko-epidemiologických pravidel a pravidel bezpečnosti při práci a používáním všech dostupných ochranných pomůcek.

Změny, ke kterým v dnešní době dochází bych si dovolila klasifikovat jednak jako ty, které se podílejí na zvyšování kvality péče a na druhé straně zároveň chrání zdravotnické pracovníky před právním postihem ze zanedbání nějaké povinnosti tím, že je velký důraz kladen na pečlivé a podrobné vedení dokumentace každého pacienta a to po celou dobu jeho hospitalizace.

Jedním z kroků vedoucích ke sjednocení péče a poskytování péče na stejné úrovni a ve stejné kvalitě je vytváření standardů ošetřovatelské péče, které mají zajistit stejnou péči všem bez rozdílu. S pohledu sálové sestry se dnes podstatnou součástí této komplexní dokumentace stává i perioperační záznam, který chrání nejen pacienta, ale i sestru před právním postihem v případě nějakých nejasností či komplikací. Tato dokumentace není definitivní a myslím si, že k jejím úpravám a změnám bude docházet neustále s vyvíjejícím se pokrokem, novou technologií i novými postupy. V mnoha státech je již běžnou praxí zaznamenávat perioperační údaje do speciálně upraveného počítačového programu. Význam perioperační dokumentace roste souměrně se zvyšujícími se požadavky na kvalitu péče. Sálové sestry jsou, jak vyplývá z provedených výzkumů (Roubalová, Židková), již velice vytížené samotnými pracovními podmínkami a při pomyšlení na vyplňování dalších údajů a administrativy se ne vždy setkáme

s kladnou reakcí. Musíme si však uvědomit, že těmto změnám se nevyhneme a naopak podrobný záznam všech činností a událostí, provedených a vzniklých během doby pobytu pacienta na operačním sále bude nutností podrobně zaznamenávat. Ráda bych zde odkázala na zajímavý článek v časopisu *Sestra* (Rožánková, 2005), kde se autorka zmiňuje o vlastních zkušenostech ze Saudské Arábie z pohledu sálové sestry, kde mimo jiné zmíněná dokumentace je nezbytnou nutností. Sálová dokumentace se postupně stává samozřejmou součástí zdravotnické dokumentace a současně právním dokladem a podkladem provedené péče.

### 3. Cíle studie

Cílem mé práce bylo na náhodně vybraném vzorku sálových sester zjistit na jaké úrovni se nachází kvalita perioperační péče. Perioperační péče je oblastí, ve které zatím ještě nebylo provedeno mnoho výzkumu. Sálové sestry se přitom významnou měrou podílejí na výsledku léčebné a ošetrovatelské péče a jejich práce by tedy měla být prokazatelná a doložitelná stejně jako je díky zavádění ošetrovatelského procesu na standardních odděleních. Ve všech akreditovaných a části neakreditovaných zdravotnických zařízeních je zavádění standardů léčebné a ošetrovatelské péče již běžnou praxí. Tyto standardy se pak stávají nejen vodítkem, ale i právním podkladem o správnosti vykonané péče.

Ve své práci jsem se tedy zaměřila na to, zda sálové sestry mají zpracované standardy a zda podle těchto standardů postupují. Další otázkou bylo zjistit, jak vnímají kvalitu péče v souvislosti se zaváděním standardů do praxe a zda jsou pro ně takovéto standardy přínosem. Vzhledem k fyzické i psychické náročnosti práce sester na operačních sálech by se dalo předpokládat, že zavedení standardů by mohlo alespoň částečně snížit stres související s jejich povoláním, proto také jedna z otázek byla zaměřena na tuto problematiku včetně vlastního zájmu na tvorbě standardů. Dalším cílem bylo zjistit, zda se na sálech používá dokumentace a jak sestry vnímají její důležitost. Perioperační záznam se stává důležitou součástí dokumentace a stále

nabývá na významu. Jeho obsah by měl být stručný a jasný, ale zároveň formulovaný tak, aby pokryl maximálním možným způsobem veškerou činnost sestry, která přímo či nepřímo souvisí s péčí o pacienta v době před, v průběhu a po skončení operace na operačním sále a mohla se tak stát v případě nutnosti právním podkladem dokladujícím kvalitu vykonané péče.

Dalším cílem bylo zjistit, zda sálové sestry mají povědomí o tom, co jsou to indikátory kvality péče, zda je sledují a zda mají pocit, že je důležité tyto indikátory sledovat. S tímto souvisela i otázka zaměřená na audity a povědomí sálových sester o činnosti oddělení kvality péče.

Vzhledem k šířce problematiky nebylo cílem zacházet do detailů jednotlivých činností na operačních sálech, ale získat přehled o vývoji situace. Přesto si myslím, že průzkum zaměřený na jednotlivé oblasti např. rozsah a obsah perioperačního záznamu, hygienickoepidemiologická opatření, pracovní prostředí sálových sester by mohla být zajímavými náměty pro další zpracování.

Dalším cílem bylo zjistit, zda sálové sestry mají zpracovány standardy operačních postupů, a na základě přiložené přílohy v dotazníku (operační postupy dvou náhodně vybraných neurochirurgických operací na operačních sálech v ÚVN) se přesvědčit, zda jsou jimi takto rozpracované standardy srozumitelné a vyhovující, eventuálně dle doplňujících otázek zjistit jaká úprava a v jakém rozsahu by pro ně byla vyhovující.

Posledním cílem bylo zjistit, zda mají sálové sestry jasně rozpracované kompetence.

#### 4. Charakteristika zkoumaného vzorku

Sběr dat byl prováděn v období listopad 2005 až březen 2006. Pro sběr dat byly vybrány operační sály různých oborů v daných zařízeních. Celkově se jednalo o 11 pracovišť. Pracoviště nebyla vybrána náhodně, výběr byl specificky určen možnostmi řešitelky, tak aby bylo možné získat maximální počet vyplněných dotazníků k dalšímu zpracování. Výběr pracovišť nijak

neovlivní celkový výsledek, vzhledem k orientačnímu přehledu o stavu problematiky v České Republice, nikoliv plošnému průzkumu zahrnujícímu všechna pracoviště v České Republice, který by vyžadoval tým odborníků. Jednotlivé dotazníky pak byly rozdány již bez přímého vlivu řešitelky, náhodně. Zde se dá předpokládat, že bylo plošně pokryto spektrum sálových sester. Nelze však vyloučit chybu danou neochotou některých sálových sester spolupracovat na řešení zadaného úkolu. Tuto chybu však nesou všechny orientační přehledy, včetně přehledů obecného mínění prováděného renomovanými firmami.

Celkově bylo do projektu zařazeno 11 pracovišť v České Republice. K práci je zařazen i průzkum prováděný v rámci stáží na dvou zahraničních pracovištích.

Jednalo se o následující pracoviště :

V České republice :

Nemocnice na Homolce

Fakultní nemocnice Bulovka

Nemocnice na Františku s poliklinikou

Ústřední vojenská nemocnice

Fakultní nemocnice v Motole

Institut klinické a experimentální medicíny

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Krajská nemocnice Liberec

Krajská nemocnice Hradec Králové

Krajská nemocnice Ústí nad Labem

V zahraničí :

Ullevål, Uneversitetssykehus, Oslo, Norsko

AOU Federico II Universita Napoli, Dipartimento di Scienze Neurologiche

Celkově bylo do studie zařazeno 88 sálových sester. Počítán je pouze přímý počet účastníků studie. Celkově bylo rozdáno 120 dotazníků s předpokládanou neúčastí nepřesahující 20 %. Navráčeno k hodnocení bylo 88 dotazníků, tj. s 27% neúčastí (viz. diskuze).

Poměr mezi pohlavími v souboru je nevýznamný, vzhledem ke specifiku zaměstnání, kde jsou muži výjimečně. Opačně tomu bylo na obou zahraničních pracovištích, ale tato pracoviště nejsou přímo započítána do studie. Jsou zde zařazeny pouze jako srovnávací model. Věk sálových sester byl mezi 18 a 59 lety, nejčastější věkové rozmezí ve studii bylo 24 až 29 let u 25 dotázaných.

## 5. Metodika šetření

Sběr dat byl prováděn za pomoci dotazníku, který byl náhodně rozdán vedoucími sestrami sálovým sestrám na pracoviště různých oborů. Vlastní dotazník je uveden v části přílohy. Dotazník byl rozdělen do dvou částí, na část obecnou a část speciální. V části obecné bylo 42 otázek, v části speciální pak 17 otázek. Celkem 59 otázek. Struktura dotazníku byla vytvořena pro další statistické zpracování, tj. převládaly otázky uzavřené (50), méně bylo otázek otevřených (9) a v případě 9 uzavřených otázek byla vložena otevřená podotázka, umožňující vyloučit případnou nejasnost. Jako součást dotazníku byl přiložen i ukázkový operační postup náhodně vybraný z našich operačních postupů (viz. příloha).

Vzhledem k nemožnosti ovlivnit výběr sálových sester řešitelkou a vzhledem k anonymitě dotazníku, byl subjektivní postoj řešitelky zcela eliminován ze studie.

Následně bylo provedeno statistické zpracování. Statistická data byla zpracována odborným statistikem v programu Statistica 5.5.

Jako statisticky významné byly hodnoceny výsledky s hladinou významnosti pod 5 %, do 1 % pak za vysoce významné. Hladiny významnosti nad 5 % jsme zařadily jako nevýznamné.



## 6. Výsledky

### A) část obecná, odpovědi na vyslovené hypotézy :

H1. Sállové sestry zpracované standardy mají a pracují s nimi. Sállové sestry mají standardy v 88 % případů a pracují s nimi v 85 % případů. (tab. 13, graf 13)

H2. Sállové sestry zpracované standardy mají, ale nepracují s nimi. Sállové sestry mají standardy v 88 % případů a nepracují s nimi v 6,66 % případů a v 5,34 % případů s nimi pracují občas. (tab. 13, graf. 13)

H3. Sállové sestry zpracované standardy nemají. Sállové sestry nemají zpracované standardy v 22 % případů a logicky s nimi ani nepracují, což se potvrdilo i v dotazníku. (tab. 13, graf 13)

H4. Existuje korelace mezi dosaženým vzděláním sállových sester a jejich přístupem ke změně ve zvyšování kvality v perioperační péči. Korelace mezi dosaženým vzděláním sállových sester a jejich přístupem ke změně ve zvyšování kvality v perioperační péči nebyla potvrzena. Nejvyšší procento 51,6 % (počítáno ze 100 %) bylo u SZŠ, menší pak u PSS 45,1 %, nejmenší pak u bakalářů a VZŠ. Výsledek však, vzhledem k velmi malému počtu bakalářů a VZŠ, není statisticky významný na 5% hladině významnosti. Přesto lze předpokládat, že zájem o zlepšování kvality péče není v přímé úměře se získaným vzděláním. (tab. 7, graf 7)

H5. Sállová dokumentace se nepoužívá v 70 %. Tato teorie se nepotvrdila, sállová dokumentace je dnes zcela běžnou součástí pracovních postupů sállových sester. Sállovou dokumentaci používá 95,5 % sester. (tab. 17, graf 17). O významu sállové dokumentace je přesvědčeno 94,3 % sester (tab. 18, graf 18). Toto číslo je statisticky významné a svědčí o jednoznačném pochopení sállové dokumentace jako součásti práce sállové sestry.

H6. Sestry mají zájem na zvyšování kvality v 60 %. Hypotézu lze potvrdit ze dvou hledisek.

Jednak z hlediska zájmu na tvorbě standardů jako možnosti písemnou formou přesně formulovat jednotlivé činnosti tak, aby se zvýšila kvalita poskytované péče. Z tohoto hlediska potvrzena hypotéza nebyla, protože zájem na tvorbě standardů má 46,6 % sester (tab. 8, graf 8). Druhým hlediskem je pak vlastní vzdělávání sester na seminářích a kongresech. Zde byla hypotéza potvrzena, protože zájem o vzdělávací akce je v 84,1 % (tab. 9, graf 9)

Část obecná, význam akreditace :

Význam akreditace byl potvrzen v několika směrech. Používání standardů na akreditovaných pracovištích bylo ve 100 % případů. Na neakreditovaných pracovištích pak jen v 60,86 % případů. (tab. 12, graf 12). Důvěra ve standardy jako zdroj pomoci při nejasnosti ve správnost provádění nejasných úkonů byla vyslovena na akreditovaných pracovištích v 70,8 % případů proti 48,4 % případů na pracovištích neakreditovaných. (tab. 14, graf 14) Ve zkvalitnění péče vlivem zavádění standardů na akreditovaných pracovištích věří 79,2 % případů a není si jisto 20,8 % případů. Na neakreditovaných pracovištích věří na zkvalitnění péče vlivem zavádění standardů pouze 46,9 % případů, není si jisto 28 % sester a dokonce 25 % z nich nevěří na jejich význam. (tab. 15, graf 15). Na akreditovaných pracovištích pozoruje zlepšování péče o nemocné za posledních 10 let 91,6 % sester, žádná z nich nepozorovala zhoršování. Na neakreditovaných pracovištích pak zlepšování pozoruje pouze 81,2 % případů a zhoršení 12,5 % případů. (tab. 16, graf 16) Jedná se o statisticky významné rozdíly, které svědčí o významu akreditačních řízení v nemocnici.

## B) část speciální

H6. Předložené standardy operačních postupů jsou sálovými sestrami hodnoceny jako vyhovující a pochopitelné. Hypotéza byla potvrzena, předložené standardy jsou sálovými sestrami hodnoceny jako vyhovující a pochopitelné v 80,7 % případů. (tab. 20, graf 20)

H7. Sálové sestry nemají vypracované postupy jednotlivých operačních výkonů. Specificky vypracované postupy tak jak byly předloženy má pouze našeho výchozí pracoviště (ÚVN). Při získaných odpovědích na jednotlivé úpravy je vysoký rozptyl odpovědí nejenom z jednotlivých pracovišť, ale i od jednotlivých sester (viz tab. výchozích dat). Tento nálezní svědčí o vhodnosti vytvářet postupy operačních výkonů zcela specificky pro dané prostředí, ve kterém se sestry pohybují. Zájem o vytváření standardů operačních postupů je v 66 % případů. (tab. 21, graf 21)

H8. Sálové sestry mají jasně stanovené kompetence. Sálové sestry mají rozpracované kompetence na pracovišti v 74 % případů. (tab. 22, graf 22) Toto číslo potvrdilo danou hypotézu, ale vzhledem k významu problematiky je nízké.

