

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Informovanost klientů o pooperační péči na ortopedickém oddělení**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Pavla Hrubá, R.N.

2009

Autor práce:  
Jana Lišková

## Abstract

### **Knowledgeability of clients about postoperative care at orthopaedic department**

Clients suffering from musculoskeletal system problems are hospitalised at the orthopaedic department. Most clients must undergo a surgery here. Surgery is a stressful situation for many clients. They are in foreign environment and do not know what to expect, they are afraid. A nurse at an orthopaedic department has a very important function. She accompanies the client before, during and after the surgery. She aims to provide her clients with enough information to calm them and to make their stay in a medical facility pleasant.

For data collection there was used a quantitative research using anonymous questionnaires. Nurses of orthopaedic and traumatology departments of Nemocnice Písek, a.s. and Central Military Hospital Prague were questioned. There were further questioned clients who were hospitalised at the orthopaedic and traumatology departments of Nemocnice Písek, a.s. and Central Military Hospital Prague. The information that was found out related to identification data and general knowledgeability about postoperative care and postoperative complications.

There were set three targets in the Bachelor's Work. Finding out the situation of knowledgeability of clients, means used by nurses to provide information about postoperative care and postoperative complications and whether nurses provide information using the nursing process. Results of the survey research were met.

There were set three hypotheses. The first and second hypothesis should prove that clients are sufficiently informed about the postoperative care and postoperative complications and that nurses provide clients with nursing care using the nursing process. These hypotheses were proved. Nurses inform clients about postoperative care and provide nursing care using the nursing process. The second hypothesis should prove that nurses use all means to inform clients about the postoperative care. This hypothesis did not prove. Nurses inform their clients only orally.

It resulted from the survey research that clients ask questions to nurses as well as doctors. Knowledgeability about the postoperative care was sufficient and it is not necessary to increase it, however knowledgeability about postoperative complications is lower and clients would like to obtain more information from doctors. Despite this fact they mostly agree that it is not possible to prevent postoperative complications by better knowledgeability.

The postoperative care is a part of a convalescence period after the surgery therefore clients must be provided sufficient information.

The results of this work will be handed over to nurses at orthopaedic departments in Nemocnice Písek, a.s. and Central Military Hospital Prague where the survey research proceeded and could be used as a contribution to expert seminars not only for nurses at orthopaedic departments but for everybody interested. They can be further used for increasing the quality of postoperative care within the nursing process.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Informovanost klientů o pooperační péči na ortopedickém oddělení* vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

Podpis studenta

### **Poděkování**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Pavle Hrubé, R.N. za odbornou konzultaci, věnovaný čas a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>9</b>
1.1. <i>Historie ortopedického oboru</i> .....	9
1.2. <i>Struktura klientů na ortopedickém oddělení</i> .....	10
1.3. <i>Informovanost klientů</i> .....	12
1.3.1. <i>Informovaný souhlas</i> .....	14
1.4. <i>Ošetrovatelský proces</i> .....	15
1.4.1. <i>Posouzení klienta</i> .....	17
1.4.1.1. <i>Komunikace</i> .....	17
1.4.2. <i>Ošetrovatelská diagnóza</i> .....	19
1.4.3. <i>Plánování ošetrovatelské péče</i> .....	19
1.4.4. <i>Realizace ošetrovatelského plánu</i> .....	20
1.4.5. <i>Zhodnocení péče a stavu klienta</i> .....	20
1.5. <i>Perioperační péče</i> .....	20
1.5.1. <i>Předoperační fáze</i> .....	20
1.5.1.1. <i>Edukace</i> .....	23
1.5.1.2. <i>Bezprostřední předoperační příprava</i> .....	24
1.5.2. <i>Intraoperační fáze</i> .....	24
1.5.3. <i>Pooperační fáze</i> .....	26
1.6. <i>Pooperační komplikace</i> .....	27
1.7. <i>Léčebná rehabilitace</i> .....	31
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	<b>34</b>
2.1. <i>Cíle práce</i> .....	34
2.2. <i>Hypotézy</i> .....	34
<b>3. Metodika</b> .....	<b>35</b>
3.1. <i>Metodický postup</i> .....	35
3.2. <i>Charakteristika zkoumaného souboru</i> .....	35
<b>4. Výsledky</b> .....	<b>36</b>

4.1. Výsledky grafů od zdravotních sester ortopedického oddělení.....	36
4.2. Výsledky grafů od klientů ortopedického oddělení po operačním výkonu.....	46
<b>5. Diskuse.....</b>	<b>69</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>75</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>77</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>80</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>81</b>
9.1. Příloha 1 – Obecný souhlas s hospitalizací pro klienty Ústřední vojenské nemocnice Praha	
9.2. Příloha 2 – Souhlas s lékařským vyšetřením a léčebným postupem pro klienty ortopedického oddělení Ústřední vojenské nemocnice Praha	
9.3. Příloha 3 – Poučení o přípravě před operací pro klienty ortopedického oddělení Nemocnice Písek	
9.4. Příloha 4 – Souhlas s lékařským vyšetřením, léčebným postupem pro klienty ortopedického oddělení Nemocnice Písek	
9.5. Příloha 5 – Dotazník pro zdravotní sestry ortopedického oddělení	
9.6. Příloha 6 – Dotazník pro klienty ortopedického oddělení po operačním výkonu	

## Úvod

Sedm let pracuji na oddělení, kde jsou hospitalizováni klienti, kteří podstupují operační výkony. Dostatek informací a vstřícné jednání zdravotního personálu je velmi důležité pro klientovu spokojenost. Pokud zdravotní sestra dokáže předat klientovi vhodnou formou dostatek informací, které jsou potřebné pro jeho navrácení zdraví, zpříjemní klientovi pobyt ve zdravotním zařízení a často i urychlí datum propuštění do domácího ošetřování.

Na ortopedickém oddělení jsou hospitalizováni klienti s poruchami pohybového aparátu. Většina klientů zde musí podstoupit operační výkon. Operace je pro mnohé klienty stresující situace. Jsou v cizím prostředí, neví, co je čeká, bojí se. Zdravotní sestra ortopedického oddělení má velmi důležitou funkci. Provází klienta obdobím před operačním výkonem, během něho i po něm. Snaží se předat svým klientům dostatek informací, aby je uklidnila a zpříjemnila jim pobyt ve zdravotnickém zařízení.

Pooperační období je součástí zotavovacího období po operačním výkonu a je rozhodující pro úplné navrácení zdraví klienta. Nedílnou součástí je dostatečná informovanost klientů o pooperační péči a pooperačních komplikacích. Proto je třeba poskytnout klientům dostatek informací. Včasná rehabilitační péče je rozhodující pro úplné navrácení zdraví klienta a začlenění do běžného života.

Informovanost znamená sdělování informací. Forma informovanosti musí být srozumitelná pro klienta, to vyplývá ze základních pravidel komunikace. Aby informace splňovaly nějaký účel, musí být formulované tak, že jim klient rozumí. Zásadou je srozumitelnost, pravdivost, jednoznačnost, dostatečnost, jasná formulace a odpovídat objektivní skutečnosti. Informovanost a poučení je základním předpokladem poskytování zdravotní péče, bez kterého nelze péči poskytovat. Informovaný a poučený klient spolupracuje se zdravotním personálem. Klienta poučí ošetřující lékař, konziliář, zdravotní sestra o výkonech, které sami provádí. Klient musí s výkonem souhlasit. Nepoučený klient nemůže dát kvalifikovaný souhlas. Informace a poučení se podávají vhodně, eticky a na odpovídajícím místě (4, 28).



Opakovaně bylo doloženo, že klient náležitě informovaný o svém zdravotním stavu a o tom, co může v dané situaci očekávat, lépe spolupracuje s lékařem, s dalšími členy ošetřujícího týmu a lépe snáší hospitalizaci. Informovaný klient je spokojený klient a prožívá lépe pooperační období než klient, který je nedostatečně nebo vůbec informovaný. Pokud zná pooperační komplikace, může včas na ně upozornit zdravotní sestru nebo lékaře (6).

## **1. Současný stav**

### ***1.1 Historie ortopedického oboru***

K nejstarší léčebné činnosti lidstva vůbec patří péče o raněného. Nutnost ošetřit člověka zraněného v boji nebo na lovu vedla už v dávnověku ke zkušenostem, které byly předávány dalším generacím. Staroegyptský papyrus Edwina Smithe ze 4. tisíciletí př. n. l. je nejstarší obdivuhodnou učebnicí traumatologie. V 5. století př. n. l. popsal Hippokrates v Řecku fraktury a deformity. V 11. století vydal Avicenna v Buchaře kánon chirurgie (12).

Určit skutečný počátek oboru ortopedie není snadné. V roce 1741 vydal pařížský pediatr Nicolas André knihu s názvem Ortopedia v edici svépomocných publikací pro rodiče nemocných dětí. Tyto knihy měly úspěch, protože lékařská péče byla nákladná a málo efektivní, transport nemocných prakticky neexistoval, lidé se léčili doma. Tehdejší lékaři nepraktikovali chirurgické výkony, byli univerzitně vzdělaní internisté. Chirurgové, tehdejší ranhojiči, byli vyučeni u svého mistra a měli oprávnění k léčbě infekcí a ran. Vyučení léčitelé se starali o zlomeniny a luxace. Deformity byly doménou bandažistů. O muskuloskeletální záležitosti se starali převážně nelékaři a vše, co bylo fatální, bylo léčeno konzervativně (1).

Ortopedie jako operační obor se mohla rozvinout až po trojici zásadních objevů, které tvoří anestézie (1846), asepse (1867) a objev rentgenových paprsků (1895). Proto v 19. století došlo k bouřlivému rozmachu všech chirurgických oborů, pro které

znamenal vynálezy dramatické přelomové body vývoje a co se předtím odehrálo za několik tisíc let, bylo nyní natěsnáno do poslední třetiny 19. století (1).

Ortopedie se vyčlenila z obecné chirurgie a jako samostatný lékařský obor u nás vznikla až po založení samostatného Československa. První ortopedická klinika byla zřízena při nově založené Komenského univerzitě v Bratislavě v roce 1921. Jejím zakladatelem byl ustanoven profesor Vítězslav Chlumský, který byl i v prvním výboru předsedou Československé společnosti ortopedické (22).

Ačkoliv často pracovala česká obec ortopedická ve velmi obtížných podmínkách a byla poměrně málo početná, měla ve svých řadách několik ortopedů, kteří svými pracemi dosáhli evropského i celosvětového uznání. Patří mezi ně profesor Chlumský, profesor Zahradníček pro jeho zásady chirurgického léčení kyčelního kloubu, profesor Frejka a jeho konzervativní léčení kyčelní dysplazie peřinkou a další (1).

## ***1.2 Struktura klientů na ortopedickém oddělení***

Původně byla ortopedie oborem převážně konzervativním s poměrně limitovanou operativou. Nyní se zabývá prevencí a léčbou vrozených a získaných vad a různých akutních i chronických onemocnění pohybového ústrojí. Specializovaným oborem ortopedie je traumatologie (úrazová chirurgie), která se zabývá problematikou stavů způsobených úrazem a jejich následků (12, 22).

Na ortopedickém oddělení jsou hospitalizováni klienti se zánětlivým a degenerativním onemocněním, vrozenými vadami končetin a systémovými vadami skeletu, neuromuskulárním onemocněním, metabolickým kostním onemocněním, afekcemi svalů a šlach, úžinovými syndromy a nádory pohybového aparátu (1).

Traumatologie pohybového ústrojí je oborem, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčením úrazovým mechanismem vzniklých poškození měkkých i kostěných tkání pletence pažního, horní končetiny, páteře, pánve a dolní končetiny. Významnou součástí je i léčba vzniklých komplikací, zpravidla mezioborová, s významným podílem klasické ortopedie, plastické i obecné chirurgie, neurochirurgie a dalších. Nejčastějšími poraněními jsou kontuze, distorze, luxace a zlomeniny (12).

Kontuze je nejlehčím poraněním pohybového ústrojí. Vzniká přímým působením násilí, při poranění kloubu může být poraněn i vaz, kost nebo chrupavka. Při vážnějších poraněních je třeba končetinu imobilizovat sádrovým obvazem nebo dlahou. Pod pojmem distorze kloubu se rozumí působení nepřímého násilí na kloub. Dochází k tomu při rotaci, obdukci nebo addukci. Nutné je znehybnění kloubu. Klienti s kontuzemi a distorzemi se léčí konzervativně. Luxace kloubu vzniká přímým nebo nepřímým násilím i prudkým aktivním pohybem a znamená vždy dislokaci kloubních ploch, která přetrvává. Vždy je roztrženo kloubní pouzdro, většinou i vazy. Léčba spočívá v konzervativní repozici a imobilizaci kloubu, pokud nejde reponovat bez narkózy, je nutná krátkodobá anestézie s opětovnou repozicí. Přerušení celistvosti kosti nazýváme zlomeninou. Zlomeniny vznikají přímým nebo nepřímým násilím. Léčba je konzervativní nebo operační. Konzervativní metoda spočívá v repozici tahem a protitahem v lokální nebo celkové anestézii, končetina se imobilizuje fixačním obvazem. Při operační léčbě se zlomenina stabilizuje kovovými implantáty nazývanými osteosyntézami (12).

Zdravotní sestra se vždy snaží: snížit bolest klienta na minimum, pohybem zamezit vzniku imobilizačního syndromu a tromboembolickým komplikacím, cílenou rehabilitací zabránit vzniku svalové atrofie a ztuhlosti kloubů a snaží se, aby klient zvládal činnosti v rámci sebeobsluhy, zajistit klientovi na lůžku co největší pohodlí, psychicky podpořit klienta a nabízet dostatek informací (15).

Ortopedické oddělení je součástí operačního traktu. Nejčastějším operačním výkonem jsou artroskopické výkony na kolenních nebo hlezenních kloubech. Artroskopie je endoskopická metoda, která se používá pro diagnostiku a následné operační ošetření kloubních změn a poranění. Tato metoda se provádí ve svodné, případně celkové anestézii. Na stehno minimálně 15 centimetrů nad patelu se umístí turniket a končetina se vloží do artroskopického držáku ve flexi 70° - 90° tak, aby bylo možné zvětšit flexi v kolenním kloubu o 30°. Proběhne desinfekce a rouškování operačního pole. Turniket se napustí na tlak 300 - 350 mmHg. Do kloubu se zavede troakarem rigidní endoskop s vlastním zdrojem světla z incize velikosti 3 až 5 mm. Na monitor je přenášěn obraz z miniaturní videokamery, která je napojena na endoskop.

Dalším přístupem jsou současně zaváděny do kloubu miniaturní nástroje, které dovolují podrobné vyšetření kloubu a následné operační ošetření nalezených změn. Pokud je zjištěn poraněný vaz, kolenní kloub se připraví na další operační výkon – plastiku kolenních vazů. Výhodou artroskopie je relativně malá invazivita, rychlejší rekonvalescence a menší pooperační bolestivost (17, 22).

Dále se provádí artroskopické náhrady kolenních vazů, korekční úpravy prstů a klenby nohou, operační výkony na páteři nebo pánvi, totální endoprotézy kyčelních a kolenních kloubů. Na speciálních pracovištích lze provést i totální endoprotézy menších kloubů jako je kloub hlezenní, loketní, klouby prstů ruky a jiné.

### ***1.3 Informovanost klientů***

Původ pojmu informace je z latinského slova *informatio* a znamená původně vtištění formy či tvaru, utváření. Pojem informace značí zprávu, sdělení podávané ústně, písemně nebo jiným způsobem. Za informaci se z vědeckého hlediska považuje takové sdělení, které klientovi přináší nový poznatek a slouží k jeho rozhodování.

Informovanost znamená sdělování informací. Forma informovanosti musí být srozumitelná pro klienta, to vyplývá ze základních pravidel komunikace. Aby informace splňovaly nějaký účel, musí být formulované tak, že jim klient rozumí. Zásadou je srozumitelnost, pravdivost, jednoznačnost, dostatečnost, jasná formulace a odpovídat objektivní skutečnosti (2).

Je důležité dodržovat určitá pravidla při informovanosti klienta. Důraz se klade především na jednoduchost informací. Jde o takové informace, které jsou na úrovni chápání z pohledu klienta. Dalším pravidlem je opakování informací při každém kontaktu s klientem. Celkově se doporučuje doplňovat ústní informace o informace písemné. Je třeba klientovi poskytnout prostor pro umožnění dotazů. Ke klientovi je třeba přistupovat citlivě, odhadnout jeho emocionální stav a duševní úroveň. Nepochybně velký význam má při poskytování informací verbální komunikace úroveň klientova vzdělání a situace z jakých poměrů klient pochází. Tato možnost je velmi snížena pokud klient odmítá spolupráci (3).

Z mnohých výzkumů vyplývá, že klienti mají zájem být plně informováni o svém zdravotním stavu. Chtějí znát onemocnění, příčiny, prognózu, cíl vyšetření, možnosti léčby, vývoj rekonvalescence, možné komplikace, trvalé následky. Klient potřebuje informace, protože na základě nich je schopen sám rozhodnout o léčebném a ošetrovatelském postupu (28).

Náležitá komunikace s klientem je nejlepší prevencí celé řady nedorozumění a konfliktů. S klientem je třeba hovořit pravdivě, srozumitelně, aby se dozvěděl všechny podstatné informace (6).

Informovanost a poučení je základním předpokladem poskytování zdravotní péče, bez kterého nelze péči poskytovat. Informovaný a poučený klient spolupracuje se zdravotním personálem. Klienta poučí ošetřující lékař, konziliář, zdravotní sestra o výkonech, které sami provádí. Klient musí s výkonem souhlasit. Nepoučený klient nemůže dát kvalifikovaný souhlas. Informace a poučení se podávají vhodně, eticky a na odpovídajícím místě. Za kvalitu poučení nese odpovědnost vždy ten, kdo poučit měl, a ten kdo skutečně poučení provedl, proto má poučení provádět zkušený, odborně zdatný pracovník (28).

Sdělování informací je účelem informačního rozhovoru. Sestra sděluje určité informace klientovi o průběhu zákroku, postupu vyšetření, aj. nebo klient sděluje informace o sobě, např. při anamnéze. U tohoto rozhovoru je důležitý dialog, nikoliv monolog. Nestačí rychle sdělit klientovi všechny informace, které jsme povinni mu dát, ale pohovořit s ním o jejich významu a také o tom, jestli jim rozuměl. Důležité jsou všechny informační rozhovory, které jsou s klientem vedeny. Důraz v nich je kladen na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací. Často se jedná o informace velmi osobní a intimní. Proto je třeba při rozhovoru zajistit soukromí a informovat ve správný čas a na správném místě (27).

Opakovaně bylo doloženo, že klient náležitě informovaný o svém zdravotním stavu a o tom, co může v dané situaci očekávat, lépe spolupracuje s lékařem, s dalšími členy ošetřujícího týmu a lépe snáší hospitalizaci. Pro klienta je přínosné, když se může rozhodovat i o svém dalším osudu v situaci nemoci, která umožňuje více než jedno řešení. Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví a

je oprávněn znát veškeré informace o shromažďovaném a jeho zdravotním stavu. Přesto přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat (6).

### **1.3.1 Informovaný souhlas**

V minulosti se nemocný člověk obracel zpravidla na jednoho jediného lékaře, kterému plně důvěřoval a jeho návrhům léčby se plně a bez jakýchkoli výhrad podroboval. Dříve výhradně lékař rozhodoval o tom, zda vůbec bude, či naopak nebude, informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Určoval množství a pečlivě zvažoval způsob podání informací. Současně považoval za správné, aby o konkrétním stavu nemocného byla plně informována jeho rodina. V mnohých případech rodina byla lépe informována než nemocný sám. Postupně docházelo k celé řadě změn a bývalo pravidlem, že nemocným se sdělovalo více informací a při hospitalizaci se jim dávalo podepsat stručné prohlášení (6).

Souhlas je informovaný, pouze pokud je dán na základě objektivních a pravdivých informací. Klient ho uděluje svobodně a informovaně. Informovaný souhlas je nezbytný pro diagnostické a léčebné činnosti lékaře, ale také pro preventivní a rehabilitační účely a nezbytně také pro účast pacientů ve výzkumných projektech (28).

Souhlas klienta musí splňovat tři základní náležitosti: musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Poučený souhlas je požadován proto, aby se klient mohl kvalifikovaně rozhodnout pro navrhovanou léčbu. Je nutné poučit klienta na jeho úrovni vzdělání, aby plně pochopil sdělované informace. Poté se může svobodně a sám rozhodnout o budoucím postupu. Obsah informovaného souhlasu musí respektovat jeho smysl, což znamená: poučit nemocného, umožnit potřebnou léčbu a péči a poskytnout právní ochranu lékaři při případných soudních dopadech (6).

Informovaný souhlas lze dát ústně, konkludentně nebo písemně. Souhlas mlčky se předpokládá, pokud je dotyčný dostatečně informován. V běžných situacích je možné pracovat s ústním souhlasem, ale také s jeho konkludentní formou. To znamená, že souhlas klienta vyplynul ze situace a je udělen mlčky, avšak s významně souhlasným gestem. Například když klient na výzvu sestry natáhne paži k odběru krve, ke změření

tlaku krevního. Ústní i konkludentní souhlas může klient později zpochybnit, proto pro jistotu se vyžaduje od klientů v závažnějších případech písemný informovaný souhlas (6).

Ústně prezentované informace musí vždy předcházet písemnému informovanému souhlasu. Klient musí dobře rozumět sdělovanému obsahu, má možnost se zeptat na vše, čemu nerozumí. Je nutné si ověřit, zda klient sdělovaným informacím porozuměl. V dnešní době je nutné mít na každý výkon písemný souhlas od klienta. Klient hned při příjmu podepisuje souhlas s hospitalizací (Příloha 1) (10).

I dobře vypracovaný informovaný souhlas může být následně zpochybněn a prohlášen za neplatný. Nejčastějším důvodem je skutečnost, že jej klient udělil: v časové tísní, nebyl poučen ústní formou, byl donucen jej podepsat, podepsal jej po podání premedikace nebo ho podepsal pod vlivem alkoholu či drog (6).

Pokud i po srozumitelném a podrobném poučení, včetně poučení o následcích odmítnutí péče, klient potřebný výkon odmítá, musí si o této závažné skutečnosti vyžádat ošetřující lékař písemné stanovisko označované jako negativní reverz. Pokud klient odmítá ošetřovatelský výkon, provede o tom zdravotní sestra pouze záznam v dokumentaci a informuje o tom ošetřujícího lékaře (28).

Studie dokazují, že jen polovina občanů se od svého lékaře vždy dozví potřebné informace o léčebném postupu, ale jen 36% z nich je náležitě poučeno o nežádoucích účincích (6).

#### ***1.4 Ošetřovatelský proces***

Vřelý přístup, správná komunikace, účinné využití nástrojů posuzování, pozorování, měření, dotazování a dokumentace jsou nejdůležitějšími dovednostmi při příjmu na oddělení. Patří sem i také často zanedbávané psychické a sociální faktory, které určují vzájemně související pojetí fyzické, psychické a sociální pohody. Narušení jakéhokoli z těchto aspektů bude mít dopad na ostatní (20).

Zdravotnická dokumentace vedená o klientovi obsahuje veškeré výsledky, zápisy lékařů, zápisy a záznamy ošetřovatelského personálu. K lékařským zápisům patří

příjmové vyšetření v podobě chorobopisu, které se provádí nejpozději osm hodin po přijetí klienta. Dále sem patří denní záznamy o průběhu a strategii léčby (dekurz) a propouštěcí zpráva. Zápisy a záznamy ošetřovatelského personálu se skládají z ošetřovatelské anamnézy, ošetřovatelských diagnóz, ošetřovatelských cílů a ošetřovatelských plánů stanovených do osmi hodin od příjmu. Patří sem dále realizace ošetřovatelského plánu, hodnocení dle Barthela, vyhodnocení nutričního skríningu, plán prevence dekubitů a péče o dekubity/rány, záznamy fyziologických funkcí a zjištění a hodnocení bolesti (3, 14).

Zdravotní sestra má různorodou náplň práce. Jednotlivé dny v každé nemocnici se mohou lišit. Přesto sestry mají mít dobré praktické znalosti o všech svých klientech, sami se vzdělávat, nebránit rozvoji svých dovedností, pracovat zodpovědně, pečlivě a empaticky. Ve volném čase dostatečně odpočívat, spát, správně se stravovat, věnovat se svým koníčkům, zájmům a udržovat kontakt se svými kamarády mimo zdravotnictví (20).

Systemové hodnocení a plánovité uspokojení potřeb zdravého i nemocného člověka je charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství. Prostřednictvím ošetřovatelského procesu se realizuje uspokojování potřeb člověka. Sestra myslí, plánuje ošetřovatelské aktivity podle ošetřovatelského procesu, který je systémem kroků a postupů při ošetřování klienta. V ošetřovatelském procesu se sestra nezabývá klientem pouze jako souborem částí a procesů, ale jako celkem, jako holistickou bytostí s bio-psycho-sociálními potřebami. Porucha jedné potřeby znamená poruchu celého systému (23).

Jako osnova pro organizaci individualizované ošetřovatelské péče slouží ošetřovatelský proces. Individualizovaná ošetřovatelská péče se zaměřuje na zjišťování a léčbu specifických reakcí klienta na aktuální či potenciální změny zdravotního stavu. Ošetřovatelský proces se skládá ze čtyř kroků: posouzení klienta, plánování péče, realizace ošetřovatelského plánu a zhodnocení péče a stavu klienta (20).

Na dovednosti sestry závisí kvalitní ošetřovatelská anamnéza, sestra vede cílený rozhovor s klientem a zapojuje také pozorovací dovednosti. Sestra správně klade



otázky, povzbuzuje klienta při poskytování informací a správně hodnotí neverbální projevy (20).

#### **1.4.1 Posouzení klienta**

Posouzení klienta se skládá ze shromáždění a prozkoumání veškerých dostupných informací o zdravotním stavu a identifikaci problému. Sestra klienta posuzuje již od prvního kontaktu. Sleduje mobilitu, používání kompenzačních pomůcek, chůzi, celkový vzhled klienta, zda je upravený, barvu kůže, dýchání, otoky, chování. Sleduje ukazatele jeho psychického a emocionálního stavu. Nejvíce informací sestra získá od klienta strukturovaným rozhovorem. Nejprve zhodnotí a zapíše zdravotní anamnézu, poté užívanou medikaci, rizikové faktory, chronická onemocnění, zvládání stresu, alergie, náboženské přesvědčení, spánkové a stravovací návyky, dietní opatření, sociální poměry, vylučování a stav kůže. Klientův stav by měla sestra zhodnotit nejdéle do dvacetičtyř hodin od příjmu na oddělení (29).

