

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE NA
TRAUMATOLOGICKÉM ODDĚLENÍ Z POHLEDU
PACIENTA

Bakalářská práce

Autor práce: Simona Ždimerová

Vedoucí práce: Mgr. Simona Hájková

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Simona Ždimerová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Předoperační a pooperační péče na traumatologickém oddělení z pohledu pacienta
Vedoucí práce:	Mgr. Simona Hájková
Cíl práce:	Zjistit, jak pacienti hodnotí poskytovanou předoperační a pooperační péči na traumatologickém oddělení.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tematikou předoperační a pooperační péče na traumatologickém oddělení z pohledu pacienta. Stran problematiky se věnuje předoperační a pooperační péči. Práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Část teoretická je zaměřena na obor traumatologie, jeho organizaci provozu, předoperační a pooperační péči. Specifikuje ošetrovatelskou péči na traumatologii, zaměřenou na předoperační přípravu a pooperační péči, dále popisuje jednotlivá dění v době před operací a následně po operaci. V navazující fázi se také věnuje rehabilitaci, edukaci a komunikaci s pacientem. Výzkumná část je realizována pomocí kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po operačním výkonu na traumatologickém oddělení. Cílem práce je zjistit, jak pacienti hodnotí poskytovanou předoperační a pooperační péči.

Klíčová slova

Pooperační péče, předoperační péče, traumatologie

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic of preoperative and postoperative care in the trauma department from the patient's perspective. The side of the problem is devoted to preoperative and postoperative care. The thesis consists of theoretical and research part. The theoretical part is focused on the field of traumatology, its organization of operation, preoperative and postoperative care. It specifies nursing care in traumatology, focusing on preoperative preparation and postoperative care, and describes individual events occurring before and after surgery. Additionally, it discusses rehabilitation, education, and communication with the patient. The research part is carried out by means of qualitative research in the form of semi-structured interviews with patients after surgery in the trauma department. The aim of the study is to find out how patients evaluate the preoperative and postoperative care received.

Keywords

Postoperative care, preoperative care, traumatology

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 25. dubna 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Simoně Hájkové za její cenné rady, ochotu, čas, trpělivost a pečlivost při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat svým respondentům za jejich spolupráci, čas a ochotu při výzkumném šetření. Veliké poděkování patří i mé rodině a blízkým, kteří mě celou dobu podporovali během celého studia a psaní závěrečné práce.

Obsah

Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Obor traumatologie	11
1.1.1 Transport	12
1.1.2 Organizace provozu traumatologického oddělení	12
1.2 Předoperační příprava	13
1.2.1 Dlouhodobá předoperační příprava	13
1.2.2 Krátkodobá předoperační příprava	14
1.2.3 Bezprostřední předoperační příprava	15
1.3 Ošetrovatelský proces v předoperační péči	16
1.3.1 Plánovaný příjem pacienta	16
1.3.2 Akutní příjem pacienta	17
1.4 Ošetrovatelský proces v pooperační péči.....	18
1.5 Edukace, režimová opatření, rehabilitace	20
1.6 Komunikace s pacientem.....	21
2 Výzkumná část	23
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	23
2.2 Metodika výzkumu	23
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	23
2.4 Průběh výzkumu	24
2.5 Zpracování získaných dat.....	24
2.6 Výsledky výzkumného šetření	24
2.6.1 Analýza výsledků	34
3 Diskuze	52
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	57
Závěr	58
Seznam použité literatury	60
Přílohy.....	Chyba! Záložka není definována.

Seznam tabulek

Tabulka 1 - charakteristika respondentů	24
Tabulka 2 - vyhodnocení otázky č.1	34
Tabulka 3 - vyhodnocení otázky č.2	35
Tabulka 4 - vyhodnocení otázky č.3	36
Tabulka 5 - vyhodnocení otázky č.4	37
Tabulka 6 - vyhodnocení otázky č.5	38
Tabulka 7 - vyhodnocení otázky č.6 - před operací.....	39
Tabulka 8 - vyhodnocení otázky č.6 - po operaci.....	40
Tabulka 9 - vyhodnocení otázky č.7	41
Tabulka 10 - vyhodnocení otázky č.8	42
Tabulka 11 - vyhodnocení otázky č.9	43
Tabulka 12 - vyhodnocení otázky č.10	44
Tabulka 13 - vyhodnocení otázky č.11	45
Tabulka 14 - vyhodnocení otázky č.12	46
Tabulka 15 - vyhodnocení otázky č.13	47
Tabulka 16 - vyhodnocení otázky č.14	48
Tabulka 17 - vyhodnocení otázky č.15	49
Tabulka 18 - vyhodnocení otázky č.16	50
Tabulka 19 - vyhodnocení otázky č.17	51

Seznam zkratek

ATB	Antibiotikum
Bc.	Bakalář
Dis.	Diplomovaný specialista
EKG	Elektrokardiografie
INR	International Normalized Ratio
Mgr.	Magistr
PAD	Perorální antidiabetikum
PMK	Permanentní močový katetr
Rh faktor	Rhesus faktor
RHB	Rehabilitace
RTG	Rentgenové záření
TEN	Tromboembolická nemoc
VAS	Vizuálně analogová škála
WC	Toaleta

Úvod

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Předoperační a pooperační péče na traumatologickém oddělení z pohledu pacienta.“ Úrazů neustále přibývá. Zejména dochází jak k nárůstu počtů zraněných, tak ke zvyšování závažnosti zranění. Operační řešení je proto ve většině případů jedinou, důležitou a také nedílnou součástí řešení těchto úrazů. Proto se pacient bez předoperační přípravy a následné pooperační péče neobejdeme. V dnešní „moderní“ medicíně zastupuje péče před operací a péče po operaci velmi důležitou a klíčovou roli. Zejména v zajištění pozitivně optimálního výsledku chirurgického zákroku a následného celkového zdravotního stavu pacienta. V předoperační péči je hlavním cílem minimalizovat rizika spojená s výkonem. Pooperační péče je následně nedílnou součástí procesu pooperační rekonvalescence a rehabilitace. Velice důležitou součástí poskytované péče a také důležitým faktorem ke spokojenosti pacientů jsou zejména zajištěním dostatečné informovanosti pacientů a podáváním adekvátních informací. Díky tomuto předcházíme vzniku případných nesrovnalostí a vzájemného nepochopení. Rekonvalescence, edukace, důkladná rehabilitace a celkový přístup ze strany ošetrovatelského personálu jsou nezbytné pro dosažení optimálního výsledku a maximální spokojenosti pacientů na traumatologii. Důležitou složkou ve vztahu mezi poskytovateli zdravotní péče a pacienty je také komunikace, a to jak před operací, po operaci, tak i po celou dobu hospitalizace. Identifikace impulzů nebo další návrhy možností na zlepšení či usnadnění péče ve prospěch pacienta na oddělení z jeho pohledu jsou velmi důležité, měly by být brány v potaz, případné návrhy by neměly být opomíjeny a personál by na ně měl reagovat patřičným způsobem.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První část, teoretická, se zabývá současným stavem problematiky, druhá část se zabývá samotným výzkumem. Teoretická část je zaměřena na obor traumatologie, organizaci provozu na traumatologii, specifika jednotlivých částí předoperační přípravy a pooperační péče. Dále se věnuje edukaci, rehabilitaci a komunikaci s pacientem.

Pro část výzkumnou jsem zvolila kvalitativní šetření problematiky. Výzkumné šetření bylo prováděno formou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty na traumatologickém oddělení, kteří jsou po operačním zákroku a mohou zhodnotit poskytovanou péči. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak pacienti na traumatologickém oddělení hodnotí poskytovanou předoperační a pooperační péči.

Motivace

Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala předoperační a pooperační péči na traumatologickém oddělení z pohledu pacienta. Obor traumatologie mě zaujal již během praxí na střední zdravotnické škole, kde jsme u traumatologických pacientů prováděli ošetrovatelskou péči. V současné době pracuji na traumatologickém oddělení Nemocnice Jihlava a i nadále bych se ráda tomuto oboru věnovala. Předoperační a pooperační péče je téměř denní náplní ošetrovatelské péče na traumatologickém oddělení. Provoz oddělení je velice nárazový, v některých dnech a situacích náročný. I z tohoto důvodu mě zajímá, jak pacienti vnímají ošetrovatelskou péči a jak hodnotí poskytovanou předoperační a pooperační péči na tomto oddělení.

1 Současný stav problematiky

Úrazů v současné době neustále přibývá a narůstá také závažnost poranění. Velký podíl na tom má moderní rytmus života, sporty, technizace a hlavně zvýšený počet motoristů. Dopravní nehody jako takové se staly celosvětovým problémem a výrazně došlo k nárustu počtů polytraumat a těžkých úrazů. Při jedné nehodě je často zraněno a ošetřeno více osob najednou. Na prvním místě v příčinách úmrtí jsou úrazy u dospělé populace do 35 let a u dětí. Polytraumata vyžadují nové záměry a myšlenky traumatologické péče. Těžké úrazy často vyžadují spolupráci v týmu a také mezioborovou spolupráci. Je nutné snížit množství sekundárních transferů z menších nemocnic do nemocnic s vyšším typem péče. „*Harald Tscherne z Hannoveru prokázal, že počet zemřelých po těžkých úrazech lze snížit o 10 % dokonalým zajištěním urgentní péče v prvních hodinách po úrazu.*“ (Wendsche a kol., 2019, s. XIX).

1.1 Obor traumatologie

Obor traumatologie se jako speciální obor chirurgie zabývá komplexní zdravotnickou péčí o pacienty s úrazem. Do traumatologické koncepce ovšem nespádají úrazy ušní, nosní a krční oblasti a úrazy oka. Traumatologie úzce spolupracuje s oddělením intenzivní medicíny a anesteziologicko-resuscitačním oddělením, které zajišťují náročnou péči o pacienty s nejtěžšími úrazy a polytraumatem. Úrazová chirurgie okrajem léčby působí také v oblasti prevence, diagnostiky, posudkové, výzkumné, konziliární a poradenské činnosti. Samozřejmě využívá i spolupráci s ostatními odvětvími chirurgie nebo dalšími obory medicíny. Traumatologie využívá při diagnostice základní klinické vyšetření a také pomocná, paraklinická vyšetření, která jsou běžně užívána i v dalších oborech chirurgie. Při řešení některých úrazových stavů tento obor využívá také diagnostické metody jiných oborů medicíny a tím se snaží o komplexní, celkové hodnocení klinického stavu s určením optimální prognózy a léčby. Úrazová chirurgie při léčbě zastává taktický terapeutický algoritmus s optimálním využitím operačních a konzervativních postupů, aby se dosáhlo nejlepších výsledků léčby a minimalizovalo se trvalé poškození zdraví následkem úrazu. Narůstající počet úrazů s přímým ohrožením života vždy vyžaduje dokonalou a organizovanou první pomoc i urgentní zdravotnickou péči (Šanta a kol., 2018).

Péče v traumatologii má tři stupně. První stupeň, základní, je prováděn na pracovištích ambulantního nebo lůžkového typu traumatologického, chirurgického či ortopedického pracoviště. Obsahuje základní traumatologickou péči. Druhý stupeň, vyšší stupeň péče, je uskutečňován v zdravotnických zařízeních lůžkových, ve kterých je možnost sestavit tým specialistů více chirurgických oborů. Mají přijatelné zázemí intenzivní péče, zajištění následné péče a rehabilitační terapie. Tato zařízení zahrnují také veškerou zdravotní odbornou traumatologickou péči, mimo to také péči poskytovanou výhradně v Traumacentrech pro děti a dospělé a dále také v popáleninových centrech. Mimo jiné si zdravotnické pojišťovny samy stanoví zdravotnická zařízení, která jsou oprávněna a schopna poskytovat vyšší stupeň úrazové traumatologické péče. Obsah zdravotní péče, kterou si pojišťovna nasmlouvá s daným poskytovatelem tohoto vyššího stupně traumatologické péče, záleží na personálním, technickém a věcném vybavení zařízení a na úrovni poskytující zdravotní péče. Třetí stupeň nejvyšší, je poskytován v Traumacentru I. stupně pro děti nebo dospělé a Popáleninovém centru (Nemocnice Jihlava, 2022).

1.1.1 Transport

Při směřování pacienta do traumacentra v nemocnici je nejčastějším cílem snížit sekundární transfery, které zapříčiní pauzu a můžou zhoršovat šance pacienta na přežití. Pacient by měl být vždy převezen na pracoviště, které mu je schopno v nepřetržitém režimu poskytnout komplexní a definitivní péči a ošetření. Prostředky transportu do traumacentra nebo na traumatologické oddělení jsou nejčastěji transporty pozemní a letecké. Výhodou pozemního transportu je snadnější dostupnost a možnost zastavení v případě potřeby. Tento způsob lze využít za každého počasí a také v městských částech. Jeho nevýhodou je však horší komfort a nižší rychlost. Mezi výhody leteckého transportu patří rychlost, plynulost a šetrnější přístup k pacientovi. Mezi nevýhody naopak můžeme řadit hlučnost, omezení letu při špatném počasí či nemožnost okamžitého přistání v případě komplikací (Wendsche a kol., 2019).

1.1.2 Organizace provozu traumatologického oddělení

Traumatologie jako obor poskytuje nepřetržitou péči v rozsahu 24 hodin a 7 dní v týdnu, zajišťuje ambulantní, lůžkovou a intenzivní péči. Každá z těchto částí má organizovaný provoz. Traumatologické oddělení poskytuje péči na lůžkovém, samostatném standardním oddělení a akutní intenzivní péči, která je také lůžková a je poskytována primárně na traumatologické jednotce intenzivní péče (Nemocnice Jihlava, 2022).

Ambulantní část zahrnuje ambulantní zdravotní péči, při které není vždy nutný příjem a následná hospitalizace pacienta na lůžko. K ošetření a vyřešení daného problému dochází již v ambulanci. Lůžková péče zahrnuje zdravotní péči o nemocného, kterou není možné zprostředkovat ambulantně a je pro její poskytnutí nutná hospitalizace. Lůžkovou péči můžeme poskytnout standardní, intenzivní, dlouhodobou a následnou a musí být pacientovi umožňována nepřetržitě 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Národní zdravotnický informační portál, 2014).

Charakteristickým rysem v ošetřovatelství na oddělení traumatologie je péče, která se zakládá na individualitě, vyhledávání, plnění a uspokojování potřeb pacienta, které se mění ve vztahu k jeho zdraví či nemoci. Velmi důležitou součástí je zdravotnický tým, který je týmem multidisciplinárním a tvoří podstatnou část v komplexní péči o pacienta. Všichni členové tohoto týmu mají jeden společný cíl, a tím je spokojený a zdravý pacient. Tohoto cíle se všichni snaží společně dosáhnout. Tým se skládá ze zdravotníků, kteří mají různé odborné vzdělání, odlišné kompetence a kvalifikace. Patří sem jednoznačně nejčastěji lékaři, sestry, ošetřovatelé, sanitáři, psychologové, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti a další profese. Prováděné činnosti a právní zodpovědnost každého pracovníka jsou dány kompetencemi všech jednotlivých profesí. Ve zdravotnickém týmu sestra zaujímá zásadní a významné místo. Je spojencem mezi lékařem a pacientem, je spolupracovnicí lékaře a s pacientem tráví nejvíce času ze všech členů zdravotnického týmu (Vytejčková a kol., 2011).

Sestry jako takové mají významnou roli v ošetřovatelské péči, proto se musí neustále během svého pracovního života vzdělávat. Jejich odborná činnost se liší v kompetencích jako takových. Sestry musí k získání odborné způsobilosti ve zdravotnictví vystudovat čtyřletou střední zdravotnickou školu a následně pak mohou jít do provozu jako praktické sestry. Pokud však chtějí zvyšovat rozsah svých kompetencí, mohou se vzdělávat na vyšších odborných školách, ze kterých získají titul Dis. nebo na vysokých školách s titulem Bc. Další možností je také

vysokoškolské vzdělání magisterského stupně s titulem Mgr. Sestra má také možnost získat v akreditovaných zařízeních specializaci jako je například specializace v intenzivní, perioperační a ošetrovatelské péči v interních nebo chirurgických oborech. (Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2021).

Ošetrovatelskou péči vykonávají v ambulancích a ústavních zařízeních traumatologických oborů všeobecné sestry nebo všeobecné sestry, které mají specializaci v oboru. Na jednotkách intenzivní péče traumatologických oborů provádí péči též všeobecné sestry nebo všeobecné sestry se specializací pro intenzivní péči. Na operačních sálech mohou pracovat všeobecné sestry a všeobecné sestry specializované pro péči perioperační. (Janíková a Zeleníková, 2013).

1.2 Předoperační příprava

Předoperační příprava shrnuje péči o pacienta od doby, kdy se indikuje operační řešení a končí v době, kdy je pacient předán na operační sál. Naléhavost a pacientův celkový zdravotní stav vedoucí k operačnímu řešení bývají příčinou velké variability předoperační přípravy. Cílem předoperační přípravy je zhotovit co nejvhodnější podmínky ke zvládnutí operační zátěže a následného pooperačního zotavení pacienta bez komplikací. Péči před operací můžeme rozdělovat z mnoho hledisek, které se vzájemně prolínají a také doplňují. Přípravu dělíme na obecnou a speciální. Obecná příprava znamená péči, která je společná a spojuje všechny operační výkony. Speciální péče, se přizpůsobuje charakteru operačního výkonu a typu onemocnění. Dále můžeme přípravu dělit na psychickou, tělesnou a medikamentózní, zahrnující edukaci a zmírnění obav, přípravu vlastního organismu na zákrok a následnou úpravu medikace. Na organismus jako celek nebo na konkrétnější místo plánovaného výkonu se zaměřuje celková a místní předoperační příprava. V neposlední řadě přípravu dělíme na přípravu dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Janíková a Zeleníková, 2013).