Význam jednotlivých zjištění po statistickém zpracování :

Za statisticky významnou považujeme 5% hladinu významnosti, do 1 % za vysoce významnou, nad 5% hladiny významnosti za nevýznamné.

n (stupeň volnosti), p (% , hladina významnosti)

Statisticky významné vyšly následující výsledky :

1. závislost používání standardů na akreditaci –  $\chi^2$  8.77, n 2, p(%) 1.2
2. závislost pocitu zkvalitnění péče na akreditaci -  $\chi^2$  11.10, n 1, p(%) 0.08
3. závislost edukace nemocných na akreditaci -  $\chi^2$  7.84, n 1, p(%) 0.51
4. závislost znalosti indikátoru kvality péče na akreditaci -  $\chi^2$  6.49, n 1, p(%) 1.1
5. závislost znalosti auditu na akreditaci -  $\chi^2$  6.72, n 1, p(%) 0.95

6. závislost důvěry v sálovou dokumentaci při jejím používání -  $\chi^2$  37.57, n 1, p(%) 0.00

Statistické výsledky s takto vysokou hladinou významnosti na tak malém souboru svědčí o jednoznačnosti významu akreditace na změnu postojů a postupů u sálových sester.

## 7. Diskuze

Při tvorbě práce jsem předpokládala maximálně 20% neúčast při vyplňování dotazníků. Do zmíněných zařízení jsem rozdala 120 dotazníků, poměrnou částí do všech nemocnic. Jejich další rozdělení bylo provedeno vedoucími sestrami sálových traktů, bez mého dalšího vlivu. Není možné proto jednoznačně určit příčinu, proč neúčast na dotazníku dosáhla 27 %. Nepředpokládám, že by se jednalo pouze o nezájem sester spolupracovat. Daná situace spíše vychází z ryze praktických důvodů vycházejících z osobních kontaktů na pracovišti. Přesto lze předpokládat, že vzhledem k věkovému rozmezí i délce praxe bylo pokryto plné spektrum názorů na danou problematiku. Z celkového počtu nemocnic byly pouze 3 akreditované, je to dáno současným stavem průběhu akreditačních řízení v celé republice. Výsledky jsou proto v grafech interpolovány na 100% úroveň tak, aby se daly vizuálně hodnotit. O jejich významu svědčí statistické zpracování. Reálná čísla jsou pak uváděna v příložených tabulkách.

Při hodnocení věku sester, je znatelný pokles, který začíná již 24 rokem věku, kdy je křivka na svém maximu. (tab. 1, graf 1) Z tohoto výsledku lze vyvodit dvě teorie. Za prvé sestry nepřicházejí na operační sál hned po škole o čemž svědčí i rozdíl v délce celkové praxe a délce praxe na operačním sále u většiny dotázaných. Sálový trakt bývá ve většině nemocnic oddělen od lůžkové části a dá se předpokládat, že prvotní pobyt sestry na lůžkové části před nástupem na sál je vhodnou zkušeností. Další možnost mít kontakt s nemocným přináší až nově zaváděná edukace nemocného před operačním výkonem sálovými sestrami. Dle našeho dotazníku je v současnosti prováděna pouze 19 % dotázaných. Edukace pacientů je přitom jednou z podstatných součástí lékařské a ošetrovatelské péče. Je nástrojem k zajištění lepší účasti

pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče a umožňuje jim kvalifikovaně se rozhodovat. Na edukaci pacientů se podílejí různí pracovníci a proto koordinace jejich aktivit je velice důležitá. V první fázi je velmi důležité posoudit, co je nutné, aby se pacient a jeho blízcí dozvěděli a zhodnotit jaký je vhodný způsob sdělování informací. Proces učení by měl vycházet z individuálních preferencí pacientova způsobu učení, jeho kulturních a náboženských hodnot a jeho schopností číst a vyjadřovat se, aby byl proces edukace co nejúčinnější. Standardy týkající se edukace pacientů požadované JCI jsou nad rámec stávající české právní úpravy v zákonu č. 20/1996 Sb. o péči a zdraví lidu, přitom ale naplňují a blíže specifikují příslušná ustanovení Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Podstatné je vytvoření podmínek pro naplnění standardů, ale také míra efektivity prováděné edukace, tzn. úroveň informovanosti pacientů a jejich blízkých. (JCI, 2004) Zde bychom si měli položit otázku, jaký by měl být obsah a rozsah edukace prováděné sálovou sestrou a zda je taková edukace pro pacienta přínosná. Z uvedených odpovědí v dotazníku jednoznačně vyplývá, že edukace je pro pacienta značnou psychickou podporou. Co je však v kompetenci sálové sestry pacientovi sdělit a jak, abychom nezasahovaly do kompetencí ošetřující sestry, ošetřujícího lékaře či anesteziologa? A jak dobře známe pacienta, jeho diagnózu a průběh jeho onemocnění včetně jeho emocionálního stavu, aby naše návštěva a sdělení byla efektivní, snížila obavy u pacienta z plánovaného výkonu a podpořila důvěru v operační tým? Jako jednou z překážek se zde může jevit čas, vzhledem k tomu, že návštěva sálovou sestrou u pacienta probíhá většinou v odpoledních či večerních hodinách po ukončení operačního programu. Celodenní účast na operačním sále, následný úklid a příprava sálu pro další operace, a mnohdy prodloužení operačního programu je vyčerpávající, a často tak znemožňuje či limituje takovou návštěvu u pacientů uskutečnit. Několik sálových sester se v odpovědích vyjádřilo, že edukace pacientů před operací je spíše náplní sester anesteziologických než sálových a některé nepovažují edukaci sálovou sestrou za přínosnou vůbec. Edukace pacienta sálovou sestrou je teprve v počátku a praxe ukáže zda a v jakém

rozsahu ji provádět tak, aby byla opravdu účelná a aby se informace od jednotlivých pracovníků vzájemně neodlišovaly a nevedly spíše ke zmatenosti než k integritě individuálních sdělení.

Další teorií je pak úbytek sester po 10 letech praxe na operačním sále. (tab. 2, graf 2). Tento nálezn dokazuje zátěž, která je kladena na sálové sestry. Nejedná se o odchod sester mimo zdravotnictví, nýbrž o přechod na lehčí zaměstnání většinou v rámci nemocnice. Práce sestry na operačním sále je jistě pro většinu velkým duševním obohacením a přínosem, ale zároveň v sobě skrývá vysokou psychickou i fyzickou zátěž. A to je také důvod, proč by akreditace, která sebou přinese standardy, měla být provedena na všech pracovištích. Zpočátku se vždy zdá, že standardy mohou vést k přidělování další práce, ale tyto standardy sestru chrání před případným postihem a zároveň ji pomáhají rozhodovat, pomáhají ji přesně vymežit její kompetence. To vše pak v konečném důsledku vede ke snížení psychické zátěže a umožní sestře prožít klidný a spokojený pracovní život na operačním sále.

V dnešní době dochází ve zdravotnictví k velkým změnám, které se ne vždy setkávají s pozitivní reakcí těch, kterých se v konečném důsledku týkají. Dochází ke změnám v organizaci péče, personálního složení a kvalifikace zaměstnanců, systému vzdělávání zdravotnických pracovníků a požadovanému celoživotnímu vzdělávání, ke změně v přístupu ke klientům a jejich spolupodílení se a ovlivňování průběhu léčby, kteří se díky znalosti svých práv, neustálému rozvoji informační technologie a rostoucí informovanosti zdravotnickými pracovníky dožadují kvalitní lékařské i ošetrovatelské péče na určité úrovni na kterou mají nárok. S tím samozřejmě souvisí i právní hledisko v případě zanedbání či nedbalosti a následný postih. To je další důvod, proč zavádění standardů do praxe sníží pracovní stres u sester na operačním sále a povede k prodloužení doby práce na operačním sále. Při průzkumu práce sester na operačním sále pociťovala téměř polovina sester nadměrný stres v souvislosti s výkonem povolání. Pětina sester si odnáší problémy z práce domů. (Roubalová, Židková, 2005)

Dalším sledovaným parametrem bylo dosažené vzdělání a také snaha o zvyšování vlastního vzdělání, které vede ke zvyšování znalostí a snížení případné chyby vedoucí

k možnému právnímu postihu. Vzdělanost sester se neustále zvyšuje. (tab. 3, graf 3) V současné době má atestaci 72,7 % sester zapojených do mé studie. (tab. 4, graf 4) Dalším ukazatelem snahy o vzdělávání je pak procento studujících sester na operačních sále, které v naší studii představuje 10% sester. (tab. 5, graf 5) Na první pohled poměrně malé číslo, ale vzhledem k pracovnímu vytížení sestry je toto číslo velmi vysoké. Zájem na účasti na vzdělávacích akcích, na seminářích a kongresech je u 84,1 % sálových sester. (tab. 9, graf 9) Toto číslo je velmi vysoké, ale všeobecnou snahou by mělo být toto číslo zvyšovat. Obzvláště pokud sestra pracuje dlouhá léta v jednom oboru je její všeobecný rozhled v problematice kvality péče velmi uzavřený. Jednoznačně se jedná o sestry s vynikajícími znalostmi z daného oboru. Ale vzhledem k rychlému vývoji rozvoje standardů a zvyšování kvality péče je nutný i širší pohled, který ji umožní právě semináře na tuto oblast zaměřené.

O tom, že je potřebné seznamovat sestry se všeobecným rozhledem a také s akreditací a kvalitou péče svědčí i naše výsledky v obecné části zaměřené na vztah vzdělanosti a znalosti standardů. Zde je nejvyšší znalost u bakalářek, ale nejnižší u VZŠ (tab. 6, graf 6). Tyto výsledky nedosahují statistické významnosti, ale svědčí o tom, že naše teorie je oprávněná a potvrzuje význam seminářů zaměřených na zvyšování kvality péče a akreditační řízení.

Změny souvisejí nejen se vstupem ČR do EU, ale jsou i přímým důsledkem vědeckých poznatků na jejichž podkladě se stal obor ošetrovatelství plnohodnotným vědním oborem. Z toho plynou daleko vyšší požadavky na vzdělání sester. ČR se při přístupových jednáních do struktur EU zavázala, že bude poskytovat péči na stejné úrovni jako země EU, neboť občané unie mají právo na poskytování ošetrovatelské péče na stejné úrovni jako v domovských zemích. (Löblová, Chourová, 2004) Toto je další důvod, proč je nutné, aby se sestry pracující na operačních sálech dále vzdělávaly nejen ve znalosti standardů kvality péče, ale i ve svém oboru, nových postupech a vším co souvisí s výkonem jejich povolání, protože informace získané dnes mohou být za rok již zastaralé a nebo upravené a naší snahou by mělo být si udržovat aktuální přehled, abychom i pacientům mohly podávat validní informace.

Jedním z činitelů, který by se měl v nemocnicích podílet na zvyšování znalosti aplikací standardů je oddělení kvality péče. 32 % sálových sester ví jaká je činnost oddělení kvality péče v dané nemocnici. Žádná z dotázaných, včetně sester z akreditovaných nemocnic, však nemá jednoznačné informace o výsledcích práce oddělení kvality péče, pouze 11 % z dotázaných se občas s těmito výsledky setkává. (tab. 23) Tento fakt nesvědčí o nezájmu sester o přijímání nových informací nebo o jejich snaze nezajímat se o tyto informace. Spíše svědčí o nedostatečné edukační práci tohoto oddělení. Akreditace jsou v počátcích a oddělení kvality péče jsou jistě plně vytížena přijímáním nových pravidel a norem. Přesto by měla rozšířit svoje edukační kapacity a seznamovat sestry nejenom s přijímanými pravidly, ale i s indikátory kvality péče. Pouze 23 % sester zná indikátory kvality péče. (tab. 23). Jak uvádí Longo : indikátor je „odborně určená, klinicky validní a opakovatelná měřitelná dimenze péče“.

Klinické indikátory jsou klíčová hlediska péče poskytované každou klinickou specializací. Jsou určovány vysokým rizikem nebo možnými problémy, jedinečnými pro danou specializaci. (Gladkij,1999)

23 % je velmi nízké číslo a přitom 33 % sester uvádí, že se na jejich pracovištích indikátory kvality péče sledují. (tab. 23)

Rámcově jiné vnímání důležitosti sálovými sestrami je u standardů kvality péče. Míra závaznosti ošetřovatelského standardu tzn. nakolik jsou sestry či celé zdravotnické zařízení povinny se určitým standardem řídit, je různá. Jak uvádí Staňková (1997), závaznost standardu může vyplývat ze zákona, nebo z podzákoné normy, jakou je např. vyhláška ministerstva zdravotnictví. Tyto standardy jsou povinny dodržovat všichni. Při vyhlášení standardu profesní sesterskou organizací jsou povinny se jim řídit všichni členové této organizace. Standardy zpracované a přijaté zdravotnickým zařízením a nebo oddělením jsou závaznou normou pro práci svého ošetřovatelského personálu. Ve většině zemí jsou ošetřovatelské standardy zpracovávány profesními organizacemi sester a nebo ošetřovatelskými institucemi, které jsou zřízeny k tomuto účelu, někde přebírá tuto úlohu ministerstvo zdravotnictví. Uvedené instituce



vydávají většinou rámcové standardy. Zdravotnická zařízení vycházejí z rámcových standardů, které jsou výchozími kritérii pro zpracování standardů konkrétních pro dané zdravotnické zařízení či specifické pracoviště.

Z mého průzkumu vyplývá, že sálové sestry standardy mají v 88 % případů a pracují s nimi v 85 % případů. (tab. 13, graf 13). Pouze v 6,66 % případů s nimi nepracují a v 5,34 % případů s nimi pracují občas. (tab. 13, graf. 13). Zpracované standardy nemají sestry v 22 % případů a logicky s nimi ani nepracují, což se potvrdilo i v dotazníku. (tab. 13, graf 13). 88 % procent sester, na jejichž pracovištích jsou zpracovány standardy svědčí o rychle se rozvíjejícím poznání důležitosti těchto standardů v České Republice.