Při příjmu klienta se obvykle provádí plánované posouzení. Slouží ke shromáždění podrobných, specifických informací k poskytnutí co nejúčinnějších intervencí. Při příjmu sestry provádí měření fyziologických funkcí. Měří krevní tlak, pulz, dýchání, tělesnou teplotu, výšku, váhu a BMI klienta (14, 20).

Dále sestra klienta seznámí s Právy pacientů a domácím řádem oddělení. Provádí hodnocení dle Nortonové, Barthelův test, hodnocení bolesti, nutriční skrínig. V centru zájmu není dokumentace, ale klient. K tomuto hodnotícímu procesu jsou nedílnou součástí komunikační dovednosti sester (3, 20).

##### **1.4.1.1. Komunikace**

Formou interakcí a komunikace se odehrává veškeré dění uvnitř i styk s okolím. Reagování lidí navzájem je interakce a probíhá neustále. Někdy ji zaznamenáváme intenzivně, jindy jen tak mimoděk. O komunikaci jde, pokud dojde k výměně informací. Komunikační dovednosti jsou potřeba i v soukromém životě. Mnohdy závažným

ohrožením vztahů je ztráta schopnosti komunikovat. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s klientem. A je to dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě člověka a pokud je splněna základní podmínka – chtít, pak se může zdokonalit. Zhoršení klientových komunikačních dovedností může mít za následek nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat (27).

Rozlišují se tři druhy profesionální komunikace v praxi: sociální, specifickou a terapeutickou komunikaci. V sociální komunikaci se jedná o běžný hovor s klientem při úpravě lůžka, hygieně, pomoci s jídlem, když jsou volnější okamžiky v denním režimu oddělení. Specifická (strukturovaná) komunikace je oblast komunikace, kdy se sdělují důležitá fakta, motivuje se klient k další léčbě, působí edukačně. Vyžaduje zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu, vzhledem k aktuálnímu stavu klienta. Na závěr této komunikace je nutné ověřit, zda klient sdělení rozuměl a akceptuje ho. Sem se zahrnuje sdělování postupu vyšetření, objasnění způsobu stravování při onemocnění, informace o rizicích. Terapeutická komunikace se odehrává často formou rozhovoru s klientem při denním kontaktu. Poskytuje mu oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu (27).

Komunikace je verbální a neverbální, vědomá a nevědomá. Neverbální komunikací nazýváme všechny formy lidské komunikace, které nejsou řízeny řečí a mohou se terapeuticky využívat. Tato komunikace má pětikrát větší vliv než verbální aspekt. K prvkům neverbální komunikace patří relaxační a zklidňující techniky. Komunikace je stejně důležitá jako fyzická podpora a je nezbytnou součástí našeho života. Během pobytu v nemocnici často vyjadřují klienti nespokojenost s komunikací. Od různých zdravotnických pracovníků dostávají klienti nedostatečné, zmatené či kontroverzní informace. Poskytnutím správných informací mohou všeobecné sestry urychlit uzdravování a snížit počet komplikací a potřebu tlumit bolest (20).

Komunikace se stane efektivní pokud mluvčí i příjemce dostávají důležité informace, informace jsou ve srozumitelné formě, je zachována jejich důstojnost, mají prostor pro dotazy a zopakování, mohou vyjádřit svůj názor a pokud se shoduje na úrovni neverbální a verbální (27).

### ***1.4.2 Ošetrovatelská diagnóza***

Identifikace potřeb nemocného se zaznamenává ošetrovatelskou diagnózou. Zahrnuje i posouzení míry jejich naplnění, eventuálně narušení a hledání cest k nápravě. Sestra zapracovává získané informace při stanovení ošetrovatelské diagnózy a snaží se o jejich plné využití. Lékařská a ošetrovatelská diagnóza se liší v zaměření. Na stanovení diagnózy onemocnění je cílená lékařská diagnóza, na stanovení prioritních potřeb a ošetrovatelských problémů z hlediska sestry a z hlediska nemocného je zaměřená ošetrovatelská diagnóza (23).

Ošetrovatelské diagnózy lze dělit na aktuální, potenciální a syndromové. Aktuální ošetrovatelská diagnóza vyjadřuje přítomný problém, potřebu, jako je například nechutenství, nespavost, úzkost. Zaměření sesterské péče na ohrožení klienta případnými riziky, přinášenými dlouhodobou nemocí, vyjadřuje potenciální diagnóza. Mezi tyto diagnózy patří proleženiny, malnutrice, dehydratace následkem nechutenství, neschopnost přijímat tekutiny. Na kombinaci aktuálních a potencionálních diagnóz vytvářejících typický ošetrovatelský syndrom je zaměřena diagnóza syndromová (23).

Primární sestrou bývá stanovena sesterská diagnóza v těsné spolupráci s lékařskou diagnózou. Lze ji stanovit vlastními slovy, na základě vlastních profesních zkušeností. Dále ji lze stanovit podle formalizované taxonomie pod souborným názvem NANDA. Tyto mezinárodně stanovené sesterské diagnózy jsou vypracovány organizací formulující ošetrovatelské diagnózy. Na základě lékařské a sesterské diagnózy lze pečlivě a komplexně stanovit plán péče o klienta. (10).

### ***1.4.3 Plánování ošetrovatelské péče***

Vytyčení ošetrovatelských strategií a intervencí, zásahů znamená plánování ošetrovatelské péče. Jde o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, způsobů naplánování metod a cest k naplnění těchto plánů. Součástí je dohoda s klientem o pořadí a naléhavosti jednotlivých etap. Plánování ošetrovatelské péče se skládá ze dvou základních částí: určení představy o cíli a plán vhodných způsobů

aktivit. Určení představy o cíli, ke kterému chce plánováním své péče klient dojít a plán ošetrovatelských intervencí (23).

#### ***1.4.4 Realizace ošetrovatelského plánu***

Uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi znamená realizaci ošetrovatelského plánu. Realizace je zaměřena na dosažení žádoucích výsledků a naplnění stanovených cílů, pokud to jde, ve stanoveném pořadí (23).

#### ***1.4.5 Zhodnocení péče a stavu klienta***

Znamená vyhodnocení efektu poskytnuté péče. Bývá objektivní zdravotníky, a subjektivní klientem. K posuzování kvality dosaženého výsledku v porovnání se stanovenými normami dochází při zhodnocení a vyhodnocení naplnění jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu (23).

### ***1.5 Perioperační péče***

Každá operace je nefyziologický zásah, na který organismus reaguje, jak v době před operací, tak v době po operaci. Proto je třeba věnovat zvýšenou citlivost jak psychickým, tak fyzickým potřebám klienta. Perioperační období je doba před, během a po operaci. Skládá se ze tří fází: předoperační fáze, intraoperační fáze a pooperační fáze (13).

#### ***1.5.1 Předoperační fáze***

Předoperační fáze začíná rozhodnutím pro operační zásah a končí převozem na operační sál. Předoperační fáze se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dlouhodobá fáze začíná od zapsání klienta do operační knihy. Klient si zajišťuje předoperační vyšetření a připravuje se psychicky a fyzicky na plánovaný výkon.

Smyslem předoperačního posouzení klienta je prevence příhod a možných pooperačních komplikací (13).

Základní předoperační vyšetření je prováděno praktickým lékařem, v některých případech je přiložena zpráva od specialisty. Základem je podrobná anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, EKG s popisem, popis rentgenu srdce a plic, pomocná vyšetření, rentgenové snímky operované části těla. Cílem je shrnutí anamnestických dat, výsledků fyzikálního vyšetření, pomocných vyšetření, včetně dlouhodobé medikace a potřebných konziliárních vyšetření při přidružených onemocněních. Předoperační vyšetření je platné 1 měsíc, pokud nedojde ke změně zdravotního stavu. Dále se zaměřuje na posouzení kardiovaskulárního rizika a přidružených chronických onemocnění (21).

V rámci krátkodobé předoperační přípravy, která se udává den před plánovaným výkonem je klient informován ošetřujícím lékařem, operátorem, anesteziologickým lékařem a ošetřující sestrou (21).

Při příjmu lékař kontroluje předoperační vyšetření, udělá klientovi vstupní vyšetření. Dále klienta poučí o plánovaném výkonu a srozumí ho s informovaným souhlasem, který klient podepíše (Příloha 2, 4). Informovaný souhlas obsahuje následující body: jméno, příjmení, rodné číslo a kód pojišťovny klienta, průběh plánované operace, zhodnocení aktuálního zdravotního stavu klienta, možné výhody a rizika, možné alternativy, pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu, možné očekávané problémy v průběhu procesu uzdravování a následky eventuálního odmítnutí navrhovaného postupu, datum, podpis přijímajícího lékaře a podpis klienta (2).

Předanestetické vyšetření je vyšetření klienta anesteziologem před poskytnutím anestézie. Rozsah vyšetření je určen zdravotním stavem klienta. Cílem předanestetického vyšetření je posouzení zdravotního stavu a funkční rezervy orgánových systémů klienta, detekce eventuálních abnormalit při fyzikálním nálezů nebo na základě laboratorního vyšetření, návrh eventuálních dalších pomocných a konziliárních vyšetření, návrh optimalizace orgánových funkcí, stanovení plánu anesteziologické péče, informace klienta o plánovaném výkonu, způsobu anestézie a

pooperační péči. Nedílnou součástí anesteziologické péče u plánovaných diagnostických a terapeutických výkonů operační povahy je získání klientova souhlasu s anestézií. Je nezbytné vhodnou formou poučit klienta o výhodách a případných rizicích provádějící anesteziologický výkon (25).

Stanovení operačního rizika anesteziolog zaznamená dle klasifikace celkového fyzického stavu před anestézií podle ASA. Do skupiny ASA I. patří všichni zdraví klienti bez patologického klinického a laboratorního nálezu. Systémovou poruchu nezpůsobuje jejich chorobný proces, pro který jsou operováni. Ve skupině ASA II. mají mírně až středně závažné systémové onemocnění, pro které jsou operováni. V ASA III. mají závažné systémové onemocnění jakékoli etiologie, která omezuje aktivitu, výkonnost a funkci orgánů klientů (například stav po infarktu myokardu, závažná forma diabetu mellitu, srdeční selhání). Klienti v ASA IV. trpí závažným, život ohrožujícím systémovým onemocněním, které není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenzace, pokročilé formy orgánových nedostatečností, ileus a jiné). Klienti u nichž je operace poslední možností záchrany života patří do skupiny ASA V (13).

Ošetrovatelský proces v době předoperační se zaměřuje na poučení před operací s psychickou a fyzickou přípravou. Den před operací zdravotní sestra provede předoperační poučení, informuje klienta, vede rozhovor o nadcházející operaci, vhodnou komunikací a slovem zmírní obavy z operace, seznámí s plánovanou dobou výkonu podle operačního rozpisu s plánovaným návratem na pokoj, vysvětlí průběh přípravy, provede dechový nácvik, zkontroluje všechna předoperační vyšetření, dá klientovi podepsat: Poučení o přípravě před operací (Příloha 3), zkontroluje podepsané ostatní souhlasy, připraví operační pole (oholení, desinfekce), zajistí celkovou hygienu, zkontroluje ostříhané nenalakované nehty, poučí o odstranění make-upu, pravidelně monitoruje fyziologické funkce, poučí o nutnosti od půlnoci být nalačno, zajistí potřebnou dokumentaci k zákroku, dle ordinace lékaře aplikuje antitrombotika, premedikaci na noc, sleduje celkový současný psychický i zdravotní stav klienta, učí nácvik chůze o berlích, které bude klient využívat po operačním výkonu a učí prvky rehabilitace – hlavně posilování čtyřhlavého stehenního svalu, který je nezbytný v pooperační rehabilitaci (13).

### ***1.5.1.1. Edukace***

Edukovat znamená vysvětlovat. Edukaci chápeme jako proces výchovy a vzdělávání. Zdravotní výchova je výchova ke zdraví. Umožňuje klientům a jejich blízkým kvalifikovaně se rozhodnout o zdravotní péči. V nemocnici se na edukaci klientů podílí celé řady pracovníků. Tito pracovníci vykonávají edukační činnost v rámci poskytování speciálních odborných zdravotních výkonů, ale i při denních úkonech v rámci jednotlivých oddělení (31).

Edukační proces v ošetrovatelství představuje určitou formu odevzdávání konkrétních informací, která se uskutečňuje ve specificky připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce zdravotní sestry a učícího se klienta. Edukační proces je vytvořený záměrně na to, aby se někdo něco učil. Je to výchovný a vzdělávací proces, který je třeba takto chápat. Může být součástí ošetrovatelského procesu (31).

Při edukačním rozhovoru se snažíme zapojit klienta do své léčby. Zdravotní sestra, která edukuje musí ovládat, to co sama učí, předává znalosti a dovednosti klientovi. Vhodná je názornost – prezentace činnosti, názorná ukázka toho, co chce klienta naučit. Důležité je zapojit co nejvíce smyslů klienta. Nevhodné je odbít klienta letákem nebo návodem. Opakování je matka moudrosti. Zdravotní sestra zachovává trpělivý přístup, chválí klienta při každém pokroku, na závěr patří shrnutí a ověření si, zda klient vše pochopil. Nezbytnou součástí edukačního rozhovoru je práce s motivací klienta. Emocionální stránka bude převažovat nad tou racionální (27).

Edukace perioperační sestrou se týká klientů, kteří se připravují na plánovaný výkon. Sestra provádí rozhovory v odpolední směně. Netýká se klientů na JIP, ARO a před akutními operacemi. Edukace má klienta co nejvíce uklidnit, seznámit s postupem na sálech, aby věděli, co se s nimi bude dít. Sálková sestra klientovi vysvětlí a popíše průběh transportu na operační sály, situaci na operačních sálech a transport zpět na oddělení. Při rozhovoru se respektuje přání klienta, zda má o edukaci zájem, zda chce hovořit v soukromí. Sestra se snaží zodpovědět všechny otázky (7).

### ***1.5.1.2 Bezprostřední předoperační příprava***

Bezprostřední předoperační příprava je zaměřena na den operace. Zdravotní sestra vlídným slovem uklidňuje a komunikuje s klientem. Zeptá se klienta zda od půlnoci je nalačno. Zkontroluje vyprázdnění močového měchýře, zajistí ranní hygienu, odložení osobního prádla, klient si obleče chirurgickou košili. Zdravotní sestra zkontroluje odložení zubní protézy, přiloží klientovi bandáže na neoperované dolní končetiny. Zkontroluje přípravu operačního pole. V případě speciální přípravy se řídí a plní ordinace lékaře. Aplikuje premedikaci podle ordinace anesteziologa. Zajistí převoz klienta s veškerou dokumentací na operační sál (11, 21).

### ***1.5.2 Intraoperační fáze***

Intraoperační fáze začíná transportem klienta na lůžku na operační sál a končí návratem zpět na pokoj. Operační sál je zvláštní místo, které bývá spojováno s pocity strachu, úzkosti, bolesti, bývá opředeno legendami, které si předávají pacienti po výkonu na oddělení mezi sebou. Tyto informace bývají někdy zkreslené, což souvisí s rozdílným vnímáním, zkušenostmi a s předoperační premedikací (8).

Na překladišti operačních sálů je klient přeložen na operační stůl, předán i s dokumentací anesteziologické sestře a sestra z oddělení se s ním rozloučí. Totožnost klienta si anesteziologická sestra ověří otázkou a kontrolou identifikačního náramku. Přilepí elektrody EKG, zavede periferní žilní kanylu, napojí infuzi. Stále komunikuje s klientem. Dále přichází obíhající sestra, která také kontroluje totožnost, diagnózu a případné alergie. Dle zavedených zvyků se nyní může holit operační pole - tento výkon je v kompetenci sanitářů, ale zodpovídá za něj sestra sálová. Vždy se respektuje stud klienta (8).

V intraoperační fázi se klient dostává na operační sál, kde je vše připravené. Instrumentářka má připravený operační stolek, anesteziologická sestra se věnuje klientovi. Klient je uveden anesteziologem do anestézie. Operačnímu týmu se věnuje instrumentářka, anesteziologická sestra se věnuje anesteziologickému lékaři a klientovi. O bezpečí klienta se stará obíhající sestra a sanitář. Velký důraz je kladen především na



ochranu klienta před zraněním a infekcí, ochranu kůže před poraněním při pohybu a změně polohy, udržování polohy, používání vhodných ochranných pomůcek a monitorování fyziologických funkcí klienta. Až v anestézii je klient polohován do příslušné polohy. Následuje příprava operačního pole – antiseptiky, rouškování. Operace může začít. Všichni dodržují zásady perioperační péče. Instrumentářka instrumentuje, obíhající sestra se věnuje instrumentářce, dohlíží na bezpečí klienta a píše ošetrovatelskou dokumentaci. Ošetrovatelská dokumentace obsahuje všechny informace týkající se operace: ošetrovatelské výkony, soupis použitých chirurgických nástrojů a materiálu (8, 13).

Součástí kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické dokumentace je operační protokol, záznam anesteziologa a instrumentačních sester. Operační protokol je psán operátorem ihned po výkonu. Operátor je zodpovědný za jeho úplnost. Operační protokol obsahuje: jméno a příjmení klienta, jeho rodné číslo, zdravotní pojišťovnu, jméno anesteziologa, typ anestézie, datum a přesný čas zahájení a ukončení operačního výkonu, průběh operace, podrobný popis případných komplikací, umístění drénů a popis použitého speciálního materiálu, zvláštnosti operace, odsouhlasení roušek a použitého materiálu a nástrojů, operační výkony a podpis operátora (3).

Záznam o anestézii obsahuje hodnoty parametrů základních životních funkcí a další důležité údaje. Je to právní dokument, který obsahuje všechny dostupné údaje o anestézii a komplikacích souvisejících s anestézií. Je zde zaznamenána anesteziologická vizita v průběhu předoperačního vyšetření, rizika anestézie dle mezinárodní klasifikace ASA, patologické hodnoty laboratorních vyšetření, alergie, diabetes či jiná onemocnění, premedikace před operačním výkonem, celá anestézie, hodnoty základních životních funkcí v pravidelných intervalech, přesné dávky podaných anestetik a všech ostatních léků v průběhu anestézie a operačního výkonu, začátek a konec anestézie je přesně časově vyznačen, popis nestandardní pooperační probouzející a zotavovací fáze. Anesteziologický záznam je vyhotoven v jedné kopii, která je součástí dokumentace klienta. Po skončení anestézie a operačního výkonu anesteziolog potvrdí správnost uvedených údajů na přední straně anesteziologického záznamu (26).

### ***1.5.3 Pooperační fáze***

Pooperační fáze začíná probuzením klienta z anestézie. Anestézie zhoršuje schopnost klienta reagovat na vnější stimuly. Všechny funkce organismu se v této fázi postupně vrací k výchozímu stavu. V pooperační fázi je klient převezen na dospávací pokoj, nebo zpět na oddělení. Převází ho anesteziologická sestra z dospávacího pokoje, nebo sestra z oddělení. Zdravotní sestra stvrdí podpisem a identifikací převzetí klienta z překladačové části operačních sálů. Anesteziolog po dohodě s operátorem doporučuje rozsah a frekvenci monitorování vitálních funkcí v rámci pooperační péče o pacienta. Za realizaci je zodpovědný ošetřující lékař (8, 13, 26).

Ošetrovatelská péče je v pooperační fázi zaměřená na zotavení z anestézie, sledování kardiovaskulárního stavu, sledování dýchání, sledování polohy, sledování rovnováhy v příjmu a výdeji tekutin, sledování neurologického stavu klienta, poskytnutí pohodlí a bezpečnosti, povzbuzování k pohybu a předcházení komplikací, sledování operační rány, krvácení a sledování bolesti a odpadu do Redonova drénu (13).

Z operačního sálu je klient převezen po stabilizování stavu. Klient sám spontánně a volně dýchá a má stabilizovaný krevní oběh. Klient se obvykle po celkové anestézii probouzí nejprve reakcí na stimuly (hlasové podněty), poté je ospalý, dále probuzený, ale dezorientovaný, následně probuzený a orientovaný (13).

Zdravotní sestrou je sledován kardiovaskulární stav, frekvence, náplň a pravidelnost tepu, hodnoty krevního tlaku, prokrvení periferie – teplota a barva akrálních částí těla a poruchy hemokoagulace. Je sledována frekvence a pravidelnost dýchání, správná poloha těla. Na krycí obvaz se přikládá ledový obklad. V případě nutnosti se zajistí správná poloha operované části těla a zkontroluje se správnost přiložení ortézy. Pokud klient zvrací, je uložen do stabilizované polohy, je přivolán lékař a podána ordinovaná medikace. Pokud je klient po svodné anestézii, objevuje se často porucha močení. Proto je nezbytná kontrola močení a v případě, že se nevymočí, je nezbytně nutné zavést permanentní močový katétr. Katétr se zavádí buď jednorázově, nebo se ponechává do druhého dne, kdy je odstraněn a musí se sledovat první vymočení (13).

Zdravotní sestrou je kontrolován stav krytí na operační ráně, zda neprosakuje a chrání operační ránu. Sleduje se odvod drénů, krevní ztráty. Sleduje se průchodnost periferního žilního katétru a známky flebitidy (10).

Zdravotní sestrou je předcházen vznik komplikací, zmírňuje se bolest a nepohoda. Po operačním výkonu se hodnocení bolesti provádí nejméně tři dny. První den dle ordinace lékaře, nejméně po čtyřech hodinách. Druhý a třetí den nejméně čtyřikrát denně. V dalším období je určena potřeba a frekvence monitorování ošetřujícím lékařem, nebo se hodnotí při každých podaných analgetikách. V den operace se podávají opiáty podle ordinace anesteziologa, první a druhý pooperační den se aplikují analgetika intramuskulárně, následující dny klientům ve většině případů stačí analgetika v podobě perorální (8, 26).

### ***1.6 Pooperační komplikace***

Pooperační komplikace jsou příhody, které narušují normální pooperační průběh. Vznik komplikací je závislý na několika faktorech: operačním výkonu, způsobu anestézie, celkovém stavu klienta před operací a stáří klienta. U operačního výkonu záleží na délce operace, rozsahu a závažnosti operačního výkonu, na technických chybách při operaci, na dodržování zásad fyziologického operování. Způsob a délka anestézie ovlivňuje přetrvávající myorelaxace po operaci, poruchy dýchání při otoku hrtanu jako následku intubace. U stavu klienta před operací se zjišťuje výskyt přidružených chorob, akutní operace klienta s delší anamnézou střevní neprůchodnosti nebo zánětu pobříšnice, oslabení imunitního systému, vyšší věk, nesprávná životospráva. U starších klientů je častější výskyt pooperačních komplikací (19, 30).

K prevenci vzniku komplikací patří řádná předoperační příprava, pooperační doba, dokonale provedený chirurgický zákrok a vhodná anestézie. Předoperační příprava se mění dle druhu operačního výkonu. Zahrnuje dechová cvičení, zlepšení vnitřního prostředí pomocí infúzní a transfúzní terapie, bandáže dolních končetin, důkladné vyprázdnění tlustého střeva. V pooperační době se velký důraz klade na

včasnou mobilizaci klienta po operaci, péči o klienta s umělou plicní ventilací, s drenáží, nozogastrickou sondou a močovým katétrem (16).

Pooperační komplikace mohou být lokální (v místě operace) a obecné (postihující jiné systémy – dýchací, oběhový). Dále se rozlišují na komplikace časně, střední a pozdní. Časně komplikace se objeví do 24 hodin od operačního výkonu a patří sem selhání dýchání a krevního oběhu, poruchy vědomí a krvácení v operačním poli. S časovým odstupem vznikají zánětlivé plicní komplikace, tromboembolická nemoc, cirkulační a močové komplikace, poruchy funkce zažívací trubice. V operačním poli jsou komplikace spojeny s druhotným krvácením, infekcí, rozstupem sutury na operovaném orgánu nebo kožní rány. Střední komplikace se objeví do 3 týdnů po operaci a pozdní se mohou projevit kdykoli později, někdy to mohou být i roky (20).

Vznik dechových komplikací se zvyšuje u celkové anestézie. Celková anestézie vyžaduje většinou intubaci průdušnice a svalovou relaxaci, kdy se zvyšuje sekrece v průduškách dráždivým účinkem inhalovaných látek a vyžaduje obranné reflexy dýchacích cest. Klienti s dechovou nedostatečností a akutně operovaní jsou více ohrožení, neboť nebyl čas k jejich přípravě. Laryngospasmu (otok a křeč hrtanu a mimického a končetinového svalstva) vzniká z důvodu podráždění při intubaci. Útlum dýchání bývá způsoben dlouhodobým působením anestetik a relaxancií. Možnost vzniku bronchitidy, bronchopneumonie z důvodu špatného provzdušňování plic hromadícím se sekretem. Dále může vzniknout obrna obou zvratných nervů, obstrukce průsvitu průdušek, atelaktáza, pneumotorax, pooperační hemotorax, aspirace, plicní edém, akutní srdeční infarkt, embolie plicnice, zástava dechu (30).

Jednou z časných oběhových komplikací může být i selhání krevního oběhu, takzvaný šok. Vzniká na základě operační zátěže a je vyvolán zmenšením objemu cirkulující krve při větším perioperačním krvácení nebo jako reakce na operační zátěž při déle trvající rozsáhlé operaci. Projevuje se nedostatečností periferní cirkulace s poruchou prokrvení tkání a jednotlivých orgánů s poklesem tlaku krevního, zrychleným pulzem, cyanózou (16).

Pooperační bolest vzniká u každého operovaného klienta, většinou po odeznění anestézie. Tlumení bolesti musí být kontinuální, aplikují se analgetika, opiáty. Léky

jsou podávány v ordinovaných časových intervalech parenterálně. Příčinou poruch spánku po operačním výkonu je vyšší dráždivost vláken, bolest, psychická porucha. Důležité je dbát o dostatečný spánek klienta po operaci, proto je vhodné na noc podávat hypnotika (30).