Délka předoperačního období závisí na spoustě okolnostech, především na typu operačního výkonu. U plánovaných operačních výkonů může trvat dny, naopak u urgentních neboli akutních výkonů se předoperační příprava zkrátí řádově na minuty. U předoperačního období je potřebné uspokojit všechny potřeby pacienta. Především ho informovat o nadcházejícím operačním výkonu, plnit potřeby edukace, která se týká jak edukace pacienta samotného, tak jeho rodiny s cílovým záměrem snížit strach, obavy a úzkost pacienta. Fyzická příprava se zaměřuje na celkový stav pacienta, jeho stabilizaci, snížení jeho přidružených chorob a jiných potíží spojených s operačním výkonem nebo anestezií (Knapová, 2019).

1.2.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Tato předoperační příprava se z časového hlediska odvíjí od typu plánovaného operačního výkonu a od komplexního stavu pacienta včetně jeho chronických onemocnění. V lékařských kompetencích je důvěryhodné vysvětlení a začlenění pacienta do celého průběhu léčby. Aktivní přístup pacienta, jeho důvěra a porozumění obsahu léčby jsou hlavní prioritou a základem veškeré léčby. Po dostatečném vysvětlení by měla být psychická příprava zakončena podepsáním informovaného souhlasu s operačním řešením. Všechny informace by měly být poskytovány srozumitelně a podaným informacím by měl pacient dostatečně rozumět, případně by měl mít možnost doptat se lékaře na nejasnosti (Janíková a Zeleníková, 2013).

Mezi obecná standardní vyšetření v dlouhodobé předoperační přípravě patří zjištění anamnézy pacienta, fyzikální vyšetření, zhodnocení vitálních funkcí, vyšetření moči a screeningové laboratorní vyšetření krve, jako například vyšetření krevního obrazu, hemokoagulace, krevní skupiny včetně Rh faktoru a biochemické vyšetření krve. Dále pak může být vyšetření doplněno dalšími potřebnými odběry dle anamnézy pacienta. Mezi další důležitá vyšetření patří EKG neboli elektrokardiografie a rentgenové vyšetření srdce a plic, které však je povinné jen u osob starších 60 let a také u kuřáků starších 40 let. Na základě výsledků získaných těmito nezbytnými vyšetřeními dokončí pacient interní vyšetření. Jeho výsledky jsou v souvislosti s operačním výkonem popsány a vyhodnoceny. Interní vyšetření pacienta by nemělo být starší čtrnácti dnů. Také v dlouhodobé předoperační přípravě může být indikována medikamentózní příprava, u žen může být vyžadováno gynekologické vyšetření. V některých případech je nutné doplnit například i vyšetření alergologické či endokrinologické. Důležitou součástí je prevence tromboembolické nemoci (TEN). Pokud je pacient dlouhodobě léčen perorální antikoagulační léčbou Warfarinem, je nezbytně nutné 4.-7. den před operací tuto léčbu vysadit a nahradit ji nízkomolekulárními hepariny. Neodmyslitelnou součástí je sledování hodnoty INR a případná úprava antikoagulační léčby (Knapová, 2019).

Další specifika přípravy nastávají, pokud se jedná o diabetického pacienta. Základ předoperačního vyšetření je stejný jako u ostatních pacientů, jen u pacientů s diabetem je vhodný příjem k hospitalizaci s předstihem alespoň 1 až 2 dny před plánovaným výkonem, aby bylo dosaženo kompenzace diabetu. Do operačního programu je diabetický pacient řazen mezi prvními a operatéri se snaží minimalizovat dobu operace. U diabetiků je důležitá pravidelná kontrola hladiny cukru v krvi a jeho případného kolísání. U pacientů, kteří se léčí perorálními antidiabetiky, jsou ve většině případů vysazena PAD až v den operačního výkonu, pokud se však jedná o PAD Metformin, je nutno jej vysadit 24 až 48 hodin předem. Při dekompenzaci diabetu je nutné hladinu cukru hlídat, upravit a pokud není PAD terapie možná, je nezbytné převést pacienta na terapii inzulinovou (Horová, 2020).

1.2.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava se odehrává v časovém horizontu 24 hodin před samotnou operací. Souvisle navazuje na dlouhodobou předchozí předoperační přípravu. V této fázi lékař a sestra zhodnotí doposud dostupné informace. Dochází ke kontrole dokumentace, obzvlášť informovaných souhlasů s výkonem, probíhá také kontrola laboratorních a předoperačních vyšetření, případně dochází k doplnění dalších potřebných vyšetření dle zdravotní stránky nemocného. V této přípravě dochází také k anesteziologickému konziliu, kdy lékař anesteziolog prostuduje dokumentaci, seznámí pacienta se zvoleným typem anestezie, zodpoví následné případné dotazy a dojde k podepsání informovaného souhlasu s anestezií. Dále lékař z anesteziologie doporučí a určí premedikaci pacienta, kterou sestra podá pacientovi dle jeho ordinace, nejčastěji večer před plánovaným výkonem (Janíková a Zeleníková, 2013).

Sestra v rozsahu svých kompetencí edukuje pacienta a doplňuje informace lékaře, či zodpovídá dotazy pacienta. Zaměřuje se na oblasti jednotlivé péče u nemocného, které mohou být odlišné a liší se také druhem operačního zákroku, který pacient má pacient podstoupit (Knapová, 2019).

Následuje tělesná příprava pacienta. Tělesná příprava zahrnuje přípravu operačního pole, obsahuje oholení a odmaštění kůže, vše závisí na zvyklostech jednotlivých oddělení. Oholení pacienta probíhá nejčastěji pomůckou zvanou Klipper. Je potřebné provedení hygienické péče celého těla desinfekčním mýdlem, včetně odlakování nehtů a desinfekce pupku. Příprava gastrointestinálního traktu zahrnuje lačnění, které trvá nejčastěji 6 - 8 hodin před operací, záleží opět na zvyklostech oddělení. Dle ordinace lékaře může také obsahovat vyprázdnění tlustého střeva před výkonem. Nadále se před operací aplikují léky dle ordinace lékaře, jako je například infuzní terapie, antibiotická profylaxe, premedikace, případně transfuze. Velmi důležitá část je zajištění invazivních vstupů, nejčastěji zavedení intravenózních vstupů nebo permanentního močového katetru, která se velmi často může lišit dle aktuálního zdravotního stavu pacienta a ordinace lékaře. V této fázi je také důležitou součástí komunikace s pacientem (Janíková a Zeleníková, 2013).

Do této krátkodobé přípravy zařazujeme také fyzioterapeuty. Fyzioterapeuti již edukují a poučují pacienty o odkáslávání, nácviku dýchání a používání kompenzačních pomůcek. Mezi kompenzační pomůcky patří například berle, se kterými pacienti provádí nácviky chůze a mobilizace po operačním výkonu (Knapová, 2019).

1.2.3 Bezprostřední předoperační příprava

Tato příprava navazuje plynule na činnosti v předchozím období. Probíhá v den operace, nastává 2 hodiny před daným výkonem a je dokončena předáním pacienta na operační sál. Zaměřuje se zejména na kontrolu dokumentace a fyziologických funkcí, hygienu, lačnění, kontrolu operačního pole a označení operačního místa (Knapová, 2019).

Dalšími navazujícími intervencemi je komunikace s pacientem, přiložení bandáží nebo elastických punčoch na dolní končetiny, které se přikládají jako prevence TEN. Následuje zajištění invazivního vstupu, pokud ho již pacient nemá, aplikace medikací dle lékařské ordinace, nejčastěji se jedná o infuzní terapii, premedikaci, ATB a jiné. Je nutné odstranit šperky z celého těla a v případě zubní náhrady je nezbytné její vyjmutí z úst (Janíková a Zeleníková, 2013). U pacienta diabetika je před samotným operačním zákrokem aplikována intravenózně 10% glukóza s inzulinem dle ordinace lékaře a aktuálního cukru v krvi (Knapová, 2019).

Dle zvyklostí oddělení sepisujeme také cennosti a věci, které má možnost pacient uložit do trezoru na oddělení. Před odjezdem pacienta na operaci je vhodné poučit ho o vyprázdnění močového měchýře, pak následuje předání pacienta pracovníkům na operačním sále (Janíková a Zeleníková, 2013).

Pacient je nejčastěji dopraven sanitářským servisem a doprovází ho ve většině případů, dle stavu pacienta, také sestra z lůžkového oddělení, eventuálně lékař. Svlečený a prostěradlem přikrytý pacient je předáván sanitáři, perioperační sestře nebo anesteziologovi ve vstupním filtru či na překládovém zařízení pro pacienty chystající se k operaci na operační sál (Wichsová, 2013).

1.3 Ošetřovatelský proces v předoperační péči

Proces v předoperační ošetřovatelské péči se liší jednoznačně ze strany akutnosti nebo plánované péče. Závisí z velké části na aktuálním stavu pacienta. U akutních případů bereme v potaz úkony, které jsou v tu chvíli nezbytně nutné a jsou prioritní, neodkladné z časového hlediska. Mezi takové úkony můžeme řadit zajištění invazivních vstupů, odstranění hrubých nečistot, odstranění zubní náhrady, šperků, nutnost neodkladných vyšetření a bezprostřední přípravu na výkon. Během plánované předoperační péče, která není tak akutní, máme více časového prostoru na přípravu pacienta, rámcově i několik dnů.

Sestra se během předoperační přípravy v ošetřovatelském procesu podílí na přípravě pacienta v rámci svých kompetencí a standardů konkrétního zdravotnického zařízení. Tyto činnosti obsahují sběr informací do ošetřovatelské anamnézy, měření a kontrolu fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, natočení záznamu křivky EKG, medikamentózní přípravu, přichystání na případné speciální vyšetření pacienta, přípravu na operační výkon a sledování, či plnění biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta (Knapová, 2019).

Důležitá součást v tomto procesu je také premedikace pacienta. Premedikaci ordinuje anesteziolog po anesteziologickém vyšetření. Rozumí se tím podání ordinovaných léků před výkonem v anestezii, a to nejčastěji perorálně formou tablet, které sestra pacientovi podává dle lékařské ordinace. Hlavním cílem premedikace je zbavit pacienta strachu, úzkosti, uklidnit ho a umožnit mu, aby se v noci před plánovaným výkonem klidně vyspal. U hospitalizovaných pacientů se nejčastěji podává večer před výkonem a poté druhý den ráno 30 minut nebo 1 hodinu před zahájením aplikace anestezie. Po podání premedikace sestra poučí pacienta, že nesmí vstávat z lůžka ani chodit (Fakultní nemocnice Plzeň, 2022).

Prevence infekce je také nedílnou součástí v předoperační péči. Povinnosti mytí rukou, chirurgické čištění, sterilizace nástrojů, udržení sterilního prostředí a příprava kůže pacienta, jsou brány jako aseptické techniky a jsou podstatnou součástí prevence infekcí v místě chirurgických zákroků. Udržování fyziologické teploty před a během operačního zákroku také snižuje rizika pooperační nákazy. Další nedílnou součástí je profylaxe antibiotiky. Antibiotická profylaxe neboli předcházení infekci, je důležitou součástí předoperační péče. Má za cíl zamezit infekci získáním vysokých koncentrací antibiotik v místě operace a řezu. Výběr antibiotik musí pokrývat patrně pravděpodobné příčiny pro místo operace. Jako profylaxe obvykle stačí jedna dávka antibiotika, i když v některých případech, například při prodloužených výkonech nebo větší ztrátě krve, může být potřeba i druhá dávka (Garden a Parks, 2018).

1.3.1 Plánovaný příjem pacienta

Nejčastějším důvodem plánovaného příjmu nemocného je plánovaný operační výkon, který bývá obvykle doporučen a indikován praktickým lékařem či lékařem specialistou ze specializované poradny a předpokládá se, že pacient bude potřebnou dobu hospitalizován. Pacient je vyšetřen lékařem, seznámen s možnostmi léčby a také i s následným operačním řešením. Pokud pacient s operačním řešením souhlasí, je doporučen termín operačního výkonu a jsou stanovena neodkladná předoperační vyšetření (Knapová, 2019). Pacient dostane poučení o předoperačním vyšetření a žádost o předoperačním vyšetření, které předá svému praktickému lékaři. Praktický lékař udělá nemocnému všechna potřebná předoperační

vyšetření, která jsou požadována. Mezi vyšetření patří laboratorní vyšetření, u pacientů mladších je-li to potřeba nebo u pacientů starších 40 let natočení EKG křivky, RTG srdce a plic. Po těchto vyšetřeních je nemocný odeslán k lékaři internistovi, který stanoví rizika pro operační výkon, zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta a eventuálně upraví medikaci. Indikující lékař může také požadovat kvůli snížení pooperačních komplikací nebo ke specifikaci velikosti postižení speciální vyšetření ať už kardiologické, plicní, onkologické, endoskopické, zobrazovací, urologické nebo gynekologické (Schneiderová, 2014).

Pacient se obvykle dostaví v ten den nebo jeden den před plánovaným výkonem se všemi výsledky vyšetření před operací na příjem daného oddělení v nemocnici a je obvykle přijat na lůžkové oddělení. Zdravotnický personál o nastupujícím pacientovi ví předem. Je obvykle přijat na lůžkové oddělení. Lékařem je opět vyšetřen a vyzpovídán. Předloží všechny potřebné dokumenty k výkonu, lékař vypíše anamnézu, důležité údaje a informuje srozumitelně pacienta o operační možnosti, postupu, očekávání, délce trvání včetně doby na léčbu a rehabilitaci. Následně je pacient hospitalizován a doprovazen na pokoj, kde má určené lůžko. Poté začíná probíhat klasická předoperační příprava plánovaného výkonu, mezi kterou řadíme krátkodobou a bezprostřední přípravu (Schneiderová, 2014).

1.3.2 Akutní příjem pacienta

Příjem pacienta na lůžkové oddělení, který vyžaduje akutní chirurgickou léčbu, se omezuje na úkony, které jsou momentálně nezbytně nutné ke snížení operačního rizika a možných následných komplikací po operaci. Pacienta ihned převezeme na pokoj oddělení, uložíme na lůžko, sejmemu mu civilní oděv a převlékneme ho do nemocničního prádla. Pobídneme ho k sejmutí šperků po těle, k vyjmutí zubní protézy, případně jiných náhrad a poté sejmuté šperky s cennostmi pacienta uložíme do uzamykatelného prostoru, nebo určeného trezoru na oddělení. Po zhodnocení celkového stavu pacienta, pokud je to alespoň trochu možné, provedeme očistu pacienta v koupelně. Upřednostníme části těla, které jsou z velké části znečištěny, nebo se nachází v okolí chystaného operačního výkonu. Následuje speciální celková příprava, kdy přijímající lékař ordinuje úkony spojené s diagnózou pacienta. Nejčastěji ordinuje zajištění žilního vstupu, zavedení permanentního močového katetru, zavedení nazogastrické sondy, aplikaci analgetik, spasmolytik nebo infuzní terapii. Mezi poslední úkon řadíme přípravu místní. Je to příprava pacienta před odvozem na sál, připravenost operačního pole a její oblasti. Operační část je třeba očistit, oholit, čitelně označit a následně bandážujeme dolní končetiny nebo přikládáme kompresní punčochy. To vše se odvíjí od pacientovy diagnózy. Na operační sál je pacient odvážen vleže na lůžku, které je kompletně čisté a převlečené. Pacient je na lůžku nahý, přikrytý peřinou a má zabandážované dolní končetiny, nemá u sebe nebo na sobě žádné šperky, cennosti ani osobní věci. Společně s pacientem na lůžku je odesílána na sál dokumentace s chorobopisem pacienta (Schneiderová, 2014).

1.4 Ošetrovatelský proces v pooperační péči

Po operačním zákroku často rozhoduje lékař, kam pacienty směřovat. Určuje to podle rozsahu, typu a délky výkonu nebo záleží také na věku a přidružených onemocněních pacienta. Nejdůležitějším parametrem je však aktuální stav operovaného. Je možné umístit pacienta po operaci na jednotku intenzivní péče nebo přes zotavovací pokoj na standardní oddělení. Zhodnocení pacientova stavu vede často k rozhodnutí, jestli pacient vyšší stupeň pooperačního dohledu sester nezbytně potřebuje, nebo jeho stav umožňuje vrátit se zpět na oddělení, bez nutnosti zvýšené monitorace jeho stavu (Vymazal, 2022).

Pooperační období následuje v momentě, kdy je ukončen operační zákrok. Toto období můžeme rozdělovat jako bezprostřední, rané a pozdní pooperační období. Bezprostřední péče je poskytována ihned po operaci nejčastěji na zotavovacím pokoji, rané stadium často navazuje na péči bezprostřední, ale převážně se již odehrává na standardním oddělení. Pooperační fáze pozdní je spíše typická pro lůžková standardní oddělení, kde probíhá rekonvalescence pacienta a následně se chystá i propuštění do jeho domácího prostředí (Drábková, 2016).

Jednotky zotavovacích pokojů, které poskytují péči lidem po operaci, se nejčastěji nachází v blízkosti operačních sálů, odkud pacienta přebírají. Poskytují péči pacientům různých věkových kategorií, po různorodých výkonech, s odlišným typem anestezie. Po předání pacienta z operačního sálu si nemocné sestry převezou na zotavovací pokoj, kde je jejich hlavním úkolem monitorace pacienta, zajištění jeho bezpečnosti, bezpečné zotavování z operace, dostatečné odeznění anestezie, tlumení bolesti a sledování pooperačních komplikací. Zotavení po výkonu na pooperačním pokoji můžeme rozdělit do 3 fází, z nichž každá fáze má odlišnou úroveň pooperační péče. První fáze je pro pacienty, kteří potřebují intenzivní sledování vitálních funkcí, kontinuální léčbu bolesti, infuzní terapii a intenzivní monitoraci nevolností nebo případného zvracení. Fáze číslo dvě se vztahuje na pacienty, u kterých není potřeba již dále intenzivnější monitorace a jejich péče se směřuje k přeložení na oddělení. Poslední fáze, fáze třetí, jinak řečeno prodloužená, se zaměřuje na nemocné, kteří splňují okolnosti z druhé fáze a vyčkávají na transport do jiné nemocniční části (Heitz, 2019).