Na obou zahraničních pracovištích na kterých jsem stážovala a kde jsem získávala zároveň informace o standardech byla situace jiná. K mému překvapení neměli vytvořeny standardy kvality péče v podobě jaké je známe u nás. Měli však vytvořeny dokonale zpracované sesterské dokumentace, které vedli během operačního výkonu krok za krokem tak, aby nemohlo dojít k případným nejasnostem nebo právním sporům. Zajímavostí na jednom z pracovišť byl způsob tzv. filtru a převlékání do sálového oblečení. Pro návštěvy (studenty, stážisty) nebylo nutné převlékat celé civilní oblečení. Naprosto dostačující byla halena, kalhoty (oblečené přes civilní oblečení) a návleky na boty (zasahující pod kolena) na jedno použití. To si v našich podmínkách ani nedokážeme představit, protože použít civilní oblečení na sále je pro nás nemyslitelné. Na druhé straně nebylo prokázáno, že by tento způsob měl vliv na vyšší počet pooperačních infekcí a naopak je otázkou zda použití nových návleků při každém vstupu na sál není z hygienického hlediska výhodnější. To je však předmětem hygieny na operačních sálech. Z pozorování si dovoluji říci, že na obou pracovištích byly zřejmé kompetence jednotlivých členů operačního týmu. Na pracovišti v Oslu měli např. velice hezky zpracované operační polohy u všech typů operací, včetně obrazové dokumentace a popisu i s upozorněním na predilekční místa a vhodným umístěním molitanových podložek, které byly v tomto případě na

jedno použití. Obě pracoviště mě zaujala, v pozitivním slova smyslu, svým přístupem k pacientovi a to počínaje vstupem na operační sál. Představení se sálovou a anesteziologickou sestrou a upozornění pacienta co ho v následujícím minutách čeká bylo naprostou samozřejmostí. Před samotnou intubací pacienta byla snaha o maximální eliminaci personálu, který v danou chvíli nebyl na sále nutný a také o zachování klidu a ticha, aby mohlo dojít ke klidnému navození anestezie a pacient nebyl zbytečně stresován nepříjemným hlukem a hlasitým hovorem. K mému potěšení, vybavení a materiál se lišil minimálně, přesto např. v Oslu převládá materiál na jedno použití, ale to je otázkou ekonomické situace nejen jednotlivých pracovišť ale celé země, kdy Norsko a Oslo vůbec zaujímá první místo ve výši životní úrovně na světě. Přesto však musím konstatovat, že teprve chování a přístup každého jednotlivého člena personálu k pacientovi (vzdělání je samozřejmou součástí) z nás dělá profesionály na pravém místě.

V České Republice je dle našeho dotazníků nejsilnější a nejvíce rozšířenou metodikou právě sálová dokumentace. Používám záměrně slovo metodika, místo standardů, protože o standardizaci se v daném případě nedá hovořit. Každé pracoviště má svou sálovou dokumentaci. A její rozsah je velmi rozdílný od zápisu jména a typu operace až po velmi podrobný popis průběhu operace včetně uvedení operačních nástrojů a spotřebovaného materiálu. V nejlépe propracovaných sálových dokumentacích jsou i části, které jsou pak vstupními daty pro hodnocení indikátorů kvality péče. Je jen škoda, že výsledky z indikátorů, které zpracovává oddělení kvality péče nejsou známy v širším rozsahu, jak bylo uvedeno výše. Sálová dokumentace je dnes zcela běžnou součástí pracovních postupů sálových sester. Sálovou dokumentaci používá 95,5 % sester. (tab. 17, graf 17). O významu sálové dokumentace je přesvědčeno 94,3 % sester (tab. 18, graf 18). Toto číslo je statisticky významné a svědčí o jednoznačném pochopení sálové dokumentace jako součásti práce sálové sestry.

O další zkvalitňování péče na operačním sále má největší zásluhu akreditace a organizace podílející se na akreditačních řízeních.

Akreditace je proces , při kterém externí organizace, většinou nestátní hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace je většinou dobrovolná. Hodnocenému zařízení slouží k tomu, aby se jasně zavázalo ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajišťování bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována, a k systematické snaze o snižování množství rizik pro pacienty i pro zaměstnance. Celosvětově stoupá zájem o akreditaci jako o účinný nástroj hodnocení i řízení kvality. (JCI, 2004)

S organizací uvedme alespoň JCI – Joint Commission International, která je pobočkou JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Je to její dceřinná společnost, poskytující akreditační služby mimo území USA.

V předložené práci byl potvrzen význam akreditace v několika směrech. Používání standardů na akreditovaných pracovištích bylo ve 100 % případů. Na neakreditovaných pracovištích pak jen v 60,86 % případů. (tab. 12, graf 12) Je zde patrné, že pokud jsou standardy zavedeny stávají se pevnou součástí běžných denních postupů. Na první pohled se může zdát jejich zavádění již na tak vytížené sestry na operačních sálech příliš kruté. V konečném důsledku pak přináší velký zisk nejenom pro kvalitu péče o pacienty, ale i pro sestry samotné. Snahou každého vedení je získání akreditace jako pozitivního indikátoru kvality pro pacienta při výběru zdravotnického zařízení. Tomu jsou podřízeny i postupy, jakými jsou standardy do praxe zaváděny, tj. sankce i odměny při jejich nedodržování nebo dodržování. Proto se z pohledu nezávislého pozorovatele může zdát jejich zavádění příliš tvrdé, jak jsem uvedla výše. Přesto postupně, ale jistě pochopí účastníci akreditačního procesu význam těchto postupů. Ukázkou tohoto pochopení je vyslovení důvěry v anonymním dotazníku jaký jsem zpracovávala.

Důvěra ve standardy, jako zdroj pomoci při nejasnosti ve správnost provádění nejasných či méně častých úkonů, byla vyslovena na akreditovaných pracovištích v 70,8 % případů proti 48,4 % případů na pracovištích neakreditovaných. (tab. 14, graf 14)

Tento výsledek je velmi důležitý, protože zároveň hovoří o snižování pracovního stresu u sálových sester. V našem dotazníku se sálové sestry vyjadřovaly i o stavech, kdy si nejsou jisty správností svých postupů a zájmem o to přesvědčit se o správnosti ve standardech. Až 60 % sálových sester uvádí, že se dostaly do situace, kdy si nebyly jisti správnosti postupu nebo řešením problému. (tab. 10, graf 10) Důvěru ve standardy, jako zdroje informací, které jim mohou pomoci v řešení těchto problémů bez závislosti na akreditaci či neakreditaci pracoviště pak vyslovilo 54,5 % dotázaných sálových sester.

Důležitým parametrem ukazujícím na význam akreditace je důvěra ve zkvalitnění péče vlivem zavádění standardů. Ve zkvalitnění péče vlivem zavádění standardů na akreditovaných pracovištích věří sestry v 79,2 % případů a není si jisto ve 20,8 % případů. Na neakreditovaných pracovištích věří na zkvalitnění péče vlivem zavádění standardů pouze v 46,9 % případů, není si jisto 28 % sester a dokonce 25 % z nich nevěří na jejich význam. (tab. 15, graf 15) Tento výsledek svědčí o jednoznačnosti nejenom přijetí akreditačních změn, ale zároveň i o pochopení těchto změn bez ohledu na výhody nebo sankce, které akreditační řízení přináší. Je to přímý signál o vztahu nutnosti a důvěry.

Konečným ukazatelem je i pozorování změn ve kvalitě péče, které s sebou akreditační řízení nese. Na akreditovaných pracovištích pozoruje zlepšování kvality péče o nemocné 91,6 % sester, žádná z nich nepozorovala zhoršování. Na neakreditovaných pak zlepšování pozorují sestry pouze v 81,2 % případů a zhoršení v 12,5 % případů. (tab. 16, graf 16) Jedná se o statisticky významné rozdíly, které svědčí o významu akreditačních řízení v nemocnici. A nejenom to, ale svědčí i o jednoduché zpětné vazbě. Máme v nemocnici akreditaci a pozorujeme zlepšení a v žádném případě ne zhoršení a to je nejdůležitější ukazatel, subjektivní pocit sálové sestry, která je zapojena do akreditačního procesu.

Při zavádění standardů v naší nemocnici při akreditačním řízení jsem se podílela na tvorbě operačních postupů a jejich specifikaci. Proto jsem speciální část své práce věnovala potvrzení významu existence dokumentu – operačních postupů, a zároveň sběrem dat, které by

mohly vést k zlepšení kvality tohoto dokumentu. Jako součást dotazníku byl přiložen i ukázkový operační postup náhodně vybraný z našich postupů (viz. příloha). Tento byl pak předložen v rámci dotazníku k diskusi za pomoci uzavřených otázek.

Předložené standardy operačních postupů byly sálovými sestrami hodnoceny jako vyhovující a pochopitelné v 80,7 % případů. (tab. 20, graf 20) Tento závěr je utvrzením o vhodnosti existence takového typu dokumentu. O jeho významu jako ochranného faktoru pro sálové sestry v případě soudního sporu jsou již větší pochybnosti a pouze 23 % sester se domnívá, že by je tento dokument v případě soudního sporu ochránil. (tab. 23) Přesto je to jediný dokument přesně stanovující operační nástroje a postupy během operace a tím chránící sestru v případech, kde se lékař domnívá, že nemá připraveny vhodné nástroje, případně nepostupuje správně. Na našem pracovišti byly standardy operačních postupů, při jejich tvorbě, vždy podrobně konzultovány s operátory nejvíce se angažujícími v dané problematice. Toto je pozorovatelné i na vyslovení důvěry v tyto operační postupy u 42 % sester v případě odborných sporů. (tab. 23) Ve význam těchto operačních postupů pro snížení iatrogenního poškození věří dokonce 51 % sester. (tab. 23)

Sálové sestry nemají vypracované postupy jednotlivých operačních výkonů. Specificky vypracované postupy tak jak byly předloženy má pouze naše výchozí pracoviště (ÚVN). Při získaných odpovědích na jednotlivé úpravy je vysoký rozptyl odpovědí nejenom z jednotlivých pracovišť, ale i od jednotlivých sester (tab. 23). Tento náleží svědčí o vhodnosti vytvářet postupy operačních výkonů, ale zcela specificky pro dané prostředí, ve kterém se sestry pohybují. Zájem o vytváření operačních postupů je v 66 % (tab. 21, graf 21) Přesto se domnívám, že jako prvotní ukázka jak vytvářet operační postupy je námi předložený materiál vhodný. I pro další úpravu našich postupů mělo šetření značný význam. Například prvotní předpoklad, že by byl vhodný popis operačního postupu z pohledu instrumentářky, nikoliv z pohledu chirurga se nepotvrdil a pro sálové sestry je přijatelnější postup z pohledu chirurga (tab. 23) Doplnit anatomický rozbor operační situace by doporučovala 75 % dotázaných. Z praktického hlediska budou získané výsledky předloženy naší vedoucí sestře k zamyšlení o úpravě operačních postupů a zároveň

pokud s tím bude vedení souhlasit budou naše operační postupy uvolněny pro zájemce z dalších pracovišť.

Další důležitou součástí operačních postupů jsou přesně určené kompetence na pracovišti. Sálové sestry mají rozpracované kompetence na pracovišti v 74 % případů. (tab. 22, graf. 22) Toto číslo potvrdilo danou hypotézu, ale vzhledem k významu problematiky je nízké. Určení kompetencí je však z pohledu sálové sestry velmi důležité. Přesné určení je sejmutím dalšího stresového faktoru z těžkého údělu sálové sestry.

## 8. Závěr

Práce v její obecné části přinesla následující zjištění :

- potvrdila hypotézu, že sálové sestry mají standardy v 88 % případů a pracují s nimi v 85 % případů,
- korelace mezi dosaženým vzděláním sálových sester a jejich přístupem ke změně ve zvyšování kvality v perioperační péči nebyla potvrzena,
- sálová dokumentace je dnes zcela běžnou součástí pracovních postupů sálových sester. Sálovou dokumentaci používá 95,5 % sester,
- byl potvrzen význam akreditace a to v několika směrech :
  - a. používání standardů,
  - b. důvěra ve standardy jako zdroj pomoci a právní ochrany sestry,
  - c. zkvalitnění péče vlivem zavádění standardů,
  - d. zlepšování péče o nemocné.

Speciální část přinesla následující zjištění :

- předložené standardy operačních postupů jsou sálovými sestrami hodnoceny jako vyhovující a pochopitelné,
- získané výsledky svědčí o vhodnosti vytvářet postupy operačních výkonů, ale zcela specificky pro dané prostředí,
- sálové sestry mají rozpracované kompetence na pracovišti v 74 % případů.

Statistické výsledky na význam akreditace vyšly s vysokou hladinou významnosti i na našem relativně malém souboru. Tento fakt nás utvrzuje v teorii o důležitosti dalšího vzdělávání sester, včetně vzdělávání v rámci akreditačních řízení. Zároveň nám přináší informace o zájmu sester na

dalším vzdělávání a významu tohoto vzdělávání při snižování pracovní zátěže a stresu  
v zaměstnání jakým je sálová sestra.



## 9. Literatura

Fitzpatrick, E.: What characterizes the ‚usual‘ preoperative education in clinical contexts?.  
Nursing and Health Science, 2005, 7, 251-258

Gladkij, I.: Management ve zdravotnictví, Brno, Computer Press, 2003

Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L.: Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování,  
IDVPZ, Brno 1999, ISBN 80-7013-272-8

Grohar-Murray, M.E., DiCroce, H.R.: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče.  
Grada Publishing, a.s., Praha 2003, ISBN 80-247-0267-3

Haluzíková, J.: Edukace-nástroj léčby. Sestra, Roč 13, č.4, 2003, s. 14-15, ISSN 1210-0404

Haškovcová, H.: Práva pacientů. Praha-Havířov, 1996, ISBN 80-902163-0-7

Joint Commission International: Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. |Komentovaný oficiální překlad. Grada Publishing, a.s., Praha, 2004, ISBN 80-247-0629-6

Jurásková, D.: Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. Sestra, Roč. 14, č. 3, 2004, s. 18-20, ISSN 1210-0404

Kložíková, H.: Společné základní učební osnovy pro sestry v perioperační péči. Sestra, Roč. 14, č. 12, 2004, s. 25, ISSN 1210-0404

Löblová, J., Chourová, L.: Vzdělávání v oboru sestra pro perioperační péči. Sestra, Roč.14, č. 12, 2004, s.23-24, ISSN 1210-0404

Madar, J. a kol.: Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. Grada, Praha, 2004, ISBN 80-247-0585-0

Niederle, B.: Práce sestry na operačním sále. Avicenum, Praha , 1986, s. 412, 08-023-86

Oplatková, K.: Specializační vzdělávání nelékařských zdravotníků. Sestra, Roč.16, č. 4, 2006, s. 17, ISSN 1210-0404

Roubalová, V., Židková, Z.: Pracovní podmínky a stres. Sestra, Roč. 15, č. 5, 2005, s.56, ISSN 1210-0404

Rožánková, H.: Ošetřovatelství v Saudské Arábii pohledem instrumentářky. Sestra, Roč. 15, č. 9, 2005, s.6-7, ISSN 1210-0404

Srpová, T., Trešlová, M.: Výzkum v ošetřovatelství na operačním sále. Sestra, Roč. 15, č. 5, 2005, s. 57-59, ISSN 1210-0404

Staňková, M.: Základy teorie ošetřovatelství, Karolinum, Praha, 1997, ISBN 80-7184-243-5