Mezi cévní komplikace řadíme zánět žil, trombózu žil, embolii plicnice. V místě poškození cévní stěny povrchních i hlubokých žil dolních končetin vzniká zánět žil, který se projevuje bolestí a zarudnutím. Hluboký zánět žil se vyskytuje nejčastěji v místě varixů. Nutné jsou bandáže dolních končetin, včasná mobilizace klienta, cévní gymnastika, podávání antikoagulancií. Žíly dolních končetin nebo žíly pánevní postihuje trombóza žil. Projevuje se bolestí i otokem a často vzniká v žilách lýtkových svalů. Zde je nutný klidový režim, přikládání studených obkladů a podávání antikoagulancií. Embolie plicnice vzniká uvolněním trombu z periferní žíly dolních končetin nebo žil pánevních. Trombus se dostává přes pravé srdce do plicnice nebo do jejích větví. Může též vzniknout vniknutím vzduchu do žilního systému. Projevuje se náhle vzniklou bolestí na prsou, vykašláváním krvavého sputa. Vhodné je podání antikoagulační léčby, kardiotonik (16).

K poruchám funkce zažívacího systému řadíme pooperační zvracení, zvracení po abdominálních operacích, průjem a píštěle, pooperační ileus, stresové vředy, pooperační zánět příušní žlázy. Pooperační zvracení je dnes díky lepší anestézii méně častá komplikace. Zvracení po abdominálních operacích je způsobeno parézou žaludeční stěny, hladké svaly žaludku ztrácí napětí, bloudivý nerv přestává stimulovat svalovinu žaludku a ten se plní tekutým obsahem, který je produkován sliznicí. Klient si stěžuje na tlak v nadbřišku a zvrací tmavý obsah. Léčí se zavedením nazogastrické sondy a odsátím obsahu, infuzní terapií. Průjem je příznak onemocnění stěny střeva. Při zástavě střevní peristaltiky vzniká střevní ileus, který se léčí podporou střevní peristaltiky a opakovaným podáním klyzmatu. Stresové vředy vznikají nejčastěji na sliznici žaludku a projevují se krvácením. Pooperační zánět příušní žlázy se vyskytuje u klientů vyššího věku, důležitá jsou preventivní opatření: udržení hygieny ústní dutiny, dostatečné zavodnění a udržení tvorby slin (16, 30).

Pooperační močová retence, záněty močových cest a porucha funkce ledvin patří k urologickým komplikacím. Pooperační močová retence vzniká u mužů se zvětšenou předstojnou žlázou nebo po svodné anestézii. Pokud se klient nevymočí do osmi hodin od operačního výkonu, je nutné vyprázdnit močový měchýř zavedením cévky. Záněty močových cest vznikají nejčastěji zanesením infekce při opakovaném cévkování. Projeví se bolestmi v krajině močového měchýře, teplotami, častým nucením na moč, bolestivým močením. Léčí se podáním antibiotik. Projevem perioperačního nebo pooperačního šoku, obvykle vyvolaného ztrátou krve, může být porucha funkce ledvin. Projeví se sníženou tvorbou moče a klesající diurézou. Doplněním objemu tekutin a diuretiky je obnovena funkce ledvin (30).

K ranným komplikacím patří infekce v ráně, krvácení z operační rány, rozestup (dehiscence) operační rány. Kožní mikroflóra je hlavní příčinou vzniku infekce v ráně. Baktérie se v ráně pomnoží a rána postupně zarudne a následně se objeví hnisavá sekrece. Vzniká po výkonech na tkáních zhmožděných, ischemických, nekrotických, hematomech v ráně, u septických výkonů. Projevuje se lokálními příznaky (bolestivost, zarudnutí, zápach, otok, kolekce hnisu) a celkovými příznaky (zvýšená teplota, leukocytóza, zvýšené CRP). Provádí se odběr vzorku na bakteriologii a nasazení antibiotik dle citlivosti, rozpuštění stehů a drenáž rány. Příčinou krvácení z rány bývají poruchy hemokoagulace, nedostatečná zástava krvácení při operaci. Při menším krvácení se udělá tlakový obvaz, u většího krvácení je nutná revize rány a ošetření zdroje krvácení. Rozestup okrajů operační rány je způsoben zvýšením nitrobřišního tlaku (při kašli, posazování), technickou chybou při operaci nebo infekcí v ráně. Dochází k poškození jedné nebo více vrstev. Léčí se operační revizí, novým sešitím rány, zavedením drenáže. Dále může vzniknout nekróza rány, serom v ráně, kýla v ráně (18).

Přítomnost cizorodého materiálu může vést k infekci nebo zánětlivé reakci na cizí těleso. Organismus reaguje na použitá traumatická cizí tělesa nebo nevstřebatelné stehy. Vznikají abscesy, které se otevírají navenek píštělemi, kterými jsou cizí tělesa vylučována (18).

U některých klientů se objeví kožní komplikace. Vznikají vlivem účinku dezinfekčního prostředku, náplasti nebo jsou následkem výtoku sekretu drémem. Projevují se bolestivým zčervenáním, vznikem puchýřů, někdy odumřením kůže – nektrózou. Nutné je používání vhodných desinfekčních prostředků, ochrana okolí rány různými pastami. Patří sem i dekubity, které vznikají při delším pobytu na lůžku, především u klientů v bezvědomí, s poraněním míchy, s podvýživou. Dále i u klientů po operacích dolních končetin, kterým se vytvoří dekubit na patě, protože nemůžou s nohou hýbat. Je nutné pravidelně kontrolovat predilekční místa a včas zahájit preventivní opatření (čistá a suchá kůže, pravidelné polohování, antidekubitární lůžko) (30).

Psychické poruchy se objevují hlavně u klientů vyššího věku na podkladě aterosklerotických změn. Strachem před operačním výkonem a po něm. Klient je neklidný až agresivní, má strach, není orientován časem, místem ani osobou, vstává z lůžka. Je nutné podání sedativ nebo hypnotik (16).

Pro léčbu komplikací je důležité jejich včasné rozpoznání. Proto jsou klienti po operačním výkonu pravidelně sledováni, aby se včas tyto komplikace rozpoznaly. Preventivní opatření snižují výskyt pooperačních komplikací. Sestra zajišťuje veškeré ordinace a sleduje klienta v průběhu léčby, tím má nezastupitelnou úlohu v léčení vzniklých pooperačních poruch (30).

### ***1.7 Léčebná rehabilitace***

V současné době patří léčebná rehabilitace k jednomu z nejrychleji se rozvíjejících oborů medicíny. Rozvíjí se však poněkud nesystematicky díky svému funkčnímu zaměření, což může být způsobeno také tím, že dosud se dostatečně neznají zákonitosti fungování pohybového aparátu člověka. Léčebná rehabilitace patří mezi nejstarší medicínské obory, které zdůrazňovaly, že porucha funkce předchází strukturální poruše a že pokud léčíme již funkční poruchy, nemusí vůbec dojít k nevratným poruchám tkání. Jako jeden z mála oborů medicíny dnes umožňuje komplexní pohled na člověka prostřednictvím propojení funkce všech jeho systémů se

systemem pohybovým. Díky civilizačním chorobám nabývá stále více na svém významu (1).

Mezi ortopedické rehabilitační metody můžeme zařadit metody a přístup běžně užívaný k léčbě ortopedických klientů. Celou tuto skupinu lze rozčlenit podle toho, která část pohybového systému je jejím hlavním cílem: pohybová terapie kloubů, pohybová terapie vazivových struktur a podkoží, pohybová terapie svalů, svalový test, škola chůze a pomůcky pro chůzi. Samozřejmě je toto dělení pouze schematické, protože nelze léčit klouby bez terapie vazivových tkání a svalů a naopak. Pohybovou terapii dělíme na aktivní, aktivní s dopomocí a pasivní (22).

V prvních dnech po operačních výkonech se upřednostňuje pasivní terapie, kdy fyzioterapeut pasivně procvičuje postiženou část těla. Dle stavu klienta se postupně zapojuje do cviků až je zvládá aktivně sám. Celá rehabilitace záleží na fyzickém a zdravotním stavu klienta, operačním výkonu i jeho psychickém stavu. Je možné využít různé rehabilitační pomůcky, kdy se klient učí chodit v chodítku, o podpažních berlích, francouzských holích. Podle stavu a ordinace lékaře se klient učí chůzi bez zátěže, s pokládáním operované končetiny na podlahu, poté se zátěží dle ordinace lékaře. Je možné i cvičení na motorové dlaze na ramenní nebo kolenní kloub. Jde o stroj, který po vložení operované končetiny umožňuje pohyb této končetiny v rozsahu na něm nastaveném. Na operovanou část může být přiložena i rigidní nebo kloubní ortéza. Nacvičuje se izometrická tonizace svalů (9, 17).

Navrácení klientovi samostatnosti v úkonech každodenního života a umožnit mu znovu pracovat je úkolem ergoterapie. Důležitá je především obnova funkce horních končetin nebo její udržení u chronických deformujících chorob. Při rehabilitacích po zraněních, operačních výkonech se snaží naučit klienty uskutečňovat činnosti v každodenním životě (jídlo, oblékání, denní hygiena, mytí, používání toalety). K tomu jim mohou pomoci různé pomůcky: nástavec na WC, madla, chodítka (1).

Podle postižení a celkovém stavu klienta lze využít i další rehabilitační metody k navrácení pohybové aktivity: vodoléčba, hydrokinezioterapie, fototerapie, elektroterapie, mechanoterapie. Vodoléčba je zaměřena na účiny teplé a studené vody na organismus. Hydrokinezioterapie je kombinace vodoléčby a pohybové léčby s



odlehčení těla klienta. Fototerapie využívá ultrafialových a infračervených paprsků. Při elektroterapii se aplikuje elektrický proud na organismus pro účely terapie. Při mechanoterapii se aplikuje mechanická energie přístroje na tělo klienta (1).

Po propuštění do domácího ošetřování se klient snaží zlepšovat zdravotní stav, fyzickou a psychickou kondici. Dle doporučení ortopeda jsou možné ambulantní návštěvy rehabilitace, kdy klient dochází na jednotlivá cvičení, která mu zlepšují pohyblivost a snižují bolestivost.

## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

- Cíl 1** Zmapovat poskytování informací klientů o pooperační péči a možných komplikacích.
- Cíl 2** Zmapovat prostředky, kterými sestry poskytují informace o pooperační péči.
- Cíl 3** Zjistit, zda sestry poskytují informace o pooperační péči ošetrovatelským procesem.

### **2.2 Hypotézy**

- Hypotéza 1** Klienti jsou dostatečně informováni o průběhu pooperační péče a možných komplikacích.
- Hypotéza 2** Sestry využívají všechny prostředky pro informování klientů o pooperační péči.
- Hypotéza 3** Sestry poskytují klientům ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu.

### **3 Metodika**

#### ***3.1 Metodický postup***

Šetření bylo prováděno kvantitativní metodou. Technikou sběru dat byl anonymní dotazník. Dotazník byl sestaven na základě zkušeností z praxe a informací z literatury. Dotazníky byly vytvořeny pro sestry a klienty po operačním výkonu. Dotazníky pro sestry (Příloha 3) obsahovaly 18 otázek. Dotazníky pro klienty (Příloha 4) obsahovaly 32 otázek. Osloveny byly sestry z ortopedických a traumatologických oddělení Nemocnice Písek, a.s. a Ústřední vojenské nemocnice Praha. Dále byli osloveni klienti po operačním výkonu, kteří byli hospitalizováni na odděleních ortopedie a traumatologie v Nemocnici Písek, a.s. a Ústřední vojenské nemocnici Praha.

#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

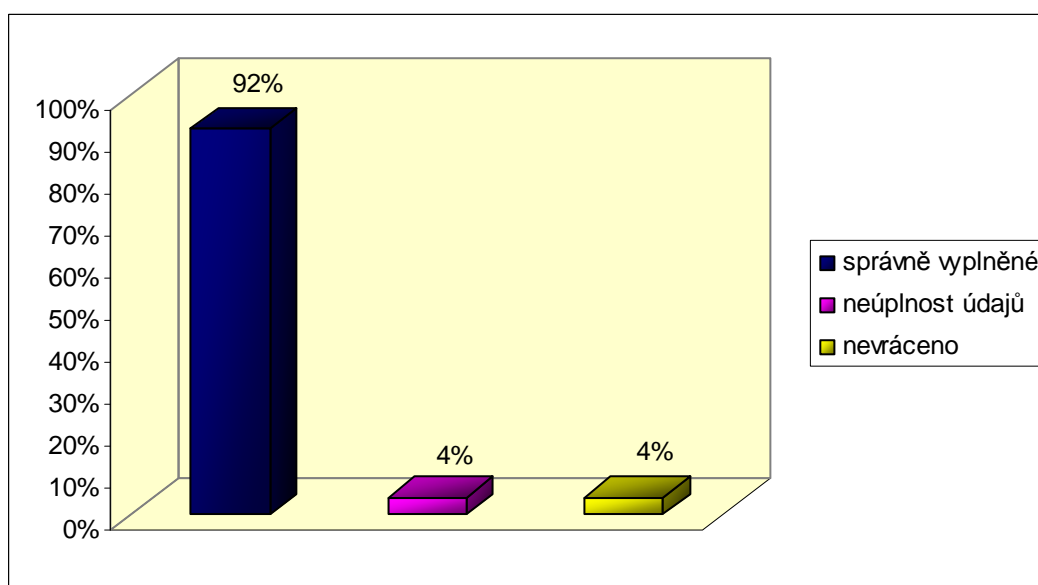
Vzhledem k tomu, že bakalářská práce je tématicky zaměřena na informovanost klientů o pooperační péči na ortopedickém oddělení, bylo tedy nutné oslovit klienty, kteří podstoupili operační výkon na ortopedickém oddělení. Oslovené byly i sestry, které pracují na ortopedickém a traumatologickém oddělení a tyto klienty informují. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků pro sestry a 110 dotazníků pro klienty. Z celkového počtu 70 (100 %) dotazníků pro sestry se vrátilo 64 (92 %) správně vyplněných dotazníků, 3 (4 %) dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost údajů a 3 (4 %) dotazníky se nevrátily. Z celkového počtu 110 (100 %) dotazníků pro klienty se vrátilo 104 (94 %) správně vyplněných dotazníků, 4 (4 %) dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost údajů a 2 (2 %) dotazníky se nevrátily.

## 4 Výsledky

Čísla grafů neodpovídají číslování v dotaznících.

### 4.1 Výsledky grafů od zdravotních sester ortopedického oddělení

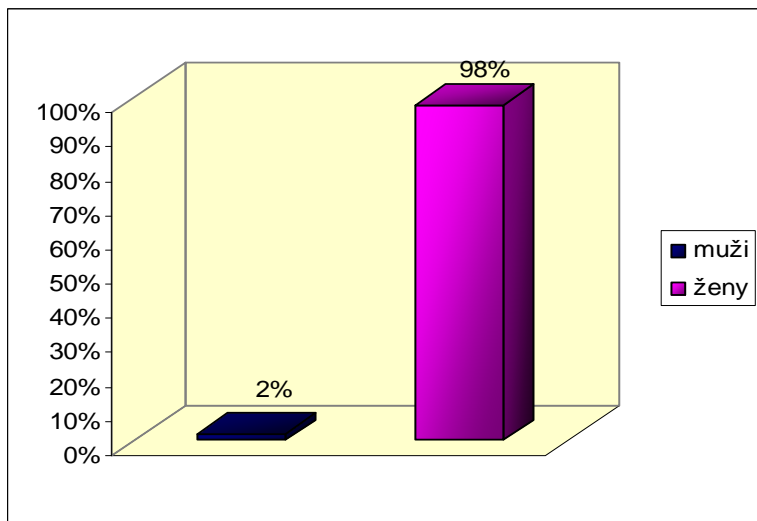
Graf 1 – Návratnost dotazníků od sester



Z celkového počtu 64 (100 %) dotazníků pro sestry se vrátilo 64 (92 %) správně vyplněných dotazníků, 3 (4 %) dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost údajů a 3 (4 %) dotazníky se nevrátily.

## Graf 2 – Pohlaví sester

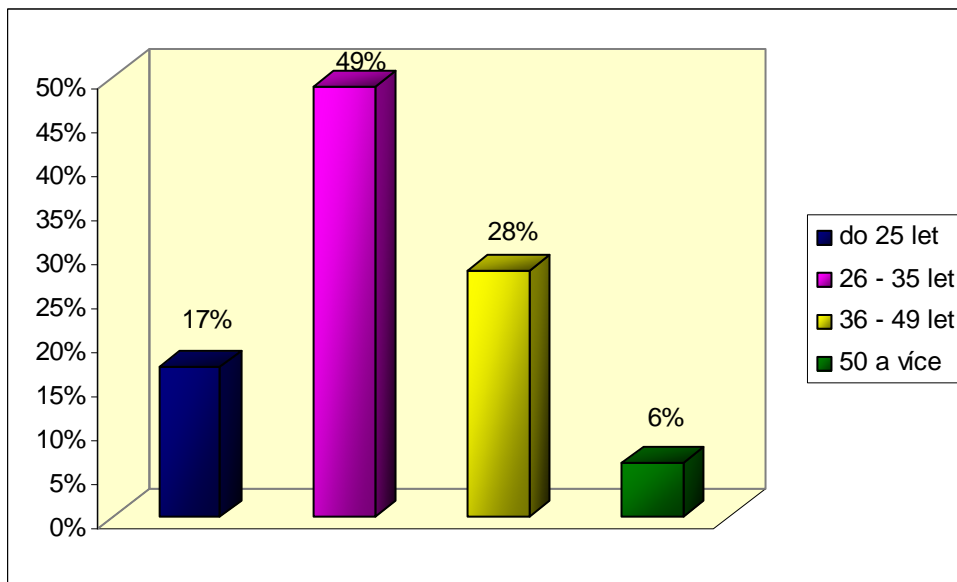
(graf k otázce č. 1)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester je 1 (2 %) muž a 63 (98 %) žen.

## Graf 3 – Věk sester

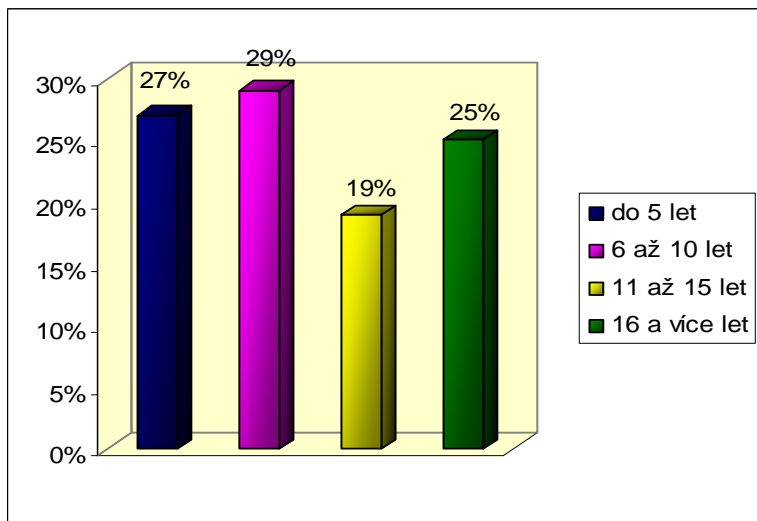
(graf k otázce č. 2)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester je 11 (17 %) sester ve věku do 25 let, 31 (49 %) sester ve věku 26 – 35 let, 18 (28 %) sester ve věku 36 – 49 let a dále 4 (6 %) sestry ve věku 50 a více let.

#### Graf č. 4 – Jak dlouho pracují sestry ve zdravotnictví

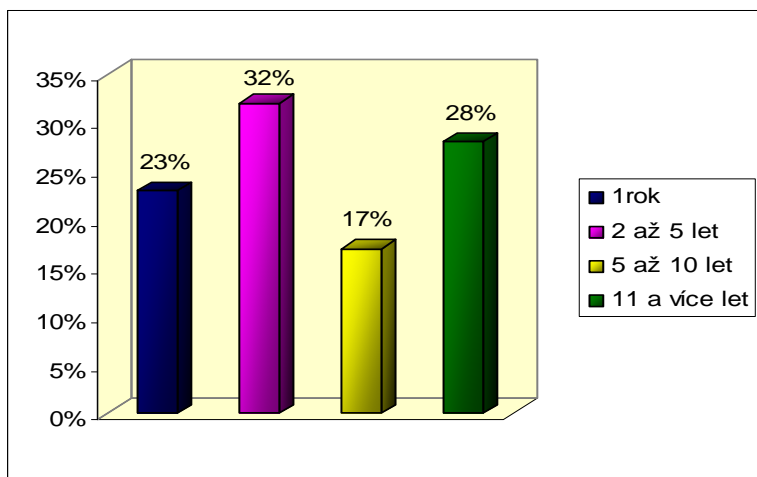
(graf k otázce č. 3)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester pracuje ve zdravotnictví 17 (27 %) sester do 5 let, 19 (29 %) sester 6 až 10 let, 12 (19 %) sester 11 až 15 let a 16 (25 %) sester 16 a více let.

#### Graf č. 5 – Jak dlouho pracují sestry na ortopedickém oddělení

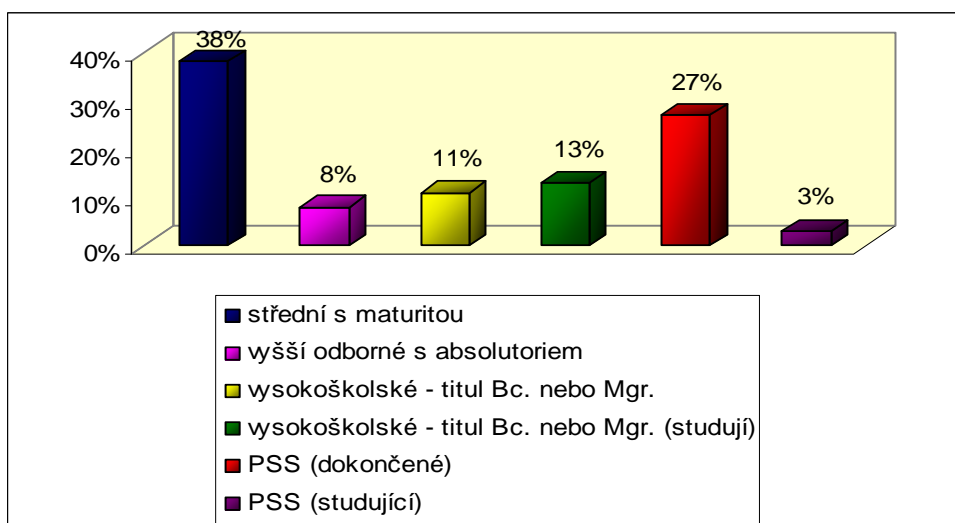
(graf k otázce č. 4)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester pracuje na ortopedickém oddělení 15 (23 %) sester 1 rok, 20 (32 %) sester 2 až 5 let, 11 (17 %) sester 5 až 10 let a 18 (28 %) sester 11 a více let.

### Graf č. |6 – Nejvyšší dosažené vzdělání sester

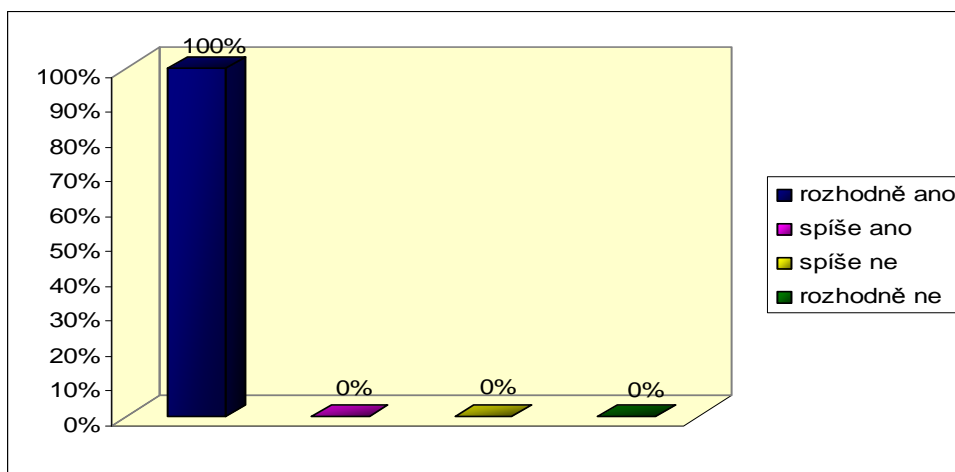
(graf k otázce č. 5)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester vystudovalo 25 (38 %) sester střední školu s maturitou, 5 (8 %) sester vyšší odbornou školu ukončenou absolutoriem, 7 (11 %) sester dokončilo vysokou školu s titulem Bc. nebo Mgr., 8 (13 %) sester studuje vysokou školu, 17 (27 %) sester má dokončené PSS a 2 (3 %) sestry studují PSS.

### Graf č. 7 – Sepisují sestry při příjmu s klienty sesterskou anamnézu

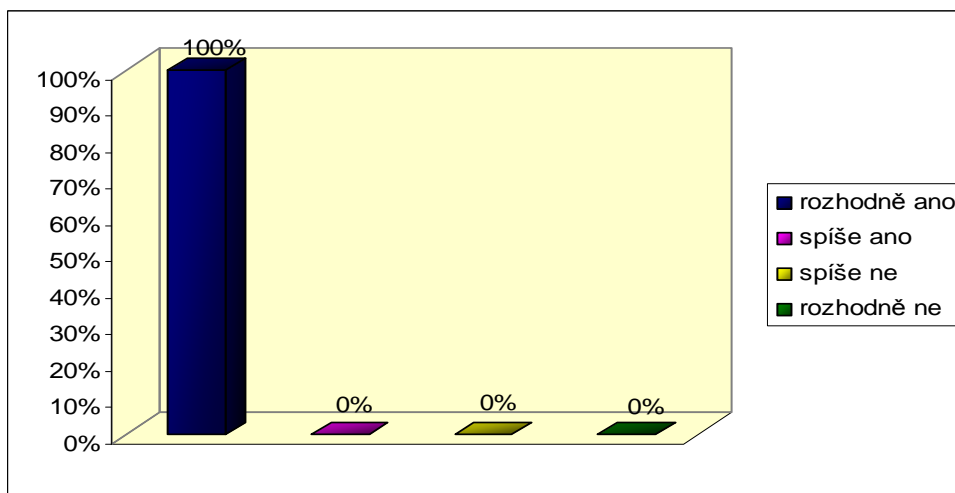
(graf k otázce č. 6)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester sepisuje sesterskou anamnézu při příjmu s klientem všech 64 (100 %) sester.