Monitorace pacienta v bezprostředním pooperačním období je z hlediska sesterské práce velmi riziková. Sestra pacienta důkladně sleduje, plní ordinace lékaře a pečlivě zapisuje intervence. Dle ordinací lékaře u pacienta také nejčastěji sledujeme kromě vitálních funkcí, bilance tekutin, aplikaci a účinek analgetik, aplikaci antibiotik, infuzní terapii, pohybový režim, hybnost, citlivost, prokrvení periferních částí, operační ránu a její případné komplikace. Na vyžádání lékaře provedeme i následná vyšetření, jako je například RTG nebo krevní vyšetření (Janíková a Zeleníková, 2013)

Po stabilizaci celkového stavu pacienta a odeznění anestezie nastává fáze raná. V tomto stadiu je operovaný předáván na standardní oddělení do čistého, nově povlečeného lůžka (Schneiderová, 2014). Spolu s dokumentací jsou při předání pacienta sestře sděleny velmi podstatné informace o jeho stavu. Pacientův stav by měl při překladi na oddělení být stabilizovaný (Knapová, 2019). Po příjezdu na oddělení by lůžko pacienta mělo být dostatečně přístupné ze všech čtyř nebo minimálně ze tří stran. Personál poučí pacienta o signalizačním tlačítku, kterým si v případě potřeby přivolá pomoc zdravotnického personálu. V pravidelných intervalech dle zvyklostí oddělení je sledována teplota, tlak a puls, saturace krve a stav vědomí. Všechny tyto intervence jsou důkladně zapisovány. Důležitá je jednoznačně

také kontrola operační rány, sterilního krytí, prosakování krve skrz krytí, citlivost a prokrvení periferie, funkčnost zavedeného drenážního systému, jeho množství a charakter odváděného odpadu (Schneiderová, 2014). Podle množství odpadu v drénu se postupně v následujících dnech drény odstraňují. Přeazy ran probíhají dle aktuální potřeby a k odstranění stehů, případně svorek, dochází 7. - 14. den po výkonu. Před propuštěním edukujeme pacienta v péči o jizvu (Knapová, 2019).

Po operaci se může dostavit nevolnost a zvracení. V případě těchto obtíží podáváme léky na potlačení. V prvních hodinách po operaci se rovněž hlídá močení, pacient by se měl spontánně vymočit do 6 až 8 hodin po výkonu. Pokud nedojde k vymočení, je nutností vycévkování, případné zavedení PMK. Monitorujeme také funkčnost peristaltiky a odchod plynů, která bývá obnovena 2. - 3. den (Schneiderová, 2014).

Zásadní vliv na pooperační fázi má samozřejmě také ovlivnění bolesti. Pooperační bolesti se nejčastěji léčí po domluvě anesteziologa s ošetřujícím lékařem pacienta kombinací analgetik, sedativ a ošetrovatelské péče (Schejbalová, 2016). Mohou se podávat bolusově nebo kontinuálně. Množství analgetik, druh či jejich zkombinování určíme po domluvě s anesteziologem podle stavu pacienta a náročnosti jeho operace (Schneiderová, 2014). Sestra hodnotí typ bolesti, charakter, lokalizaci, délku trvání a intenzitu. Analgetika sestra podává podle vizuální analogové škály bolesti, která má rozmezí 1 až 10 a pacient nám tak dokáže určit intenzitu bolesti. Bolest 0 není žádná bolest a 10 označuje bolesti, které jsou nesnesitelné (Schejbalová, 2016). Analgetické metody můžeme rozdělovat na farmakologické a nefarmakologické. Mezi nefarmakologické metody patří například polohování, odpoutání od bolesti, psychoterapie (Málek, 2022). Farmakologické metody můžeme rozdělovat do tří skupin. První skupinu tvoří neopioidní analgetika jako jsou například antipyretika a nesteroidní antiflogistika, která se užívají u mírné bolesti. Druhou skupinu tvoří slabé opioidy, příkladem je Tramadol a užívá se u středně silných bolestí. Třetí, poslední skupinou, jsou silné opioidy, jako například Morfin, který se užívá u silných nebo nesnesitelných bolestí (Schejbalová, 2016). Často je však vhodná vzájemná kombinace analgetik. Bolesti u pacienta nikdy nepodceňujeme, důkladně je monitorujeme a zaznamenáváme ((Janíková a Zeleníková, 2013).

Nezbytné je také dodržování klidového režimu po výkonu, péče o pohybový režim dle aktuálního stavu a monitoring pooperačních komplikací, které mohou nastat. Pooperační komplikace rozdělujeme na obecné, specifické, místní a celkové. Podle jiného kritéria rozlišujeme pooperační komplikace bezprostřední, které nastávají do 24 hodin po operaci, časné, které se objevují 2 až 3 týdny po operaci a pozdní (Janíková a Zeleníková, 2013). Období, které je považováno za nejrizikovější, je bezprostředně v prvních dvou hodinách po operačním zákroku. Již v této fázi se mohou objevovat pooperační komplikace (Knapová, 2019). Hlavní rizika komplikací po operaci, kterým se snažíme předejít, jsou hypoventilace, skrytý šok, náhlé změny teploty nebo krevního tlaku, krvácení nebo předávkování léky z operace (Janíková a Zeleníková, 2013).

1.5 Edukace, režimová opatření, rehabilitace

Jednou z důležitých součástí a také nedílnou součástí péče v traumatologii je edukace, rehabilitace a režimová opatření. Pacienti jsou před plánovaným operačním výkonem na traumatologickém oddělení poučeni jak o předoperační přípravě a péči, tak jsou také edukováni o možných režimových opatřeních v pooperačním období. U akutního operačního řešení je to naopak, pacienti jsou poučeni a edukováni až po operačním výkonu. Edukace nejčastěji probíhá ústní, písemnou i praktickou formou. Po ústním vysvětlení dojde k předání informačního, edukačního letáčku a rovnou i k náviku pooperačního režimu. Pacienta nejčastěji edukujeme o následném pooperačním režimu, aplikaci nízkomolekulárního heparinu po operaci, péči o pooperační jizvu, chůzi o berlích, používání kompenzačních pomůcek, přikládání ortéz, případně odpovídáme jeho dotazy.

Koupání a sprchování v domácím prostředí je možné po menších operacích za 3 až 5 dní od operace, u větších nejdříve za 2 týdny po operaci. Pokud je však rána zakryta folií, může se pacient sprchovat dle jeho celkového stavu. Pokud je pacient do domácího léčení propuštěn se stehy či svorkami, poučíme ho, kdy má přijít na kontrolu a vytažení stehů. Přibližně to bývá za 7 až 12 dní. Extrakce stehů závisí ale také na hojení operační rány. Pokud byly použity vstřebatelné stehy, není nutné je vytažovat, dojde k jejich vstřebání. Edukujeme rovněž pacienty o známkách infekce v operační ráně, které mohou nastat. V případě teploty, bolesti, začervenání, otoku a tepla v okolí rány je nezbytné, aby se pacient neprodleně dostavil do nemocnice. A neméně důležitou součástí po operaci je rekonvalescence. Pacientům je ordinován pohyb, ze začátku stačí ujít krátkou vzdálenost, poté je vhodné délku procházky prodlužovat (Lepší péče, 2021).

S rehabilitací je nutné začít ihned, jakmile to pacientův zdravotní stav dovoluje. Cílem rehabilitačního cvičení je eliminovat negativa a snažit se upravit dočasně oslabené, snížené nebo ztracené funkce, pohyby v rozmezí daného postižení na nejvyšší možnou úroveň. Rehabilitace se snaží o začlenění operovaného jedince do společnosti, a aby zmírnila problémy způsobeném omezením, obsahuje rozsáhlou škálu možných postupů. Hlavním úkolem je zvolit vyhovující léčebný plán, který musí být vhodný pro aktuální stav pacienta, přijatelný jeho věku a přidruženým nemocem a schopnostem (Wendsche a kol., 2019).

Mezi první úlohy fyzioterapeuta patří vypracování podrobnějšího obrazu rozboru pacienta, zhodnocení jeho celkového stavu a míry omezení. Cílem je obnova mobility, soběstačnosti, fyziologického rozsahu kloubu, obnova svalové síly a další. U méně závažných úrazů je výše handicapu v motorické oblasti nízká a změna stavu v pracovní neschopnosti krátkodobá, avšak u závažnějších a těžších úrazů jsou změny výraznější, u kterých také častěji dochází k trvalejším následkům úrazu. V návaznosti na výsledky vyšetření sestaví fyzioterapeut program a plán cvičení (Miženkova a kol., 2022).

Složení plánu ucelené rehabilitace na traumatologii je zcela individuální. Mělo by pramenit z pacientovy fyzické a tělesné zdatnosti, pracovní analýzy, věku, možností nemocného, sociálního a psychologického rozboru pacienta. Pro složení plánu na rehabilitaci je potřeba spolupráce složek rehabilitace a také spolupráce v multidisciplinárním odborném týmu. Ucelenou rehabilitaci rozdělujeme na léčebnou, pracovní, pedagogickou, sociální a technickou. Léčebná rehabilitace, je týmová práce, která má svá pravidla, postupy, indikace, kontraindikace a kompetence. Snaží se předcházet imobilizačnímu syndromu, ve kterém mohou následky

vést až k poruchám funkce a poškození různých orgánových systémů. Na imobilizaci a omezený pohyb reagují všechny tělesné systémy, pohybový, respirační, kardiovaskulární, kožní, nervový, močový, gastrointestinální a mohou se také projevit následky v psychosociální oblasti. Rehabilitační plán v traumatologii dělíme na krátkodobý a dlouhodobý. Krátkodobý plán je vymezen na konkrétní léčebně-rehabilitační postupy a kontraindikace v jejich časem omezeném úseku. Délka záleží na akutnosti a zdravotním stavu nemocného, avšak zpravidla nepřesahuje delší dobu než dobu léčby v cíleném zařízení nebo čas delší než 3 měsíce. Dlouhodobý plán je nastaven na následující medicínské postupy, které jsou nedílnou součástí úspěšného procesu léčebné rehabilitace a je vybudován dle podmínek pro přechod do následujících složek ucelené rehabilitace. Před plánovaným operačním výkonem by měla být součástí předoperační přípravy rehabilitace. Dochází tak ke snížení rizik pooperačních komplikací, ke zlepšení ventilačních parametrů, zkracuje dobu hospitalizace a umožňuje brzkou mobilizaci. Důležité je edukovat pacienta o postupech v pooperačním období, o důležitosti brzké vertikalizace, potřebě aktivního přístupu, postavení se k rehabilitaci, která značně zkracuje čas rekonvalescence a zrychluje návrat do běžného života. Edukace se věnuje například nácviku dechové gymnastiky, nácviku otáčení, polohování, přemístění se a aktivním cvikům na zlepšení celkové kondice pacienta, posilování svalstva postižené končetiny, nácviku správného pohybu a držení těla a případně nácviku chůze o berlích bez zatížení operované končetiny (Wendsche a kol., 2019).

1.6 Komunikace s pacientem

Neoddělitelnou součástí zdravotnické profese je komunikace. Profese sestry vyžaduje péči jak o fyzickou, tak i o psychickou stránku pacienta, a to zejména v komunikaci s pacientem. Sestra musí umět odborně komunikovat jak s pacientem, tak také s příbuznými a rodinou nemocného. Je brána jako součást týmu, stará se o nemocné a musí s nimi umět v první řadě komunikovat. Sestra by měla umět zahajovat, vést, udržet a podpořit správnou komunikaci při konverzaci. Vzájemné komunikování mezi pacientem a sestrou je neodmyslitelnou částí v kvalitní ošetrovatelské péči (Zacharová, 2016).

Aby mohla komunikace správně probíhat a pacient všemu rozuměl, jsou brány v potaz obecné zásady komunikace ve zdravotnictví. Před podáním informací zohledňujeme věk pacienta a jeho mentalitu a přizpůsobujeme konverzaci jeho kognitivním schopnostem. Při rozhovoru a předávání informací vše důkladně pacientovi vysvětlujeme, mluvíme pomalu, nahlas, nepoužíváme odborné termíny nebo latinské názvy, snažíme se mluvit srozumitelně a jasně. Poskytujeme dostatek informací, avšak bez zbytečných informací navíc, které jsou pro pacienta nepotřebné. Informace, které jsou podstatné, zopakujeme. Během rozhovoru odpovídáme na nejasnosti a dotazy pacienta. Po předání informací pacientovi si zpětnou vazbou ověříme, zda všemu rozuměl a zeptáme se, zda nemá žádné otázky. Správná, vhodná a pozitivní komunikace sestry z velké části působí na pacienta a odráží se v jeho chování a prožívání. Motivuje ho k dalším úkonům ke zvýšení sebepéče, k uzdravení, lepší spolupráci se zdravotnickým personálem, nabízí povzbuzení, zvyšuje naději, pozitivně působí na psychiku, zlepšuje náladu a redukuje jeho strach a obavy (Pužejová, 2020).

Celkovou výši roviny vztahu mezi pacientem a zdravotníkem určí v konečné části výsledku komunikování mezi nimi. Vztah mezi zdravotníkem a pacientem není stabilní a neustále

se vyvíjí. Komunikace tvoří základy dobrého, kvalitního a zdravého vztahu, na kterém by sestra měla mít spoluúčast. Umět používat svoje schopnosti a dovednosti, jako například empatii, umění porozumět, aktivně naslouchat, vcítění do druhého, umění a prosazení svých dovedností, jednat asertivně, hovořit tváří v tvář a neodbíhat od tématu, by mělo být nedílnou součástí komunikace (Hlinovská, Němcová, 2012).

Pacientova informovanost je velmi podstatná a neměla by být před operačním výkonem opomíjena. Podstatný rozdíl v komunikaci je u pacienta před akutní operací. U situací, kdy je nemocný v ohrožení života nebo je jeho stav akutní, se způsob sdělování informací pacientům, kteří jdou na plánovaný operační výkon liší. Pacienti před výkonem nejčastěji prožívají různé emoce jako například obavu, úzkosti, stres, strach a může je trápit i bolest, jak fyzická, tak psychická. Podstatou úspěchu je dostatečná komunikace a psychická příprava pacienta, jak ze strany lékaře, tak ze strany sestry. Lékař s pacientem hovoří o typu výkonu, jeho průběhu, době trvání, délce hospitalizace, zotavení a pooperačním režimu. Sestra naopak hovoří s nemocným o průběhu jeho pooperačního zotavení ze strany ošetřovatelské. Nikdy, v žádném případě pacientovi nelžeme, nic nezveličujeme ani nezlehčujeme, říkáme věci tak, jak jsou. V případě verbálních i neverbálních vyjádření, náznaků strachu a obav pacienta, by měla sestra klidným dotazováním a případným vlídným rozhovorem zjistit, čeho se nemocný obává, z čeho má strach. Vyslechne ho, nechá mu prostor na vyjádření, nebagatelizuje jeho odpovědi a pozitivně se snaží vhodným způsobem reagovat a zmírnit jeho obavy (Pužejová, 2020).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak pacienti na traumatologickém oddělení hodnotí poskytovanou předoperační a pooperační péči.

K dosažení cíle jsem si stanovila čtyři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č.1: Jak jsou pacienti informováni a jaké informace mají o předoperační péči?

Výzkumná otázka č.2: Jak vnímají pacienti činnosti sestry v předoperační a pooperační péči?

Výzkumná otázka č.3: Jaké zkušenosti mají pacienti s přístupem všeobecných sester?

Výzkumná otázka č.4: Jak jsou pacienti edukováni v rámci pooperační péče a dodržování režimových opatření?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část jsem si zvolila kvalitativní výzkumné šetření s využitím předem připravených polostrukturovaných rozhovorů. Tuto metodiku jsem si vybrala pro bližší kontakt s respondenty a individuální pochopení zkoumané problematiky.

Respondenti byli pacienti po operačním zákroku na traumatologickém oddělení Nemocnice Jihlava. Polostrukturovaný rozhovor zahrnoval celkem 17 otázek (viz příloha C), které byly nastaveny tak, aby poskytly odpovědi na výzkumné otázky. Otázky z rozhovoru byly zaměřeny na problematiku poskytované předoperační a pooperační péče. V úvodu jsem se respondentům představila a seznámila je s průběhem rozhovoru. Následně jsem je požádala o podepsání souhlasu s rozhovorem (viz příloha B), který zahrnoval informace o anonymitě, nahrávání rozhovorů na diktafon a možnosti kdykoliv rozhovor ukončit. Záznamy rozhovorů v diktafonu jsem následně využila při přepsání jejich odpovědí do finální podoby. Analýzu jsem provedla pomocí metody tužka, papír s opakovaným čtením textu a hledáním společných kódů.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumná část byla prováděna na traumatologickém oddělení v Nemocnici Jihlava. Hlavní cílovou skupinou byli pacienti ve věku 20 - 60 let, maximálně 4 dny po operačním zákroku. Rozhovor byl proveden s deseti respondenty po operačním výkonu. Rozhovory s respondenty probíhaly po předchozí domluvě na oddělení traumatologie bez přítomnosti další osoby.