Staňková, M.: Ochrana zdraví sestry. Sestra, Roč. 12, č.3, 2002, s.55-56, ISSN 1210-0404

Škrla, P., Škrlová, M.: Kreativní ošetrovatelský management. Advent-Orion s.r.o., Praha, 2003, ISBN 80-7172-841-1

Špirudová, L.: Multikulturní ošetrovatelství II. Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury či etnika, s. 117-132. Grada Publishing a.s., Praha, 2006, ISBN 80-247-1213-X

Úmluva o lidských právech a bomedicíně

Vyhláška 424/2004 Sb., ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Zákon č.20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

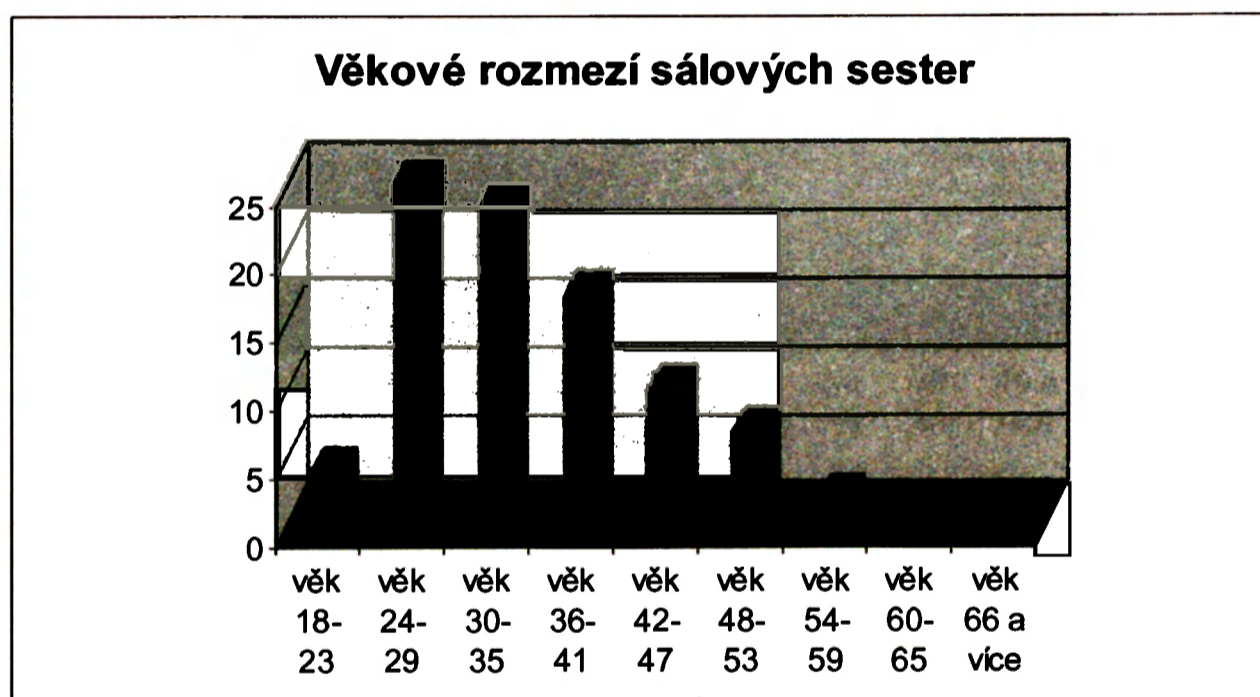
Židková, Z.: Práce sester na operačním sále z pohledu psychologa v hygieně. Sestra, Roč.14, č. 9, 2004, Mimořádná příloha Instrumentářka s. 10, ISSN 1210-0404

## 10. Tabulky a grafy

Tab. 1. : Věkové rozmezí sálových sester

věk 18-23	věk 24-29	věk 30-35	věk 36-41	věk 42-47	věk 48-53	věk 54-59	věk 60-65	věk 66 a více	Σ
4	25	23	17	10	7	2	0	0	88

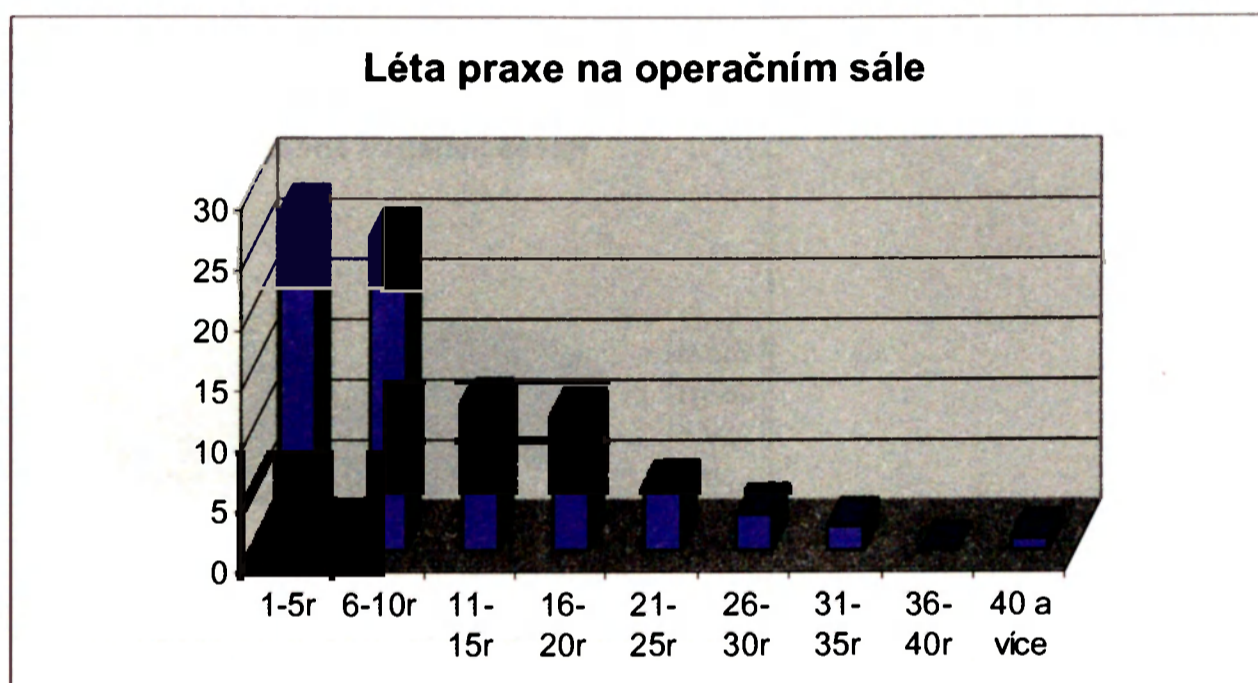
Graf 1. : Věkové rozmezí sálových sester



Tab. 2. : Léta praxe na operačním sále

praxe 1-5	praxe 6-10	praxe 11-15	praxe 16-20	praxe 21-25	praxe 26-30	praxe 31-35	praxe 36-40	praxe 40 a více	$\Sigma$
28	26	12	11	5	3	2	0	1	88

Graf 2. : Léta praxe na operačním sále



Tab. 3. : Nejvyšší dosažené vzdělání sálových sester

vzdělání	SZŠ	PSS	VZŠ	Bc	$\Sigma$
n	31	51	3	3	88

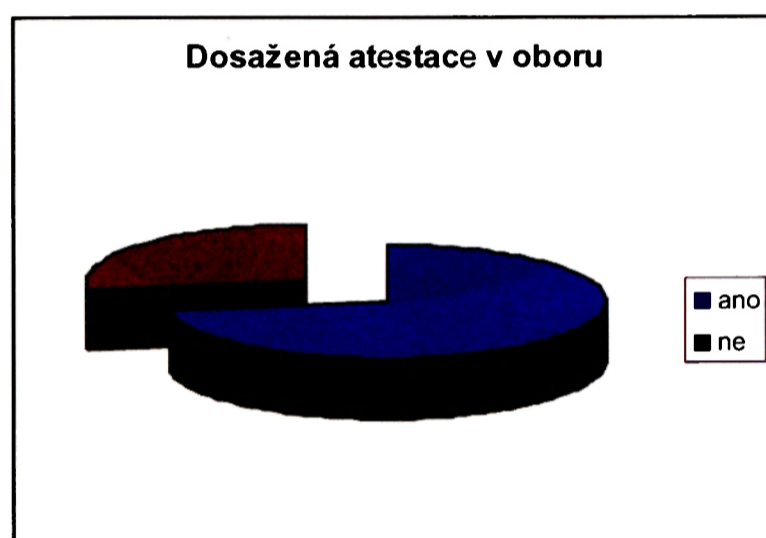
Graf 3. : Nejvyšší dosažené vzdělání sálových sester



Tab. 4. : Počet atestovaných sálových sester

atestace	ano	ne	$\Sigma$
n	64	24	88

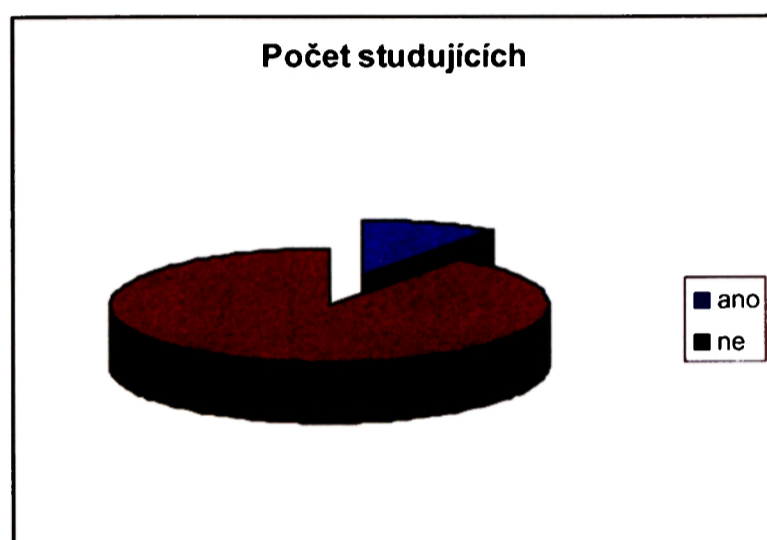
Graf 4. : Počet atestovaných sálových sester



Tab. 5. V současnosti studující sestry

studium	ano	ne	$\Sigma$
n	9	79	88

Graf 5. : V současnosti studující sestry





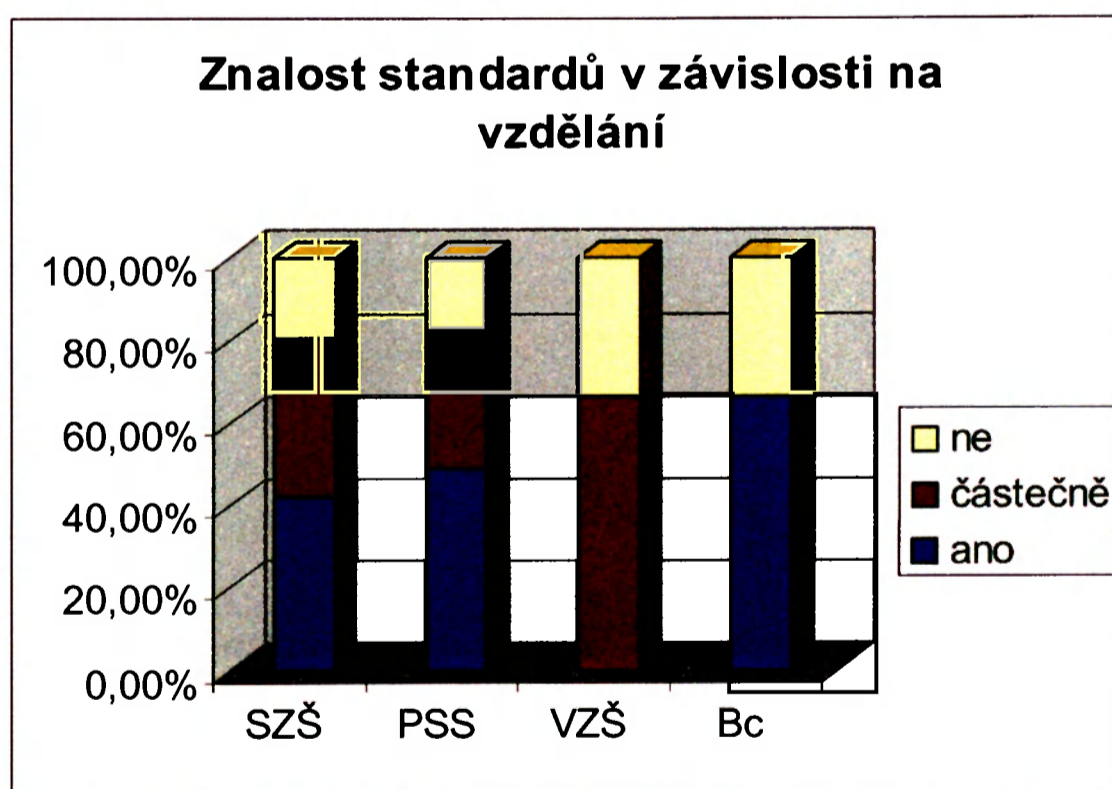
Tab. 6. : Znalost standardů v závislosti na vzdělání

	SZŠ	PSS	VZŠ	Bc	Σ
ano	13	25	0	2	40
částečně	12	17	2	0	31
ne	6	9	1	1	17
Σ	31	51	3	3	88

Tab. 6a. : Znalost standardů v závislosti na vzdělání (%)

	SZŠ	PSS	VZŠ	Bc
ano	41,94%	49,02%	0,00%	66,67%
částečně	38,71%	33,33%	66,67%	0,00%
ne	19,35%	17,65%	33,33%	33,33%
Σ	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Graf 6. : Znalost standardů v závislosti na vzdělání