**Graf č. 8 – Je sesterská anamnéza sepsaná s klientem do 24 hodin od jeho příchodu na oddělení**

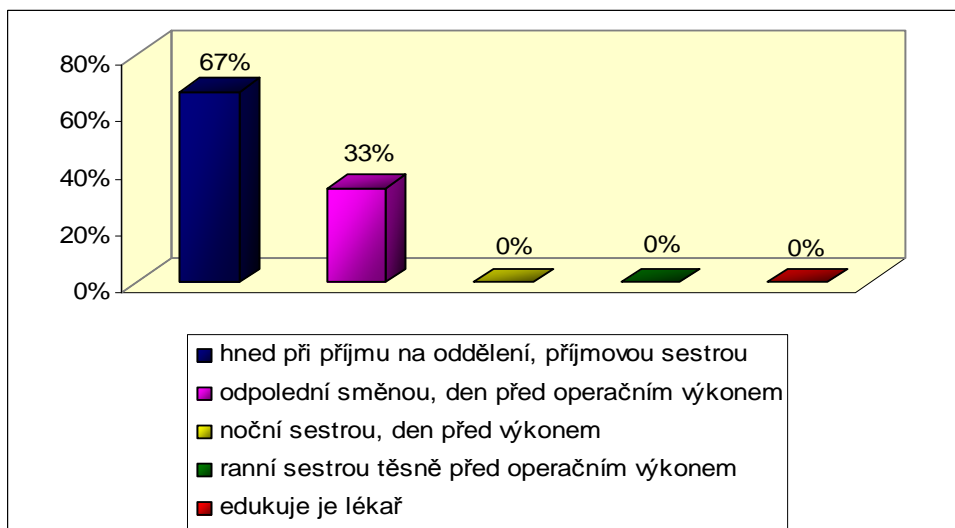
(graf k otázce č. 7)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester všech 64 (100 %) sester sepisuje sesterskou anamnézu s klientem do 24 hodin od jeho příchodu na oddělení.

**Graf č. 9 – První edukace klientů o předoperační přípravě**

(graf k otázce č. 8)

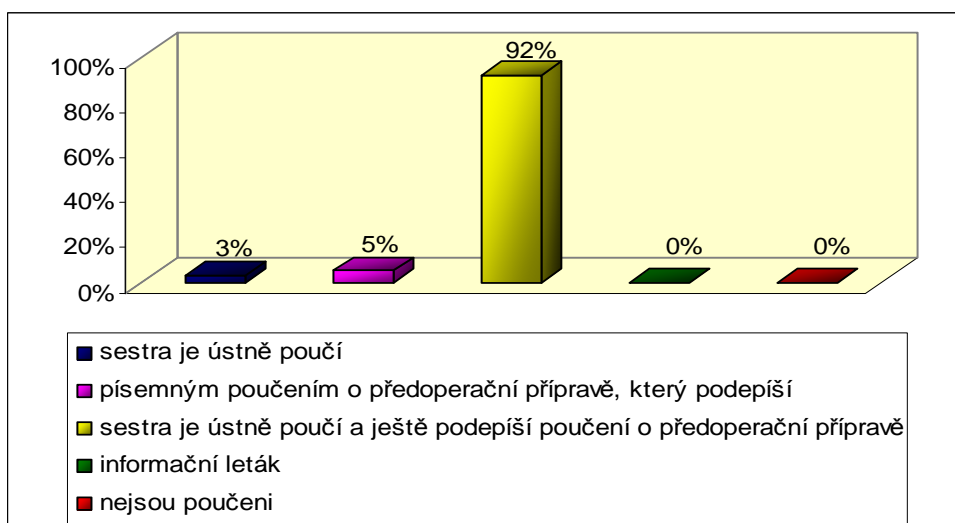


Z celkového počtu 64 (100 %) sester provádí první edukaci klientů o předoperační přípravě 43 (67 %) sester hned při příjmu na oddělení příjmovou sestrou a 21 (33 %) sester odpolední směnou, den před operačním výkonem.



### Graf č. 10 – Způsob poučení o předoperační přípravě

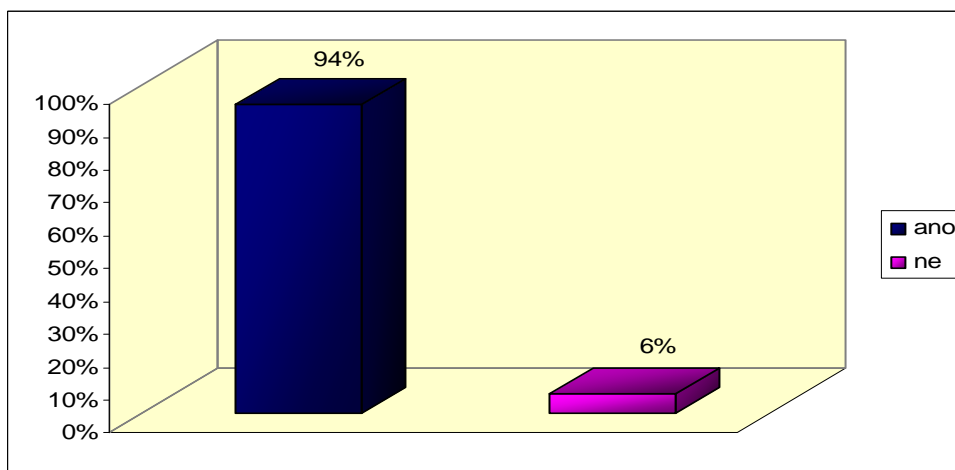
(graf k otázce č. 9)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester poučují o předoperační přípravě 2 (3 %) sestry ústně, 3 (5 %) sestry písemným poučením o předoperační přípravě, který klienti podepíší a 59 (92 %) sester je ústně poučí a klienti ještě podepíší poučení o předoperační přípravě.

### Graf č. 11 – Sestry provádí edukaci klientů o pooperační péči ústně

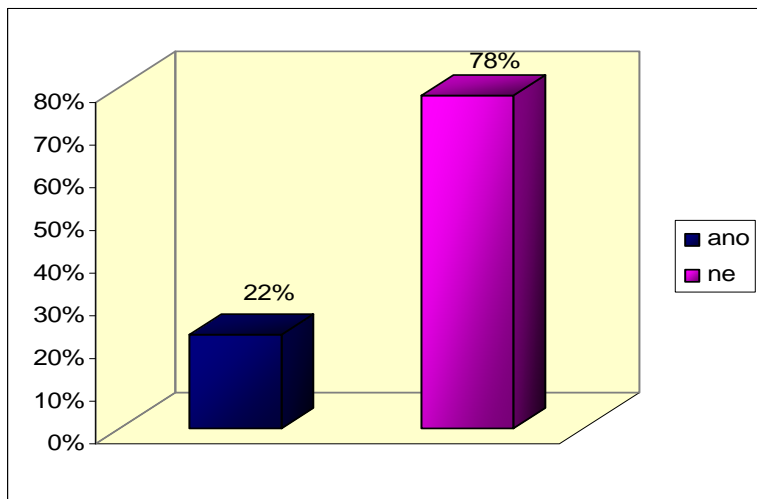
(graf k otázce č. 10)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester provádí 60 (94 %) sester edukaci o pooperační péči ústně a 4 (6 %) sestry neprovádí edukaci o pooperační péči ústně.

### Graf č. 12 – Klienti dostávají Poučení o pooperační péči písemně

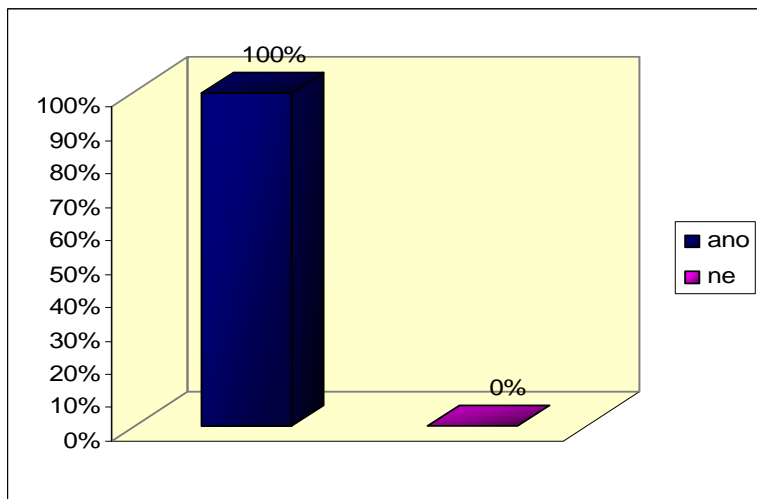
(graf k otázce č. 11)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester odpovědělo 14 (22 %) sester, že klienti dostávají Poučení o pooperační péči písemně a 50 (78 %) sester odpovědělo, že klienti nedostávají Poučení o pooperační péči písemně.

### Graf č. 13 – Edukovaní klienti podepisují Poučení o pooperační péči

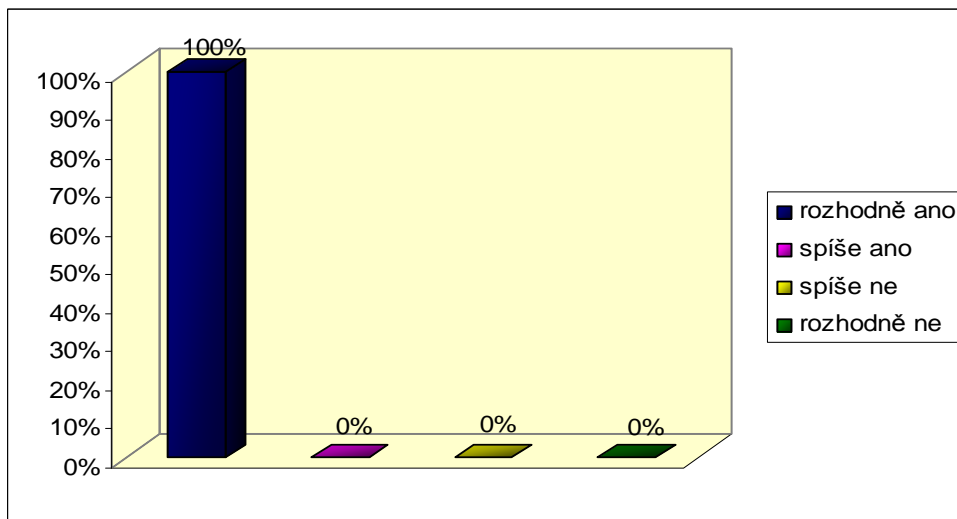
(graf k otázce č. 12)



Na otázku odpovídalo pouze 14 (100 %) sester, které odpověděly na předchozí otázku kladně, všech 14 (100 %) sester odpovědělo, že klienti podepisují Poučení o pooperační péči.

**Graf č. 14 – Sestry posuzují stav klientů po příjezdu z operačního sálu**

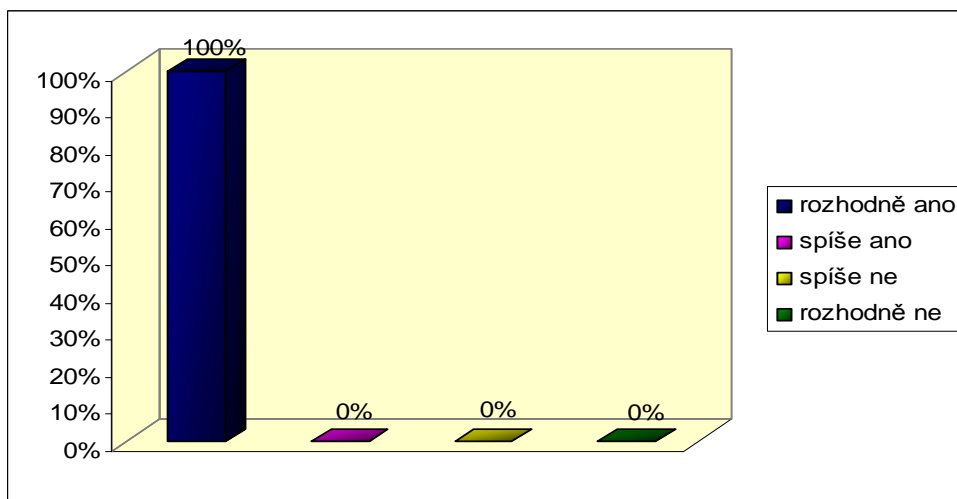
(graf k otázce č. 13)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester všech 64 (100 %) sester rozhodně posuzuje stav klientů po příjezdu z operačního sálu.

**Graf č. 15 – Po příjezdu klientů z operačního sálu zakládají sestry aktuální ošetrovatelské diagnózy**

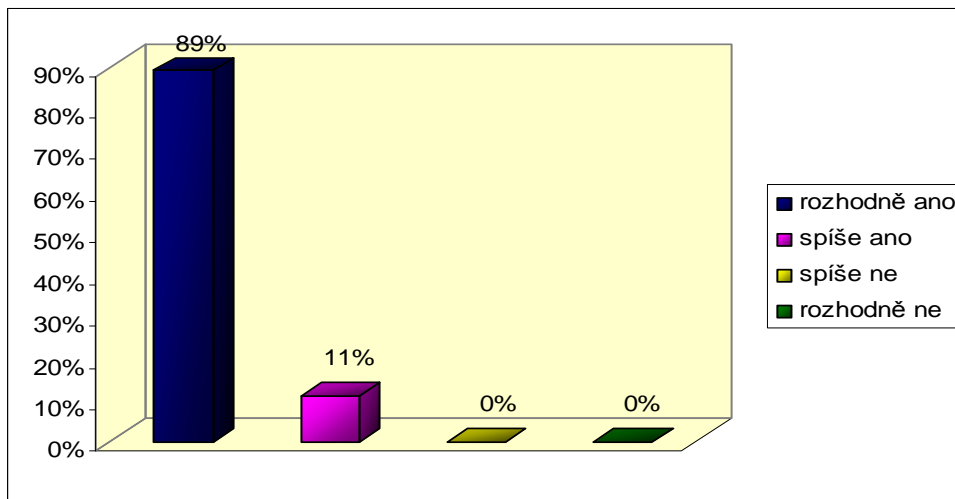
(graf k otázce č. 14)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester všech 64 (100 %) sester rozhodně zakládá aktuální ošetrovatelské diagnózy po příjezdu klientů z operačního sálu.

### Graf č. 16 – Sestry plánují ošetrovatelskou pooperační péči

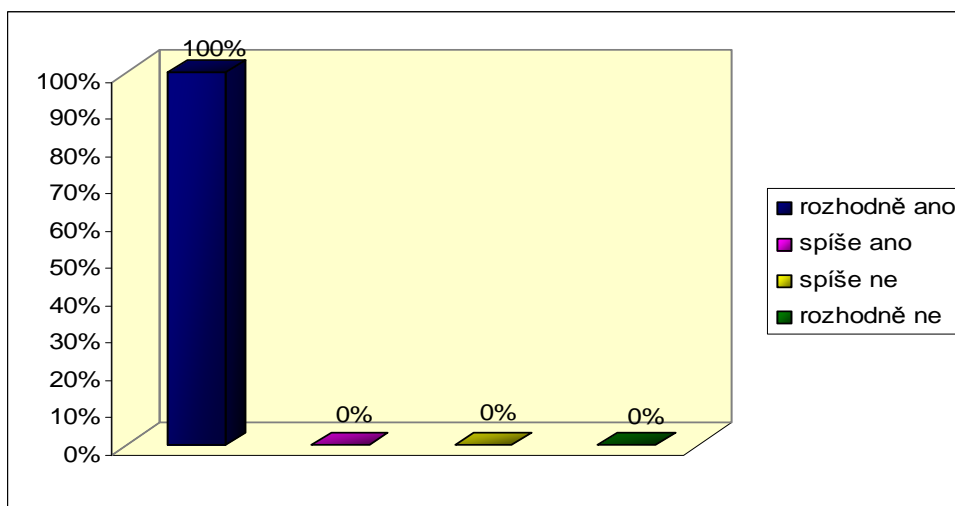
(graf k otázce č. 15)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester plánuje ošetrovatelskou péči 57 (89 %) sester rozhodně ano a 7 (11 %) sester spíše ano.

### Graf č. 17 – Sestry realizují ošetrovatelský plán

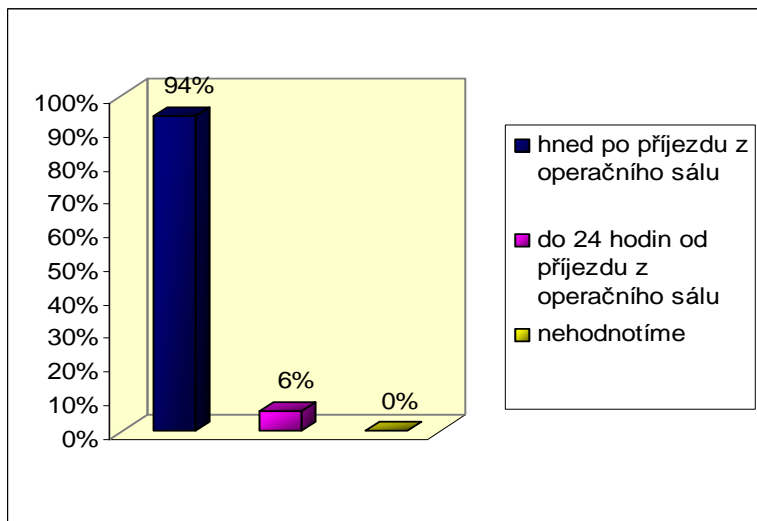
(graf k otázce č. 16)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester všech 64 (100 %) sester realizuje ošetrovatelský plán.

### Graf č. 18 – První hodnocení péče a stavu klienta po operačním výkonu

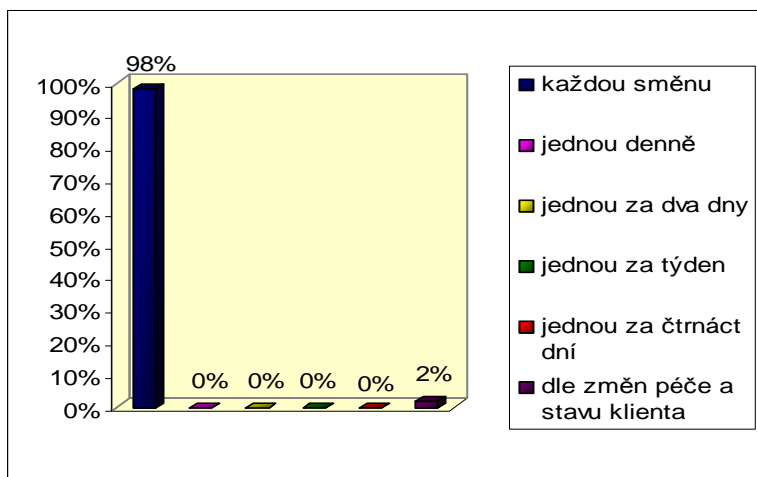
(graf k otázce č. 17)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester prvně hodnotí péči a stav klienta po operačním výkonu 60 (94 %) sester hned po příjezdu z operačního sálu a 4 (6 %) sestry do 24 hodin od příjezdu z operačního sálu.

### Graf č. 19 – Četnost hodnocení péče a stavu klienta

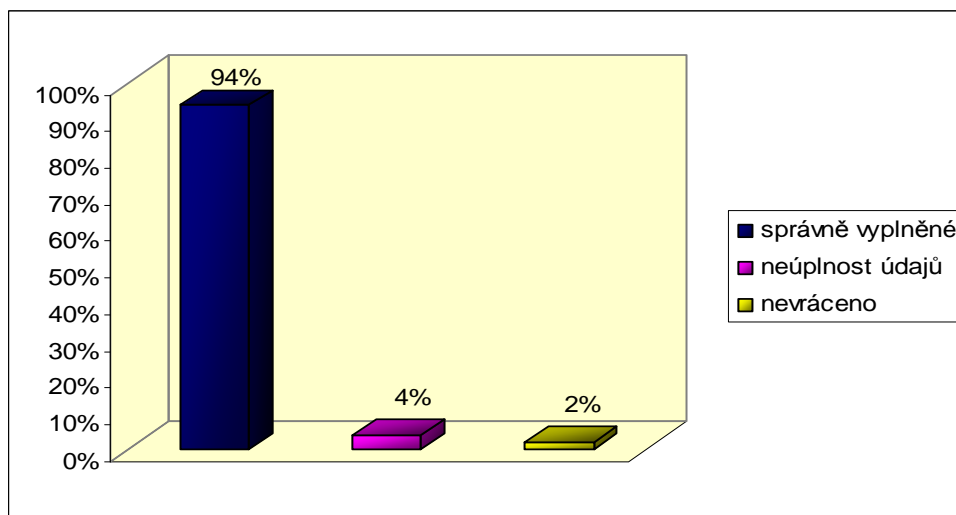
(graf k otázce č. 18)



Z celkového počtu 64 (100 %) sester, péči a stav klienta hodnotí 63 (98 %) sester každou směnu a 1 (2 %) sestra dle změn péče a stavu klienta.

## 4.2 Výsledky grafů od klientů ortopedického oddělení po operačním výkonu

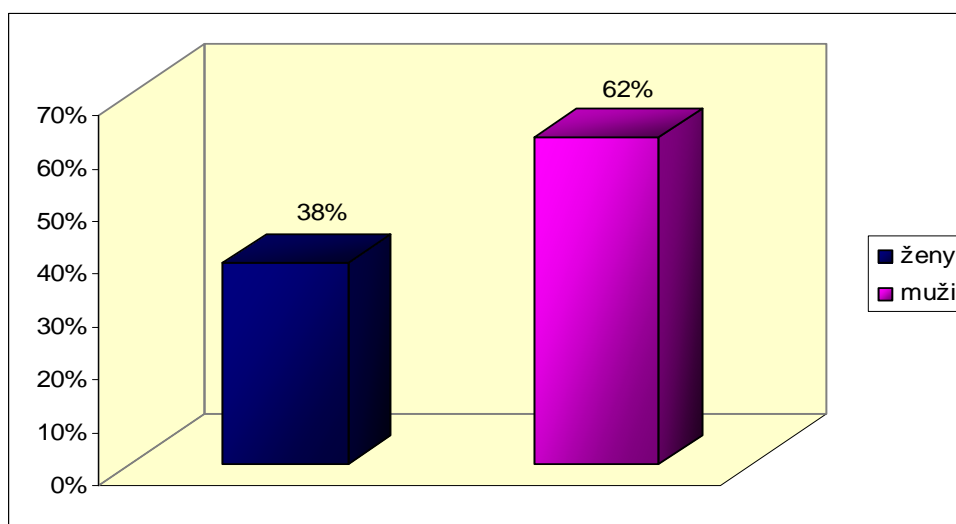
**Graf 20 – Návratnost dotazníků od klientů**



Z celkového počtu 110 (100 %) dotazníků pro klienty ortopedického oddělení po operačním výkonu se vrátilo 104 (94 %) správně vyplněných dotazníků, 4 (4 %) dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost údajů a 2 (2 %) dotazníky se nevrátily.

**Graf 21 – Pohlaví klientů**

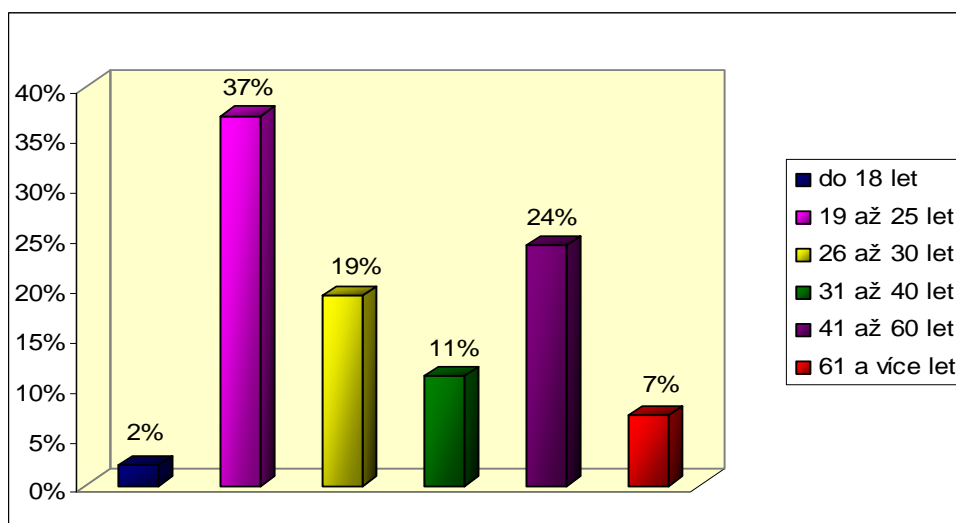
(graf k otázce č. 1)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů je 40 (38 %) žen a 64 (62 %) mužů.

## Graf 22 – Věk klientů

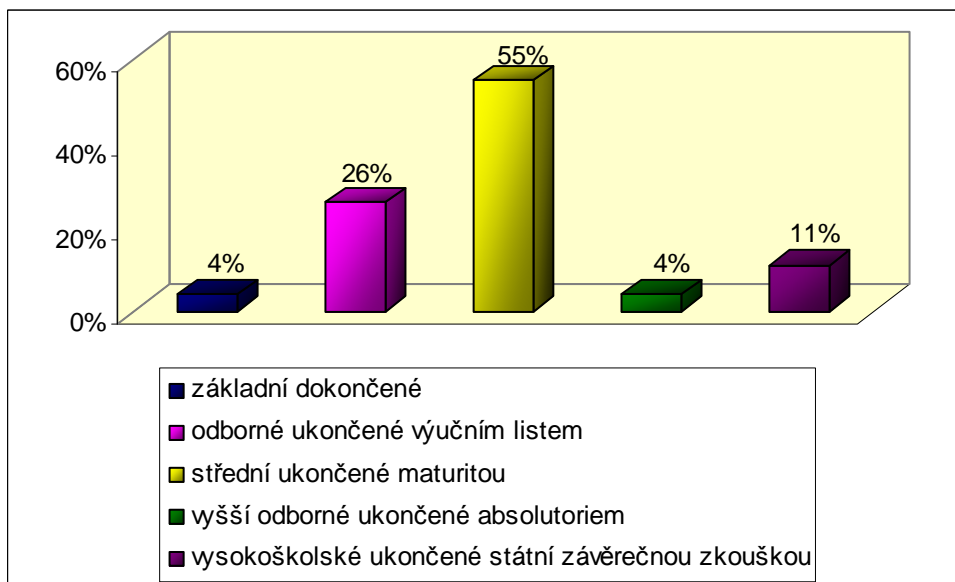
(graf k otázce č. 2)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů jsou 4 (2 %) respondenti ve věku do 18 let, 39 (37 %) respondentů ve věku 19 – 25 let, 20 (19 %) respondentů ve věku 26 – 30 let, 11 (11 %) respondentů ve věku 31 – 40 let, 25 (24 %) respondentů ve věku 41 – 60 let a dále 7 (7 %) respondentů ve věku 61 a více let.