Tabulka 1 - charakteristika respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Věk respondenta	30 let	25 let	52 let	43 let	58 let	36 let	49 let	54 let	59 let	58 let
Pohlaví respondenta	Muž	Muž	Muž	Muž	Žena	Muž	Muž	Žena	Žena	Muž
Pooperační den	2.	1.	3.	2.	2.	2.	4.	3.	2.	4.

Zdroj: autorka práce

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po operačním výkonu na traumatologickém oddělení v období od ledna 2024 do března 2024. Rozhovory byly provedeny celkem s 10 respondenty po operačním výkonu na oddělení traumatologie v Jihlavské nemocnici. Respondenti byli velmi milí a vstřícní. Před každým zahájením samotného rozhovoru jsem se každému pacientovi představila a oznámila účel našeho rozhovoru. Dále jsem je ujistila, že zaznamenávané informace a odpovědi za pomoci diktafonu z mobilního telefonu, budou zcela anonymní a budou sloužit pouze za účelem vyhodnocení výzkumného šetření.

2.5 Zpracování získaných dat

Bakalářská práce byla zpracována v programu Microsoft Office Word 2019. Rozhovory byly se souhlasem respondentů zaznamenávány na diktafon a následně mi byly nápomocny při přepisu jejich odpovědí. Data z výzkumné části kvalitativního šetření byly zpracovány do tabulek pomocí programu Microsoft Excel.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

Respondent 1

Respondentem je 30letý muž, který byl hospitalizován na traumatologickém oddělení a byl druhý den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na traumatologickém oddělení, respondent byl velice milý a ochotný zodpovědět na otázky rozhovoru. Respondent se mi svěřil, že o předoperační a pooperační péči byl nejdříve informován lékařem, následně i sestrou. Seznámen s předoperační péčí byl ústně i písemně. Uvádí „*Preferuji obojí podání informací, ale mám radši ústní podání.*“ Na otázku proč, odpovídá: „*Protože si můžeme vzájemně o tom promluvit a můžu se doptat hned.*“ Na otázku, o čem všem byl informován, uvádí, že byl informován o času odjezdu na předoperační pokoj, byl poučen o hygieně, bandáži, špercích, podání infuze a lačnění od půlnoci. O tom, jakým způsobem si sestra ověřila, že všemu rozumí, uvedl: „*Vlastně se mě zeptala, jestli všemu rozumím.*“ Na otázku, jestli byly respondentovi všechny podané informace srozumitelné, odpověděl: „*Když to nebyly ty Vaše zdravotnické slova, tak jsem se zeptal, co jsem nerozuměl, ale jinak mi byly všechny informace srozumitelné.*“ Zdali ho rovnou sestra informovala o pooperační péči, edukaci a režimových

opatřeních, odpovídá pacient, že jednoznačně ano a uvádí konkrétní příklady. Na šestou otázku z rozhovoru, s jakou činností sester se setkal před operací a po operaci, pacient uvádí, že před operací mu sestra zavedla periferní žilní vstup, označila končetinu a nasadila bandáž na zdravou končetinu. Jako pooperační péči udává, monitoraci tlaku, vědomí, jestli je periferie končetin v pořádku, zda nekrvácí operační rána, zaznamenala intenzitu bolesti a vypodložila končetiny molitanem. Jak při těchto činnostech vnímal respondent zájem sester a jejich dovednosti? Odpověděl, že je to dobré, že zájem a spoustu vědomostí sestry měly. Na otázku číslo osm související s činností sester při léčbě pooperační bolesti a zda se personál aktivně dotazoval, odpověděl jednoznačně: „*Velice dobře. Byly ochotné.*“ Na doptávající otázku, zda pacientovi dávaly léky a aktivně se ptaly, mi odpověděl, že ano, že se ptaly aktivně a opakovaně. Časový prostor sester na odbornou činnost v souvislosti s výkony vnímal dobře a na otázku, zda měl pocit, že by měly naspěch, hodně práce nebo naopak, odpověděl: „*Měly dost času, věnovaly se mi a neměl jsem pocit, že by měly naspěch.*“ S poskytovanou péčí na traumatologickém oddělení je pacient spokojený a žádné postřehy nebo návrhy pro lepší zvládnutí hospitalizace pro pacienty nemá. Při příjmu do nemocnice a po celou dobu hospitalizace vnímal pacient přístup sester pozitivně: „*Byl super. Vnímal jsem to dobře.*“ S doptávající se otázkou, v čem byl super, odpověděl: „*Byl super v tom, že nebyly sestry nepříjemné a neochotné. Věnovaly se dostatečně a byly milé a ochotné.*“ Dle respondentových slov měl určitě přístup sester vliv na jeho psychickou pohodu. O čem všem byl respondent edukován v rámci pooperační péče odpověděl, že se musel zeptat sám, protože mu nic moc neřekly. Doptal se, jestli může na končetinu šlapat, jak a co s ní může dělat, kdy se může sprchovat a po doptávající otázce, jestli byl edukován o chůzi o berlích odpověděl, že ano, ale musel se zeptat. Edukace probíhala ústně a docházelo i k nácviku. Šestnáctá otázka, zda respondent rozuměl všem podaným informacím, odpověděl: „*Jo, ale když jsem nerozuměl, tak jsem se zeptal. V pohodě.*“ Sestra si to, že pacient všemu rozumí, ověřila otázkami.

Respondent 2

Respondentem je 25letý muž, který byl hospitalizován na traumatologickém oddělení a první den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na traumatologickém oddělení, respondent byl velice milý a ochotný zodpovědět na otázky rozhovoru. Pacient se mi svěřil, že byl o předoperační a pooperační péči informován od lékaře a následně mu dodatek informací poskytla sestra. Seznámen s předoperační péčí byl formou ústní i písemnou. Na otázku, jakou formu preferuje a proč, odpověděl: „*Já radši preferuju to, co je napsané, protože si ne vždycky všechno zapamatuju na poprvý.*“ Na třetí otázku, o čem všem byl sestrou informován před operací, uvádí, že tady na traumatologickém oddělení nebyl na operačním zákroku poprvé, takže věděl, do čeho jde, ale tentokrát byl přijat jako akutní příjem, tím pádem mu sestry řekly jen to nejnutnější. Uvádí, že byl informován o tom, kdy pojedete na sál, o zavedení periferního žilního vstupu, o oholení končetiny a navléknutí bandáže na neoperovanou končetinu. V doptávající otázce, o čem ho ještě sestry informovaly, uvedl například lačnění, šperky a nutnost vyjmutí zubní náhrady, která není napevno. Zda všemu respondent rozuměl, si dle odpovědi pacienta sestra ověřila zpětnou vazbou. Na otázku, jestli byly všechny informace srozumitelné odpověděl: „*Jo byly, kdyby ne, tak bych se zeptal.*“ Jestli ho sestra rovnou informovala i po pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních, odpověděl respondent, že o tom byl informován až po operačním výkonu, nejspíše z důvodu akutního příjmu.

S jakou činností sester se setkal respondent před operací a po operaci odpověděl, že před operací si toho moc nepamatuje, jak to bylo rychlé, ale vyjmenoval oholení, lačnění, zavedení periferního žilního vstupu, nasazení bandáže a podání infuze. Po výkonu uvedl monitoraci tlaku, periferie končetiny, bolesti, krvácení a přidělení ledu na ledování operované končetiny. Na otázku sedm, jak pacient vnímal zájem sester a jejich dovednosti, odpověděl: *„Bylo to v pohodě. Měly zájem a určitě zkušenost.“* Činnosti sester související s pooperační bolestí a aktivním dotazováním pacient hodnotil kladně se slovy: *„Jo, ptaly se aktivně a kdykoliv jsem měl bolesti, tak mi donesly léky na bolest.“* Časový prostor sester na odbornou činnost v souvislosti s výkony vnímal tak akorát. Respondent uvádí, že to sestry měly naplánované tak akorát, měly čas, udělaly, co bylo potřeba a odešly. Neměl pocit, že by sestry měly naspěch. S poskytovanou péčí na traumatologickém oddělení je respondent spokojen a nenapadají ho žádné návrhy ani postřehy. Při příjmu do nemocnice vnímal pacient přístup sestry pozitivně a pozitivně hodnotí i celkový průběh hospitalizace. Dle jeho slov byly sestry empatické a komunikativní. Na otázku, zda měl přístup sester vliv na jeho psychickou pohodu, odpověděl, že jen z malé části. Na doptávající otázku, proč jen z malé části, odpověděl: *„Více méně, když to řeknu blbě, tak je mi to vcelku jedno, jestli jsem doma nebo v nemocnici.“* O čem všem byl pacient edukován v rámci pooperační péče odpověděl, že o dodržování pooperačního zotavení, hodinu ležet, obléct se do svého oblečení až později, o prvním vstávání se sestrou, signalizaci, bolesti, prvním jídle, možnosti pití po výkonu a o tom, co může a nemůže dělat. Na doptávající otázku týkající se vypodložení končetiny a o čem ho ještě sestry edukovaly, odpověděl, že sestra molitan na vypodložení donesla a byl poučen o vypodložení končetin, dále už si moc nevzpomene, jen že začít cvičit může druhý den s rehabilitační sestrou, která ho vše podstatné naučí. Edukace probíhala ústně i s edukací nácviku. Respondent všem podaným informacím rozuměl. Na otázku, jakým způsobem si sestra ověřila, jestli všemu rozumí, odpověděl, že se zeptala.

Respondent 3

Respondentem je 52letý muž, který byl hospitalizován na traumatologickém oddělení a byl třetí den po operaci. Rozhovor probíhal na oddělení traumatologie. Respondent byl velice komunikativní, společenský, milý a ochotný zodpovědět na otázky rozhovoru. Respondent mi sdělil, že o předoperační a pooperační péči byl informován od lékaře. Preferuje ústní formu podávání informací a na otázku, proč ji preferuje, odpověděl, že se to dá lépe vysvětlit a následně doplnil *„Když Vám to poví ústně, tak se to dá víc jakoby rozvést, když je to písemně, tak jako máte to napsané, ale co si pod tím máte představit, se už nedozvíte, že jo. Jako přečtu si to, ale to je tak všechno.“* Na otázku, o čem všem byl informovaný od sestry před operačním výkonem, uvádí celkový průběh předoperační přípravy, lačnění, hygienu dezinfekčním mýdlem, infuzní terapii, bandáž, zubní protézu a šperky. Na doplňující otázku, zda byl informován i o oholení, si vzpomněl, že vlastně také, a i v kolik pojede na operační sál, ale uvedl, že většinu informací, co potřeboval, si dohledal na internetu. Zda všemu rozumí, si sestra ověřila, když se opětovně zeptala. Na otázku číslo čtyři, zdali mu byly všechny podané informace srozumitelné, odpověděl: *„Laické informace jo, ale nějaký odborný ne, to je jasný.“* O pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních byl informován již před výkonem a následně také odpovídá, že sestra musí informovat nebo by měla informovat, co a jak po operaci dělat. Na doptávající se otázku, proč si to myslí, že musí nebo by měla, odpověděl: *„Nevím, myslím*

si ale, že by každá sestra měla pacientovi říct, co se bude dít před operací i po ní, aby pacienti věděli.“ Na otázku, s jakou činností sester se respondent setkal před operací a po operaci, uvádí, že byl zaveden periferní žilní vstup, provedena monitorace tlaku, dopomoc s hygienou, podání infuze a následné oholení ramene. Po výkonu uvádí sledování tlaku, teploty, periferie, hybnosti, citlivosti, krvácení, otok, bolesti a poučení o ledování. Jak vnímal zájem a dovednosti při těchto činnostech sestry, odpověděl jednoznačně, že čas měly a zájem taktéž. Následně pak dodal, že mají také spoustu vědomostí a dovedností. Na osmou otázku v souvislosti s činnostmi sester při léčbě pooperační bolesti odpovídá: *„Myslím, že super.“* Dle odpovědi respondenta se sestry opakovaně dotazovaly a v případě potřeby podaly analgetika. Časový prostor sester na odbornou činnost hodnotí slovy: *„No to právě záleží, jak která nemocnice, protože mám zkušenosti a přijde mi, že tady má sestra více lidí na starosti a není čas se nám tak věnovat, jako třeba ve vojenský nemocnici, kde jsem ležel, ale tak taky záleží na obsazenosti oddělení a kolik má na starost pacientů.“* Na otázku, zda měl pocit, že by měly sestry naspěch nebo hodně práce nebo naopak čas, odpověděl, že naspěch neměly, ale ani hodně času, zbytečně se nezdržovaly. S poskytovanou péčí je pacient na traumatologickém oddělení spokojen a postřehy ani návrhy pro lepší zvládnutí hospitalizace nemá. Při příjmu do nemocnice vnímal respondent přístup sester na výbornou a následně dodal: *„Sestry byly ochotné a rozhodně na sobě nedaly znát nějakou neochotu.“* Během celé jeho hospitalizace vnímal velice pozitivně přístup sester. Přístup sester měl určitě vliv na respondentovu psychickou pohodu. Na otázku týkající se edukace v rámci pooperační péče pacient zmínil možnost prvního jídla a pití po výkonu, signalizační zařízení, toaletu, monitoraci tlaku a hybnosti. Na doptávající položenou otázku, jestli si vzpomene, co mu bylo ještě řečeno, odpověděl, že ho sestra instruovala, jak s končetinou hýbat a následně, že další den bude rehabilitovat s rehabilitační sestrou. S rehabilitační sestrou rehabilituje druhý den, ví jak, takže dle jeho odpovědi si rehabilituje i sám. Edukace probíhala ústní formou a při edukaci docházelo i k nácviku. Jestli pacient podaným informacím rozuměl, sestra ověřila dotazem.

Respondent 4

Respondentem je 43letý muž, který byl hospitalizován na traumatologickém oddělení a byl druhý den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na oddělení traumatologie. Respondent se choval velice mile, byl komunikativní a ochotný zodpovědět mi na otázky k rozhovoru. O předoperační a pooperační péči byl informován od lékařů i sester. Seznámen s předoperační péčí byl ústně a preferuje zejména ústní podání. Na otázku proč, uvedl: *„Protože tomu víc rozumím, než když si to jen přečtu.“* Na otázku tři, o čem všem byl informovaný od sestry před operací, uvádí průběh předoperační přípravy, čas odjezdu na předoperační pokoj, hygienu a oholení. Následně odpověděl, že sestra shrnula skoro všechno, proto na doptávající otázku, co znamená pojem všechno, jestli si ještě na něco respondent vzpomene, co třeba šperky nebo lačnění, odpověděl, že o lačnění, špercích byl také informován. Ověření, zda pacient všemu rozumí, bylo provedeno zpětnou vazbou. Na otázku, zda byly respondentovi všechny informace srozumitelné, odpověděl: *„Ty pro laiky jo, ale ty doktorský ne.“* Na doptávající otázku, jestli se zeptal, když nerozuměl, odpověděl, že ano a následně mu to bylo vysvětleno. Informován ze strany sestry byl o pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních již před operací. Na otázku, s jakou činností sester se pacient setkal před operací, udává informovanost o pohybu operované končetiny. Vzhledem k tomu, že v neděli nedochází

k pacientům rehabilitační sestra, chůzi o berlích trénoval se sestrou z oddělení. Po operaci sestra monitorovala tlak, celkový stav pacienta, operovanou nohu, pohyb končetiny a bolest. Na doptávající otázku, zda si pacient ještě vzpomene, co u něj sledovala nebo dělala sestra, jak s hygienou nebo oholením, odpověděl, že byl oholen před operací, měl dopomoc při hygieně, monitoraci tlaku, kontrolu lačnění a bandáž. Na otázku, jak respondent vnímal při těchto činnostech zájem sester a dovednosti, odpověděl: *„Zájem byl hodně velký a vědomosti a dovednosti určitě taky.“* Respondent vnímal činnost sester související s pooperační bolestí velice pozitivně. Dle jeho slov se velmi často a aktivně dotazovaly. Na otázku, jak vnímal časový prostor sester na odbornou činnost v souvislosti s výkony, které u něj probíhaly, zda měl pocit, že by sestry měly naspěch a hodně práce nebo naopak, odpověděl: *„Tak práce měly docela dost, mi přišlo, ale určitě je to i tím, kolik mají na starost lidí zrovna a kolik lidí tu leží na tom oddělení.“* Nemyslí si však, že by byl ze stran sester zanedbávaný, udělaly, co měly a odešly. Na doptávající otázku, zda udělaly, co bylo potřeba a šly, odpověděl, že ano. S poskytovanou péčí na traumatologii je respondent spokojen, postřehy nebo návrhy nemá. Přístup sester při příjmu do nemocnice byl v pořádku, sestry byly klidné a milé, respondent neměl problém. Přístup sester během hospitalizace vnímal velmi pozitivně. Přístup sester měl určitě vliv na psychickou pohodu pacienta. Na čtrnáctou otázku, o čem všem pacienta sestry edukovaly v rámci pooperační péče, odpověděl, o pohybu končetiny, povolené a nepovolené pohyby končetiny, chůzi o berlích a o injekční antikoagulační terapii. Edukace probíhala ústně i písemně, kdy respondent dostal leták zobrazující správnou aplikaci antikoagulační léčby. Při edukaci docházelo k nácviu. Pacient uvedl, že rozuměl všem podaným informacím. To si sestra ověřila zpětnou vazbou, zeptala se, jestli všemu rozumí.