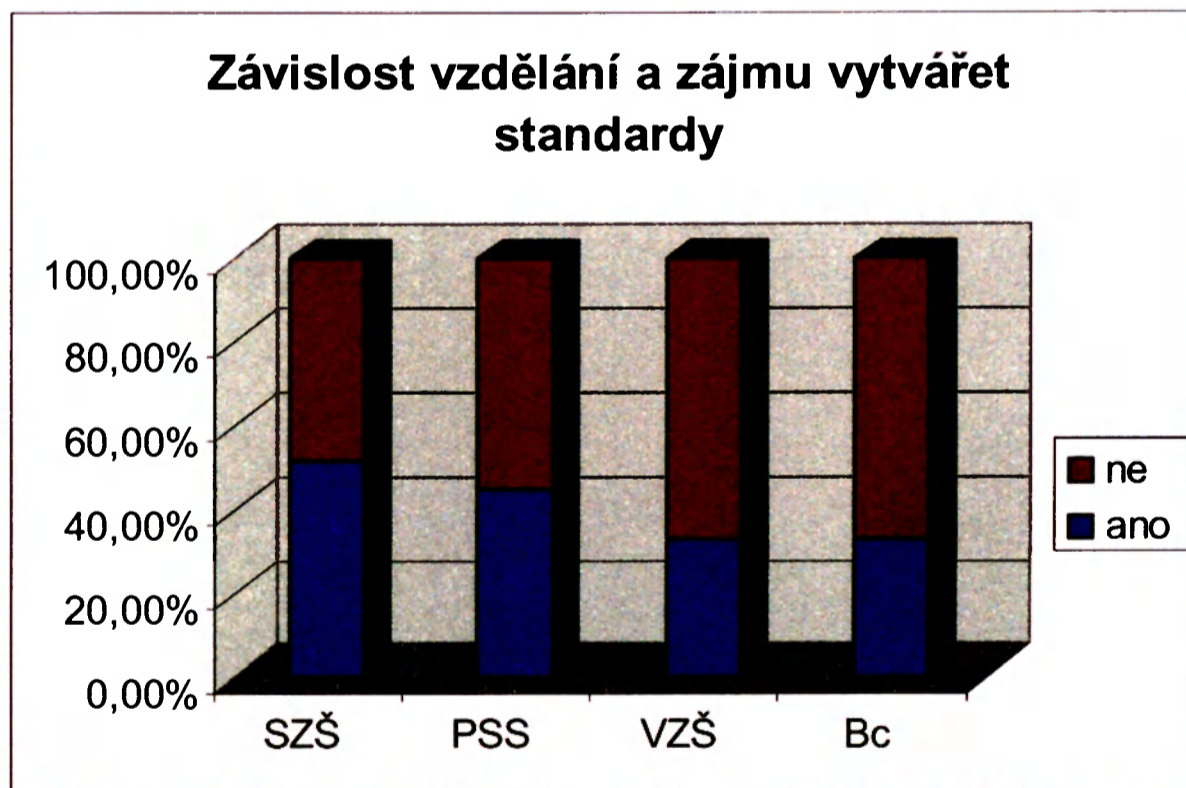
Tab. 7. : Závislost vzdělání a zájmu vytvářet standardy

	SZŠ	PSS	VZŠ	Bc	Σ
ano	16	23	1	1	41
ne	15	28	2	2	47
Σ	31	51	3	3	88

Tab. 7a. : Závislost vzdělání a zájmu vytvářet standardy v %

	SZŠ	PSS	VZŠ	Bc
ano	51,61%	45,10%	33,33%	33,33%
ne	48,39%	54,90%	66,67%	66,67%
Σ	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Graf 7. : Závislost vzdělání a zájmu vytvářet standardy



Tab 8. : Všeobecný zájem spolupracovat na tvorbě standardů za účelem zvyšování kvality péče

zájem	ano	ne	$\Sigma$
n	41	47	88

Graf 8. : Všeobecný zájem spolupracovat na tvorbě standardů za účelem zvyšování kvality péče



Tab. 9.: Všeobecný zájem účastnit se vzdělávacích akcí a tím získávat nové znalosti ve zvyšování kvality péče

vzdělávací akce	ano	ne	$\Sigma$
n	74	14	88

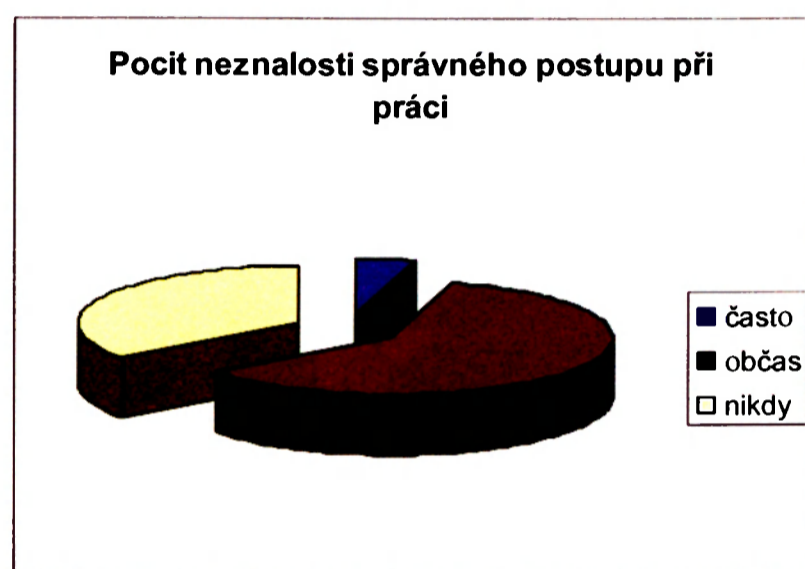
Graf 9. : Všeobecný zájem účastnit se vzdělávacích akcí a tím získávat nové znalosti ve zvyšování kvality péče



Tab. 10. : Situace, kdy si instrumentářka nebyla jista správností postupu nebo řešením problému

pocit nejistoty při práci	často	občas	nikdy	$\Sigma$
n	4	53	31	88

Graf 10. : Situace, kdy si instrumentářka nebyla jista správností postupu nebo řešením problému



Tab. 11. : Důvěra ve standardy jako pomoci určit správný postup nebo řešení problému

důvěra ve standardy	ano	ne	$\Sigma$
n	48	40	88

Graf. 11. : Důvěra ve standardy jako pomoci určit správný postup nebo řešení problému



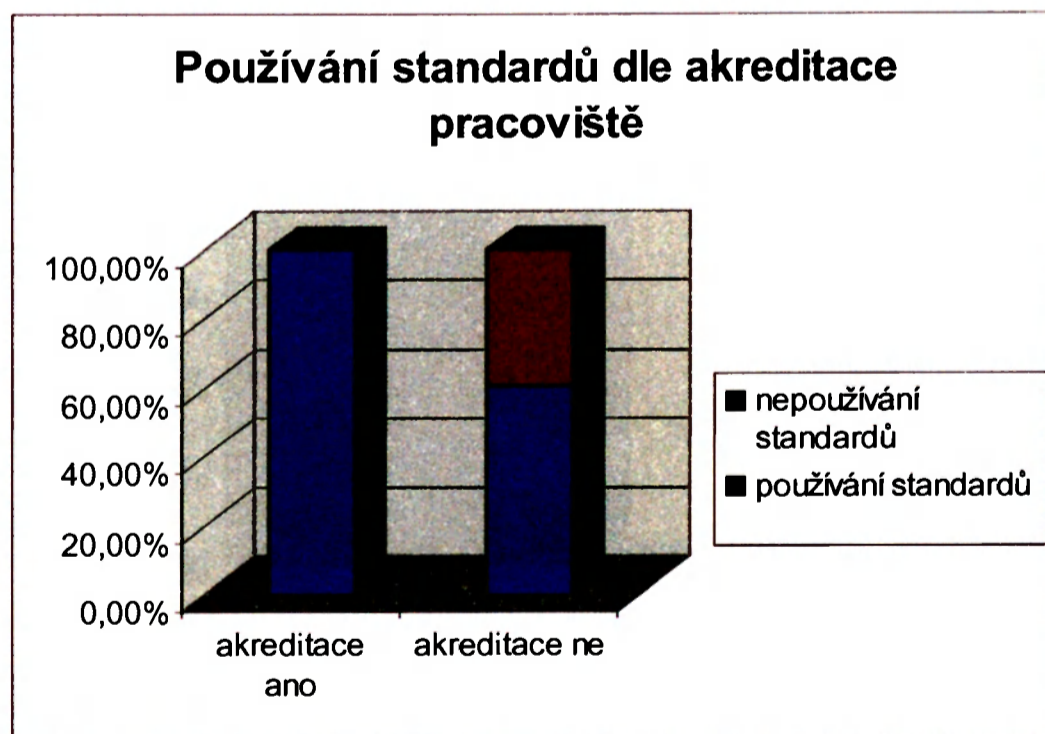
Tab. 12. : Používání standardů v denní praxi dle akreditace pracoviště

	akreditace ano	akreditace ne	$\Sigma$
používání standardů	24	46	70
nepoužívání standardů	0	18	18
$\Sigma$	24	51	88

Tab. 12a. : Používání standardů v denní praxi dle akreditace pracoviště v %

	akreditace ano	akreditace ne
používání standardů	100,00%	60,86%
nepoužívání standardů	0,00%	39,14%
$\Sigma$	100,00%	100,00%

Graf 12. : Používání standardů v denní praxi dle akreditace pracoviště



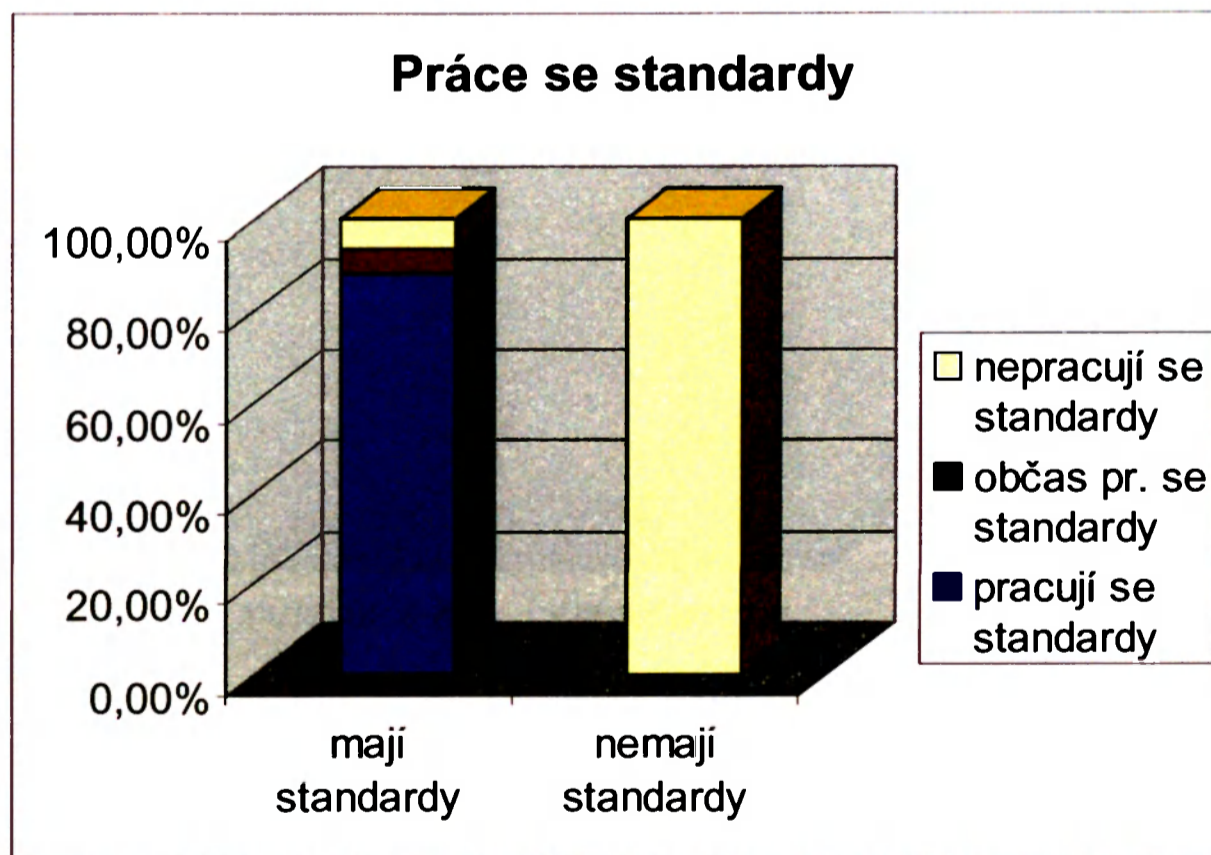
Tab. 13. : Používání standardů v denní praxi obecně

	mají standardy	nemají standardy	Σ
pracují se standardy	66	0	66
občas pracují se standardy	4	0	4
nepracují se standardy	5	13	18
Σ	75	13	88

Tab. 13 a. : Používání standardů v denní praxi obecně v %

	mají standardy	nemají standardy
pracují se standardy	88,00%	0,00%
občas pracují se standardy	5,34%	0,00%
nepracují se standardy	6,66%	100,00%
Σ	100,00%	100,00%

Graf 13. : Používání standardů v denní praxi obecně





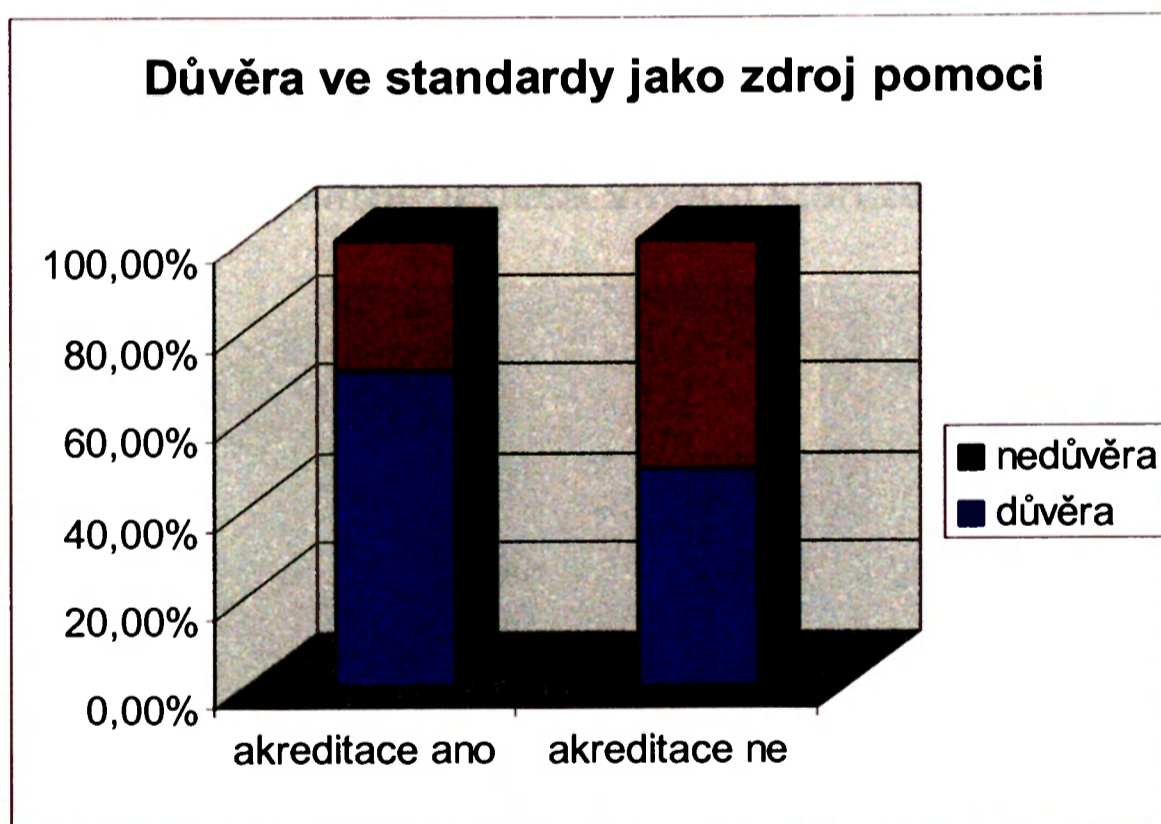
Tab. 14. : Důvěra ve standardy dle akreditace pracoviště

	akreditace ano	akreditace ne	Σ
důvěra	17	31	48
nedůvěra	7	33	40
Σ	24	64	88

Tab. 14a. : Důvěra ve standardy dle akreditace pracoviště v %

	akreditace ano	akreditace ne
důvěra	70,83%	48,44%
nedůvěra	29,17%	51,56%
Σ	100,00%	100,00%