### Graf č. |23 – Nejvyšší dosažené vzdělání klientů

(graf k otázce č. 3)

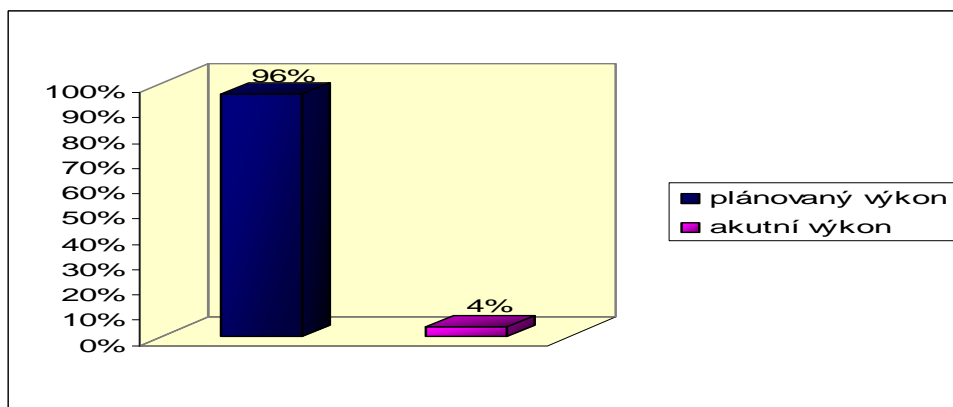


Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů vystudovali 4 (4 %) respondenti základní školu, 27 (26 %) respondentů odborné učiliště ukončené výučním listem, 58 (55 %) respondentů střední školu ukončenou maturitou, 4 (4 %) respondenti vyšší odbornou školu ukončenou absolutoriem a dále 11 (11 %) respondentů vysokou školu ukončenou státní závěrečnou zkouškou.



### Graf č. 21 – Druh operačního výkonu, který byl klientům proveden

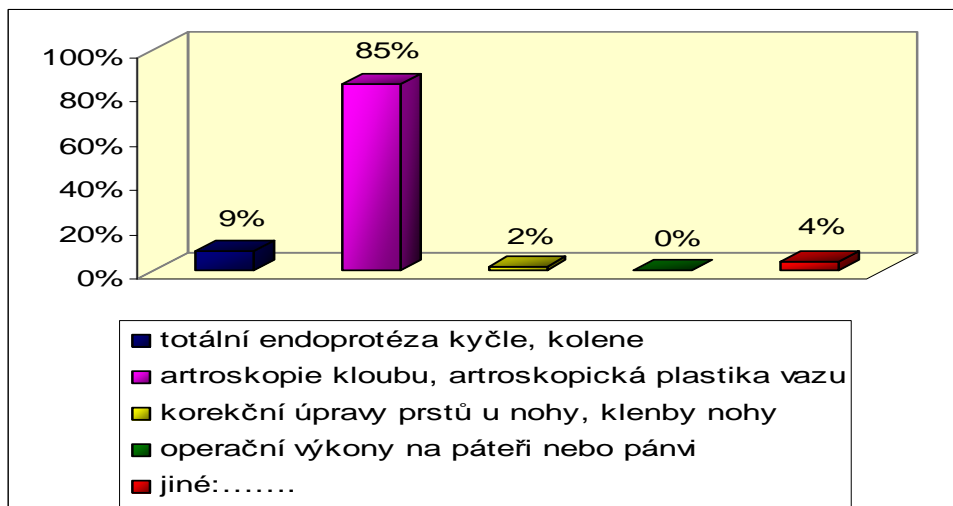
(graf k otázce č. 4)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů prodělalo 100 (96 %) respondentů plánovaný výkon a 4 (4 %) respondenti akutní výkon.

### Graf č. 22 – Klientům, kteří podstoupili plánovaný výkon, byl proveden tento operační zákrok

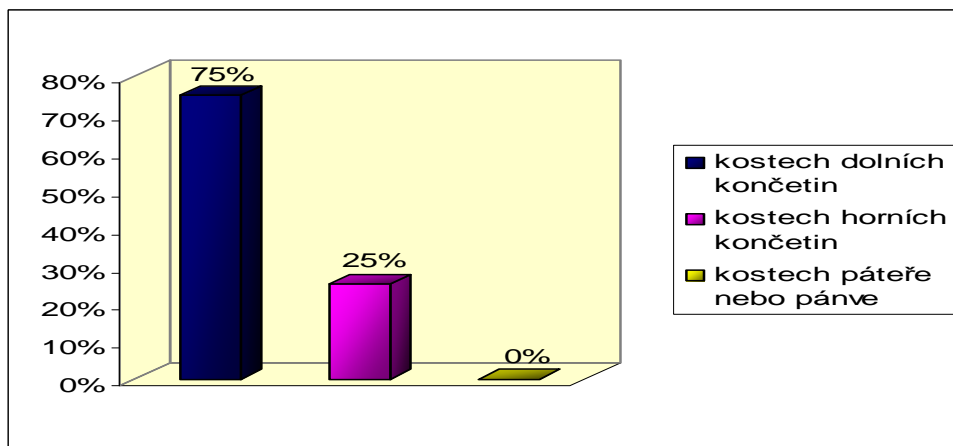
(graf k otázce č. 5)



Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů, kterým byl proveden plánovaný výkon, podstoupilo 9 (9 %) respondentů totální endoprotézu kyčle nebo kolene, 85 (85 %) respondentů artroskopii kloubu nebo artroskopickou plastiku vazů, 2 (2 %) respondenti korekční úpravu prstů u nohy, klenby nohy (halluxy, ...) a 4 (4 %) respondenti jiný výkon.

**Graf č. 23 – Klientům, kteří podstoupili akutní výkon, byl proveden zákrok na těchto kostech**

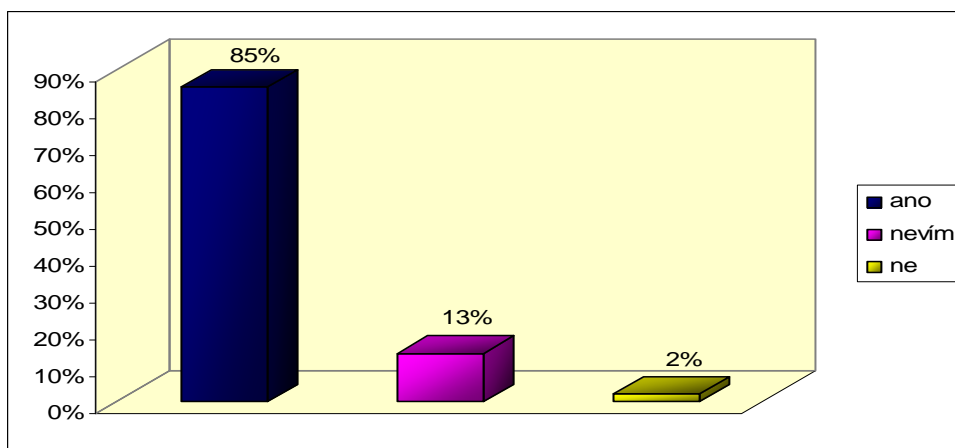
(graf k otázce č. 6)



Z celkového počtu 4 (100 %) respondentů, kterým byl proveden akutní výkon, byl proveden zákrok u 3 (75 %) respondentů na kostech dolních končetin a u 1 (25 %) respondenta na kostech horních končetin.

**Graf č. 24 – Po příjmu na oddělení byl s klienty sepsán sesterský pohovor do 24 hodin**

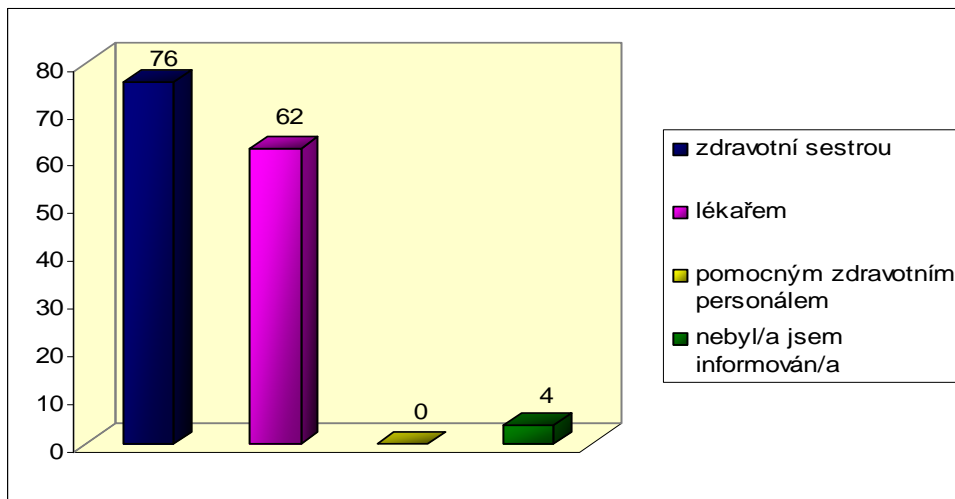
(graf k otázce č. 7)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů byl u 89 (85 %) respondentů sepsán sesterský pohovor do 24 hodin od příjmu, 13 (13 %) respondentů neví a u 2 (2 %) respondentů nebyl sepsán sesterský pohovor do 24 hodin od příjmu.

### Graf č. 25 – Klienti byli informováni o pooperační péči

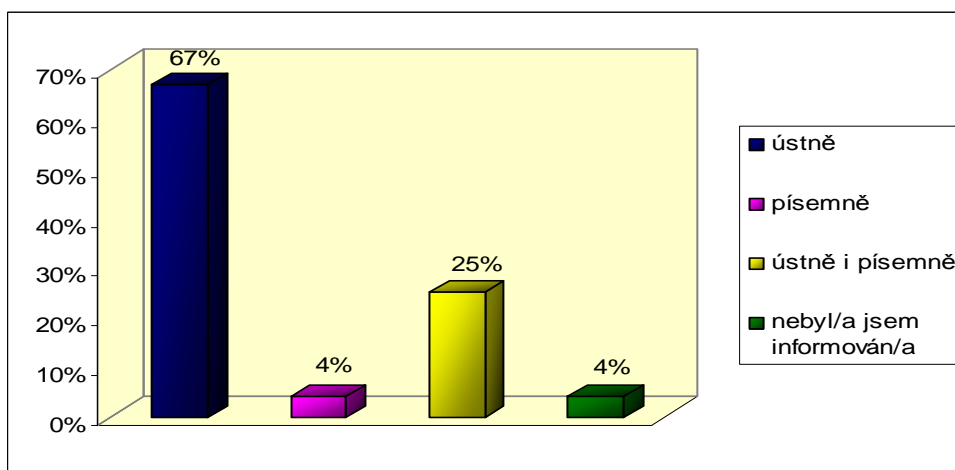
(graf k otázce č. 8)



Na otázku odpovídalo 104 respondentů, získali jsme 142 (100 %) odpovědí. Informace o pooperační péči získalo 76 respondentů (53 % odpovědí) od zdravotní sestry, 62 respondentů (44 % odpovědí) od lékaře a 4 respondenti (3 % odpovědí) nebyli informováni.

### Graf č. 26 – Klienti byli informováni o pooperační péči formou

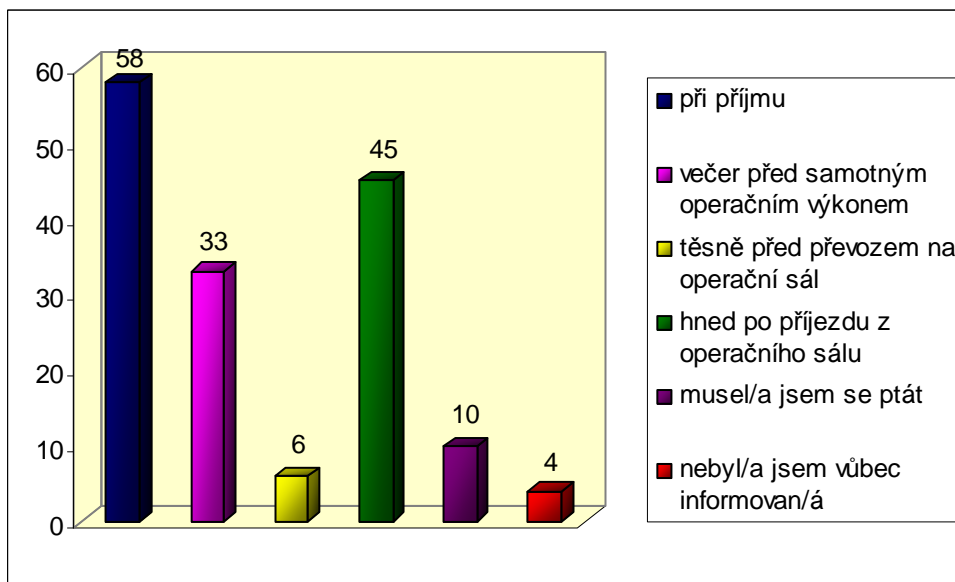
(graf k otázce č. 9)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů bylo 70 (67 %) respondentů informováno o pooperační péči ústně, 4 (4 %) respondenti písemně, 26 (25 %) respondentů ústně i písemně a 4 (4 %) respondenti nebyli informováni.

### Graf č. 27 – Klienti byli informováni o pooperační péči

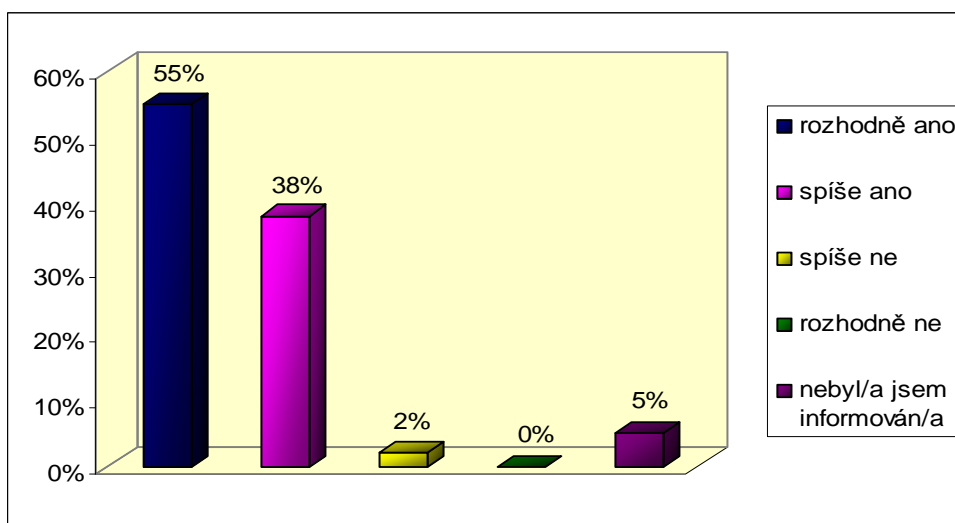
(graf k otázce č. 10)



Na otázku odpovídalo 104 respondentů, získali jsme 156 (100 %) odpovědí. 58 respondentů (37 % odpovědí) bylo informováno o pooperační péči při příjmu, 33 respondentů (21 % odpovědí) večer před samotným operačním výkonem, 6 respondentů (4 % odpovědí) těsně před převozem na operační sál, 45 respondentů (29 % odpovědí) hned po příjezdu z operačního sálu, 10 respondentů (6 % odpovědí) se muselo ptát a 4 respondenti (3 % odpovědí) nebyli informováni vůbec.

### Graf č. 28 – Informace o pooperační péči byli pro klienty srozumitelné

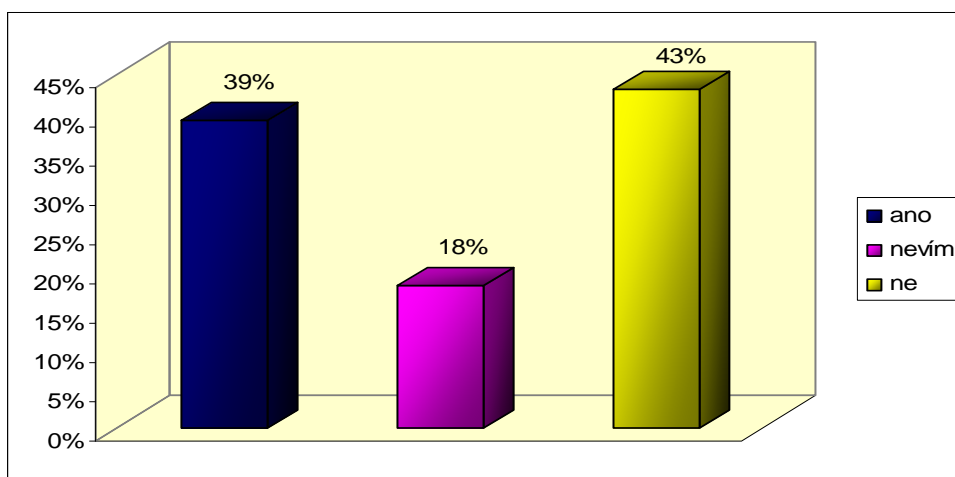
(graf k otázce č. 11)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů byli informace o pooperační péči srozumitelné pro 57 (55 %) respondentů rozhodně ano, pro 40 (38 %) respondentů spíše ano, pro 2 (2 %) respondenty spíše ne a 5 (5 %) respondentů nebylo informováno.

### Graf č. 29 – Klienti měli doplňující otázky k pooperační péči

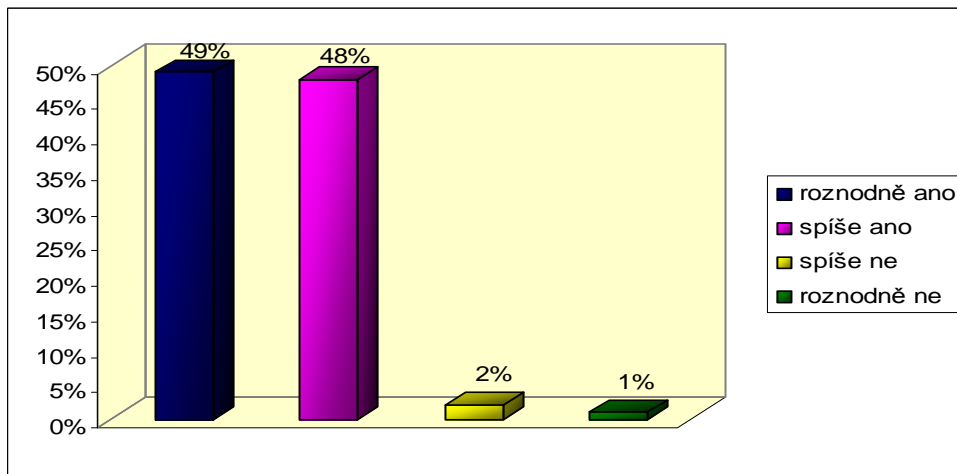
(graf k otázce č. 12)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů mělo 41 (39 %) respondentů doplňující otázky k pooperační péči, 19 (18 %) respondentů neví a 44 (43 %) respondentů nemělo doplňující otázky.

### Graf č. 30 – Zdravotní sestry dokázaly klientům dostatečně odpovědět

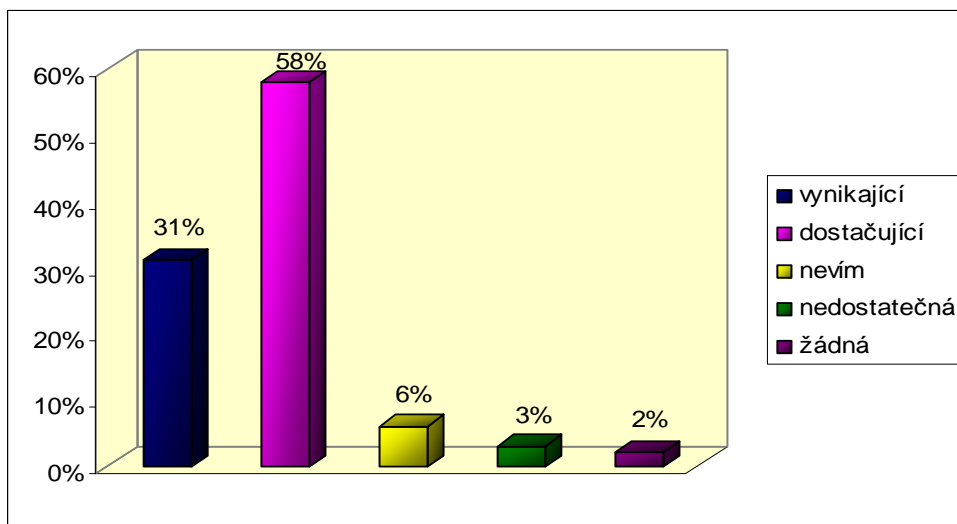
(graf k otázce č. 13)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů dokázaly sestry dostatečně odpovědět u 51 (49 %) respondentů rozhodně ano, u 50 (48 %) respondentů spíše ano, u 2 (2%) respondentů spíše ne a u 1 (1%) respondenta rozhodně ne.

### Graf č. 31 – Informovanost o pooperační péči byla

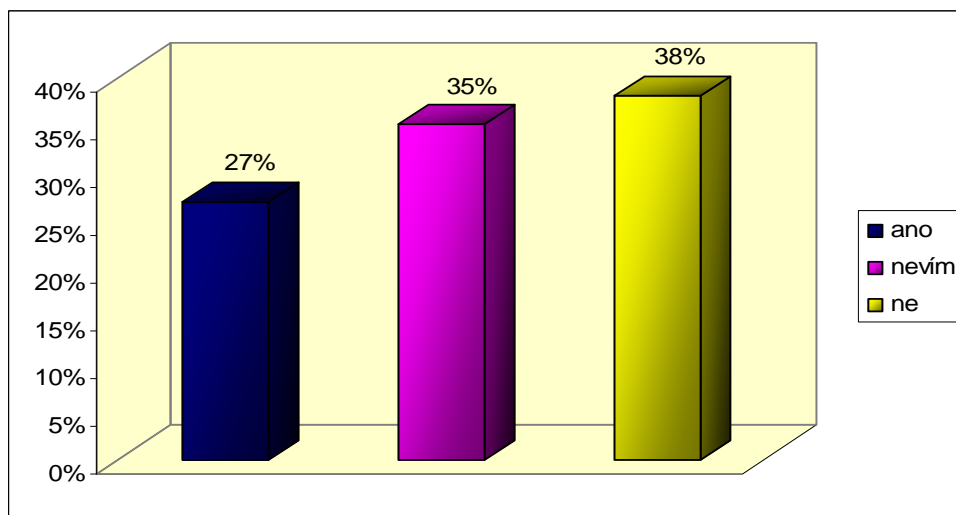
(graf k otázce č. 14)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů byla informovanost o pooperační péči u 32 (31 %) respondentů vynikající, u 61 (58 %) respondentů dostačující, 6 (6 %) respondentů neví, u 3 (3 %) respondentů nedostatečná a u 2 (2 %) respondentů žádná.

### Graf č. 32 – Možnosti zlepšení informovanosti klientů o pooperační péči z pohledu klientů

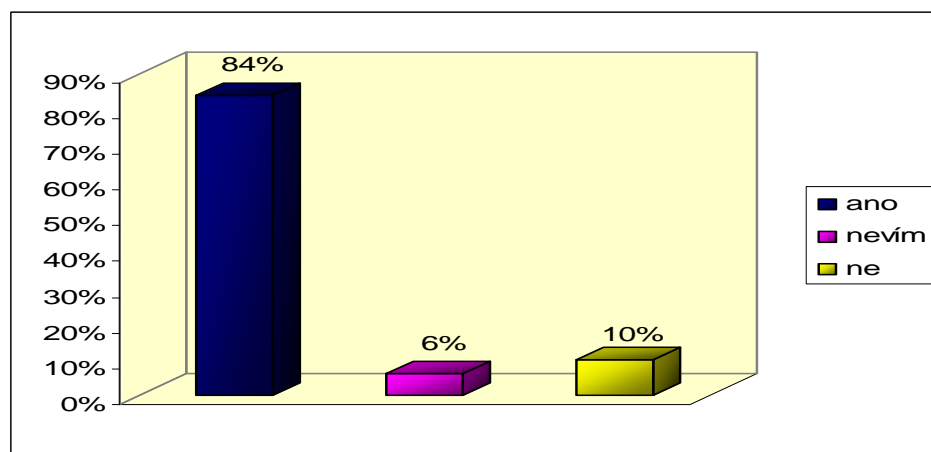
(graf k otázce č. 15)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů je možné podle 28 (27 %) respondentů zlepšit informovanost klientů o pooperační péči, 36 (35 %) respondentů neví a podle 40 (38 %) respondentů nelze.