Respondent 5

Respondentem je 58letá žena, která byla hospitalizována na traumatologickém oddělení a byla druhý den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na oddělení traumatologie. Respondentka se chovala velice mile, společensky, vstřícně a byla ochotná zodpovědět mi na otázky rozhovoru. Informovaná o předoperační a pooperační péči byla ze strany lékaře i ze strany sester. Seznámena s předoperační péčí byla formou ústní i písemnou. Na otázku, jaký způsob preferuje a proč, odpověděla: *„No asi ústně, když mi to vysvětlí, je to takový lepší pro pochopení.“* O čem všem byla od sestry informována před operací, uvedla lačnění, zavedení periferního žilního katetru, infuzní terapii, možnost podání analgetik, premedikaci, bandáž a čas odjezdu na předoperační pokoj. Na doptávající otázku, jestli sestra také informovala například o hygieně, špercích a zubní protéze, odpověděla, že ano. Pacientka dále doplnila informaci o hygieně dezinfekčním mýdlem a o vhodnosti dojít si před odjezdem na sál na toaletu. Zda všemu pacientka rozumí, si sestra ověřila zpětnou vazbou. Již před operací byla respondentka informována o následné pooperační péči. Na otázku číslo šest, s jakou činností sester jste se setkala před operací a po operaci, uvedla, že před operací jí sestra zavedla periferní žilní katetr, označila operované končetiny a informovala o podání infuze. Na doptávající otázku ohledně hygieny a lačnění odpověděla, že jí sestra s hygienou dopomohla, ověřila si lačnění od půlnoci, sledovala tlak a teplotu. Po operačním výkonu sestra monitorovala tlak, končetinu, periférii, hybnost, krvácení, edukovala o ledování operované končetiny, informovala o následném jídle, pití po výkonu a vymočení po operaci. Jak při těchto činnostech, výkonech vnímala jejich zájem a dovednosti, odpověděla: *„Jo, tak určitě zkušenosti a vědomosti mají,*

je to vidět.“ Časový prostor sester na odbornou činnost v souvislosti s výkony, které u respondentky probíhaly, vnímala v pohodě. Pocit, že by měly sestry naspěch, rozhodně neměla, ba naopak se sestry věnovaly, nechvátaly, nebyl stres a v případě dotazu v klidu odpověděly. S poskytovanou péčí na traumatologickém oddělení je spokojená. Respondentka přišla s návrhem a postřehem, aby chodila vizita dvakrát denně, ráno a odpoledne, aby lékaři více pacienty informovali. Na doptávající otázku, zda si myslí, že by byla lepší vizita dvakrát denně, aby pacienty více informovala, mi odpověděla: *„Myslím si, že by to bylo lepší a lidi by byli víc informovaní o jejich stavu.“* Na druhou doptávající otázku, jestli si respondentka přijde málo informovaná, odpověděla: *„No, přijde mi, že málo informovaná se říct nedá, ale byla bych radši, kdybych znala více informací o svém zdravotním stavu, hlavně po té operaci.“* Přístup sestry při příjmu do nemocnice vnímala pozitivně a vše potřebné jí bylo vysvětleno. Přístup sester během celé hospitalizace vnímala pozitivně, ale shodou náhod také odpověděla, že určitě záleží na jednotlivé sestře. Přístup sester měl jednoznačně vliv na psychickou pohodu pacientky. O čem všem byla ze strany sester edukována v rámci pooperační péče, uvedla pohyb končetiny, povolené a zakázané pohyby, možnosti jídla a pití po operaci, toaletě, chůze o berlích, kterou ji učila sestra, protože dle informací od pacientky v neděli rehabilitační sestra nechodí. Edukace probíhala ústně s nácvikem. Respondentka všem podaným informacím rozuměla a na otázku, jakým způsobem si sestra ověřila, zda všemu rozumíte, odpověděla: *„Zeptali se mě, jestli tomu rozumím a jestli mám nějaký dotaz.“*

Respondent 6

Respondentem je 36letý muž, který byl hospitalizován na traumatologickém oddělení a byl druhý den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na oddělení traumatologie. Respondent se choval velice mile a byl ochotný zodpovědět mi na otázky rozhovoru. Respondent se svěřil, že nejdříve byl o předoperační a pooperační péči informován od sester. Seznámen s touto péčí před operací byl ústně i písemně. Uvádí, že preferuje ústní podání z důvodu lepšího pochopení. Na otázku, o čem byl informován před operací, uvádí premedikaci, lačnění, možnosti podání analgetik. Na doptávající otázku, o čem ještě byl informován, zda si vzpomene, jestli byl informovaný třeba o hygieně, bandáži nebo špercích, odpověděl, že byl také informován o hygieně dezinfekčním mýdlem, bandáži, špercích a zubní protéze. Na otázku, jak si sestra ověřila, že všemu rozumíte, odpověděl: *„No, já jsem dostatečně dal najevo, že tomu rozumím, ale zeptala se mě.“* Všechny podané informace byly respondentovi dostatečně srozumitelné. Na otázku, jestli ho sestra informovala rovnou i o pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních, odpověděl, že byl informovaný až po operaci. Na šestou otázku, s jakou činností sester se pacient setkal před operací a po operaci, jmenuje zavedení periferního žilního katetru, poskytnutí čistého ložního prádla, provedení hygieny, oholení, poskytnutí čisté košile, sledování tlaku a teploty. Po operaci vyjmenovává opakované monitorování tlaku, končetiny, periferie, citlivosti, hybnosti, bolesti a poskytnutí ledu na ledování operované končetiny. Na otázku, jak při těchto činnostech vnímal jejich zájem a dovednosti, odpověděl: *„Já myslím, že skvělý. Naprosto super. Věděly, co a jak a přehled měly.“* Činnosti sester související s pooperační bolestí vnímal pozitivně, aktivně a pořád se dle jeho slov ošetřující personál dotazoval. Časový prostor sester na odbornou činnost vnímal pacient dobře, na otázku, zda měl pocit, že by měly sestry naspěch, hodně práce nebo naopak, odpověděl: *„Ne, ne, tak bylo vidět, že to mají organizovaný, že v tom není žádný zmatek, přesně navazovaly na další práci“*

a nikdy jsem na nic nečekal.“ S péčí poskytovanou na traumatologickém oddělení je pacient spokojen, žádné návrhy ani postřehy, které by pomohly pacientům lépe zvládat hospitalizaci, nemá. Při příjmu do nemocnice a po celou dobu hospitalizace vnímal respondent přístup sester pozitivně: „Byly vstřícný, hodný, milý, neměl jsem s nima absolutně žádný problém.“ Přístup sester měl vliv na jeho psychickou pohodu. O čem všem byl pacient edukován v rámci pooperační péče, uvádí možnost jídla a pití, první vstávání z lůžka po výkonu, vypodložení a ledování operované končetiny. Na doptávající otázku ohledně polohování, cvičení operované nohy sdělil, že byl informován o povolených a zakázaných pohybech. Na další doptávající otázku, jestli si ještě na něco vzpomene například ohledně toalety, rehabilitace a chůze, uvedl, že na toaletu si měl dojít co nejdříve a chůzi o berlích mu sestra ukazovala. Sestra ho zároveň obeznámila s tím, že mu vše ještě podrobněji ukáže a vysvětlí rehabilitační sestra v pondělí. Edukace probíhala ústní formou s nácvikem. Respondent všem podaným informacím rozuměl. Způsob, jakým si sestra ověřila, zda všemu rozumí, byla zpětná vazba.

Respondent 7

Respondentem je 49letý muž, který byl hospitalizován na traumatologickém oddělení a byl čtvrtý den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na oddělení traumatologie. Respondent byl milý a ochotný zodpovědět mi na otázky rozhovoru. Respondent se mi svěřil, že informován o předoperační a pooperační péči byl jak ze strany lékaře, tak ze strany sestry. Seznámen s předoperační péčí byl jak formou ústní, tak i písemnou. Uvádí, že preferuje ústní podání z důvodu, že když něčemu nerozumí, tak se hned zeptá. Na otázku, o čem byl informován sestrou před operací, uvádí průběh předoperační přípravy a odjezd na předoperační pokoj. Na doptávající se otázku, jestli byl informován o tom, jak příprava bude probíhat, jak je to s hygienou, bandáží, lačněním a tak dále, uvádí, že byl informován o hygieně dezinfekčním mýdlem, premedikaci, bandáži, lačnění a infuzní terapii. Ověření, jestli všemu rozumí, bylo zpětnou vazbou. Pacientovi byly všechny podané informace srozumitelné. Ptala jsem se ho, zdali ho sestra rovnou informovala o pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních a pacient odpověděl, že ano a uvedl i konkrétní příklady. Na otázku šest, s jakou činností sester se setkal před operací a po operaci, uvádí, že mu před operací sestra zavedla periferní žilní vstup, dodělala sádku, měřila tlak, teplotu, hlídala lačnění, infuzní terapii, čistila pupík a poskytla čisté prádlo. Na doptávající otázku ohledně činností sester po operaci, jestli měřila tlak nebo tak podobně, jmenuje měření tlaku, sledování bolesti, krvácení, periferie končetiny a celkový stav pacienta. Jak při těchto činnostech respondent vnímal jejich zájem a dovednosti, odpověděl: *„Jo, tak to určitě nebyl žádný problém, zájem určitě měly, a to byly profesionální výkony, si myslím a kdykoliv jsem potřeboval nějaké informace, tak nebyl problém a všechno mi řekly.“* Na otázku číslo osm související s pooperační bolestí, zda se personál dotazoval aktivně, zda pacienta něco nebolí, uvádí, že to vnímal dobře a ošetřující personál opakovaně chodil a dokola se dotazoval. Časový prostor na odbornou činnost v souvislosti s výkony vnímal pozitivně, neměl pocit, že by sestry měly naspěch ani hodně času, dle jeho slov to probíhalo standardně, bez jakéhokoliv presu. Na doptávající otázku, zda se sestry věnovaly respondentovi dost, odpověděl: *„Jo, věnovaly se nám hodně. Jak bylo potřeba.“* Pacient je s poskytovanou péčí na traumatologickém oddělení spokojen, žádnou výtku, výhradu, návrh nebo postřeh nemá. Přístup sestry při příjmu do nemocnice vnímal pozitivně: *„Bylo to v pořádku, na to že byla neděle odpoledne, tak super přístup, dostal*

jsem spoustu informací, takže jsem měl všechno, co jsem potřeboval vědět.“ Přístup sester během celé hospitalizace pacienta vnímal též pozitivně, jako kvalitní přístup, ke kterému nemá žádné výtky a vnímá ho jako bezproblémový. Na jeho psychickou pohodu jednoznačně přístup sester vliv měl. Na otázku, o čem Vás sestry edukovaly v rámci pooperační péče, jmenuje možnost jídla a pití po operaci, první vstávání z lůžka s personálem, ledování operované končetiny, povolené a zakázané pohyby končetiny, možnosti podání analgetik, toaletě. Na doptávající otázku ohledně chůze a rehabilitace odpověděl: *„Jo tak, pak že se budu učit chodit o berlič, ale nejsem v nemocnici poprvý, takže to docela umím od minula.“* Edukace probíhala ústně, docházelo při ní také k nácviku. Respondent rozuměl všem podaným informacím. Na otázku, jakým způsobem si sestra ověřila, zda všemu rozumí, odpověděl, že se sestra zeptala, a kdyby něčemu nerozuměl, tak by se ihned doptal.

Respondent 8

Respondentem je 54letá žena, která byla hospitalizována na traumatologickém oddělení a je třetí den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na oddělení traumatologie. Respondentka byla velice milá, přátelská a ochotná zodpovědět mi na otázky rozhovoru. O předoperační a pooperační péči byla informována prvotně lékařem a následně také sestrou. S předoperační péčí byla seznámena ústní i písemnou formou. Na otázku, jaký způsob podávání informací preferuje, sdělila, že je ráda jak za ústní, tak za písemné podání informací. Na otázku proč, odpověděla: *„Když to mám napsaný, tak to nezapomenu a když zase mi to někdo řekne, tak se můžu na cokoliv ještě zeptat.“* Na otázku, o čem byla informovaná sestrou před operací, uvádí celkový průběh předoperační přípravy, odjezd na sál, lačnění, hygienu dezinfekčním mýdlem, odstranění šperků a zubní protézy. Na doptávající otázku, co periferní žilní vstup nebo bandáž, se rozpomněla, že také dostala informace o zavedení periferního žilního vstupu, přiložení bandáže, toaletě před odjezdem a infuzní terapii. Zda všemu respondentka rozuměla si sestra ověřila zpětnou vazbou. Všechny podané informace byly pacientce srozumitelné. Na doptávající otázku, co kdyby srozumitelné nebyly, mi odpověděla, že kdyby nebyly, tak by se zeptala. Před operací byla pacientka ihned informovaná i o pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních. Respondentky jsem se ptala, s jakou činností sester se setkala před operací a po operaci. Před operací sestry měřily tlak, kontrolovaly lačnění, zavedly periferní žilní vstup, převlékly lůžko, informovaly o nutnosti odstranění šperků, dopomohly s hygienou, oholením a přiložením bandáží. Po operaci, monitorovaly tlak, bolesti, krvácení, periférii, mravenčení. Dle slov respondentky: *„Staraly se o mě velice hezky.“* Jak při těchto činnostech vnímala zájem a dovednosti sester, odpověděla, že byla spokojená, měly velký zájem a dovednosti, vědomosti také velké, avšak také určitě spoustu zkušeností. Činnosti sester související s pooperační bolestí vnímala jako bezproblémové. Ošetřující personál se dotazoval aktivně, jestli ji něco nebolí, sestry aktivně a opakovaně chodily a ptaly se na bolest. Časový prostor na odbornou činnost sester v souvislosti s výkony vnímala jako normální. Dle jejích slov neměla pocit, že by sestry měly naspěch ale ani hodně práce: *„Tak nějak vždycky přišly, udělaly, co bylo potřeba a odešly.“* S poskytovanou péčí na traumatologickém oddělení je respondentka spokojena, ačkoliv se dle její odpovědi setkala s pár sestrami, které podle pacientky nebyly úplně příjemné. Na doptávající otázku, jestli měla negativní zkušenost se sestrami včera, odpověděla: *„No tak ne negativní, ale tak nějak příjemný úplně nebyly, ale tak ne každý má vždycky svůj den.“*

Žádné návrhy nebo postřehy nemá. Přístup sestry při příjmu do nemocnice byl na výbornou. Přístup sester během celé hospitalizace vnímala taktéž pozitivně, ale uvedla, jak již zmínila, jak která sestra. Na otázku, jestli měl přístup sester vliv na její psychickou pohodu, odpověděla, že ano, a to uklidňující. Doptávající otázkou, jak to, že uklidňující, uvedla, že měla nervy, zvracela, protože nevěděla, co ji čeká, ale po příjmu na oddělení a vysvětlení z ní stres opadl. O čem všem byla pacientka edukována v rámci pooperační péče, uvedla možnosti pití a jídla, prvního vstávání z lůžka v doprovodu personálu, možnosti podání analgetik, správných a zakázaných pohybů končetiny, zatížení váhou operované končetiny, chůzi o berlích a injekční antikoagulační terapii. Edukace probíhala ústní formou s nácvikem. Respondentka rozuměla všem podaným informacím. Způsobem ověření ze strany sestry, jestli pacientka všemu rozumí, byla zpětná vazba.

Respondent 9

Respondentem je 59letá žena, která byla hospitalizována na traumatologickém oddělení a je druhý den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na oddělení traumatologie. Respondentka byla milá a ochotná zodpovědět mi na otázky rozhovoru. O předoperační a pooperační péči byla informována lékařem i sestrou. S péčí před operací byla seznámena ústní, následně i písemnou formou. Respondentka preferuje ústní podání informací. Na otázku proč, sdělila: *„Je to lepší, můžu se kdykoliv na cokoli zeptat.“* Na třetí otázku, o čem byla informována před operací, uvádí lačnění, hygienu dezinfekčním mýdlem. Na doptávající otázku, jestli si ještě na něco vzpomene, třeba nějaké léky na bolest, oholení, bandáž na nohu a odjezd na sál, si pacientka rozpomíná a následně uvádí, že byla ještě informovaná o infuzní terapii, oholení, přiložení bandáže a odjezdu na sál, víc si nevzpomíná. Jestli všemu rozumí, si sestra ověřila zpětnou vazbou. Pacientce byly všechny podané informace srozumitelné. O pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních byla informována rovnou před operací. Na otázku, s jakou činností sester se setkala před operací a následně po ní, vyjmenovala měření tlaku a teploty, sledování bolesti, zavedení periferního žilního katetru, podání infuze a oholení. Po doptávající otázce týkající se hygieny a zda dostala respondentka i bandáž, sdělila, že s hygienou před výkonem jí pomáhala sestra, která taktéž přiložila bandáž. Sestra v případě dotazů reagovala i na otázky od respondentky. Po výkonu respondentka uvádí, že sestra monitorovala tlak, bolesti, sledovala periferie končetiny, krvácení, ledování operované části a úpravu kolenní ortézy. Zájem a dovednosti sester při těchto činnostech vnímala respondentka pozitivně na výbornou. Dle její odpovědi byly sestry šikovné, zájem měly velký, staraly se o ni hezky a vědomosti, zkušenosti a přehled mají. Činnost sester související s pooperační bolestí hodnotí jako pozitivní. Zda se sestry dotazovaly aktivně, jestli ji něco nebolí, odpověděla: *„Chodily a ptaly se opakovaně a aktivně, jestli mě to nebolí.“* Na otázku devět, jak vnímala časový prostor sester v souvislosti s výkony, které u ní probíhaly, odpověděla, že super a z péče neměla pocit, že by sestry měly naspěch nebo hodně práce: *„Určitě ten čas si na nás udělaly a měly.“* S péčí na traumatologickém oddělení je spokojená a žádné postřehy ani návrhy nemá. Přístup sester při příjmu do nemocnice hodnotí jako suprový, pacientka byla přijata v noci a podle její odpovědi sestry absolutně nedaly znát naštvanost nebo neochotu či obtěžování. *„Byly hodný a milý i v noci a absolutně nebylo znát na nich, že jsou dvě hodiny ráno nebo kolik bylo.“* Přístup sester během celé hospitalizace vnímala opět jako kvalitní. Přístup sester měl vliv na psychickou pohodu respondentky. Na otázku, o čem byla sestrou edukována v rámci

pooperační péče, uvedla rehabilitování, zakázané a povolené pohyby končetiny, nošení ortézy, chůzi o berlích. Na doptávající otázku, jestli sestra informovala také o antikoagulační terapii, odpověděla že ano, avšak respondentka už má zkušenosti s injekční antikoagulační terapií a nemá ji poprvé. Edukace probíhala ústní formou, při které docházelo k nácviu. Respondentka všem podaným informacím rozuměla. Způsob, jakým si sestra ověřila, zda všemu rozumí, byla zpětná vazba, zeptala se.