Graf 14. : Důvěra ve standardy dle akreditace pracoviště



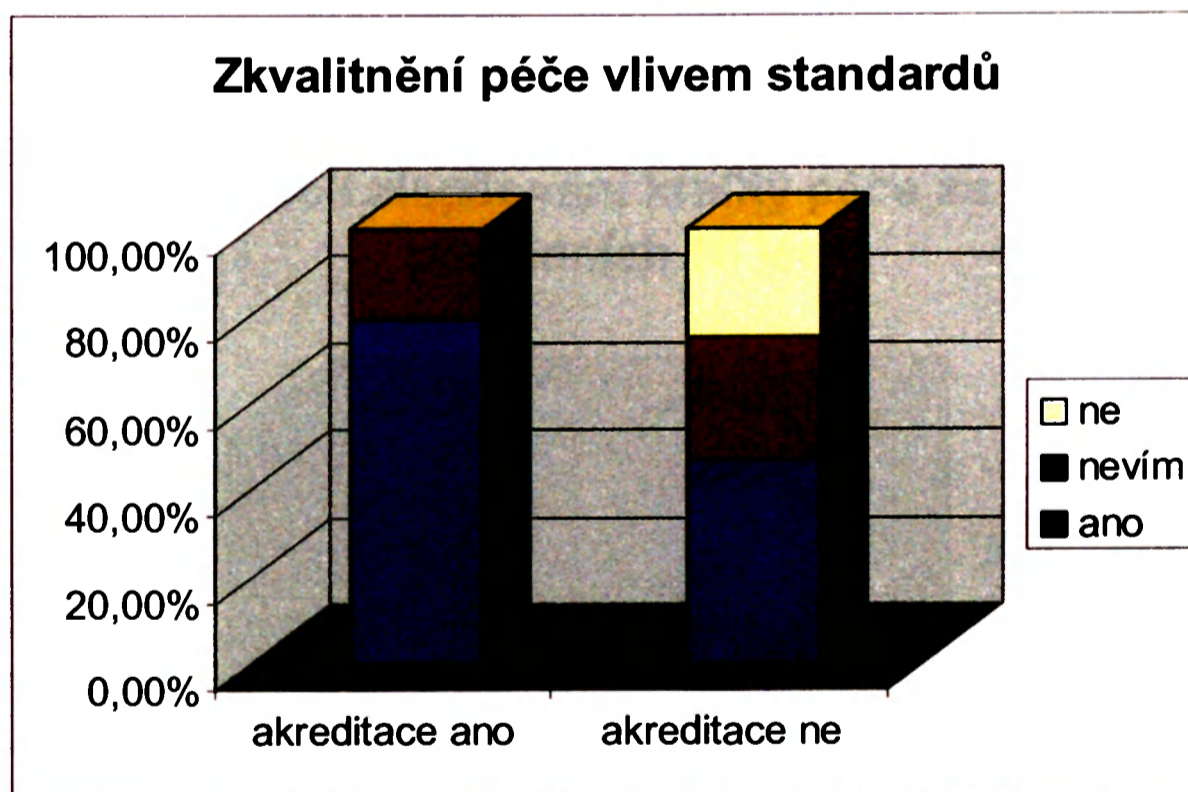
Tab. 15. : Zkvalitnění péče o nemocné zaváděním standardů do praxe

	akreditace ano	akreditace ne	Σ
ano	19	30	49
nevím	5	13	18
ne	0	21	21
Σ	24	64	88

Tab. 15a. : Zkvalitnění péče o nemocné zaváděním standardů do praxe v %

	akreditace ano	akreditace ne
ano	79,17%	46,87%
nevím	20,83%	28,12%
ne	0,00%	25,01%
Σ	100,00%	100,00%

Graf 15.: Zkvalitnění péče o nemocné zaváděním standardů do praxe



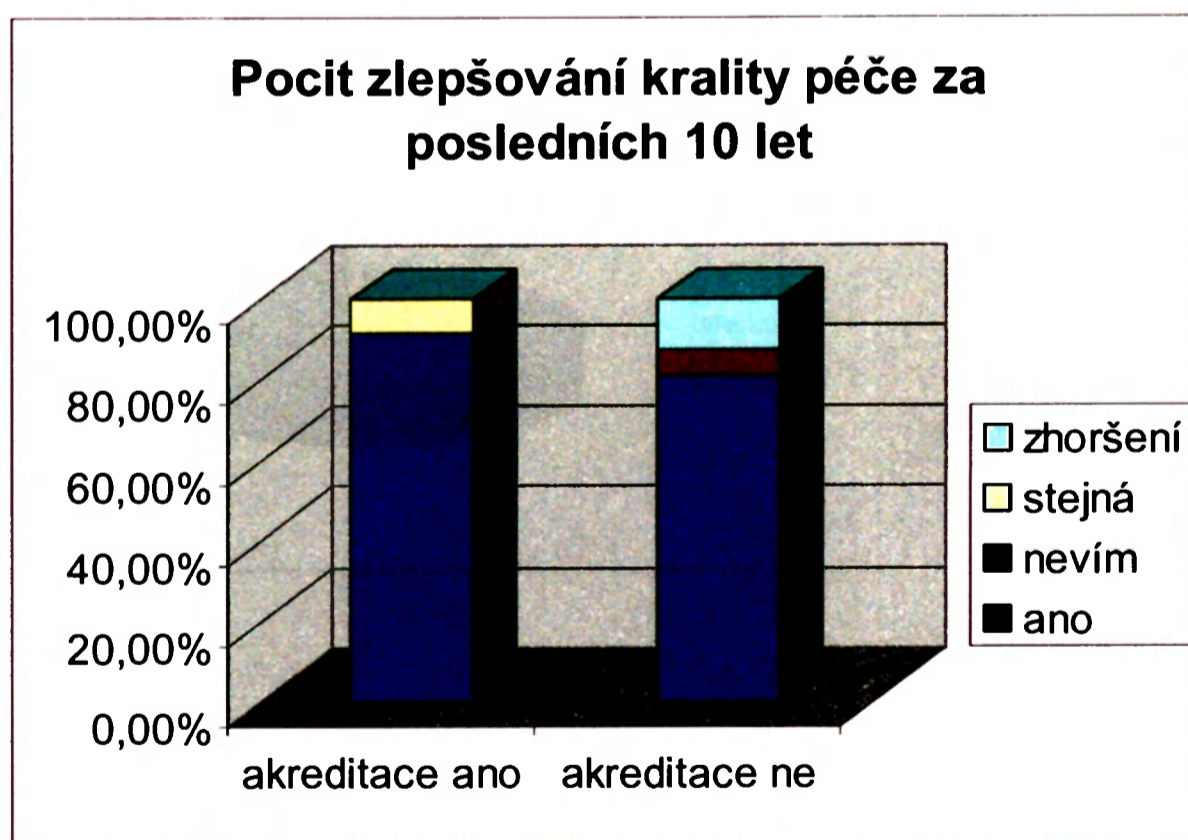
Tab. 16.: Pocit zlepšování kvality péče za posledních 10 let

	akreditace ano	akreditace ne	Σ
ano	22	52	74
nevím	0	4	4
stejná	2	0	2
zhoršení	0	8	8
Σ	24	64	88

Tab. 16a. : Pocit zlepšování kvality péče za posledních 10 let v %

	akreditace ano	akreditace ne
ano	91,67%	81,25%
nevím	0,00%	6,25%
stejná	8,33%	0,00%
zhoršení	0,00%	12,50%
Σ	100,00%	100,00%

Graf 16: Pocit zlepšování kvality péče za posledních 10 let



Tab. 17. : Používání sálové dokumentace

sálová dokumentace	ano	ne	$\Sigma$
n	84	4	88

Tab. 17a. : Používání sálové dokumentace v %

sálová dokumentace	ano	ne	$\Sigma$
n	95,50%	4,50%	100,00%

Graf 17: Používání sálové dokumentace



Tab 18. : Význam sálové dokumentace pro kvalitu péče

význam	ano	ne	$\Sigma$
n	83	5	88

Tab 18a. : Význam sálové dokumentace pro kvalitu péče v %

sálová dokumentace	ano	ne	$\Sigma$
N	94,30%	5,70%	100,00%

Graf 18. : Význam sálové dokumentace pro kvalitu péče



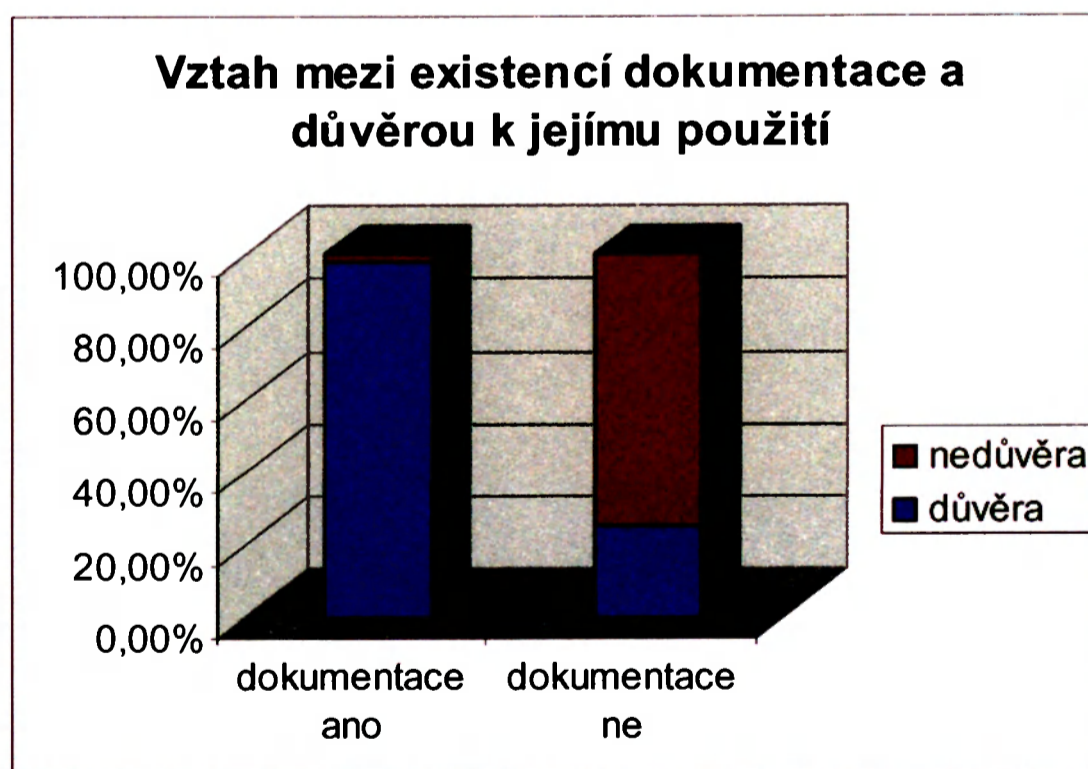
Tab. 19. : Vztah mezi existencí sálové dokumentace a důvěrou ve význam jejího použití

	dokumentace ano	dokumentace ne	Σ
důvěra	82	1	83
nedůvěra	2	3	5
Σ	84	4	88

Tab. 19a. : Vztah mezi existencí sálové dokumentace a důvěrou ve význam jejího použití v %

	dokumentace ano	dokumentace ne
důvěra	97,62%	25,00%
nedůvěra	2,38%	75,00%
Σ	100,00%	100,00%

Graf 19. : Vztah mezi existencí sálové dokumentace a důvěrou ve význam jejího používání