### Graf č. 33 – Klienti byli informováni lékařem o pooperačních komplikacích

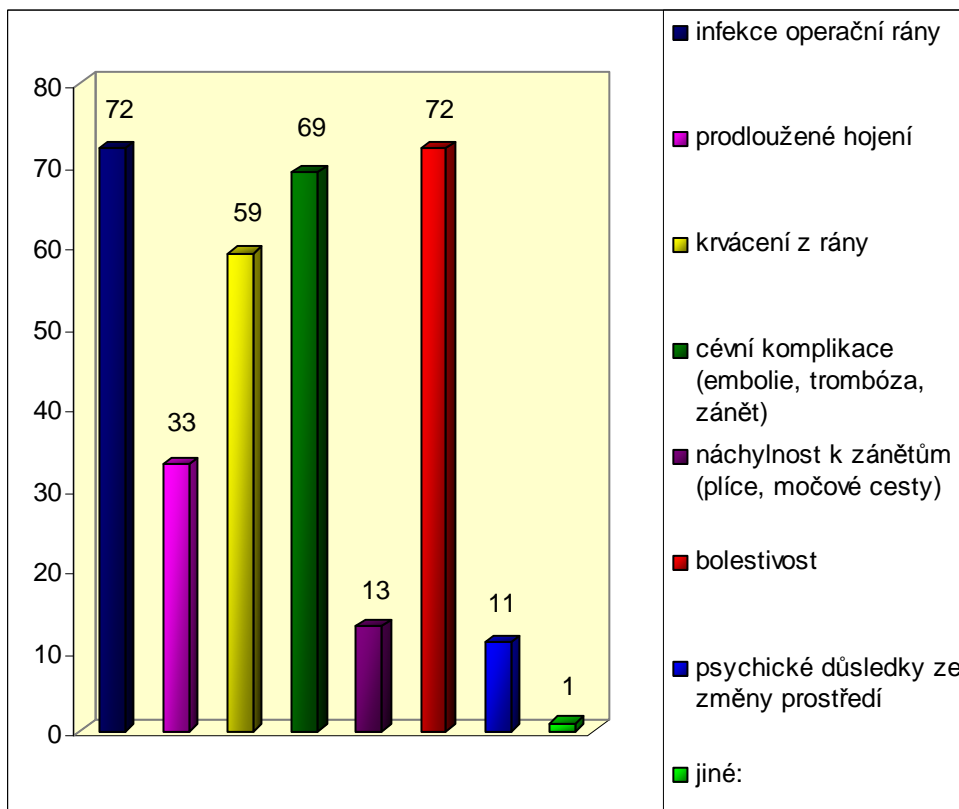
(graf k otázce č. 16)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů bylo 88 (84 %) respondentů informováno od lékaře o pooperačních komplikacích, 6 (6 %) respondentů neví a 10 (10 %) respondentů nebylo informováno.

### Graf č. 34 – Pooperační komplikace, které znají klienti

(graf k otázce č. 17)

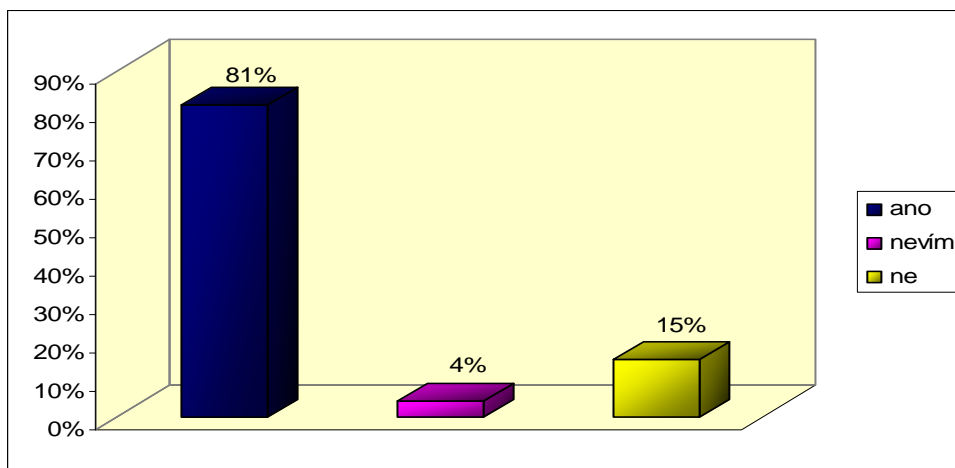


Na otázku odpovídalo 104 respondentů, získali jsme 330 (100 %) odpovědí. Respondenti znají tyto pooperační komplikace: 72 respondentů (22 % odpovědí) infekci operační rány, 33 respondentů (10 % odpovědí) prodloužené hojení, 59 respondentů (18 % odpovědí) krvácení z rány, 69 respondentů (21 % odpovědí) cévní komplikace (embolie, trombóza, zánět), 13 respondentů (4 % odpovědí) náchylnost k zánětům (plíce, močové cesty), 72 respondentů (22 % odpovědí) bolestivost, 11 respondentů (3 % odpovědí) psychické důsledky ze změny prostředí a 1 respondent (0 % odpovědí) jiné.



**Graf č. 35 – Informovanost klientů lékařem podávajícím narkózu o komplikacích po anestézii**

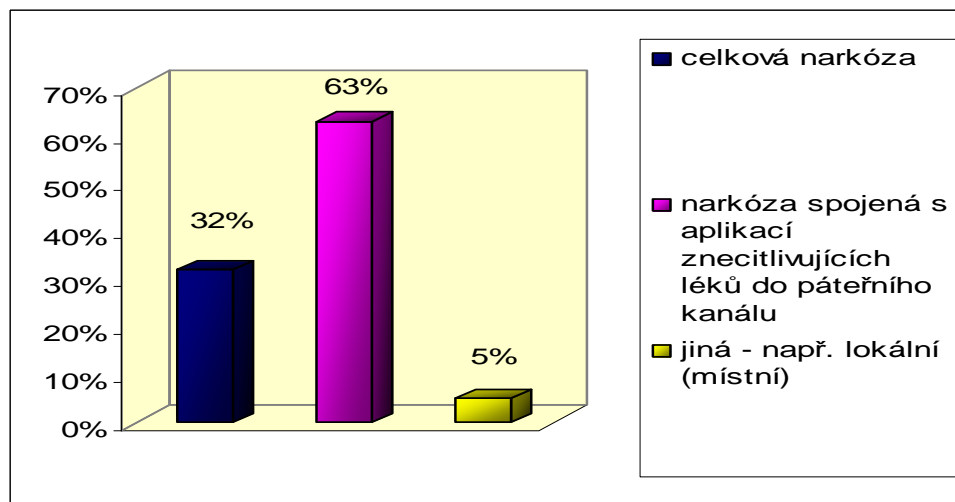
(graf k otázce č. 18)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů bylo 84 (81 %) respondentů informováno lékařem podávajícím narkózu o komplikacích po anestézii, 4 (4 %) respondenti neví a 16 (15 %) respondentů nebylo informováno o komplikacích po anestézii.

**Graf č. 36 – Klientům byl aplikován tento druh anestézie**

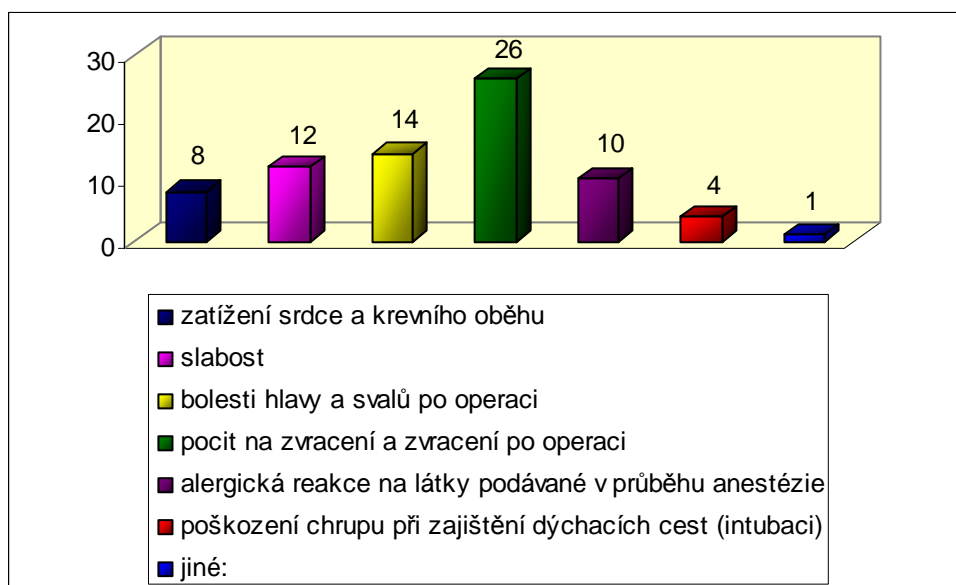
(graf k otázce č. 19)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů byla 33 (32 %) respondentům aplikovaná celková narkóza, 66 (63 %) respondentům narkóza spojená s aplikací znecitlivujících léků do páteřního kanálu a 5 (5 %) respondentům jiná – např. lokální (místní).

**Graf č. 37 – Klienti, kterým byla aplikována celková narkóza, znají tyto komplikace spojené s tímto druhem anestézie**

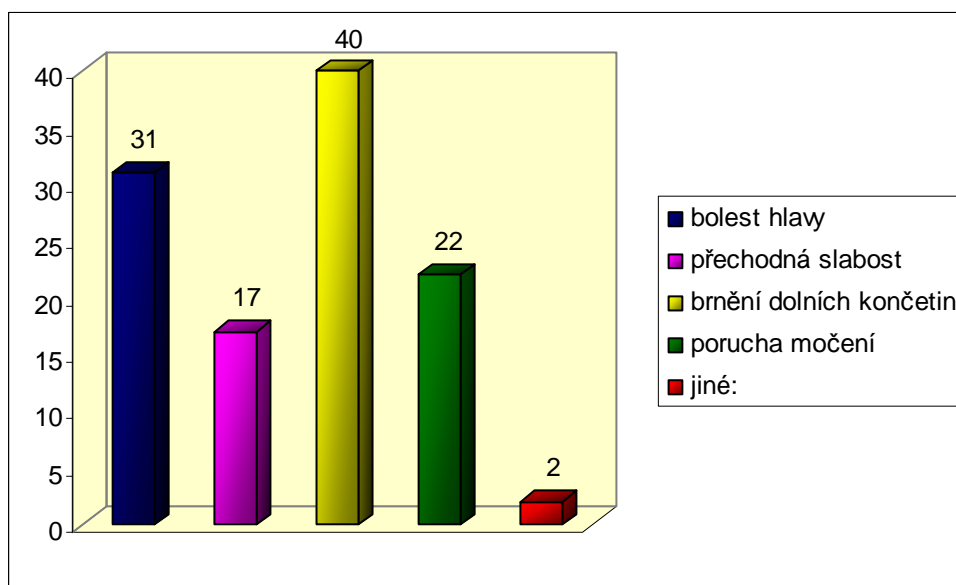
(graf k otázce č. 20)



Na otázku odpovídalo 33 respondentů, kterým byla aplikována celková narkóza, získali jsme 75 (100 %) odpovědí. Respondenti, znají tyto komplikace spojené s celkovou anestézií: 8 respondentů (11 % odpovědí) zatížení srdce a krevního oběhu, 12 respondentů (16 % odpovědí) slabost, 14 respondentů (19 % odpovědí) bolesti hlavy a svalů po operaci, 26 respondentů (35 % odpovědí) pocit na zvracení a zvracení po operaci, 10 respondentů (13 % odpovědí) alergickou reakci na látky podávané v průběhu anestézie, 4 respondenti (5 % odpovědí) poškození chrupu při zajištění dýchacích cest (intubaci) a 1 respondent (1 % odpovědí) jiné.

**Graf č. 38 – Klienti, kterým byla aplikována znečítlivující látka do páteřního kanálu, znají tyto komplikace spojené s tímto druhem anestézie**

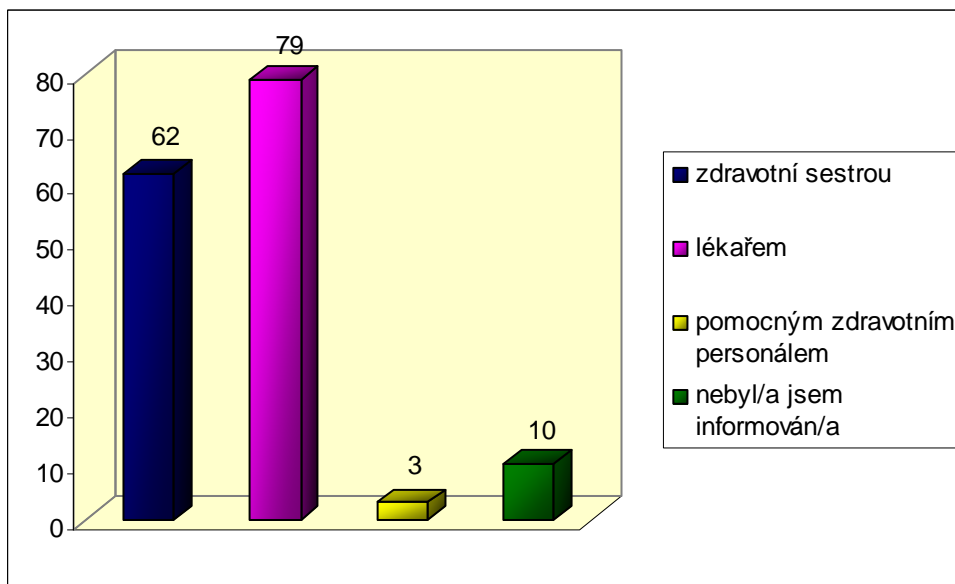
(graf k otázce č. 21)



Na otázku odpovídalo 66 respondentů, kterým byla aplikována znečítlivující látka do páteřního kanálu, získali jsme 112 (100 %) odpovědí. Respondenti, znají tyto komplikace spojené s aplikací znečítlivující látky do páteřního kanálu: 31 respondentů (28 % odpovědí) bolest hlavy, 17 respondentů (15 % odpovědí) přechodnou slabost, 40 respondentů (35 % odpovědí) brnění dolních končetin, 22 respondentů (20 % odpovědí) poruchu močení a 2 respondenti (2 % odpovědí) jiné.

### Graf č. 39 – Klienti byli informováni o pooperačních komplikacích

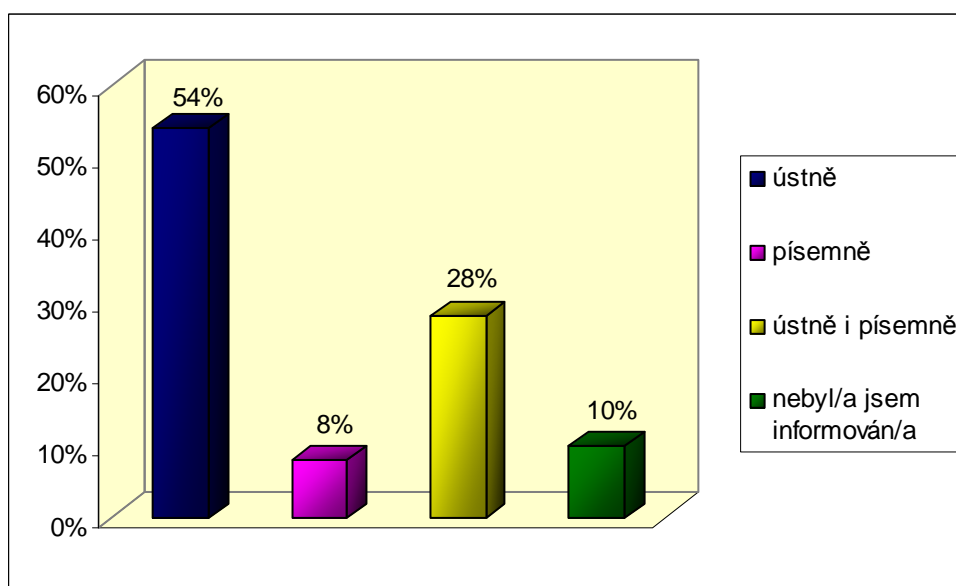
(graf k otázce č. 22)



Na otázku odpovídalo 104 respondentů, získali jsme 154 (100 %) odpovědí. O pooperačních komplikacích bylo informováno 62 respondentů (40 % odpovědí) od zdravotní sestry, 79 respondentů (52 % odpovědí) od lékaře, 3 respondent (2 % odpovědí) od pomocného zdravotního personálu a 10 respondentů (6 % odpovědí) nebylo informováno vůbec.

### Graf č. 40 – Klienti byli informováni o pooperačních komplikacích formou

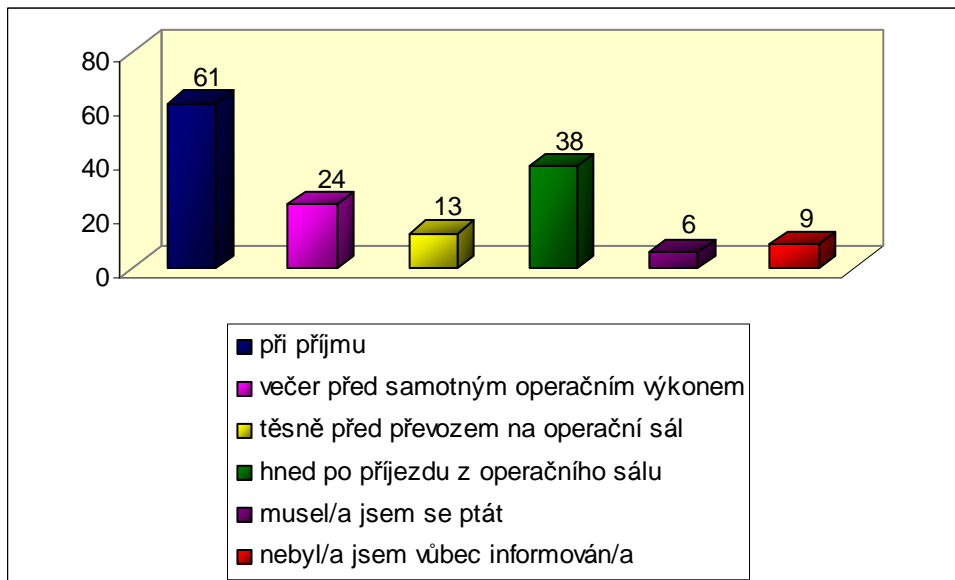
(graf k otázce č. 23)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů o pooperačních komplikacích bylo informováno 57 (54 %) respondentů ústně, 8 (8 %) respondentů písemně, 29 (28 %) respondentů ústně i písemně a 10 (10 %) respondentů nebylo informováno.

### Graf č. 41 – Klienti byli informováni o pooperačních komplikacích

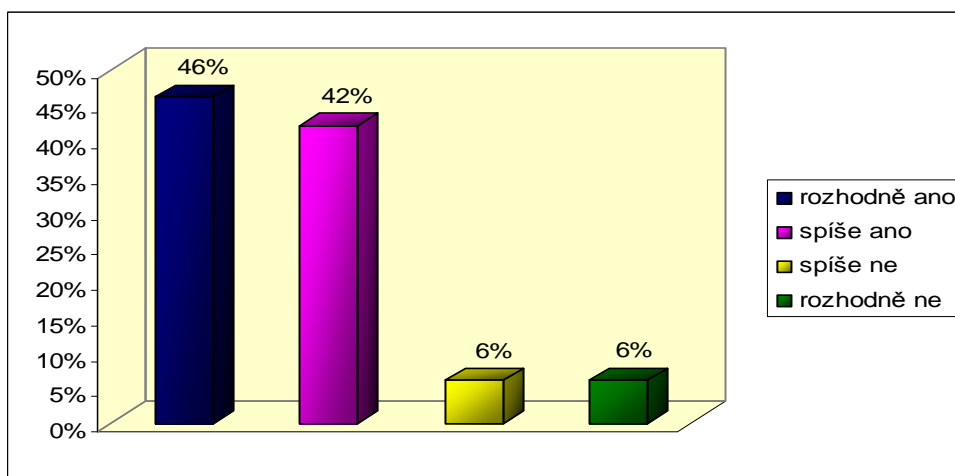
(graf k otázce č. 24)



Na otázku odpovídalo 104 respondentů, získali jsme 151 (100 %) odpovědí. O pooperačních komplikacích bylo informováno 61 respondentů (40 % odpovědí) při příjmu, 24 respondentů (16 % odpovědí) večer před samotným operačním výkonem, 13 respondentů (9 % odpovědí) těsně před převozem na operační sál, 38 respondentů (25 % odpovědí) hned po příjezdu z operačního sálu, 6 respondentů (4 % odpovědí) se muselo ptát a 9 respondentů (6 % odpovědí) nebylo informováno vůbec.

### Graf č. 42 – Informace o pooperačních komplikacích byly srozumitelné

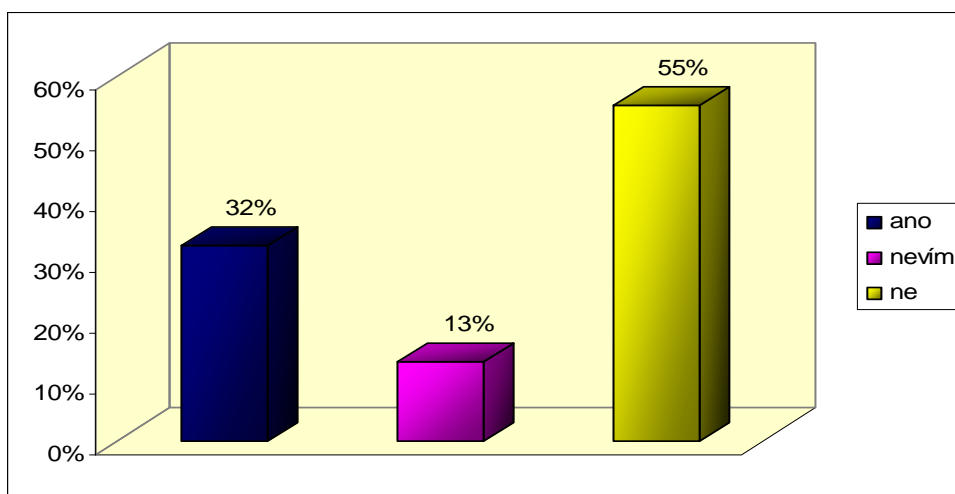
(graf k otázce č. 25)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů byly informace o pooperačních komplikacích srozumitelné pro 48 (46 %) respondentů rozhodně ano, pro 44 (42 %) respondentů spíše ano, pro 6 (6 %) respondentů spíše ne a pro 6 (6 %) respondentů rozhodně ne.

### Graf č. 43 – Klienti měli doplňující otázky k pooperačním komplikacím

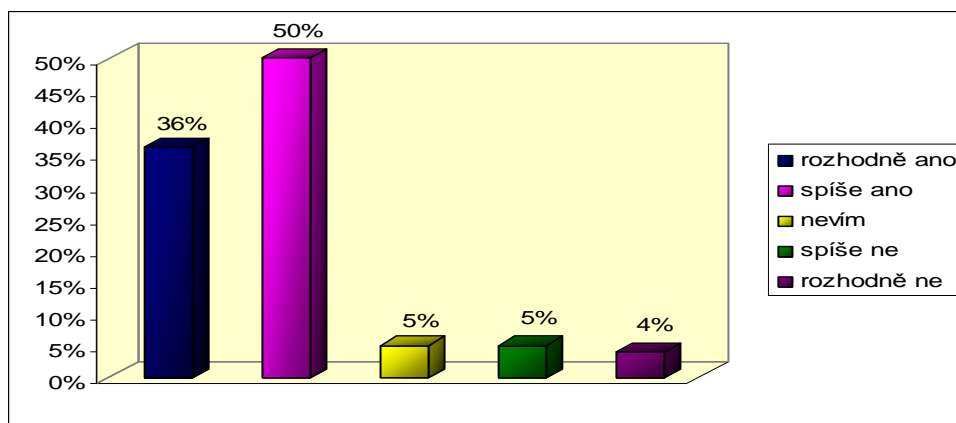
(graf k otázce č. 26)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů mělo 33 (32 %) respondentů doplňující otázky k pooperačním komplikacím, 13 (13 %) respondentů neví a 58 (55 %) respondentů nemělo doplňující otázky.

**Graf č. 44 – Informace od zdravotních sester o pooperačních komplikacích byly dostatečné**

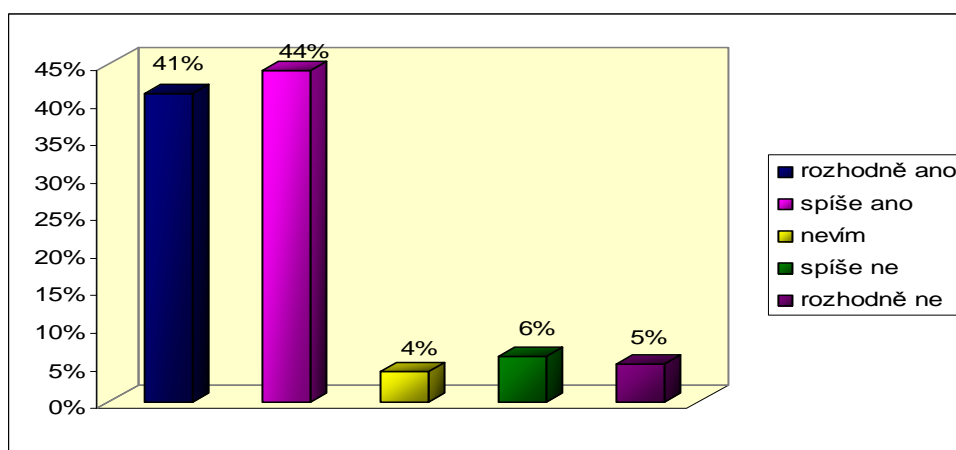
(graf k otázce č. 27)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů tvrdí, že informace od všeobecných sester o pooperačních komplikacích byly dostatečné u 37 (36 %) respondentů rozhodně ano, u 53 (50 %) respondentů spíše ano, 5 (5 %) respondentů nevím, u 5 (5 %) respondentů spíše ne a u 4 (4 %) respondentů rozhodně ne.

**Graf č. 45 – Informace od lékařů o pooperačních komplikacích byly dostatečné**

(graf k otázce č. 28)

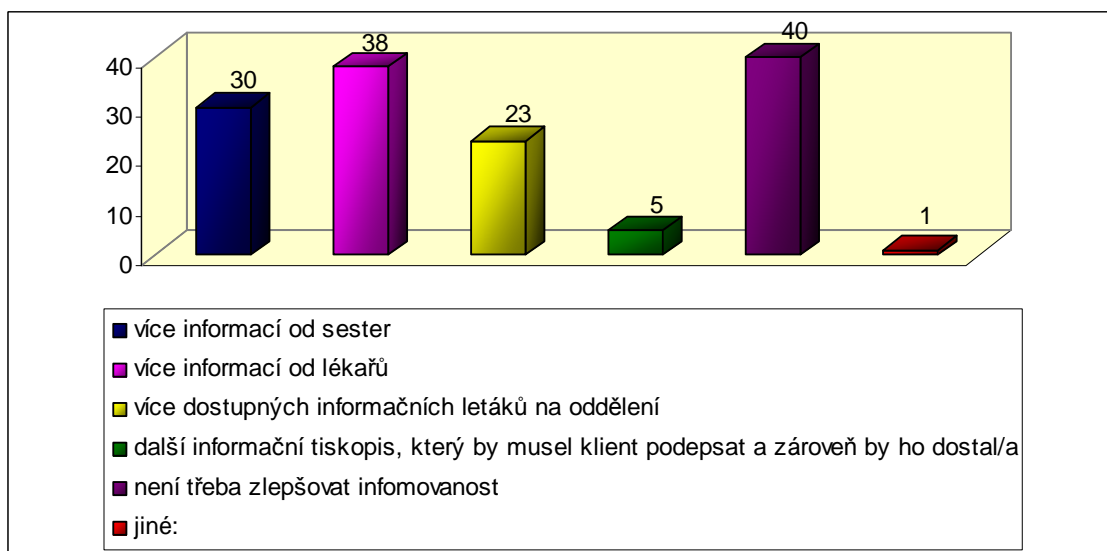


Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů tvrdí, že informace od lékařů o pooperačních komplikacích byly dostatečné u 43 (41 %) respondentů rozhodně ano, u 46 (44 %) respondentů spíše ano, 4 (4 %) respondenti nevím, u 6 (6 %) respondentů spíše ne a u 5 (5 %) respondentů rozhodně ne.