Respondent 10

Respondentem je 58letý muž, který byl hospitalizován na traumatologickém oddělení a byl čtvrtý den po operačním výkonu. Rozhovor probíhal na oddělení traumatologie. Respondent byl velice komunikativní a milý, byl ochotný zodpovědět mi na otázky rozhovoru. Pacient se mi svěřil, že o předoperační a pooperační péči byl informován lékařem. Seznámen s předoperační péčí byl ústní i písemnou formou. Uvádí, že preferuje ústní formu a na otázku proč, odpověděl: *„Protože nám podá víc informací a můžeme si to vysvětlit lépe než na papíře.“* Na otázku, o čem byl před operací od sestry informován, uvádí lačnění, zavedení periferního žilního katetru a přiložení bandáží. Na doptávající se otázku ohledně hygieny, toalety a holení operačního místa, odpovídá, že o toaletě před výkonem byl informován následně, taktéž o oholení, hygieně dezinfekčním mýdlem, infuzní terapii a o odjezdu na předoperační pokoj. Na další doptávající otázku týkající se zubní náhrady a šperků, zda je může mít, sdělil, že zuby napevno mít může, ale šperky ne, o tom ho také sestra informovala. Jestli respondent všemu rozumí si sestra ověřila zpětnou vazbou tím, že se zeptala. Respondentovi byly všechny podané informace srozumitelné. Pacient nadále sdělil, že o pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních byl informován až po operačním zákroku. Na otázku, s jakou činností sester se setkal před operací a po operaci, jmenuje zavedení periferního žilního vstupu, měření tlaku, podání analgetik, oholení, lačnění, přiložení bandáže a podání infuze, po operaci potom monitoraci tlaku, celkového stavu, periferie končetiny, krvácení a dotazování na bolest. Jak při těchto činnostech sester vnímal respondent jejich zájem a dovednosti, odpověděl: *„Super. Myslím si, že stoprocentně, na jedničku. Byl vidět jejich zájem, vědomosti, dovednosti a hlavně zkušenosti.“* Na otázku vnímání činností sester souvisejících s pooperační bolestí, zda se aktivně personál dotazoval, uvádí, že ano, aktivně, personál se dotazoval bez problémů. Časový prostor na odbornou činnost v souvislosti s výkony, které u pacienta probíhaly, vnímal dobře. Dle jeho odpovědi se sestry věnovaly a nebylo znát, že by měly hodně práce, nebyl čas nebo by měly naspěch. S poskytovanou péčí na traumatologickém oddělení je pacient spokojen a návrhy nebo postřehy žádné nemá. Přístup sestry při příjmu do nemocnice hodnotí na výbornou a přístup sester během celé hospitalizace hodnotí taktéž pozitivně: *„Super, super. Chválit a chválit. Byly empatický, všímavý, milý, obětavý, a to všechny.“* Přístup sester měl jednoznačně vliv na jeho psychickou pohodu. O čem byl respondent edukován v rámci pooperační péče, odpověděl, že o možnosti pití a jídla, o prvním vstávání z lůžka se sestrou, o povolených a zakázaných pohybech operované končetiny, chůzi, poučení o možnosti podání analgetik, ledování. Na doptávající otázku o hygieně uvádí, že operační ránu ještě nemůže umývat. Na další doptávající se otázku, zda byl informován o antikoagulační léčbě, uvedl, že ne. Edukace probíhala ústní formou, při které docházelo i k nácviu. Všem podaným informacím respondent rozuměl. Způsob, jakým si sestra ověřila, jestli respondent všemu rozumí, byla zpětná vazba tím způsobem, že se zeptala.

2.6.1 Analýza výsledků

Výsledky výzkumného šetření byly na základě výzkumných otázek rozčleněny do tabulek.

1) Kdo Vás informoval o předoperační a pooperační péči – sestry, lékaři, ošetřovatelky?

Tabulka 2 - vyhodnocení otázky č.1

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Lékaři	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Sestry	X	X		X	X	X	X	X	X	
Ošetřovatelky										

Zdroj: autorka práce

Na tuto otázku odpovědělo sedm respondentů, že o předoperační a pooperační péči byli informováni jak ze strany lékaře, tak i sestry. Dva respondenti uvedli informování jen od lékaře. Jeden respondent reagoval odpovědí, že byl informován pouze sestrou. Ze strany ošetřovatelky nebyl informován nikdo.

2) Jakou formou jste byl/a seznámena s předoperační péčí – ústně, písemně, (informační leták či jiný způsob)? Jaký způsob podávání informací preferujete vy osobně a proč?

Tabulka 3 - vyhodnocení otázky č.2

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Ústně	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Písemně	X	X			X	X	X	X	X	X
Preferuji ústní	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Preferuji písemný		X						X		

Zdroj: autorka práce

Osm respondentů z deseti odpovědělo, že s předoperační péčí byli seznámeni ústní i písemnou formou. Pouze dva respondenti uvedli seznámení s péčí před operací pouze ústně. Osm respondentů preferuje podání informací ústní formou, protože je to lepší a kdykoliv se můžou na cokoliv doptat. Jeden respondent z deseti odpověděl jako jediný, že preferuje obojí podání informací, jak ústní, tak i písemné. Z důvodu toho, že když to má napsané, tak to nezapomene a když je to ústně, může se na cokoliv zeptat. Jeden respondent reagoval odpovědí, že má raději písemnou formu, z důvodu toho, že si ústní informace ne vždy všechny zapamatuje.

3) O čem Vás sestra informovala před operací? Jak si ověřila, že všemu rozumíte?

Tabulka 4 - vyhodnocení otázky č.3

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Odjezd na předoperační pokoj	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Hygiena dezinfekčním mýdlem	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Oholení operačního místa		X	X	X					X	X
Lačnění	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Přiložení bandáží	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Infuze	X		X	X	X		X	X	X	X
Odstranění šperků	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Odstranění zubní protézy		X	X		X	X		X	X	X
Zavedení periferního žilního katetru		X			X			X		X
WC					X			X		X
Analgetika proti bolesti / bolest					X	X				
Premedikace					X	X	X			
Zpětná vazba	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka práce

Všech deset respondentů uvedlo, že byli informováni od sestry před operací o lačnění. Devět respondentů odpovídá, že byli informováni o odjezdu na operační pokoj. Dalších devět odpovědělo, že byli informováni o provedení hygieny dezinfekčním mýdlem. Pět respondentů uvedlo, že byli seznámeni s oholením operačního místa. Devět respondentů odpovědělo, že jim bylo sděleno přiložení bandáží. Osm respondentů bylo obeznámeno s podáním infuze. Devět z deseti respondentů odpovědělo, že byli informováni o odstranění šperků. O odstranění zubní protézy bylo informováno sedm respondentů. Se zavedením periferního žilního katetru byli obeznámeni čtyři respondenti. Dále pak tři respondenti byli informováni o možnosti dojít si na WC před operací. Pouze dva respondenti byli informováni o možnosti podání analgetik před výkonem. O premedikaci byli obeznámeni tři respondenti. Na otázku, jak si sestra ověřila, že všemu rozumíte, odpovědělo všech deset respondentů, že to bylo zpětnou vazbou.

4) Byly Vám všechny podané informace srozumitelné?

Tabulka 5 - vyhodnocení otázky č.4

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Ano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bez odborných výrazů	X		X	X						

Zdroj: autorka práce

Deset respondentů z deseti odpovědělo, že jim byli všechny podané informace srozumitelné. Tři respondenti z nich však ještě dodali, že jim to bylo srozumitelné, pouze bez odborných výrazů.

5) Informovala Vás sestra rovnou i o pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních?

Tabulka 6 - vyhodnocení otázky č.5

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Ano, před operací	X		X	X	X		X	X	X	
Až po operaci		X				X				X

Zdroj: autorka práce

Na tuto otázku odpovědělo sedm respondentů, že byli rovnou před operací informováni od sestry o pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních. Tři respondenti uvedli, že byli informováni po operaci.

6) S jakou činností sester jste se setkal/a před operací a po operaci?

Tabulka 7 - vyhodnocení otázky č.6 - před operací

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Lačnění		X		X	X		X	X		X
Bolest									X	X
Monitorace tlaku			X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorace teploty					X	X	X	X	X	
Zavedení periferního žilního vstupu	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Oholení operačního pole	X	X	X	X		X		X	X	X
Odstranění šperků								X		
Doděláná sádry							X			
Dezinfekce pupku							X			
Označení operované části	X				X					
Bandáže	X	X		X				X	X	X
Infuze		X	X		X		X		X	X
Hygiena			X	X	X	X		X	X	
Čisté ložní a osobní prádlo						X	X	X		

Zdroj: autorka práce

Na otázku, s jakou činností sester jste se setkal/a před operací a po operaci, odpovědělo šest respondentů, že byli před operací poučeni o lačnění. Dva respondenti byli obeznámeni s možností podání analgetik v případě bolesti. Osm respondentům bylo provedeno měření tlaku. Pět bylo provedeno měření teploty. O zavedení periferního žilního katétru bylo informováno devět respondentů. Osm respondentů uvedlo, že byli informováni o oholení operačního pole před operací. O odstranění šperků byl informován jeden respondent. O doděláná sádry a také dezinfekci pupku byl informován pouze jeden respondent. Dva respondenti uvedli, že u nich došlo k označení operované části před operací na oddělení. Šest respondentů odpovědělo, že před operací jim sestra přišla dát na neoperovanou končetinu bandáže. Další šest respondentů uvedlo, že dostali infuzi před výkonem. O hygieně nebo potřebné dopomoci při ní, bylo poučeno šest respondentů. Tři respondenti sdělili, že dostali čisté osobní a ložní prádlo.

Tabulka 8 - vyhodnocení otázky č.6 - po operaci

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Monitorace tlaku	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Sledování vědomí / celkového stavu	X			X			X	X		
Sledování periferie (hybnost, citlivost)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sledování krvácení	X	X	X		X		X	X	X	X
Sledování bolesti	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Možnost jídla, pití					X					
Ledování operované končetiny		X	X		X	X			X	
Vypodložení	X									
WC					X					
Úprava ortézy									X	
Monitorace teploty / otoku			X							
Chůze o berlích / pohyb končetiny				X						

Zdroj: autorka práce

S jakou činností sester jste se setkal/a po operaci, odpovědělo devět respondentů, že s měřením tlaku. Čtyři uvedli sledování celkového stavu, vědomí. Všech deset respondentů odpovědělo, že u nich sestra sledovala periferii končetiny, jako například hybnost a citlivost. Osm respondentů odpovědělo, že u nich bylo sledováno pooperační krvácení z operační rány a možné prosakování skrz sterilně krytou operační ránu. Devět respondentů sdělilo, že u nich byla sledována pooperační bolest. O možnosti jídla a pití po operaci, byl informován pouze jeden respondent. O ledování operované končetiny bylo informováno pět respondentů. Jeden respondent odpověděl, že měl končetinu vypodloženou molitanem. Informaci o časovém úseku na toaletu dostal jeden respondent. U jednoho respondenta došlo k úpravě ortézy po operaci. Další jeden respondent uvedl, že u něj sestra měřila teplotu a sledovala otok operované končetiny. Jeden respondent odpověděl, že ho sestra informovala o chůzi o berlích a pohybu operované končetiny.

7) Jak jste při těchto činnostech, výkonech vnímal/a jejich zájem, dovednosti?

Tabulka 9 - vyhodnocení otázky č.7

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Dobře / pozitivně	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Měly zájem	X	X	X	X			X	X	X	X
Byly šikovný									X	
Dovednosti				X		X	X	X		X
Zkušenosti		X	X		X	X	X	X	X	X
Vědomosti	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Dostatek času			X							

Zdroj: autorka práce

Devět respondentů uvedlo, že zájmy a dovednosti při činnostech a výkonech sester vnímali dobře, pozitivně. Osm z nich sdělilo, že sestry zájem měly. Dalších osm uvedlo, že měli zkušenosti. Jeden uvedl, že byly šikovný. Pět z nich uvedlo, že měly dobré dovednosti. Devět již dodalo odpověď, že se shodují na tom, že měly určitě vědomosti. Jeden uvedl, že si myslí, že měly i dostatek času.

8) Jak jste vnímal/a činnosti sester související s pooperační bolestí? Dotazoval se ošetřující personál aktivně, zda vás něco nebolí?

Tabulka 10 - vyhodnocení otázky č.8

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Pozitivně / v normě		X		X	X	X	X	X		X
Velice dobře / super	X		X						X	
Aktivně se ptaly	X	X		X	X	X			X	X
Opakovaně se ptaly / velmi často	X		X	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka práce

Na tuto otázku odpovědělo sedm respondentů, že vnímali činnosti sester související s pooperační bolestí velmi pozitivně. Zbýlí tři respondenti uvádí, že vnímali činnosti sester jako velice dobré až super. Šest respondentů uvedlo, že se sestry opakovaně a aktivně ptaly na bolesti. Jeden z respondentů reagoval že se jen aktivně ptaly. Další tři respondenti se shodují na tom, že se ptaly opakovaně.

9) Jak jste vnímal/a časový prostor sester na odbornou činnost v souvislosti s výkony, které u Vás probíhaly? Měl/a jste z péče pocit, že mají naspěch a hodně práce nebo naopak?

Tabulka 11 - vyhodnocení otázky č.9

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Pozitivně / dobře	X				X	X		X	X	X
Času tak akorát		X	X	X			X	X	X	X
Nezdržovaly se zbytečně		X	X	X				X	X	
Organizovaná práce						X				
Dost práce				X						
Dost času	X									
Věnovaly se	X			X	X		X		X	X
Nebyl pocit, že by měly naspěch	X	X	X		X		X		X	X

Zdroj: autorka práce

Šest respondentů uvádí, že časový prostor sester na odbornou činnost v souvislosti s výkony, které u nich probíhaly vnímali dobře, pozitivně. Sedm z nich uvedlo, že jim přišlo, že měly sestry času tak akorát, z toho pět z nich ještě dodalo, že se nezdržovaly zbytečně. Jeden respondent odpověděl, že měly sestry organizovanou práci. Další jeden respondent uvedl, že mu přišlo, že měly sestry práce dost. Pouze jeden uvedl, že si myslí, že měly sestry času dost. Šest respondentů odpovědělo, že se jim sestry věnovaly. Sedm respondentů odpovědělo, že neměli pocit, že by sestry měly naspěch.

10) Jak jste spokojeni s poskytovanou péčí na traumatologickém oddělení? Máte nějaké návrhy, postřehy, které by pomohly pacientům lépe zvládat hospitalizaci?

Tabulka 12 - vyhodnocení otázky č.10

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Spokojen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Návrhy a postřehy nemám	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Návrhy a postřehy mám					X					
Velice spokojen										X

Zdroj: autorka práce

Devět respondentů odpovědělo, že jsou s péčí na traumatologickém oddělení spokojeni. Jeden uvedl, že je velice spokojený. Devět respondentů uvedlo, že nemají žádné návrhy ani postřehy, které by pomohly pacientům lépe zvládat hospitalizaci. Pouze jeden uvedl, že postřehy, návrhy má.

11) Jaký byl přístup sestry při příjmu do nemocnice?

Tabulka 13 - vyhodnocení otázky č.11

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Výborný	X		X					X	X	X
Dobrý / v pohodě		X		X	X	X	X			
Špatný										

Zdroj: autorka práce

Na tuto otázku odpovědělo pět respondentů, že přístup sestry při příjmu do nemocnice byl výborný. Dalšíh pět uvedlo přístup sestry při příjmu jako dobrý, v pohodě. Žádný z respondentů neuvedl, že byl přístup špatný.

12) Jak jste vnímal/a přístup sester během celé hospitalizace?

Tabulka 14 - vyhodnocení otázky č.12

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Výborně / skvěle	X		X	X			X			X
Dobře		X			X	X		X	X	
Špatně										
Empatický		X								X
Milý	X				X	X		X		X
Obětavý								X		X
Všímavý										X
Aktivní				X						
Ochotný	X							X		
Komunikativní, přátelský		X		X						
Záleží jak která sestra								X		
Ráznější					X					
Hodný						X		X	X	

Zdroj: autorka práce

Pět respondentů vnímalo přístup sester jako výborný, skvělý. Dalších pět vnímali přístup sester jako dobrý. Žádný z respondentů nevnímalo přístup sester jako špatný. Dva respondenti uvedli, že byly sestry empatické. Pět respondentů odpovědělo, že byly sestry milé, z toho jeden z nich že byly milé a obětavé a druhý z nich sdělil, že byly milé, obětavé a všímavé. Dva respondenti uvedli, že byly sestry komunikativní, přátelské, z toho jeden ještě uvedl, že byli aktivní. Další dva respondenti odpověděli, že byly i sestry ochotné, ale jeden z nich uvedl, že záleží na každé sestře, jak která sestra. Tři respondenti odpověděli, že byly sestry hodné. A jeden respondent však sdělil, že některá sestra byla ráznější.

13) Měl přístup sester vliv na Vaši psychickou pohodu?