Tab. 20. : Pochopitelnost a přijatelnost předložených standardů

	ano	ne	$\Sigma$
n	71	17	88

Graf 20. : Pochopitelnost a přijatelnost předložených standardů



Tab. 21.: Zájem o rozpracování operačních postupů

	ano	ne	Nevím	$\Sigma$
n	58	24	6	88

Graf. 21. : Zájem o rozpracování operačních postupů





Tab. 22. : Jasně rozpracované kompetence na pracovišti

kompetence	ano	ne	$\Sigma$
n	65	23	88

Graf 22. : Jasně rozpracované kompetence na pracovišti



Tab. 23. výchozí tabulka

pohlaví	věk	léta praxe	sál	jméno nemocnice	akreditace	vzdělání	současné studium	atestace	má pracoviště standardy	specifické standardy	znáte obsah standardů
f	24	6	3	Bulovka	ne	szš	ne	ne	ano	ano	ano
f	30	17	10	Bulovka	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	48	46	44	Bulovka	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	30	12	12	Bulovka	ne	szš	ne	ne	ano	ano	částečně
f	42	27	22	Bulovka	ne	vzš	ne	ano	ano	ano	ne
f	48	35	30	Bulovka	ne	szš	ne	ano	ano	ano	ano
f	24	6	1	ftn	ne	szš	ne	ne	ano	ano	ne
f	24	3	1	ftn	ne	vzš	ne	ne	ano	ano	částečně
f	24	6	3	ftn	ne	szš	ano	ne	ano	ano	ano
f	24	9	6	ftn	ne	szš	ano	ne	ano	ano	ano
f	42	22	11	ftn	ne	szš	ne	ano	ano	ano	ano
f	24	7	5	ftn	ne	bc	ano	ne	ano	ano	částečně
f	30	12	1	ftn	ne	szš	ne	ne	ano	ano	částečně
f	42	22	16	ftn	ne	pss	ne	ano	ano	ano	částečně
f	36	18	15	ftn	ne	pss	ne	ano	ano	ano	částečně
f	42	26	23	ftn	ne	pss	ne	ano	ano	ano	částečně
f	24	9	5	ftn	ne	pss	ne	ano	ano	ano	částečně
f	48	19	14	homolka	ano	pss	ne	ano	ano	ne	ano
f	30	10	9	homolka	ano	bc	ne	ano	ano	ne	částečně
f	24	4	4	homolka	ano	szš	ne	ne	ano	ano	částečně
f	24	8	2	homolka	ano	szš	ne	ne	ano	ne	částečně
f	30	14	4	homolka	ano	pss	ne	ano	ano	ano	částečně
f	36	21	16	homolka	ano	pss	ne	ano	ano	ano	částečně
f	24	6	3	homolka	ano	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	48	33	17	homolka	ano	pss	ne	ano	ano	ne	ano
f	18	5	2	homolka	ano	szš	ne	ne	ano	ano	částečně
f	24	8	8	homolka	ano	pss	ano	ano	ano	ne	ano
f	36	14	14	homolka	ano	pss	ano	ano	ano	ne	částečně
f	36	18	18	hradec králové	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	30	12	7	hradec králové	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	18	1	1	hradec králové	ne	szš	ne	ne	ano	ano	ne
f	30	10	10	hradec králové	ne	pss	ne	ano	ano	ne	ne
f	36	20	20	hradec králové	ne	szš	ne	ano	ano	ano	ano
f	48	32	20	IKEM	ne	szš	ne	ano	ano	ano	částečně
f	42	27	27	IKEM	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	24	7	1	IKEM	ne	szš	ne	ne	ano	ano	částečně
f	24	10	10	IKEM	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	24	7	1	IKEM	ne	szš	ne	ne	ano	ano	ano
f	42	24	24	IKEM	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	42	25	22	IKEM	ne	pss	ne	ano	ne	ano	ano
f	30	11	9	IKEM	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	30	13	10	IKEM	ne	szš	ne	ano	ano	ano	ano
f	36	20	18	IKEM	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	36	21	19	IKEM	ne	szš	ne	ano	ano	ano	ano
f	48	32	24	IKEM	ne	szš	ne	ano	ano	ano	ano
f	36	22	20	IKEM	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	24	6	5	liberec	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	18	5	4	liberec	ne	szš	ne	ne	ano	ano	ano
f	36	22	15	liberec	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano

f	24	8	8	liberec	ne	pss	ne	ano	ano	ne	částečně
f	42	23	5	liberec	ne	pss	ne	ano	ano	ne	částečně
f	24	11	11	liberec	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	30	10	9	motol	ne	bc	ne	ano	ano	ano	ne
f	30	15	10	motol	ne	pss	ano	ano	ano	ne	ano
f	24	7	7	motol	ne	vzš	ne	ano	ano	ano	částečně
f	30	17	9	motol	ne	pss	ne	ano	ano	ne	částečně
f	30	11	9	motol	ne	pss	ne	ano	ano	ne	částečně
f	24	7	2	motol	ne	szš	ne	ne	ano	ano	ano
f	36	15	4	motol	ne	szš	ne	ano	ano	ano	ano
f	24	10	8	motol	ne	pss	ne	ano	ne	ne	ne
f	30	10	8	motol	ne	pss	ne	ano	ne	ne	ne
f	24	7	2	Na Františku	ne	pss	ne	ne	ne	ano	částečně
f	42	22	20	Na Františku	ne	pss	ne	ano	ne	ne	ne
f	24	5	1	Na Františku	ne	szš	ne	ne	ne	ne	ne
f	24	6	2	Na Františku	ne	szš	ne	ne	ne	ne	ne
f	36	18	7	Na Františku	ne	pss	ne	ano	ne	ne	ne
f	36	19	19	Na Františku	ne	pss	ne	ano	ne	ne	ne
f	30	16	6	Na Františku	ne	szš	ne	ano	ne	ne	ne
f	30	15	10	Na Františku	ne	pss	ne	ano	ne	ne	ne
f	36	15	10	Na Františku	ne	pss	ne	ano	ne	ne	ne
f	42	28	13	Na Františku	ne	szš	ne	ano	ne	ne	ne
f	36	17	13	ústí nad labem	ano	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	30	15	13	ústí nad labem	ano	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	30	12	12	ústí nad labem	ano	pss	ne	ano	ano	ano	ne
f	48	28	26	úvn	ano	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	18	4	4	úvn	ano	szš	ne	ne	ano	ne	částečně
f	30	6	2	úvn	ano	szš	ne	ne	ano	ne	částečně
f	24	10	8	úvn	ano	pss	ne	ano	ano	ano	částečně
f	30	13	9	úvn	ano	pss	ne	ano	ano	ne	částečně
f	30	14	10	úvn	ano	pss	ne	ano	ano	ne	částečně
f	36	16	11	úvn	ano	pss	ano	ano	ano	ano	částečně
f	36	20	10	úvn	ano	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	36	18	10	úvn	ano	pss	ne	ano	ano	ano	ano
f	30	10	4	vinohrady	ne	szš	ano	ne	ano	ano	částečně
f	30	9	5	vinohrady	ne	szš	ano	ne	ano	ano	částečně
f	24	10	2	vinohrady	ne	szš	ne	ne	ano	ano	částečně
f	54	35	33	vinohrady	ne	pss	ne	ano	ano	ano	částečně
f	54	32	32	vinohrady	ne	pss	ne	ano	ano	ano	ano

používáte standardy	máte písemné standardy	vlastní zájem tvořit standardy	jak jinak jste poučováni	nevěděla jste někdy jak postupovat	pomohli by Vám standardy	znáte audit	jsou u Vás audity	účast na vzdělávacích akcích
ano	ano	ne		nikdy	ano	ne	ne	ne
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	nikdy	ano	ne	ne	ano
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	nikdy	ano	ne	ne	ne
většinou	ano	ne		občas	ano	ne	ne	ne
ne	ne	ne		ne	ne	ne	ne	ano
ano	ano	ano		nikdy	ne	ne	ne	ano
ano	ano	ano	ústně	často	ano	ne	nevím	ne
ano	ano	ne		občas	ne	ne	ano	ano
ano	ano	ano	ústně	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne		nikdy	ano	ne	ne	ano
ano	ano	ne		občas	ano	ne	nevím	ano
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	nikdy	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne		občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne		občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne		nikdy	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ne		občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne		občas	ne	ne	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne		občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne		občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ano	ano	ano
ano	pouze některé	ano		nikdy	ano	ano	ano	ano
ano	pouze některé	ano		nikdy	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ne		často	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	nikdy	ano	ano	ano	ano
většinou	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	nikdy	ne	ne	ano	ano
občas	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ano	nevím	ano
ano	ano	ano		občas	ne	ano	nevím	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ne	nevím	ano
ano	ano	ano	ústně	občas	ne	ano	nevím	ano
občas	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ano	nevím	ne
ano	ano	ano		občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano		občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ústně	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ústně	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ano	ano	ano
ano	pouze některé	ne	ústně	občas	ne	ano	nevím	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano		občas	ne	ne	ano	ano
ano	ano	ne		občas	ano	ano	ano	ano

občas	pouze některé	ne		občas	ano	ne	nevím	ano
občas	pouze některé	ne		občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ústně	občas	ano	ano	ano	ano
ne	pouze některé	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ano		občas	ano	ano	ano	ano
ne	pouze některé	ne	ústně	nikdy	ne	ano	ne	ano
ne	pouze některé	ne	ústně	nikdy	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ano		občas	ano	ne	ne	ano
ano	ano	ano		občas	ano	ne	ne	ano
ne	ne	ne	ústně	nikdy	ne	ano	ne	ano
ne	ne	ne	ústně	nikdy	ne	ano	ne	ano
ne	ne	ne	ústně	občas	ne	ne	ne	ano
ne	ne	ano	ústně	nikdy	ano	ne	ne	ano
ne	ne	ne	ústně	nikdy	ne	ne	ne	ne
ne	ne	ne	ústně	nikdy	ne	ne	ne	ne
ne	ne	ne	pracuji podle zvyklosti	občas	ne	ne	ne	ano
ne	ne	ne	ústně	občas	ne	ano	ne	ano
ne	ne	ne	ústně	občas	ne	ne	ne	ano
ne	ne	ne	pracuji podle zvyklosti	nikdy	ne	ne	ne	ano
ne	ne	ne	pracuji podle zvyklosti	nikdy	ne	ne	ne	ano
ne	ne	ano	ústně	nikdy	ne	ne	ne	ano
ano	ano	ne		nikdy	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne		nikdy	ne	ano	ano	ano
většinou	ano	ne		občas	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ano		nikdy	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ne	nevím	ano
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ne	nevím	ano
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	často	ano	ano	nevím	ne
ano	ano	ano	pracuji podle zvyklosti	často	ano	ano	nevím	ne
ano	ano	ano		nikdy	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano		občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano		občas	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne		nikdy	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ne		nikdy	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ne		občas	ano	ne	ne	ne
ano	ano	ne	pracuji podle zvyklosti	občas	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ano		nikdy	ne	ano	ano	ano

zkvalitní standardy péči	máte odd. kvality péče	víte jaká je činnost odd. kvality	informace o práci odd. kvality	máte sálovou dokumentaci	je dokumentace pro Vás dostačující	je důležité zaznamenávat údaje	znáte indikátory kval. Péče	sledují se u Vás indikátory
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
nevím	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
nevím	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
ano	nevím	ano	ne	ano	ano	ano	ano	nevím
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne	nevím
ano	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ano	ano
ano	ano	občas	občas	ano	ano	ano	ne	ano
ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	e
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ano
nevím	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	občas	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	občas	ne	ne	nevím	ne	ne	nevím
nevím	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	občas	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	ano	ano	občas	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ne	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ne	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	nevím	ne	ne	ano	ne	ano	ne	ne
ano	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	ano	ne	občas	ano	ano	ano	ne	nevím
ano	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ano	občas	ano	ano	ano	ano	nevím
ne	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne

ano	ano	ano	občas	ano	ano	ano	ne	nevím
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	ano	ano	občas	ano	ne	ano	ano	ne
ano	nevím	ne	ne	ano	ne	ano	ne	ne
ne	nevím	ne	ne	ano	ne	ano	ne	ne
ne	nevím	ne	ne	ano	ne	ano	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ne	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ano	ano	občas	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ano	ano	občas	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ne
nevím	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ne
nevím	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
nevím	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne
nevím	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
nevím	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
nevím	nevím	ne	ne	ano	ano	ano	ne	nevím
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano	nevím	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano	nevím	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	nevím	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano





ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ne	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne
ne	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano
ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne
ano	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano
ano	nevím	ano	ano	ano	ano	ano	ano
ano	nevím	ano	ano	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano
ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano
ano	stejná	ano	ano	ano	ano	ne	ano
ano	stejná	ano	ano	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ano	jak kdy	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ano	jak kdy	ano	ano	ano	ne
ne	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ano
ne	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ano
ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne
ano	zhoršení	ne	ne	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ano

doplnit anatomický rozbor	vyhovuje rozvržení instrumentaria	nebo lépe instrumentarium dle stolku	rozvržení instrumentaria během operace	výukový materiál vhodný	chrání poklady právně sestru	zamezení odbrných sporů
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano
ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ano	ne	ano	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ne	ne	ano
ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ne	ano	ne	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ano	ne	ne	ano
ano	ano	ne	ano	ne	ne	ano
ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ne	ne	ano	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ano	ano	ne	ne
ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
ano	ano	ano	ano	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ano	ano	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano
ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne

ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano
ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	n	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne
ne	ne	ano	ano	ne	ano	ano
ne	ne	ano	ano	ne	ano	ano
ne	ano	ne	ano	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ano
ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
ne	ano	ne	ne	nevím	ne	ne
ne	ano	ne	ne	nevím	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne
ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne

sniženi iatrogenního postižení	jsou u Vás kompetence	rozpracovat funkce členů týmu	usnadnily by Vám standardy práci	máte specifikovány kompetence
ano	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ne	ne	ano
ne	ano	ne	ne	ano
ne	ano	ne	ano	ano
ne	ano	ne	ne	ano
ne	ano	ne	ne	ano
ano	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ne	nevím	ano
ano	ne	ano	ano	ne
ano	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ano	ano	ne
ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ano	ano	ne
ne	ano	ne	nevím	ano
ne	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ne	ano	ano
ano	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ne
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ano	nevím	ano
ne	ne	ne	nevím	ne
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ne	ano
ne	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ne	ne	ne
ne	ano	ano	ne	ne
ano	ne	ne	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ne
ne	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ne	ano	ano
ne	ano	ne	ano	ano
ne	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ano	ano
ano	ano	ne	ano	ano
ne	ne	ne	ne	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ano	ano	ano
ne	ne	ne	ano	ne
ano	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ne	ne	ano

ne	ne	ne	ano	ne
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ne	ano	ano	ano
ano	ne	ano	ano	ne
ne	ano	ano	ano	ano
ne	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ne	ne	ne
ne	ano	ano	ne	ano
ne	ano	ne	ano	ano
ne	ano	ne	ano	ano
ne	ne	ne	ne	ano
ne	ano	ne	ne	ano
ne	ano	ano	ne	ano
ne	ano	ano	ne	ano
ne	ano	ano	ne	ano
ne	ano	ano	ne	ano
ne	ano	ne	ne	ne
ano	ano	ano	ne	ano
ano	ano	ano	ne	ano
ne	ne	ne	ne	ne
ano	ano	ne	ne	ano
ano	ne	ano	ne	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano
ne	ne	ano	ano	ne
ano	ano	ne	nevím	ano
ano	ano	ne	nevím	ano
ano	ne	ano	ano	ne
ano	ne	ano	ano	ne
ano	ne	ano	ano	ne
ne	ne	ano	ano	ano
ano	ano	ano	ano	ano

## 11. Přílohy

### Příloha č. 1.

#### Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,  
jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK magisterského studia učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. Tématem mé diplomové práce je práce sester se standardy na operačních sálech. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je anonymní. Pokud budete mít jakékoliv připomínky či nápady prosím o jejich uvedení v zadní části dotazníku. Čestně prohlašuji, že informace získané z tohoto dotazníku budou použity pouze pro zpracování mé závěrečné diplomové práce.  
Za Váš čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkuji.  
Petra Matoušová

#### A. obecná část

1. Žena  Muž

2. Věk 18 – 23  36 - 41  54 - 59   
24 - 29  42 - 47  60 - 65   
30 - 35  48 - 53  66 a více

3. Léta praxe celkem.....

4. Z toho praxe na operačním sále.....v oboru .....

5. Typ zařízení ve kterém pracujete?

státní  krajské  akreditované  církevní  
 nestátní  regionální  vojenské

6. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

SZŠ  Mgr.  
 VZŠ  PSS  
 Bc.  jiné.....