## Graf č. 46 – Možnosti zlepšení informovanosti klientů o pooperačních komplikacích

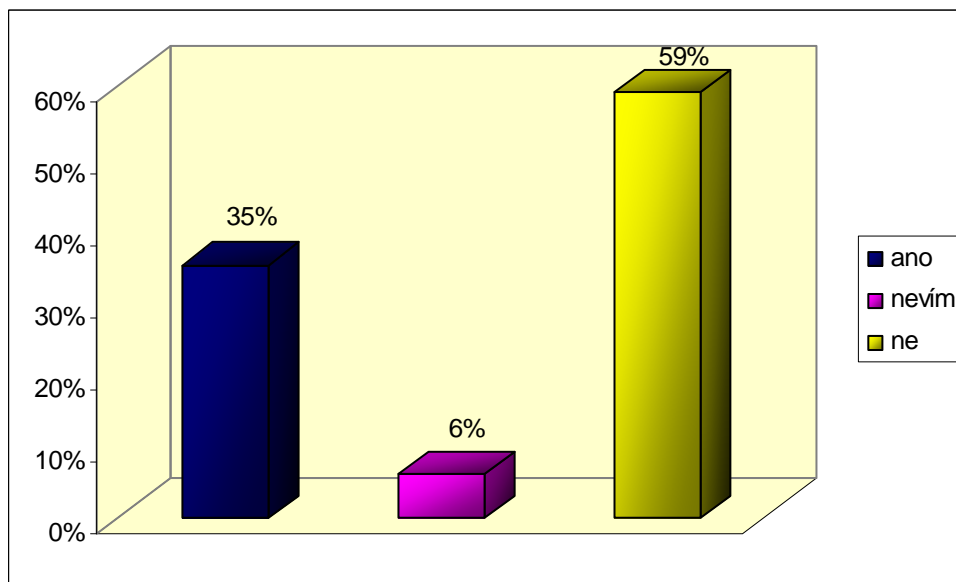
(graf k otázce č. 29)



Na otázku odpovídalo 104 respondentů, získali jsme 137 (100 %) odpovědí. Informovanost klientů o pooperačních komplikacích lze zlepšit podle 30 respondentů (22 % odpovědí) více informací od sester, podle 38 respondentů (28 % odpovědí) více informací od lékařů, podle 23 respondentů (17 % odpovědí) více dostupných informačních letáků na oddělení, podle 5 respondentů (4 % odpovědí) dalším informačním tiskopisem, který by musel klient podepsat a zároveň by ho dostal, podle 40 respondentů (28 % odpovědí) není třeba zlepšovat informovanost a podle 1 respondenta (1 % odpovědí) jiné.

### Graf č. 47 – Výskyt pooperačních komplikací u klientů

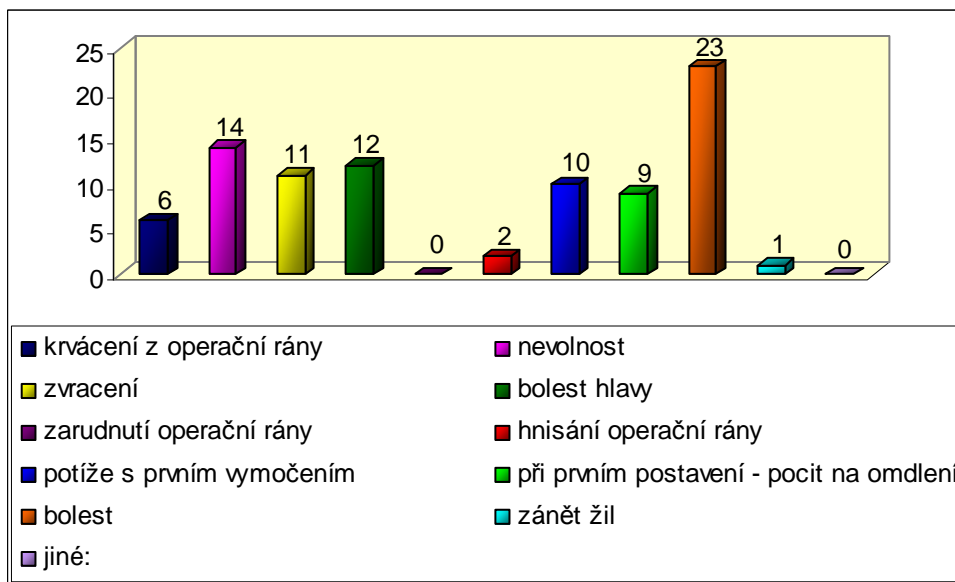
(graf k otázce č. 30)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů se u 36 (35 %) respondentů vyskytly pooperační komplikace, 6 (6 %) respondentů neví a u 62 (59 %) respondentů se nevyskytly pooperační komplikace.

### Graf č. 48 – Vyskytly se tyto komplikace

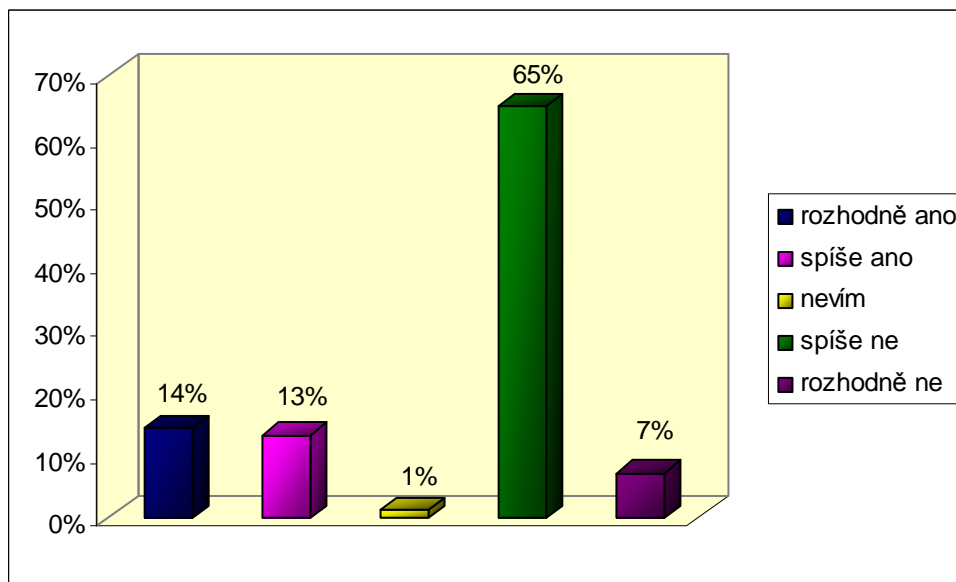
(graf k otázce č. 31)



Na otázku odpovídalo pouze 36 respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku kladně, získali jsme 88 (100 %) odpovědí. U respondentů se vyskytly tyto komplikace: u 6 respondentů (7 % odpovědí) krvácení z operační rány, u 14 respondentů (16 % odpovědí) nevolnost, u 11 respondentů (13 % odpovědí) zvracení, u 12 respondentů (14 % odpovědí) bolest hlavy, u 2 respondentů (2 % odpovědí) hnisání operační rány, u 10 respondentů (11 % odpovědí) potíže s prvním vymočením, u 9 respondentů (10 % odpovědí) pocit na omdlení při prvním postavení, u 23 respondentů (26 % odpovědí) bolest a u 1 respondenta (1 % odpovědí) zánět žil.

### Graf č. 49 – Podle klientů lze těmto komplikacím předejít správným poučením

(graf k otázce č. 32)



Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů lze těmto komplikacím předejít správným poučením klientů u 15 (14 %) respondentů rozhodně ano, u 14 (13 %) respondentů spíše ano, 1 (1 %) respondent neví, u 67 (65 %) respondentů spíše ne a u 7 (7 %) respondentů rozhodně ne.

## 5 Diskuse

Tato práce má stanoveny tři cíle. První cíl byl zaměřen na zmapování poskytování informací klientům o pooperační péči a možných komplikacích. Druhý cíl byl zaměřen na vyhledávání prostředků, kterými sestry poskytují informace o pooperační péči. Třetí cíl zjistil, zda sestry poskytují informace o pooperační péči ošetrovatelským procesem.

K cílům byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza je zaměřena na informovanost klientů o průběhu pooperační péče a možných komplikacích. Druhá hypotéza zjišťovala, zda sestry využívají všechny prostředky pro informování klientů o pooperační péči. Třetí hypotéza je zaměřena na zdravotní sestry, zda poskytují klientům ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu.

Výzkumu se účastnily dva soubory respondentů. První soubor respondentů se skládal z 64 zdravotních sester ortopedických oddělení. Druhý soubor se skládal ze 104 klientů ortopedických oddělení po operačním výkonu.

Výzkum byl prováděn na ortopedických odděleních v Nemocnici Písek, a.s. a Ústřední vojenské nemocnici Praha. Při domlouvání výzkumu s hlavními a vrchními sestrami zmíněných nemocnic mne z jejich strany potěšila ochota spolupracovat a zájem o dané téma.

První výzkumný soubor tvořily zdravotní sestry ortopedických oddělení. Prvních pět otázek v dotazníku slouží k získání identifikačních údajů (pohlaví, věk, praxe ve zdravotnictví, praxe na ortopedickém oddělení, nejvyšší dosažené vzdělání). Z celkového počtu 64 (100 %) sester pracuje na ortopedickém oddělení 1 (2 %) muž a 63 (98 %) žen. Myslím si, že toto oddělení je fyzicky dosti náročné a pomocného zdravotního personálu je málo, proto práce muže leckde usnadní sestřím práci. Také se z dotazníků ukázalo, že 31 (49 %) sester je ve věku 26 – 35 let, dá se říci v plné fyzické síle a pouze 4 (6 %) sestry jsou starší 50-ti let, proto usuzuji, že převážná většina sester zde nevydrží pracovat celý život až do důchodu, protože jejich fyzické síly na tuto práci nestačí.

Z dotazníků vyplynulo, že všech 64 sester sepisuje s klienty při příjmu sesterskou anamnézu, anamnéza je sepsána do 24 hodin od příchodu klienta na oddělení, že posuzují zdravotní stav klientů po příjezdu z operačního sálu, že zakládají aktuální ošetřovatelské diagnózy a realizují ošetřovatelský plán. 57 (89 %) sester rozhodně plánuje ošetřovatelskou pooperační péči a 7 (11 %) sester spíše plánuje ošetřovatelskou pooperační péči. 60 (94 %) sester prvně hodnotí péči a stav klienta po operačním výkonu hned po příjezdu z operačního sálu a 4 (6 %) sestry do 24 hodin od příjezdu z operačního sálu. 63 (98 %) sester hodnotí péči a stav klienta každou směnu a 1 (2 %) sestra dle změn péče a stavu klienta. Z toho se dá usuzovat, že v Nemocnici Písek, a.s. a Ústřední vojenské nemocnici Praha sestry pracují podle ošetřovatelského procesu, který systémově hodnotí a plánovitě uspokojuje potřeby zdravého i nemocného člověka, což je podle Trachtové charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství. Sestra myslí, plánuje ošetřovatelské aktivity podle ošetřovatelského procesu, který je systémem kroků a postupů při ošetřování klienta. Zde se sestra nezabývá klientem jako souborem částí a procesů, ale jako celkem, jako holistickou bytostí s bio-psycho-sociálními potřebami. Porucha jedné potřeby znamená poruchu celého systému (23).

43 (67 %) sester informuje klienty o předoperační přípravě hned při příjmu na oddělení příjmovou sestrou a 21 (33 %) sester informuje odpolední směnou, den před operačním výkonem. 2 (3 %) sestry poučují klienty o předoperační přípravě ústně, 3 (5 %) sestry písemným poučením, který klienti podepíší a 59 (92 %) sester poučuje ústní formou a klienti ještě podepíší poučení o předoperační přípravě. Proto by měli být všichni, nebo alespoň většina z nich dobře poučení a připraveni k operačnímu výkonu.

Informovanost o pooperační péči provádí 60 (94 %) sester ústně. Jen od 14 (22 %) sester dostávají písemné poučení o pooperační péči. Toto tvrzení by se dalo určitě zpochybnit, nevěřím tomuto výsledku, protože z celkového souboru přeci nemůže jen 14 sester předávat klientům písemné poučení. Pracovala jsem na obou odděleních a ani na jednom jsme klientům nepředávali písemné Poučení o pooperační péči, klienti dostávali k podpisu pouze Poučení o předoperační přípravě. U této otázky si dovoluji tvrdit, že všechny sestry provádí informovanost o pooperační péči jen ústní formou a záleží na samotné sestře, kolik informací klientovi předá. Zde je nutná dobrá

informovanost sester o této problematice. Sestry by měly mít dostatečné zkušenosti, vzdělání a vědomosti, které by mohly předávat klientům, navštěvovat školení a semináře zabývající se danou problematikou. Poučený klient ví, co může čekat, zmenší se jeho strach z plánovaného operačního výkonu a pooperačního stavu, bude klidnější a práce s ním bude lepší.

Druhý výzkumný soubor tvořili klienti po operačním výkonu na ortopedických odděleních. Prvních šest otázek slouží k získání identifikačních údajů (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, druh operačního výkonu). Z uvedených výsledků vyplývá, že z celkového počtu 104 dotazovaných klientů je 64 (62 %) mužů a 40 (38 %) žen. Plánovaný výkon podstoupilo 100 (96 %) klientů a akutní výkon pouze 4 (4 %) klienti. Z toho se dá usuzovat, že v období červen – červenec tohoto roku byli na ortopedických odděleních hospitalizováni převážně klienti k plánovaným výkonům a úraz, pro který by museli být hospitalizováni a operováni, utrpěli pouze čtyři klienti.

Všechny zdravotní sestry a 89 (85 %) respondentů se shodli, že sesterský pohovor byl proveden do 24 hodin od příjmu. To potvrzuje, že sestry pracují formou ošetrovatelského procesu, při kterém musí nejprve posoudit stav klienta, zjistit ošetrovatelské diagnózy, naplánovat ošetrovatelskou péči, zrealizovat ošetrovatelský plán a zhodnotit péči a stav klienta, jak ve své knize uvádí Šamánková a Vondráček (21, 27).

O pooperační péči jsou klienti informováni podle 76 (53 %) respondentů od zdravotní sestry, podle 62 (44 %) respondentů lékařem a pouze 4 (3 %) respondenti nebyli informováni vůbec. To souhlasí s tvrzením Skalické v Předoperační přípravě, že klienti by měli být edukováni ošetřujícím lékařem, operátorem, anesteziologickým lékařem a ošetřující sestrou o pooperační péči (19).

58 (37 %) respondentů bylo informováno o pooperační péči hned při příjmu, 33 (21 %) respondentů večer před samotným operačním výkonem, 6 (4 %) respondentů těsně před převozem na operační sál, 45 (29 %) respondentů hned po příjezdu z operačního sálu, 10 (6 %) respondentů se muselo ptát a 4 (3 %) respondenti nebyli informováni vůbec. 70 (67 %) respondentů zaznamenalo do dotazníků, že bylo informováno o pooperační péči ústně, 4 (4 %) respondenti písemně, 26 (25 %)

respondentů ústně i písemně a 4 (4 %) respondenti nebyli informováni vůbec. Toto tvrzení mi překvapilo stejně jako u čtrnácti sester, které zaznamenaly, že klienti dostávají Poučení o pooperační péči písemně a ještě ho musí podepsat. Pracovala jsem na obou odděleních, ale o pooperační péči jsme vždy klienty informovali pouze ústní formou. Zde vždy záleželo na zdravotní sestře, kolik času chtěla klientům věnovat a kolik informací jim předala. Také záleželo na klientech, na jejich zvědavosti, zvědavosti a touze se něco nového dozvědět.

Informace o pooperační péči byly srozumitelné pro 57 (55 %) respondentů rozhodně ano a pro 40 (38 %) respondentů spíše ano. 41 (39 %) respondentů mělo doplňující otázky k tomuto tématu a 97 % sester jim dokázalo dostatečně odpovědět. To svědčí o dobré vzdělanosti zdravotnického personálu, který dokáže klienty vhodně připravit k plánovanému výkonu. Dostatečně informovaní klienti jsou lépe připraveni k operaci. Dle Mikšové seznámí zdravotní sestry klienty s plánovanou dobou výkonu, s přípravou před výkonem, s převozem na operační sál a návratem zpět na oddělení, o klidovém režimu po operačním výkonu, o nutnosti vymočit se do osmi hodin od výkonu. Touto edukací se klienti uklidní a nebojí se plánovaného operačního výkonu. Informovanost o pooperační péči byla u 32 (31 %) respondentů vynikající, u 61 (58 %) respondentů dostačující, 6 (6 %) respondentů neví, u 3 (3 %) respondentů nedostatečná a u 2 (2 %) respondentů žádná. Také jsme v dotazníku zjišťovali, zda je možné zlepšit informovanost klientů o pooperační péči. 28 (27 %) klientů odpovědělo, že je možné zlepšit informovanost klientů o pooperační péči, 36 (35 %) klientů neví a 40 (38 %) klientů tvrdí, že není možné zlepšit informovanost klientů o pooperační péči. Z toho se dá odvodit, že informovanost klientů o pooperační péči je dostačující, i když stále lze ještě zlepšovat. Také lze tyto odpovědi brát tak, že jsou klienti dostatečně informováni, že sestry i lékaři jim poskytli dostatek informací (11).

Překvapilo mě, jak málo klienti znají pooperační komplikace spojené s operačním výkonem, celkovou a svodnou anestézií. Respondenti odpověděli, že 88 (84 %) jich bylo informováno lékařem a 84 (81 %) jich bylo informováno anesteziologem o pooperačních komplikacích. Přesto klienti znají tyto komplikace: infekce operační rány 72 respondentů, prodloužené hojení 33 respondentů, krvácení



z rány 59 respondentů, cévní komplikace 69 respondentů, náchylnost k zánětům (plíce, močové cesty) 13 respondentů, bolestivost 72 respondentů, psychické důsledky ze změny prostředí 11 respondentů, zatížení srdce a krevního oběhu 8 respondentů, slabost 12 respondentů, bolesti hlavy a svalů po operaci 14 respondentů, pocit na zvracení a zvracení po operaci 26 respondentů, alergickou reakci na látky podávané v průběhu anestézie 10 respondentů, poškození chrupu při zajištění dýchacích cest (intubaci) 4 respondenti, bolest hlavy 31 respondentů, přechodnou slabost 17 respondentů, brnění dolních končetin 40 respondentů, poruchu močení 22 respondentů. Podle směrnice ředitele číslo 28 informuje lékař klienta o plánovaném výkonu a dá klientovi podepsat Informovaný souhlas. Informovaný souhlas obsahuje následující body: jméno, příjmení, rodné číslo a kód pojišťovny klienta, průběh plánované operace, zhodnocení aktuálního zdravotního stavu klienta, možné výhody a rizika, možné alternativy, pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu, možné očekávané problémy v průběhu procesu uzdravování a následky eventuálního odmítnutí navrhovaného postupu, pooperační komplikace, datum, podpis přijímajícího lékaře a podpis klienta. Bez podepsání tohoto souhlasu nesmí klient na operační výkon, proto se domnívám, že klienti podrobně nečtou Informovaný souhlas, ve kterém jsou vypsány všechny pooperační komplikace. Souhlas s anestézií, který klient také musí před operačním výkonem podepsat, obsahuje identifikační údaje, rizika anesteziologického výkonu, komplikace spojené s anestézií, informace o plánovaném výkonu, způsob anestézie a pooperační péče. Tento souhlas též nemají klienti dostatečně nastudovaný. Zde se naskýtá otázka, zda informované souhlasy jsou k informování klientů, nebo jen k ochraně lékařů před možnými žalobami ze stran klientů. Tato má domněnka se potvrzuje u otázky číslo 23, která je zaměřena na způsob informování klientů o pooperačních komplikacích, kdy 57 (54 %) klientů odpovědělo, že byli informováni ústně, 8 (8 %) klientů odpovědělo, že bylo informováno písemně, jen 29 (28 %) klientů odpovědělo, že ústně i písemně a 10 (10 %) klientů odpovědělo, že nebyli informováni. Přesto se domnívám, že všichni klienti byli ústně informováni ošetřujícím lékařem nebo operátorem a anesteziologem o průběhu a komplikacích operačního výkonu a museli podepsat souhlasy s výkonem a

anestézií, kde jsou pooperační komplikace vypsány. Bez tohoto podepsaného souhlasu nesmí na operační výkon (2, 23).

U 36 (35 %) respondentů se vyskytly pooperační komplikace, 6 (6 %) respondentů neví a u 62 (59 %) respondentů se pooperační komplikace nevyskytly. Tyto odpovědi jsou zavádějící, protože z těchto odpovědí vyplývá, že 42 respondentů nemělo ani bolesti po operačním výkonu, což je nepravděpodobné. Každý ortopedický výkon nepatří do krátkodobých a malých operačních výkonů a pracuje se při něm s kostním aparátem, proto bolest se zde dá předpokládat.

1. hypotéza a 3. hypotéza byly potvrzeny. Velké procento klientů je informováno všeobecnými sestrami i lékaři o pooperační péči a možných komplikacích, přesto neznají všechny komplikace spojené s operačním výkonem a pooperační péčí. Sestry poskytují klientům ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu. Domnívám se, že 2. hypotéza nebyla splněna. Sestry informují klienty o pooperační péči pouze ústní formou. Tvzení 14-ti sester, které zaznamenaly, že poučují i písemně zpochybňují, neboť jsem na těchto ortopedických odděleních pracovala a klientům jsme nepředkládaly žádné Poučení o pooperační péči k podpisu.

## 6 Závěr

V této práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat poskytování informací klientů o pooperační péči a možných komplikacích. Druhým cílem bylo zmapovat prostředky, kterými sestry poskytují informace o pooperační péči a třetím cílem bylo zjistit, zda sestry poskytují informace o pooperační péči ošetrovatelským procesem. Pomocí dotazníků pro klienty po operačním výkonu na ortopedickém oddělení a pro sestry na ortopedickém oddělení se cíle práce podařilo splnit.

K cílům byly stanoveny tři hypotézy. H 1: Klienti jsou dostatečně informováni o průběhu pooperační péče a možných komplikacích. H 2: Sestry využívají všechny prostředky pro informování klientů o pooperační péči. H 3: Sestry poskytují klientům ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu. Domnívám se, že potvrzení hypotézy číslo jedna a tři bylo splněno, hypotéza číslo dvě potvrzena nebyla.

Práce ukazuje, že v Nemocnici Písek a.s. a Ústřední vojenské nemocnici Praha jsou klienti, kteří podstoupili operační výkon, informováni o pooperační péči a pooperačních komplikacích. Zdravotní sestry jim dokáží ústně odpovědět na doplňující otázky. Získané informace považují za dostatečné.

Při výzkumu bylo zjištěno, že zdravotní sestry ortopedických oddělení používají k informovanosti klientů o pooperační péči v 94 % pouze ústní formu.

Dále bylo zjištěno, že zdravotní sestry ortopedických oddělení poskytují klientům ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu, který hodnotí každou směnu.

To neznamena, že by se poskytování ošetrovatelské péče v oblasti informovanosti klientů o pooperační péči a pooperačních komplikacích nedalo ještě zlepšit nebo zkvalitnit. Je třeba zdokonalovat znalosti zdravotních sester v souvislosti s informovaností o pooperační péči a pooperačních komplikacích. Dále je třeba, aby zdravotní sestry své vědomosti předávaly svým klientům na jednotlivých odděleních ve více formách než jen v ústní podobě. Edukace a nácvik informovanosti by měly být zařazeny do výuky na jednotlivých zdravotnických školách, kde by se ještě více

prohlubovaly. Také je třeba se jim podrobně věnovat v odborných seminářích. Zdravotní sestry by měly být motivovány k edukační činnosti a informování klientů dostatečným ohodnocením a měl by jim být vytvořen časový prostor pro tuto práci. Zdravotní sestry by se měly edukační činnosti věnovat a nabízet své vědomosti klientům, lépe je informovat a tím předcházet výskytu pooperačních komplikací.