Tabulka 15 - vyhodnocení otázky č.13

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Určitě ano	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Z malé části		X								

Zdroj: autorka práce

Devět z deseti respondentů odpovědělo, že měl přístup sester vliv na jejich psychickou pohodu. Pouze jeden respondent reagoval odpovědí, že jen z malé části měl přístup sester vliv na jeho psychickou pohodu.

14) O čem Vás sestry edukovaly v rámci pooperační péče?

Tabulka 16 - vyhodnocení otázky č.14

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Povolené a zakázané pohyby končetiny	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hygiena	X									X
Chůze o berlích	X			X	X		X	X		
Pooperační klid na lůžku		X								
Vstávání z lůžka s personálem		X				X	X	X		X
Analgetika		X					X	X	X	X
Antikoagulační terapie				X				X		X
Možnost jídla a pití		X	X		X	X	X	X		X
Vypodložení / elevace		X				X			X	
Monitorace tlaku / periferie			X							
WC			X		X	X	X			
RHB		X	X		X	X	X	X	X	
Ledování						X	X		X	X
Přiložení ortézy									X	

Zdroj: autorka práce

Všech deset respondentů bylo edukováno v rámci pooperační péče o povolených a zakázaných pohybech operované končetiny. Dva z nich sdělili, že byli poučeni také o hygieně, jestli se s tím můžou nebo nemůžou sprchovat. Pět respondentů bylo edukováno o chůzi o berlích. Jeden respondent uvedl, že byl informován o dodržování pooperačního klidového režimu na lůžku na určitou dobu po operaci. O vstávání z lůžka s personálem bylo edukováno a poučeno pět respondentů. Dalších pět respondentů uvedlo, že byli seznámeni s možností podání analgetik v případě bolestí. O antikoagulační terapii po operaci byli edukováni tři respondenti. Sedm respondentů odpovědělo, že byli poučeni o časové možnosti jídla a pití po operaci. Tři respondenti byli edukováni o vypodložení operované končetiny a následné elevaci. Pouze jeden z respondentů uvedl, že byl informován o monitoraci tlaku a periferie. Čtyři respondenti odpověděli, že byli edukováni o časovém úseku dojít si na toaletu po operaci. O následné rehabilitaci a cvičení bylo edukováno sedm respondentů. Čtyři respondenti odpověděli, že byli poučeni také o ledování ledem operovanou část končetiny. Pouze jeden respondent uvedl, že byl edukován o správném přiložení ortézy po výkonu.

15) Jak edukace probíhala? Docházelo při edukaci k nácviku?**Tabulka 17 - vyhodnocení otázky č.15**

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Ústně	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Písemně				X						
Docházelo k nácviku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nedocházelo k nácviku										

Zdroj: autorka práce

Všech deset respondentů uvádí, že edukace probíhala ústní formou. Pouze jeden z nich sdělil, že edukace u něj probíhala jak formou ústní, tak i písemnou. Všech deset respondentů odpovědělo, že při edukaci docházelo k nácviku. Žádný z respondentů neuvedl, že k nácviku nedocházelo.

16) Rozuměl/a jste všem podaným informacím?

Tabulka 18 - vyhodnocení otázky č.16

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Ano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ne										

Zdroj: autorka práce

Všech deset respondentů odpovědělo na otázku, zdali rozuměli všem podaným informacím, že ano. Žádný z respondentů neodpověděl, že všem podaným informacím nerozuměl.

17) Jakým způsobem si sestra ověřila, zda všemu rozumíte?

Tabulka 19 - vyhodnocení otázky č.17

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Zpětná vazba / zeptala se	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Neověřila si										

Zdroj: autorka práce

Na otázku, jakým způsobem si sestra ověřila, zda všemu respondent rozumí, odpovědělo deset respondentů, že to bylo zpětnou vazbou, tudíž se sestra zeptala. Žádný z dotazovaných respondentů nevedl, že by si to sestra neověřila.

3 Diskuze

Tato bakalářská práce byla zaměřena na téma „Předoperační a pooperační péče na traumatologickém oddělení z pohledu pacienta.“ Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak pacienti na traumatologickém oddělení hodnotí poskytovanou předoperační a pooperační péči. Pro výzkumné šetření byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů. Pro získání cíle mé bakalářské práce jsem utvořila čtyři hlavní výzkumné otázky. Do výzkumného šetření bylo zapojeno 10 pacientů. Rozhovory probíhaly s pacienty po operačním výkonu na traumatologickém oddělení.

Pro porovnání výzkumu jsem použila bakalářskou práci Martiny Barnetové s názvem Informovanost pacientů před operačním výkonem z roku 2013, bakalářskou práci Pavlínky Procházkové s názvem Příprava pacienta před plánovaným operačním výkonem z roku 2012, dále pak bakalářskou práci Barbory Bezděkové s názvem Ideální sestra z pohledu pacienta z roku 2013, observační studii Aiken LH, Sloane DM, Ball J, et al. s názvem Patient satisfaction with hospital care and nurses in England z roku 2018, diplomovou práci Bc. Petry Čekalové s názvem Oblasti edukace v péči o chirurgického pacienta z roku 2022, studii Woldehaimanot TE, Eshetie TC, Kerie MW s názvem Postoperative Pain Management among Surgically Treated Patients in an Ethiopian Hospital z roku 2014, bakalářskou práci Kristiny Tomáškové s názvem Specifika ošetrovatelské pooperační péče z roku 2020 a diplomovou práci Bc. Květoslavy Slabákové s názvem Role sestry a jejich vliv na péči o pacienty s totální endoprotézou kyčle z roku 2016.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.1: Jak jsou pacienti informováni a jaké informace mají o předoperační péči?

Pro zhodnocení výzkumné otázky č. 1 mi pomohly otázky č. 1, 2, 3, 4, 5 z polostrukturovaného rozhovoru. V úvodu rozhovoru mě zajímalo, jaké informace byly respondentům poskytnuty, o čem byli informováni, zda jim byly všechny informace srozumitelné. Zajímalo mě, jestli sestra do úvodních informací zahrнула i pooperační péči, edukaci a režimová opatření.

Z první výzkumné otázky vyplývá, že pacienti jsou nejvíce o předoperační a pooperační péči informováni od lékařů a sester. Sedm z deseti respondentů odpovědělo, že jsou informováni lékařem i sestrou, další dva respondenti uvedli, že byli informováni pouze lékařem a jen jeden z nich sdělil, že byl informován pouze sestrou. Z výzkumného šetření Procházkové (2012) naopak vyplývá, že nejvíce jsou pacienti informováni ze strany lékaře. Z 90 dotazovaných odpovědělo 44 pacientů, že byli informováni ze strany sester. Myslím si, že tato otázka vyšla podle mého očekávání. Podle mého názoru by pacienti měli být informováni především od lékaře a následně pak z ošetrovatelské stránky sestrou. Z mého výzkumu vyplývá, že pouze ústní formou jsou seznámeni dva respondenti, dalších osm respondentů z deseti je seznámeno s předoperační přípravou ústní i písemnou formou. Domnívám se, že je to dobrý výsledek, podávání informací ústně i písemně je pro pacienty přínosnější. V případě potřeby a nesrozumitelnosti informací se může pacient kdykoliv hned doptat a vše má také zapsané. Podle Barnetové (2013) však byly 49 respondentům z 87 poskytnuty informace formou ústní. Písemnou formou byly informace poskytnuty pouze pěti pacientům z 87 dotazovaných a dalším 33 byly poskytnuty ústní i písemnou formou. Podle mého výzkumného šetření osm pacientů odpovědělo, že preferují formu ústní a jeden z nich preferuje jak ústní, tak písemnou formu, jeden z respondentů dává přednost písemné verzi. Výsledky výzkumu

potvrzují, že podávání informací každý z respondentů vnímá jinak, podle svých individuálních potřeb.

Z mého výzkumu vychází, že před výkonem byli nejvíce a nejčastěji seznámeni pacienti o lačnění, odjezdu na předoperační pokoj, hygieně desinfekčním mýdlem, přiložením bandáží a odstraněním šperků. Dále pak osm respondentů z deseti uvedlo podání infuze, sedm odstranění zubní protézy, pět pacientů uvedlo oholení operačního místa. Se zavedením periferního žilního vstupu byli seznámeni čtyři pacienti, o premedikaci a možnosti dojít si na WC byli seznámeni tři. Nejméně informováni byli pacienti o možnosti poskytnutí analgetik v případě bolesti. Podle mého názoru jsou pacienti informováni dostatečně o předoperační přípravě, avšak myslím si, že by se sestry mohly více zaměřit na stránku informací o premedikaci a možnosti podávání analgetik. Tuto stránku sestry považují za rutinní a podávají ji jako běžnou medikaci, takže při informování pacienta o ní se tato informace přehlídí. Barnettová (2013) popisuje nejčastější informování před operací o oholení operačního pole, přiložení bandáží, aplikaci injekcí antikoagulační léčby, odložení kompenzačních pomůcek (zubní protézy, brýlí), lačnění, odstranění šperků, nemožnost vstávání z lůžka, čekání. Dle mého výzkumu byly všechny podané informace respondentům srozumitelné, tři z nich ovšem také doplnili, že tomu rozuměli až na použití odborných výrazů. Ztotožňuji se s výsledky Čekalové (2022), že oslovení pacienti shodně uvedli srozumitelnost podaných informací. Čekalová (2022) upozorňuje na nutnou eliminaci odborných slov nebo jejich vysvětlení. Zastávám názor, že poskytování informací pacientům vhodným způsobem, který jim umožní plné porozumění, je nezbytným prvkem komunikace ve zdravotnickém prostředí. Z osobní zkušenosti vím, že během lékařských vizit se často stává, že lékaři nebo sestry mezi sebou před pacientem komunikují pomocí odborných slov. V takových případech je nezbytné, aby byla pro pacienta poskytnuta dodatečná vysvětlení, která odstraní odborné termíny a zajistí tak srozumitelnost sdělení informací pacientovi. O pooperační péči, edukaci a režimových opatřeních bylo 7 respondentů informováno již před výkonem, a zbylí tři až po výkonu.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.2: Jak vnímají pacienti činnosti sestry v předoperační a pooperační péči?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky mi pomohly otázky z polostrukturovaného rozhovoru č. 6, 7, 8, 9 a 10. Pomocí těchto otázek jsem chtěla zjistit, s jakou činností sester se pacienti setkali před operací a po operaci, jak při těchto činnostech vnímali sesterský zájem a jejich dovednosti, jak tuto činnost vnímali v souvislosti s pooperační bolestí, jak vnímali pacienti časový prostor sester na odbornou činnost v souvislosti s probíhajícími výkony. Zda na ně sestry měly dostatek času nebo naopak, a jak jsou respondenti spokojeni s poskytovanou péčí, případně zda mají nějaké návrhy a postřehy pro lepší zvládnutí hospitalizace.

Z mého výzkumu vyplývá, že pacienti nejčastěji vnímají činnosti sester před operací a po operaci jako roli pečovatelky. V této otázce pacienti uvádí například monitoraci tlaku, teploty, přiložení bandáží, sledování stavu vědomí, stavu operované končetiny, krvácení a podání analgetik při bolesti. V té druhé roli je to sestra informátorka, která informuje, co se bude dít a jak to bude probíhat. Nejčastěji pacienti uvádí informovanost o lačnění, hygieně, zavedení periferního žilního vstupu, oholení operačního místa a odjezdu na sál. Jako poslední roli pacienti sestry vnímají jako sestry edukátorky, které jim vše potřebné vysvětlí a naučí, například pohyb operované končetiny po operaci a chůzi o berlích. Částečně se v této otázce shodují

se Slabákovou (2016), která u pacientů na ortopedicko-traumatologickém oddělení s různými diagnózami po operaci popisuje, že pacienti vnímají role sestry nejvíce jako roli pečovatelky, následně pak edukátorky, obhájkyne a v neposlední řadě jako roli nositelky změn. Podle mého názoru udávají vesměs pacienti podobný pohled na danou otázku. Sesterské činnosti by měly být pro pacienta velkým přínosem a role sestry se tady také jednoznačně prolínají.

Podle výzkumu v etiopské nemocnici Woldehaimanot TE, Eshetie TC, Kerie MW (2014), navzdory vysoké spokojenosti pacientů, byla většina pacientů s bolestí léčena neadekvátně a nevhodně. Pouze 2,5 % pacientů dostalo léky na bolest od doby, kdy si na bolesti stěžovali. Téměř 42,2 % pacientů požádalo o léky na bolest pouze tehdy, když byli dotázáni, zda chtějí silnější léky na bolest a 14,2 % pacientů uvedlo, že nikdy nedostali analgetika, o která požádali. Na základě mých výsledků vyplývá, že pacienti činnosti sester v souvislosti s pooperační bolestí vnímali dobře, pozitivně. Sestry se pacientů aktivně a opakovaně dotazovaly, na to, zda chtějí něco na bolest a v případě potřeby léky podaly.

Další otázka se zaměřovala na to, jak pacienti vnímali časový prostor na odborné činnosti, zda měli pocit, že by sestry měly naspěch, hodně práce nebo naopak. Pacienti vnímali časový prostor na odborné činnosti pozitivně. Často uvedli, že sestry měly času tak akorát, věnovaly se jim, zbytečně se nezdržovaly. Sedm pacientů z deseti uvedlo, že neměli pocit, že by sestry měly naspěch. Jeden pacient odpověděl, že měly sestry práci organizovanou, další si myslí, že měly sestry práce dost a poslední respondent uvedl, že podle jeho názoru měly času dost. Jsem si jistá, že časový prostor na odborné činnosti a péči o pacienty má sestra ve své režii a měla by si umět práci dobře rozvrhnout. Ne vždy to musí ale vyjít podle jejího plánu. Vzhledem k tomu, že traumatologie se řadí mezi akutní obory a sestra kolikrát neví, kolik může očekávat na oddělení příjmů, co se může v průběhu směny odehrát, je potřeba mít svou práci dobře zorganizovanou a zbytečně se u činností nezdržovat. Tuto otázku jsem se rozhodla porovnat s důvody nedostatečností rolí sester, zajímalo mě, jaké jsou nedostatečnosti ve zpětné vazbě od pacientů z ortopedicko-traumatologického oddělení a zda tyto odpovědi z mého výzkumného šetření, jak pacienti činnosti sester vnímají, odpovídají nebo neodpovídají také plnění rolí sester. Podle Slabákové (2016) na důvody nedostatečnosti rolí sester odpovědělo nejvíce dotazovaných sudáním důvodu nedostatek času sester, několik pacientů následně uvedlo nedostatek personálu. Dalším důvodem byl nedostatek vzdělání, organizace práce a tři pacienti ze 430 viděli důvod v neochotě sester.

Deset z deseti pacientů je spokojeno s poskytovanou péčí na traumatologii. Vnímají poskytovanou péči kladným způsobem a žádný z nich neodpověděl, že by s péčí na traumatologickém oddělení nebyl nespokojen. Tyto odpovědi na tuto otázku mě mile překvapily a jsem za ně ráda. Ne každý pacient vnímá poskytovanou péči od sester pozitivním a kladným způsobem, každý má jiné potřeby a priority, a ne vždy se sestra může každému dostatečně zavděčit, ale tady tomu tak v těchto odpovědích nebylo. Jsem přesvědčena, že na traumatologickém oddělení se sestry snaží každému pacientovi v jeho potřebách vyhovět. Spokojenost pacientů je prioritou a výsledkem správného chodu oddělení a dobře odvedené poskytované péče ze strany personálu. Kladné odpovědi pacientů se však neshodují se studií spokojenosti pacientů s nemocniční péčí a sestrami prováděnou v Anglii, kde Aiken LH, Sloane DM, Ball J, et al. (2018) popsali, že spokojenost pacientů s péčí je ze strany pacientů výrazně narušena nedostatkem důvěry ve zdravotnický

personál a nárůstem zameškané ošetrovatelské péče, která souvisí se špatným obsazením sester.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.3: Jaké zkušenosti mají pacienti s přístupem všeobecných sester?

K vyhodnocení otázky č.3 mi pomohly otázky z polostrukturovaného rozhovoru č. 11, 12, 13. Těmito otázkami jsem chtěla zjistit přístupy sester při příjmu a v průběhu celé hospitalizace a následně mě zajímalo, zda má přístup sester vliv na psychiku pacientů.

Z mého výzkumného šetření vyplývá, že pacienti mají pozitivní zkušenosti s přístupem všeobecných sester na traumatologickém oddělení v Nemocnici Jihlava. Žádný dotazovaný respondent neuvedl, že by měl se sestrami na tomto oddělení špatnou zkušenost. Většina respondentů se shodla na tom, že sestry byly milé, empatické, obětavé, ochotné, komunikativní a hodné. Jeden pacient uvedl, že byly některé sestry i ráznější a druhý, že určitě záleží, jak která sestra. Důležité je však zmínit, že všechny tyto kladné i záporné odpovědi k přístupu sester ovlivňují vnímání poskytované péče u pacienta a jeho spokojenost. Z vlastní zkušenosti vím, že každá sestra je povahově jiná a jedná dle svého povahového charakteru. Věřím, že každá sestra se snaží být milá, obětavá, empatická a ochotná, ale v případě nutnosti, když pacient jedná neadekvátním způsobem, je nucena použít také ráznější tón řeči. Musím zdůraznit, že tato výzkumná otázka dopadla skoro podle mých představ a neočekávala jsem špatnou negativní zkušenost. V tom se výrazně odlišuji od Bezděkové (2013), která měla více záporných odpovědí, mezi které patřila například neochota sester, arogantní přístupy, neúcta či dokonce nezáměr ze strany sester.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.4: Jak jsou pacienti edukováni v rámci pooperační péče a dodržování režimových opatření?

Pro zhodnocení výzkumné otázky č.4 mi pomohly otázky z polostrukturovaného rozhovoru č. 14, 15, 16, 17. Zajímalo mě, o čem všem jsou pacienti edukováni po operaci, jak edukace probíhala a zda docházelo i k nácviku. Dále pak jak pacienti rozumí podávaným informacím a jakými způsoby si sestra ověřuje, jestli dotčený pacient poskytnutým informacím rozumí.