7. Studujete v současné době?

Bc.  PSS  
 Mgr.  jiné, jaké.....

8. Máte jako instrumentář/ka atestaci?

Ano   
Ne  na atestaci se chystám, vyžaduje ji zaměstnavatel   
 na atestaci se chystám ze svého vlastního zájmu   
 atestaci neplánuji

9. Co si představujete pod pojmem kvalita péče? (stručná charakteristika)

.....

10. Kvalita péče je jednou z priorit moderního ošetřovatelství. Standardní postupy jsou krokem ke sjednocení a zkvalitnění péče.

Má vaše pracoviště vypracovány standardy postupů a činností, které jsou zahrnuty ve vaší náplni práce?(např. jak manipulovat s biologickým materiálem, jak postupovat při poranění se injekční jehlou, jak odesílat materiál k histologickému vyšetření, jaká jsou hygienicko- epidemiologická pravidla na operačním sále, jaký je postup při septické operaci, jak postupovat při mimořádné události atd.)

ano  jen u některých činností, jakých .....   
ne

**11. Pokud ano, jsou tyto standardy specifikovány pro vaši práci?**

- ano  
 ne, jsou ve formě směrnic  
 ne, jsou ve formě metodických pokynů  
 jiné.....

**12. Víte přesně co je obsahem těchto standardů?**

ano  částečně ano  ne  nezajímá mě to

**13. Postupujete při práci podle těchto standardů ?**

ano  většinou  občas  ne

**14. Jsou vaše standardy či postupy práce zpracovány v písemné podobě?**

Ano  Ne  pouze některé

**15. A jsou Vám kdykoliv přístupné?**

Ano  a kde:  na inspekčním pokoji v tiskové podobě  
 na intranetu v nemocničním informačním systému  
 jiným způsobem, jak? .....

Ne

**16. Kdo tyto standardy/postupy vypracovával?**

- vrchní sestra  
 staniční sestra  
 každá sestra na sále dostala za úkol vypracovat jeden standard (či více standardů)  
 oddělení kvality péče  
 byly nám předloženy v dané podobě vedením  
 jiné.....

**17. Měla byste vy sama zájem aktivně se účastnit a spolupracovat při vypracovávání standardů?**

- Ano mám zájem  
 Ne nemám zájem

**18. Pokud nemáte standardy jakým jiným způsobem jste poučeni a informováni o správnosti vašeho postupu?**

- ústně  
 pracuji podle zvyklostí pracoviště  
 informace získávám z odborné literatury a časopisů  
 jinak, jak ?  
.....  
.....

**19. Ocitla jste se někdy během své praxe v situaci, kdy jste si nebyla jista jak daný problém řešit, jak postupovat?**

- nikdy, vždy si dokážu poradit  
 občas se do takové situace dostanu  
 často se v této situaci nacházím (např. i z toho důvodu, že jste na pracovišti krátkou dobu, jste absolventkou po škole atd.)

**20. Myslíte si, že když byste měla k dispozici standardy týkající se vašich kompetencí, náplně Vaší práce a jednotlivých postupů pomohly by Vám se ve vaší práci lépe orientovat?**

- ano  
 určitě ano  
 nejsem si jist/a  
 ne  
 jiný názor:.....

**21. Jaké standardy byste považovala z pohledu sálové sestry jako nejdůležitější pro vaši práci ?**

.....  
.....  
.....

**22. Co si představujete pod pojmem audit?**

.....

**23. Jsou na vašem pracovišti prováděny audity?**

ano  ne  nevím

**24. Pořádá pro Vás vaše staniční sestra odborná školení v rámci vašeho oboru, o novinkách, v instrumentování atd?**

Ano  jak často  1x 14 dní  
 1x za měsíc  
 jiné.....  
 Školení jsou pro mne přínosná.  
 Školení nepovažuji za důležitá.

Ne

**25. Účastníte se sama dostupných vzdělávacích akcí? (přednášky, konference atd.)**

Ano účastním se cca .....do roka  
 Neúčastním se

**26. Máte pocit, že zaváděním standardů do praxe a sjednocováním postupů se zlepší péče o pacienty?**

ano  ne  nevím  nemám zkušenosti

Osobní

názor.....  
.....  
.....

**27. Funguje u Vás v nemocnici oddělení kvality péče?**

ano  ne  nevím

**28. Máte představu o tom jaká je náplň práce oddělení kvality péče?**

ano  spíše ne  spíše ano  ne

**29. Jste pravidelně informována o tom jak toto oddělení pracuje, jaké jsou výsledky jejich činnosti?**

ano  občas  nejsem informována  nezajímá mě to

**30. Používáte u vás na pracovišti sálovou dokumentaci ?**

ano  ne

**31. Pokud ano, obsahuje vaše dokumentace následující položky?**

Datum operace  Operace plánovaná/ akutní  Lokální anestezie  
 Výkon  Začátek anestezie  Histologie, bakteriologie atd.  
 Operatér  Začátek operace  Koagulace monopolární, bipolární  
 Zavedení močového katetru na sále  Místo přiložení neutrální elektrody  
 Instrumentářka  Konec operace  Alergie  
 Obíhají sestra  Konec anestezie  Druh dezinfekce  
 Druh dezinfekce  Drény, redony  Provedení tracheostomie  
 Místo pro nalepení indikátorů pro kontrolu sterility použitého materiálu a nástrojů  
 VŠE UVEDENÉ  
 jiné položky.....

**32. Myslíte si že je takováto dokumentace dostačující? Ano  ne**

**33. Je podle Vás důležité zaznamenávat tyto údaje?**



Ano  proč ?.....

.....

Ne  proč ?.....

.....

**34. Jaké další údaje si myslíte, že by měla sálová dokumentace obsahovat? Co by měla sálová sestra během operace monitorovat?**

.....

**35. Víte co jsou to indikátory (ukazatele) kvality perioperační péče?**

Ano  ne

**36. Sledujete u Vás na pracovišti nějaké indikátory kvality péče?**

Ano  jaké (prosím vyjmenujte

je).....

.....

ne

**37. Myslíte si že je důležité sledovat kvalitu péče?**

ano, proč

.....

ne,

proč.....

**38. Máte pocit, že se úroveň kvality péče ve zdravotnictví, konkrétně na Vašem pracovišti zlepšila např. ve srovnání se situací před 10lety?**

ano, zlepšila se

v čem.....

ne, zhoršila se

v čem.....

.....  je

stále stejná

**39. Je ve vaší náplni práce zahrnuta také edukace pacienta sálovou sestrou před operací?**

ne  ano

**40. Pokud ano, jak tato edukace probíhá, co sdělujete**

**pacientům?**.....

.....

**41. Myslíte si, že je pro pacienty důležité, aby mluvili před operací se sálovou sestrou, je to pro pacienty dle vašich zkušeností přínosné?**

ano,

proč.....

.....  ne,

proč.....

.....

**42. Kdyby jste měla možnost a kompetence k tomu změnit 3 věci na vašem pracovišti, jakých oblastí (můžete uvést i konkrétní věci) by se to týkalo?**

1.....

2.....

3.....

### **B, speciální část**

Tato část se týká standardů samotného operačního postupu. Zde bych Vás chtěla požádat, zda-li by jste si mohly prohlédnout přiložený standard a na jeho základě se vyjádřit k níže položeným otázkám. (Uvedený

*standard je příkladem jedné z neurochirurgických operací, a proto prosím ostatní obory aby jej chápali pouze jako vodítko toho, jakou formu by mohly mít standardy operačních postupů a co bychom chtěli, aby bylo jejich obsahem obecně bez ohledu na specifika oboru ).*

**43. Jsou podle Vás takto uvedené standardy dostatečně názorné?**

ano  ne

**44. Měly by obsahovat ještě obrazovou dokumentaci?**

ano  ne

**45. Pokud ano, jak by jste si obrazovou dokumentaci představovali?**.....

.....

**46. Je pro Vás popis operačního postupu přijatelný tak jak je z pohledu chirurga?**

ano  ne

**47. Pokud ne byl by pro vás byl výhodnější a srozumitelnější postup z pohledu instrumentářky a jednotlivých fází operace?**

ano  ne

**48. Bylo by pro vás přínosné zařazení anatomického rozboru operace ?**

ano  ne

**49. Vyhovuje vám rozvržení instrumentária a materiálu tak jak je uvedeno ?**

ano  ne

**50. Vyhovovalo by Vám lépe, aby instrumentarium bylo rozepsáno i podle rozvržení na instrumentačním stolku?**

ano  ne

**51. Bylo by pro Vás přínosné mít obrazně zpracované rozložení nástrojů na operačním stolku v jednotlivých fázích operace?**

ano  fotodokumentace  nákres

ne

**52. Máte pocit, že by byly pro vaši práci předložené podklady přínosné z pohledu výukového materiálu?**

ano  ne

**53. Myslíte si, že jsou standardy tohoto typu tak jak jsou napsané přínosné z hlediska právního a chrání sestru před případným právním postihem?**

ano  ne

**54. Myslíte si, že takto zpracované standardy mohou zamezit případným odborným sporům o správném ošetrovatelském postupu?**

ano  ne

**55. Myslíte si, že takto uvedené standardy mohou snížit procento iatrogenního poškození nemocného a tím zkvalitnit péči o nemocného?**

ano  ne

**56. Jsou u Vás na pracovišti jasně rozpracované kompetence jednotlivých členů operačního týmu? Kdo je za co zodpovědný? (operatér, instrumentářka, obíhající sestra, sanitář)?**

ano  ne

**57. Byly by jste rádi, aby byly ve standardech specifikovány přesně funkce jednotlivých členů operačního týmu (operatér, instrumentářka, obíhající sestra, sanitář)?**

ano  ne

**58. Uspadnili by vám standardy takto vypracované ( nebo v pozměněné formě dle vašich potřeb)Vaši práci na sále?**

ano  ne

**59. Jsou Vaše kompetence (sálové sestry) jasně specifikovány v náplni Vaší činnosti?**

ano  ne

**Děkuji za spolupráci.**

Pokud máte připomínky k jakékoliv otázce v dotazníku, prosím o Vaše vyjádření:

Příloha č.2

**Operační výkon:**

**Evakuace akutního subdurálního hematomu**

**Diagnóza:** akutní subdurální hematom

**Poloha:** na zádech s podloženým ramenem a hlavou upevněnou v třibodové fixaci s otočením na příslušnou stranu

**Přístroje:** elektrokoagulace  
odsávačka  
vzduchová vrtačka HiLan

**Instrumentarium:** soubor nástrojů na operaci mozku  
(mikronástroje)

**Rouškování:** jednorázové rouškování (U set + protikus)  
rouška 150x100  
rouška na instrumentační stolek

**Pomůcky:** bipolární kabel + pinzeta (Erbe, Aesculap)  
monopolární koagulace  
vak na tekutiny  
steridrape  
sušení + velké tampony  
odsávací hadice (makro + mikro)  
redonova lahev + drén č. 8  
kostní vosk  
injekční stříkačka 20 ml 2x  
dezinfekce Betadine  
Curaspon  
peroxid vodíku 1,5 %  
Ringerův roztok o TT 37°C  
čepelky č. 23 a 11  
šicí materiál – silon 2,5 a 4  
Monofil 2/0  
empír+ rukavice  
sterilní umyvadlo

**Operační výkon:**

Řez podkovovitěho tvaru je veden od temporálního laloku až po okcipitální. Krvácení je stavěno bipolární koagulací. Ke kožnímu laloku je Michel svorkami upevněna břišní rouška. Elektrickým nožem je protnuta fascie a sval a periost raspatoriem odloučeny do stran. Vnitřní strana laloku je překryta břišní rouškou nebo čtverci namočenými v peroxidu vodíku a fixována dvěma nebo více háčky na lalok. Vzduchovo vrtačkou je provedena osteoplastická kraniotomie. Odstraněná kostní ploténka je uchovávána v Ringerově roztoku s Betadinem.

Po té je otevřena tvrdá plena, založeny stehy a závěsy fixovány peány. Hematom je odstraňován výplachy Ringerovým roztokem a současně hledán a koagulován zdroj krvácení.

Podle stavu pacienta je kost vrácena, případně narůstajícího edému kostní ploténku již nevracíme a vyhazujeme.

Tvrdá plena je sešita vstřebatelným, atraumatickým stehem v případě edému jen volně přiložena. Po té jsou Michel svorky odstraněny, stavěno krvácení a založen Redonův drén – na samospád. Drén je fixován stehem a rána sešita po vrstvách.

Příloha č.3

**Operační výkon:**

**Exstirpace tumoru hypofýzy**

**Diagnóza:** Tu hypofýzy (transnazální transfenoidální přístup)

**Poloha:** na zádech, hlava mírně zakloněná - fixována v misce

**Přístroje:** elektrokoagulace  
odsávačka  
mikroskop

**Instrumentarium:** soubor nástrojů na operaci tumoru hypofýzy nosem  
hypofyzární dodatek

**Rouškování:** jednorázové rouškování (U set + protikus)  
rouška 150x100  
rouška na instrumentační stolek

**Pomůcky:** bipolární kabel + pinzeta (Erbe, Aesculap)  
Sušení – malé čtverečky, tampony malé + střední  
štetičky  
odsávací hadice (makro + mikro)  
vak na tekutiny  
kostní vosk  
injekční stříkačka 20 ml, 10 ml  
jehla černá  
Curaspon  
čepelky č. 23 a 11  
Sanorin emulze  
Tissucol lepidlo  
Prodlužovací hadička  
Nosní tamponáda  
Šicí materiál – Vicryl 3/0  
sterilní umyvadlo, empiry + rukavice

**Operační výkon:**

Řez je veden pod horním rtem. Sliznice je odpreparována od nosní přepážky a resekována až ke spodině sfenoidální dutiny. Dutina je široce rozevřena, odstraněna spodina tureckého sedla a protětím tvrdé pleny obnažen tumor. Nádor je odstraňován za použití mikroskopu a mikronástrojů. Po vynětí nádoru je vzniklá dutina vyplněn kouskem svalů, aby se předešlo vzniku mokového píštěle, případně meningitidy. Sval je přilepen tkáňovým lepidlem Tissucolem. Rána v ústech je sešita 3/0 Vicrylem. Po té je zavedena tamponáda a přiložen prakový obvaz.