V této otázce jsem se rozhodla porovnat své výsledky výzkumu s výzkumem z opačné strany, a to tedy ze stran sester. Zajímalo mě, zda pacienti odpovídají podobně jako sestry, které tuto činnost provádí. U otázky, o čem sestry edukovaly pacienty v rámci pooperační péče, se respondenti shodli na tom, že všichni byli informováni o pohybovém režimu, a to o povolených a zakázaných pohybech operované končetiny. V tomto se shodují s Čekalovou (2022), která popisuje, že sestry taktéž informují pacienty hlavně o pohybovém režimu. Dále pak v mém výzkumu někteří uvedli edukaci o hygieně, chůzi o berlích, informovanost o dodržování klidového pooperačního režimu na lůžku. Sestry prvotně edukují o vstávání z lůžka s doprovodem, v tom se taktéž s Čekalovou (2022) shodují. Dále pacienti v mém šetření uvádí, že byli poučeni o antikoagulační terapii, ledování, časové možnosti jídla a pití po operaci, elevaci operované končetiny, časovém úseku dojít si na toaletu a správném přiložení ortézy. S monitorací vitálních funkcí, která je v pooperačním období opět velmi důležitá a díky níž dochází k předcházení pooperačních komplikací, se sledováním operační rány, zda neprosakuje nebo monitorací bolesti se rovněž shodují s prací Tomáškové (2020), ve které toto pacienti taktéž uvedli. U Čekalové (2022), edukaci v pooperační péči považují sestry za důležitou a potřebnou, skoro většina dotazovaných sester přínos edukační činnosti

vidí v informovanosti pacientů o období po operaci a rychlejšímu návratu k soběstačnosti. Po operaci nejčastěji edukují pacienty o dodržování dietních omezení a používání signalizačního zařízení. Dále pak sledují fyziologické funkce buď dle standardu na oddělení nebo podle předepsané ordinace anesteziologa. Sestry také sledují VAS, močení po anestezii, monitoraci hybnosti končetin po spinální analgesii. U Čekalové (2022) pouze jedna sestra uvedla sledování operační rány po operaci. Myslím si, že je důležitá informovanost o edukci v pooperační péči a informovanost o dodržování různých opatření. Pacient by měl být v tomto směru opatrný a nechvátat na rekonvalescenci. Edukace pooperační péče přispívá k rychlejšímu návratu do činností běžného života, a proto by neměla zůstat opomíjena.

Edukace všech pacientů po operaci probíhala ústní formou, pouze u jednoho z deseti pacientů probíhala edukace jak ústně, tak i písemně, kdy dostal od sestry na oddělení edukační leták. Domnívám se, že každý pacient by měl být prioritně edukován ústní formou. Pokud má sestra na oddělení k dispozici edukační letáky, měla by je pacientům rovněž poskytnout. Jsem si však téměř jistá, že dostupnost edukačních letáků nebo brožur na odděleních je téměř nedostatečná. Svou výzkumnou otázku jsem porovnávala s výsledky diplomové práce, kdy tato otázka byla cílená na sestry. V tomto slova smyslu mě zajímalo, jak výsledky v porovnání s protikladem vyjdou. Výsledky této otázky se shodují s prací Čekalové (2022), ve které sestry nejčastěji edukují pacienty hlavně ústní formou. Šest sester z patnácti používá při edukaci také letáky nebo brožury. Z mého výzkumu plyne, že u všech dotazovaných pacientů docházelo při edukaci k praktickému nácviku pooperačních činností. Naopak u Čekalové (2022) edukaci činností praktickými nácviky uvedly pouze tři sestry z patnácti. To se mi zdá oproti odpovědím mých dotazovaných pacientů hodně málo.

Dostatečné porozumění podaným informacím od sester před operací a po operaci je důležitou součástí zdravotnické péče na oddělení. Z mého výzkumu plyne, že všichni dotazovaní pacienti informacím rozuměli, na rozdíl od Barnetové (2013), která uvádí, že před operací z celkového počtu 87 pacientů rozumělo podaným informacím 81 pacientů a zbylých 6 podaným informacím nerozumělo. Co se týče způsobu, jakým si sestra ověřila porozumění podaných informací pacientovi, mi odpovědělo všech deset respondentů, že se jich dotazovala, jestli všemu rozumí. Výsledek této otázky mě velice mile překvapil. Myslím si, že je naprosto zásadní pomocí zpětné vazby zjistit, zda pacient všemu rozuměl. V případě potřeby nebo neporozumění informacím se může pacient doptat a předejít tak špatnému pochopení. Podle Barnetové (2013) byl dotaz na porozumění informacím od zdravotníka položen jen u 51 pacientů z 87, dalších 13 dotaz neguje.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z mého výzkumného šetření vyplývá, že pacienti jsou s péčí na traumatologickém oddělení spokojeni. Hodnotí ji pozitivním způsobem, ale poskytují i prostor pro nové možnosti. Dostatečná informovanost, činnosti sester, přístup sester a edukační činnost jsou důležitými součástmi ošetrovatelské péče, které by neměly být opomíjeny. Na základě výsledků z výzkumné práce bych ráda uvedla pár návrhů k řešení.

Podle odpovědí respondentů jsou pacienti nejvíce informováni ústně a většina z nich také ústní podání preferuje. Myslím si ale, že by každý pacient měl být informován jak ústně, tak i písemnou formou, protože v písemné formě bude mít všechny jednotlivé kroky a informace popsané. Pro dostatečnou srozumitelnost podávaných informací je důležité eliminovat odbornou terminologii, v případě jejího použití vysvětlit pacientovi její význam. Navrhuji používání vhodných slov, kterým pacient rozumí.

Podle jednotlivých odpovědí respondentů jsou pacienti o pooperační péči často informováni již před výkonem, výjimkou jsou akutní stavy. Pokud to stav pacienta umožní, doporučuji edukaci o pooperační péči aplikovat do praxe jak v období předoperačním, tak i v období pooperačním, tedy informovat dvakrát. Z vlastní zkušenosti vím, že pacienti před operací mají strach z operačního výkonu a nevnímají podané informace v plném rozsahu. Dalším opatřením by mohlo být vytvoření edukačních letáků, které by pacientům poskytovaly informace o pooperačním průběhu. Tyto letáky by mohly sloužit jako užitečný zdroj informací pro pacienty během hospitalizace, díky nim by postupu léčby lépe porozuměli. Dalším poznatkem výzkumného šetření bylo nedostatečné informování o pooperační antikoagulační terapii. Myslím si, že by pacienti po operaci měli být informováni o domácí aplikaci injekce a způsob aplikace by jim měl být vysvětlen. Proto bych navrhla poskytovat každému pacientovi edukační leták o správné technice při antikoagulační terapii.

Dalším důležitým poznatkem z průběhu výzkumu byla rehabilitace. Tři respondenti uvedli, že o víkendu není dostupná rehabilitační sestra, která učí pacienty chůzi o berlích. Pokud to provoz oddělení dovolí, přebírá rehabilitační péči personál ve službě, což není vždy reálné. Myslím si, že rehabilitace s fyzioterapeuty o víkendu by byla velkým přínosem v rámci pooperační péče.

Závěr

Bakalářská práce na téma „Předoperační a pooperační péče na traumatologickém oddělení z pohledu pacienta“ je rozdělena na dvě části. V první, teoretické části, je popsána traumatologie jako obor, organizace provozu na traumatologii, předoperační a pooperační péče a jejich specifika jednotlivých dění. V navazující fázi se také věnuje rehabilitaci, edukaci a komunikaci s pacientem.

Druhá část bakalářské práce se zabývá kvalitativním výzkumem, jehož cílem bylo zjistit, jak pacienti na traumatologickém oddělení hodnotí poskytovanou předoperační a pooperační péči. Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 10 respondentů, mužů i žen, kteří byli ve věkovém rozmezí 20-60 let, maximálně 4 dny po operačním výkonu a hospitalizování na traumatologickém oddělení v Nemocnici Jihlava. Respondenti odpovídali na 17 předem připravených otázek polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly bez přítomnosti další osoby na oddělení traumatologie, kde byli pacienti hospitalizováni. Odpovědi na otázky jsem si se souhlasem respondentů nahrávala na diktafon a následně jsem je využila při přepsání jejich odpovědí do finální podoby. Respondenti byli velice milí, vstřícní, spolupracující a ochotní. Výzkumná část se dále věnuje diskuzi, ve které je proveden rozbor všech čtyř výzkumných otázek a dále jsou zde zpracována doporučení a řešení pro praxi.

První výzkumná otázka měla zjistit, jak jsou pacienti informováni a jaké informace mají o předoperační a pooperační péči. Všech 10 dotazovaných pacientů na traumatologii bylo o předoperační a pooperační péči informováno ústní formou a osm z nich bylo informováno také formou písemnou. O péči před operací a po operaci mají pacienti nejčastěji informace od lékaře a sestry, kdy lékař vysvětlí stránku lékařskou a sestra ošetrovatelskou. Z lékařské stránky se nejčastěji jedná o vysvětlení a popis výkonu operace a ze stránky ošetrovatelské o průběh předoperační péče, kterou provádí sestra, například bezprostřední příprava, kterou pacienti zmiňovali nejčastěji. Všem deseti pacientům byly podávány informace srozumitelné, pouze tři z nich uvedli, že jim jsou srozumitelné bez odborných výrazů. Druhá výzkumná otázka měla zjistit, jak vnímají pacienti činnosti sestry v předoperační a pooperační péči. Podle zjištění pacientů je jejich vnímání činností sester pozitivní. Pacienti hodnotí, že sestry projevují zájem o svou práci, jsou šikovné, disponují také mnoha dovednostmi, vědomostmi, zkušenostmi a věnují pacientům dostatek času. Sestry jsou nejčastěji vnímány jako pečovatelky, poskytovatelky informací a edukátorky. Co se týče časového prostoru, tak podle pacientů měly sestry času tak akorát, zbytečně se nezdržovaly, věnovaly se a pacienti neměli pocit, že by sestry měly naspěch. Jednomu z nich přišlo, že měly sestry práce dost, a naopak jinému pacientovi se zdálo, že měly sestry času dost. Na traumatologickém oddělení v Nemocnici Jihlava, bylo všech dotazovaných pacientů s péčí spokojeno. Třetí výzkumná otázka měla zjistit, jaké zkušenosti mají pacienti s přístupem všeobecných sester. Všichni pacienti vnímali přístupy sester pozitivně, žádný z nich neuvedl, že by měl špatné zkušenosti jak při příjmu, tak ani během hospitalizace. Jeden respondent však dodal, že některá sestra byla ráznější a druhý, že záleží individuálně na sestře. Ve výsledku šetření bylo zjištěno, že žádný z nich neuvedl, že by byl přístup špatný. Čtvrtá výzkumná otázka měla zjistit, jak jsou pacienti edukováni v rámci pooperační péče o dodržování režimových opatření. Edukace pooperační péče probíhala u všech pacientů ústní formou, pouze u jednoho z nich také formou písemnou, kdy dostal edukační leták. Při edukaci docházelo u všech pacientů k nácviu povolených

pohybů nebo chůzi o berlích. Dále bylo naopak pacientům vysvětleno, jaké pohyby s operovanou končetinou dělat nesmí. Domnívám se, že díky výzkumným otázkám, které byly zodpovězeny v rozhovoru s respondenty, jsem získala spoustu informací k dosažení cíle této bakalářské práce.

Tato bakalářská práce pro mě samotnou byla velkým přínosem. Zajímalo mě, jak ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami pacienti hodnotí a jak jsou s péčí spokojeni. Výsledky mohou přispět k lepšímu pochopení dané problematiky, odrazu nynější poskytované předoperační a pooperační péče na traumatologii a dát prostor pro zlepšení. Jsem ráda, že jsem mohla o této problematice hovořit s respondenty, seznámit se s nimi blíže a nahlédnout tak na tuto problematiku z jiného úhlu pohledu než jenom ze strany zdravotníka.

Seznam použité literatury

- AIKEN, Linda H; SLOANE, Douglas M; BALL, Jane; BRUYNEEL, Luk; RAFFERTY, Anne Marie et al. *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study*. Online. *BMJ Open*. 2018, roč. 8, č. 1. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>. [cit. 2024-04-16].
- Anestezie. Online. Fakultní nemocnice Plzeň. 2022. Dostupné z: <https://karim.fnplzen.cz/cs/node/1758>. [cit. 2024-02-19].
- BARNETOVÁ, Martina. *Informovanost pacientů před operačním výkonem*. Online, Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, 2013. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/tmyd6/Bakalarska_prace_Martina_Barnetova_2013.pdf. [cit. 2024-04-08].
- BEZDĚKOVÁ, Barbora. *Ideální sestra z pohledu pacienta*. Online, Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2013. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/20931/BP_Bezdekova_Barbora.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2024-04-08].
- ČEKALOVÁ, Petra. *Oblasti edukace v péči o chirurgického pacienta*. Online, Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice, 2022. Dostupné z: file:///C:/Users/simca/Downloads/DP_Cekalova_Petra_PDF_Archive.pdf. [cit. 2024-04-08].
- DRÁBKOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče u pacientů po operacích na standardním oddělení*. Florence. 2016, č. 1-2.
- GARDEN, O. James a Rowan W. PARKS. *Principles and Practice of Surgery*. 7th edition. China: Elsevier, 2018. ISBN 978-0-7020-6859-1.
- HEITZ, James W., ed a *POST-ANESTHESIA CARE. Pooperační stavy: příznaky, diagnostika, postupy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. xvi, 381 stran. ISBN 978-80-271-0873-2.
- HLINOVSKÁ, Jana a Jitka NĚMCOVÁ. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*. Praha [i.e. Plzeň]: Maurea, 2012. ISBN 978-80-904955-3-1.
- HOROVÁ, Eva. *Předoperační příprava pacienta s diabetem a perioperační péče*. Online. 2020. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/oborovy-special/2020-1/diabetologie/predoperacni-priprava-pacienta-s-diabetem-a-perioperacni-pece/123152?fbclid=IwAR3W3_Oaye_bF3iO7D3hLp58F1Yw31tqZD2y5dXRfsvbEECwLvdH22_jz18. [cit. 2024-02-26].
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- KNAPOVÁ, Jaroslava. *Předoperační, intraoperační, pooperační ošetrovatelská péče a pooperační komplikace*. Online. Inovace VOV. 2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/502/page00.html>. [cit. 2023-12-04].

- LEPŠÍ PÉČE. *Rekonvalescence po operačním zákroku*. Online. 2021. Dostupné z: https://www.lepsipecz.cz/pred-po-operaci/rekonvalescence-po-operacnim-zakroku?fbclid=IwAR3-f27uRT_2qcwKhT9R7jOxK9QjR89KI6nNQQ2nV-C16V3r_f7doB5Ze9A. [cit. 2024-02-26].
- MÁLEK, Jiří. *Doporučený postup – léčba akutní pooperační bolesti*. Online. Aimjournal. 2022. Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2022/02/10.pdf>. [cit. 2024-03-11].
- MIŽENKOVÁ, Ľudmila, Ivana ARGAYOVÁ a Jozef BUJŇÁK. *Obecná traumatologie pro nelékařské zdravotnické obory: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing, 2022. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3128-0.
- MZCR. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/#VS-5>. [cit. 2024-01-29].
- NEMJI. *Spektrum péče. Nemocnice Jihlava* [online]. 2022 [cit. 2023-10-19]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/spektrum-pece/d-10947/p1=9481>
- NZIP. *Druhy a formy zdravotní péče*. Online. 2014. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1080-druhy-a-formy-zdravotni-pece>. [cit. 2024-01-29].
- PROCHÁZKOVÁ, Pavlína. *Příprava pacienta před plánovaným operačním výkonem*. Online, Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, 2012. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/fjidm/Bakalarka.pdf>. [cit. 2024-04-08].
- PUŽEJOVÁ, Yveta. *Komunikace*. Online. 2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odszdrav/128/page00.html>. [cit. 2024-02-21].
- SCHEJBALOVÁ, Alena. *Léčba akutní pooperační bolesti z pohledu ortopeda*. Online. 2016. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/lecba-bolesti/detail/lecba-akutni-pooperacni-bolesti-z-pohledu-ortopeda-6596>. [cit. 2024-02-26].
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
- SLABÁKOVÁ, Květoslava. *Role sestry a jejich vliv na péči o pacienty s totální endoprotézou kyčle*. Online, Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice, 2016. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/34528/DP_Slabakova_Kv..pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2024-04-10].
- ŠANTA, Marián, Imrich ANDRÁSI a Michal SEKERÁK. *Úrazy hlavy a chrbtice*. Brno: Tribun EU, 2018. ISBN 978-80-263-1440-0.
- TOMÁŠKOVÁ, Kristina. *Specifika ošetřovatelské pooperační péče*. Online, Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2020. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/41071/1/Tomaskova%20Kristina%20BP.pdf>. [cit. 2024-04-10].
- VYMAZAL, Tomáš. *Perioperační péče*. Online. 2022. Dostupné z: <https://kdp.uzis.cz/res/guideline/19-perioperativni-pece-final.pdf>. [cit. 2024-02-19].

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

WENDSCHE, Peter a Radek VESELÝ. *Traumatologie*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-452-1.

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

WOLDEHAIMANOT, Tewodros Eyob, Tesfahun Chanie ESHETIE, Mirkuzie Woldie KERIE a Richard E. BURNEY. Postoperative Pain Management among Surgically Treated Patients in an Ethiopian Hospital. *PLoS ONE* [online]. 2014, 2014-7-17, 9(7) [cit. 2024-04-24]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0102835

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.