Výsledky práce budou poskytnuty zdravotním sestřám na ortopedických odděleních v Nemocnici Písek, a.s. a Ústřední vojenské nemocnici Praha, ve kterých šetření probíhalo a mohly by být použity jako příspěvek k odborným seminářům nejen pro zdravotní sestry ortopedických oddělení, ale pro všechny, které se o toto téma zajímají. Dále mohou být použity pro zkvalitnění poskytování pooperační péče v rámci ošetrovatelského procesu.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. DUNGL, P., a kol., *Ortopedie*. Grada: Praha, 2005. 1280.s. ISBN 80-247-0550-8
2. FILKA, J., KURSTEIN, M., *Informovaný souhlas*. Směrnice ředitele Nemocnice Písek a.s.: Písek, 2006, verze. 01, č. 28, 8.s. ISSN neuvedeno
3. FILKA, J., SOMROVÁ, J., KURSTERIN, M., *Vedení zdravotnické dokumentace*. Směrnice ředitele Nemocnice Písek a.s.: Písek, 2007, verze. 03, č. 25, 28.s. ISSN neuvedeno
4. GLADKU, I., *Management ve zdravotnictví*. Praha: Computer Press, 2003. 380.s. ISBN 80-7226-996-8
5. HALUZÍKOVÁ, J., *Edukace – nástroj léčby*. Sestra. Praha, 2003. roč. 13, č. 4., 14.s. ISSN 1210-0404
6. HAŠKOVCOVÁ, H., *Informovaný souhlas Proč a jak?*. Galén: Praha, 2007. 104.s. ISBN 978-80-7262-497-3
7. CHMELÍKOVÁ, J., ŠILHARTOVÁ, V., *Edukace perioperační sestrou*. Sestra. Praha, 2008, roč.18, č.7-8, 76.s. ISSN 1210-0404
8. JANOUŠKOVÁ, M., *Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti*. Sestra, Perioperační péče. Praha, 2008. roč.18, č.1., 20.s. ISSN 1210-0404
9. KAPOUNOVÁ, G., *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Grada: Praha, 2007. 368.s. ISBN 978-80-247-1830-9
10. KOLEKTIV AUTORŮ, *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z*. Grada: Praha, 2002. 392.s. ISBN 80-247-0278-9
11. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetřovatelstvo*, I. II. Díl, 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN: 80-217-0528-0
12. MAŇÁK, P., WONDRÁK, E., *Traumatologie repertorium pro studující lékařství*. Olomouc, 2005. 96.s. ISBN 80-244-1009-5
13. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. Grada: Praha, 2006. 172.s. ISBN 80-247-1443-4
14. NEJEDLÁ, M., *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Grada: Praha, 2006. 248+16s. ISBN 80-247-1150-8

15. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A., *Ošetřovatelství III/2*. Informatorium: Praha, 2004. 158.s. ISBN 80-7333-031-8
16. P, B., *Pooperační komplikace*. [cit. 2009-11-03] Dostupné z: <<http://maxell.blog.cz/0805/pooperacni-komplikace>>.
17. PODŠKUBKA, A., ADAMČO, I., STAŠA, M., *Artroskopická náhrada předního zkříženého vazů volným štěpem z ligamentu patellae transtibiální technikou*. Acta chirurgie orthopaedicae et traumatologiae Čechosl., Praha, 1996, roč.63. č.5. 284-293 s. ISSN 001-5415
18. *Pooperační komplikace rané*. [cit. 2009-11-03] Dostupné z: <<http://www.freewebs.com/langenbeck/Pooperacni%20komplikace%20ranne.doc>>.
19. *Pooperační komplikace*. [cit. 2009-11-03] Dostupné z: <[http://szs.tabor.indos.cz/Projekt/projekt/ose/Data/Text\\_pooperacni\\_komplikace.doc](http://szs.tabor.indos.cz/Projekt/projekt/ose/Data/Text_pooperacni_komplikace.doc)>.
20. RICHARDS, A., EDWARDS, S., *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Grada: Praha, 2004. 376.s. ISBN 80-247-0932-5
21. SKALICKÁ, H. a kol., *Předoperační vyšetření*. Grada: Praha, 2007. 152.s. ISBN 978-80-247-1079-2
22. SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEC, M., POKORNÝ, D. a kol., *Základy ortopedie*. Triton: Praha, 2001, 175.s. ISBN 80-7254-202-8
23. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., *Základy ošetřovatelství*. Karolinum: Praha, 2006. 356.s. ISBN 80-246-1091-4
24. TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Mikadapress: Brno, 2006. 186.s. ISBN 80-7013-324-4
25. VACKOVÁ, E., FILKA, J., *Předoperační a předanestetické vyšetření*. Interní standard Nemocnice Písek a.s.: Písek, 2007, verze. 02, č. 06, 9.s. ISSN neuvedeno
26. VACKOVÁ, E., FILKA, J., SOMROVÁ, J., *Perioperační péče*. Interní standard Nemocnice Písek a.s.: Písek, 2007, verze. 01, č. 16, 8.s. ISSN neuvedeno
27. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada: Praha, 2006. 144.s. ISBN 80-247-1262-8

28. VONDRÁČEK, L., *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Grada: Praha, 2005. 100.s. ISBN 80-247-1198-2
29. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., *Sestra a její dokumentace*. Grada: Praha, 2008. 88.s. ISBN 978-80-247-2763-9
30. VYHNÁNEK, F. a kol., *Chirurgie I*. Informatorium: Praha, 226. 193.s. ISBN 80-86073-07-6
31. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Osveta: Martin, SR, 2005. 117.s. ISBN 80-8063-193-X

## **8 Klíčová slova**

informování klientů

intraoperační fáze

ošetřovatelský proces

pooperační komplikace

pooperační péče

pooperační rehabilitace

předoperační příprava



## **9 Přílohy**

*9.1 Příloha 1 – Obecný souhlas s hospitalizací pro klienty Ústřední vojenské nemocnice Praha*

*9.2 Příloha 2 – Souhlas s lékařským vyšetřením a léčebným postupem pro klienty ortopedického oddělení Ústřední vojenské nemocnice Praha*

*9.3 Příloha 3 – Poučení o přípravě před operací pro klienty ortopedického oddělení Nemocnice Písek*

*9.4 Příloha 4 – Souhlas s lékařským vyšetřením, léčebným postupem pro klienty ortopedického oddělení Nemocnice Písek*

*9.5 Příloha 5 – Dotazník pro zdravotní sestry ortopedického oddělení*

*9.6 Příloha 6 – Dotazník pro klienty ortopedického oddělení po operačním výkonu*

**9.1 Příloha 1 – Obecný souhlas s hospitalizací pro klienty Ústřední vojenské nemocnice  
Praha**

Příjmení: .....

Jméno: .....

R.č.: .....

**Obecný souhlas  
s hospitalizací**



**ÚVN**  
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE  
PRAHA

Vážená paní, vážený pane,

vítáme Vás v Ústřední vojenské nemocnici. Tým lékařů, sester a ostatních pracovníků naší nemocnice je připraven Vám pomoci a usnadnit průběh Vašeho léčení.

Domácí řád oddělení a práva pacientů jsou viditelně umístěny ve společných prostorách a jsou Vám k dispozici. Respektování práv pacientů je základní povinností všech zdravotníků. S případnými dotazy se obraťte na staniční sestru nebo sestru ve službě.

Během hospitalizace Vám nedoporučujeme při sobě uchovávat cenné věci, finanční hotovost, platební karty, osobní doklady, mobilní telefon apod. V naší nemocnici máte možnost tyto věci uložit do úschovy. Za uschované věci Vám nemocnice ručí. Za věci, které nemocnice nepřevzala do úschovy, nemůže v případě jejich ztráty nést odpovědnost.

Naši lékaři jsou povinni pečlivě Vás informovat o vyšetřeních a léčebných výkonech, které budete podstupovat. K některým budou potřebovat Váš písemný souhlas. V případě jakýchkoliv pochybností se neváhejte zeptat.

Ústřední vojenská nemocnice je výukovým pracovištěm. Pod dohledem zkušených lékařů, sester, fyzioterapeutů a dalších pracovníků zde svou praxi vykonávají stážující lékaři, studenti VŠ, kteří se připravují na zdravotnické povolání. Prosíme proto o pochopení, trpělivost a souhlas, aby i tyto osoby mohly být seznámeny s informacemi o Vašem zdravotním stavu a mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace. Ošetřování personálem v zácvičku i nahlížení do Vaší zdravotnické dokumentace máte právo odmítnout.

**A) Souhlasím s tím, aby osoby, které se v Ústřední vojenské nemocnici připravují na výkon zdravotnického povolání, nahlížely do mé zdravotnické dokumentace:**

ano

ne

## B) Souhlas s poskytováním informací

Byl/a jsem poučen/a o právech souvisejících s **poskytováním informací** o zdravotním stavu a **nahlížením** do zdravotnické dokumentace včetně **pořizování opisů, výpisů a kopií**.

Souhlasím s **poskytováním informací** o mém zdravotním stavu v rozsahu týkajícím se onemocnění, způsobu jeho léčení a prognóze níže uvedené osobě/osobám a beru na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou.

Kontaktní údaje: .....

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

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

Souhlasím s tím, aby níže uvedená osoba/osoby měla/měly právo **nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a mohla/mohly z ní pořizovat opisy, výpisy a kopie**.

Kontaktní údaje: .....

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

Podpis pacienta/tky: .....

Datum a čas:

ne

ano

Podpis poučujícího lékaře:

**9.2 Příloha 2 – Souhlas s lékařským vyšetřením a léčebným postupem pro klienty  
ortopedického oddělení Ústřední vojenské nemocnice Praha**

příloha č. 2/1

**S O U H L A S**

**A) S LÉKAŘSKÝM VYŠETŘENÍM**

**B) S LÉČEBNÝM POSTUPEM**

**Jméno a příjmení pacienta** .....

**Rodné číslo** .....

Vyplní lékař:

Název vyšetření či popis léčebného postupu pro které je nutný písemný souhlas pacienta, zák. zástupce:

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu a výhody lékařského vyšetření/léčebného postupu pacientovi (zák. zást. pacienta) způsobem, který byl podle mého soudu pro něho (pro ně) srozumitelný. Rovněž jsem ho/ji seznámil s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, *zejména s následujícími riziky:*

Seznámil jsem pacienta (zák. zástupce pacienta) s možnými alternativami navrhovaného vyšetření/léčebného postupu s problémy, které mohou nastat během uzdravování i s důsledky odmítnutí výkonu.

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ LÉKAŘE:**

**Podpis:**

**Datum:**

**Pacient (zák. zástupce)**

- 1) Přečtěte si laskavě pozorně obě strany tohoto listu.
- 2) Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

**Já, pacient (zák. zástupce):**

Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/léčebného postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami k výkonu/postupu i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování.

Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným lékařským výkonem (léčebným postupem)
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

**Jsem srozuměn/a s tím, že** uvedené vyšetření, léčebný postup nemusí být proveden /o lékařem, který mne dosud ošetřoval.

**Podpis pacienta(zák. zástupce pacienta):**

**Datum:**

## 9.3 Příloha 3 – Poučení o přípravě před operací pro klienty ortopedického oddělení Nemocnice Písek

  
**NEMOCNICE  
PÍSEK**

Ortopedicko-traumatologické oddělení  
Nemocnice Písek, a.s.

### Poučení o přípravě před operací

Jméno a příjmení:..... RČ:.....

**Vážená paní/pane,**  
přicházíte na naše oddělení na plánovaný operační výkon a proto je nutné provést nezbytnou předoperační přípravu.

#### **Základní příprava den před operací:**

- odstranění líčidel z obličeje a víček
- ostříhání a odlakování nehtů /důležité pro hodnocení kožních změn pro anesteziologa/
- oholení operačního pole, tento úkon můžete provést sami po poradě s ošetřujícím personálem
- provedení koupele nebo osprchování pokud nejste sami schopni tento úkon provést, sesterský personál Vám bude nápomocen

Při mytí dbejte zejména na:

- důkladné omytí podpaží a třísel
- omytí a očištění krajiny pod prsy a krajin tělních rýh
- omytí a očištění genitálu a konečníku

Je vhodné si před operací připravit do nočního stolku všechna nezbytná osobní a hygienická potřeby, aby se po operaci mohly použít bez hledání.

Pro zklidnění dostanete před spaním léky podle ordinace lékaře a anesteziologa.

Od půlnoci zůstaňte nalačno nepijte, nejezte, nekuřte, nežvýkejte, necucejte cukrovinky.

#### **Příprava bezprostředně před operací:**

**Nejezte, nepijte, nekuřte, nežvýkejte, necucejte cukrovinky!!!**

Vyčistěte si zuby a dutinu ústní vypláchněte - vodu nepolykejte!!

Můžete se ještě osprchovat.

Odstraňte veškeré protézy zubní, oční, oční čočky, apod. a uschovejte pečlivě mezi svoje toaletní potřeby.

Sejměte veškeré ozdoby náramky, řetízky, prsteny, náušnice, piercing.

Před operací se ještě vyprázdněte /moč, stolice/.

Pravidelné užívání léků ráno, které doma užíváte, se před operací neužívají, pokud lékař neurčí jinak.

Před operací Vám budou ovázány dolní končetiny elastickým obinadlem prevence proti zánětu žil,

svlékněte si veškeré spodní prádlo a oblékněte si „Anděla“.

30 minut před operací Vám budou dle anesteziologa aplikovány injekce - **premedikace** - ta slouží ke zklidnění pacienta a zamezení škodlivým reflexům /dávání, slinění, zvracení/. Po této injekci - premedikaci zůstanete na svém lůžku v klidu ležet.

Všechny problémy, které vzniknou, budou ochotně řešeny ošetřujícím personálem našeho oddělení.

**Pokud potřebujete přivolat sestru, používejte telefon u lůžka**

Po operaci budete převezeni zpět na své lůžko /pokud lékař na operačním sále neurčí jinak/, kde je připraven ošetřující personál našeho oddělení s pomůckami na sledování Vašeho zdravotního stavu po operaci.

Závažnější a větší operace jsou umisťovány na JIP /jednotka intenzivní péče/. Po stabilizaci zdravotního stavu je pacient předán na standardní oddělení.

Celý komplex přípravy a komunikace s pacientem je zaměřen nejen k přípravě k operaci, ale i k odstranění strachu a obav z operačního zákroku, anestézie a k minimalizování operačního stresu.

Tým lékařů a sester ortopedicko-traumatologického oddělení Vám přeje zlepšení Vašeho zdravotního stavu a rychlé vyléčení Vašich zdravotních problémů.

Upozorňujeme Vás, že personál našeho oddělení neručí za případnou ztrátu Vašich cenností.

Proto by bylo lépe zanechat cennosti a větší obnosy peněz doma.

Otázky, připomínky: mám ..... jaké .....  
nemám .....

Podpis pacienta: ..... Podpis sestry: .....

Datum: .....

**9.4 Příloha 4 – Souhlas s lékařským vyšetřením, léčebným postupem pro klienty ortopedického oddělení Nemocnice Písek**

  
**NEMOCNICE PÍSEK**  
Ortopedicko-traumatologické oddělení

**SOUHLAS**

**S LÉKAŘSKÝM VYŠETŘENÍM / LÉČEBNÝM POSTUPEM (VÝKONEM)**

Jméno a příjmení pacienta ..... Rodné číslo .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce .....

Název vyšetření či popis léčebného postupu .....

***Pacient byl seznámen:***

S účelem, povahou, předpokládaným prospěchem, následky a možnými riziky zdravotního výše uvedeného výkonu.

Rovněž jsem pacienta seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu, důsledky a možnými častějšími komplikacemi, zejména následujícími:

- Infekcí operační rány či operovaného orgánu, prodlouženého hojení nebo krvácení. Infekce není častá, ale pokud k ní dojde, může léčbu závažně zkomplikovat a prodloužit. Může vést k opakovaným operacím. Je nutné si na ránu nesahat a neznečišťovat ji.
- Dále jsem ho poučil o možném zánětu žil, trombóze, která může velmi výjimečně vést k embolii do mozku nebo plic s vážnými následky i s možností náhlé smrti. Proto je nutné aktivní procvičování končetin, pohyb a chůze v rozsahu, který dovolí zdravotnický personál a bolestivost orgánu.
- Seznámil jsem ho s tím, že musí očekávat oslabení organismu a náchylnost k zánětům (plic, močových cest) způsobené samotným výkonem, nuceným pobytem na lůžku a krevní ztrátou. Sdělil jsem mu, jak budeme krevní ztrátu hradit. V nevyhnutelném případě bude nutné podání transfuze.
- Vysvětlil jsem, jak budou výkon a vyšetření potřebná k jeho provedení bolestivá. Pokud se nebude schopen samostatně a aktivně vymočit, je nutné zavedení cévky. Ta bude představovat zvýšené riziko močové infekce. Dále jsem ho poučil o nutnosti dodržovat pokyny personálu po dobu pobytu v nemocnici i po propuštění a o tom, jak šetřit operovanou končetinu v pooperačním období. Pacient (zákonný zástupce) je seznámen i s možnými psychickými důsledky jeho pobytu v nemocničním prostředí. Nutná RTG vyšetření budou představovat radiační zátěž, která nebude vážněji poškozovat jeho zdraví. Budeme postupovat tak, abychom léky, přípravou pacienta a operační technikou všem rizikům a komplikacím předcházeli. Pacient je poučen, aby aktivně ihned hlásil alergii, záněty žil a embolie v minulosti a u žen antikoncepci.

Dále jsem pacienta seznámil:

1. s možnými alternativami zdravotního výkonu s přihlédnutím k jeho stavu a s možností zvolit si jednu z alternativ;
2. s možným omezením v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a s případnými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti;
3. s údaji o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů

**Pacient (zák. zástupce):**

- 1) Přečtěte si laskavě pozorně tento list, jakož i přílohu vysvětlující podstatu navrhovaného vyšetření/výkonu.
- 2) Pokud jste plně nerozuměl lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, pacient prohlašuji, že výše uvedené údaje a poučení mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.

**Podpis pacienta (zák. zástupce pacienta/svědka):**

**Datum:**

**Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl:**

**Podpis:**

**Datum:**

Pacientovi bránily v podpisu tohoto informovaného souhlasu tyto důvody: .....

a svou vůli projevil tak, že .....

Jméno, příjmení a podpis svědka, který byl přítomen projevu souhlasu: .....



## 9.5 Příloha 5 – Dotazník pro zdravotní sestry ortopedického oddělení

Milé kolegyně a kolegové,

jmenuji se Jana Lišková, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, kde studuji 3. rokem obor Všeobecná sestra.

Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Pooperační péče u klientů po operačním výkonu – plastika kolenních vazů“.

Získané informace budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. Data získaná od Vás jsou anonymní. Za čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku a za ochotu jej vyplnit děkuji. Zakroužkujte pouze jednu odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji

---

### Prosím zakroužkujte nabízenou možnost:

1. Jste:
  - a) žena
  - b) muž
  
2. Kolik je Vám let?
  - a) do 25 let
  - b) 26 - 35 let
  - c) 36 - 49 let
  - d) 50 a více
  
3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
  - a) do 5 let
  - b) 6 až 10 let
  - c) 11 až 15 let
  - d) 16 a více let
  
4. Kolik let pracujete na ortopedickém oddělení?
  - a) 1 rok
  - b) 2 až 5 let
  - c) 5 až 10 let
  - d) 11 a více let
  
5. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Střední maturitou
  - b) Vyšší odborné s absolutoriem
  - c) Vysokoškolské – titul Bc. nebo Mgr.
  - d) Vysokoškolské – titul Bc. nebo Mgr. (studuji)
  - e) PSS (dokončené)
  - f) PSS (studuji)
  
6. Sepisujete s klientem, při příjmu na oddělení, sesterskou anamnézu?
  - a) ano rozhodně ano
  - b) spíše ano
  - c) spíše ne
  - d) rozhodně ne

7. Pokud ano, je sepsána do 24 hodin od příchodu klienta na oddělení?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
8. Kdy jsou klienti, kteří přijdou na plánovaný výkon, poprvé edukováni o předoperační přípravě?
- hned při příjmu na oddělení, příjmovou sestrou
  - odpolední směnou, den před operačním výkonem
  - noční sestrou, den před výkonem
  - ranní sestrou těsně před operačním výkonem
  - poučuje je lékař
9. Jak jsou klienti poučeni o předoperační přípravě?
- sestra je ústně poučí
  - písemným poučením o předoperační přípravě, který podepíše
  - sestra je ústně poučí a ještě podepíše poučení o předoperační přípravě
  - dostanou informační leták
  - nejsou poučeni
10. Provádíte edukaci klientů o pooperační péči ústně?
- ano
  - ne
11. Dostávají klienti Poučení o pooperační péči písemně?
- ano
  - ne
12. Pokud ano, musí toto poučení podepsat?
- ano
  - ne
13. Posuzujete zdravotní stav klientů, po příjezdu z operačního sálu?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
14. Zakládáte aktuální ošetrovatelské diagnózy, po příjezdu klientů z operačního sálu?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
15. Plánujete ošetrovatelskou pooperační péči?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne

16. Realizujete ošetrovatelský plán?

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

17. Kdy prvně hodnotíte péči a stav klienta po operačním výkonu?

- a) hned po příjezdu z operačního sálu
- b) do 24 hodin od příjezdu z operačního sálu
- c) nehodnotíme

18. Jak často hodnotíte péči a stav klienta?

- a) každou směnu
- b) jednou denně
- c) jednou za dva dny
- d) jednou za týden
- e) jednou za čtrnáct dní
- f) dle změn péče a stavu klienta

## 9.6 Příloha 6 – Dotazník pro klienty ortopedického oddělení po operačním výkonu

Dobrý den,

jmenuji se Jana Lišková, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, kde studuji 3. rokem obor Všeobecná sestra.

Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Informovanost klientů o pooperační péči na ortopedickém oddělení“.

Získané informace budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. Data získaná od Vás jsou anonymní. Za čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku a za ochotu jej vyplnit děkuji. Zakroužkujte pouze jednu odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji

---

**Prosím zakroužkujte nabízenou možnost nebo dopište:**

1. Jste:
  - a) žena
  - b) muž
  
2. Kolik je Vám let?
  - a) do 18 let
  - b) 19 až 25 let
  - c) 26 až 30 let
  - d) 31 až 40 let
  - e) 41 až 60 let
  - f) 61 a více let
  
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) základní dokončené
  - b) odborné ukončené výučním listem
  - c) střední ukončené maturitou
  - d) vyšší odborné ukončené absolutoriem
  - e) vysokoškolské ukončené státní závěrečnou zkouškou
  
4. Jaký druh operačního výkonu vám byl proveden?
  - a) plánovaný
  - b) akutní (při úraze, ...)
  
5. Pokud vám byl proveden plánovaný výkon, jaký?
  - a) totální endoprotéza kyčle, kolene
  - b) artroskopie kloubu, artroskopická plastika vazů
  - c) korekční úpravy prstů u nohy, klenby nohy (halluxy, ...)
  - d) operační výkony na páteři nebo pánvi
  - e) jiné:.....
  
6. Pokud vám byl proveden akutní výkon, jaké kosti se týkal?
  - a) kostí dolních končetin
  - b) kostí horních končetin
  - c) kostí páteře nebo pánve

7. Byl s vámi, po příjmu na oddělení, udělán sesterský pohovor do 24 hodin?
- ano
  - nevím
  - ne
8. Kým jste byl/a informován/a o pooperační péči? (můžete vybrat více variant)
- zdravotní sestrou
  - lékařem
  - pomocným zdrav. personálem
  - nebyl/a jsem informován/a
9. Jakou formou jste byl/a informován/a o pooperační péči?
- ústně
  - písemně
  - ústně i písemně
  - nebyl/a jsem informován/a
10. Kdy jste byl/a informován/a o pooperační péči? (můžete vybrat více variant)
- při příjmu
  - večer před samotným operačním výkonem
  - těsně před převozem na operační sál
  - hned po příjezdu z operačního sálu
  - musel/a jsem se ptát
  - nebyl/a jsem vůbec informován/a
11. Byly pro vás informace o pooperační péči srozumitelné?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
  - nebyl/a jsem informován/a
12. Měl/a jste doplňující otázky k pooperační péči?
- ano
  - nevím
  - ne
13. Dokázaly vám sestry dostatečně odpovědět?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
14. Informovanost o pooperační péči byla?
- vynikající
  - dostačující
  - nevím
  - nedostatečná
  - žádná

15. Je možné zlepšit informovanost klientů o pooperační péči?
- ano
  - nevím
  - ne
16. Byl/a jste informován/a lékařem o pooperačních komplikacích?
- ano
  - nevím
  - ne
17. Které pooperační komplikace znáte? (můžete vybrat více variant)
- infekce operační rány
  - prodloužené hojení
  - krváčení z rány
  - cévní komplikace (embolie, trombóza, zánět)
  - náchylnost k zánětům (plíce, močové cesty)
  - bolestivost
  - psychické důsledky ze změny prostředí
  - jiné: .....
18. Byl/a jste informován/a lékařem podávajícím narkózu o komplikacích po anestézii?
- ano
  - nevím
  - ne
19. Jaký druh anestézie vám byl aplikován?
- celková narkóza
  - narkóza spojená s aplikací znecitlivujících léků do páteřního kanálu
  - jiná – např. lokální (místní)
20. Pokud vám byla aplikována celková narkóza: které komplikace spojené s tímto druhem anestézie znáte? (můžete vybrat více variant)
- zatížení srdce a krevního oběhu
  - slabost
  - bolesti hlavy a svalů po operaci
  - pocit na zvracení a zvracení po operaci
  - alergická reakce na látky podávané v průběhu anestézie
  - poškození chrupu při zajištění dýchacích cest (intubaci)
  - jiné: .....
21. Pokud vám byla aplikována znecitlivující látka do páteřního kanálu, které komplikace spojené s tímto druhem anestézie znáte? (můžete vybrat více variant)
- bolest hlavy
  - přechodná slabost
  - brnění dolních končetin
  - porucha močení
  - jiné: .....

22. Kým jste byl/a informován/a o pooperačních komplikacích? (můžete vybrat více variant)
- a) zdravotní sestrou
  - b) lékařem
  - c) pomocným zdrav. personálem (ošetřovatelkou, sanitárkou, uklízečkou, ...)
  - d) nebyl/a jsem informován/a
23. Jakou formou jste byl/a informován/a o pooperačních komplikacích?
- a) ústně
  - b) písemně
  - c) ústně i písemně
  - d) nebyl/a jsem informován/a
24. Kdy jste byl/a informován/a o pooperačních komplikacích? (můžete vybrat více variant)
- a) při příjmu
  - b) večer před samotným operačním výkonem
  - c) těsně před převozem na operační sál
  - d) hned po příjezdu z operačního sálu
  - e) musel/a jsem se ptát
  - f) nebyl/a jsem vůbec informovaná
25. Byly pro vás informace o pooperačních komplikacích srozumitelné?
- a) rozhodně ano
  - b) spíše ano
  - c) spíše ne
  - d) rozhodně ne
26. Měl/a jste doplňující otázky k pooperačním komplikacím?
- a) ano
  - b) nevím
  - c) ne
27. Byly pro vás informace od zdravotních sester o pooperačních komplikacích dostatečné?
- a) rozhodně ano
  - b) spíše ano
  - c) nevím
  - d) spíše ne
  - e) rozhodně ne
28. Byly pro vás informace od lékařů o pooperačních komplikacích dostatečné?
- a) rozhodně ano
  - b) spíše ano
  - c) nevím
  - d) spíše ne
  - e) rozhodně ne
29. Jak by šla informovanost klientů o pooperačních komplikacích zlepšit? (můžete vybrat více variant)
- a) více informací od sester
  - b) více informací od lékařů
  - c) více dostupných informačních letáků na oddělení

- d) další informační tiskopis, který by musel klient podepsat a zároveň by ho dostal
- e) není třeba zlepšovat informovanost
- f) jiné: .....

30. Vyskytly se u vás pooperační komplikace?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

31. Pokud ano, jaké komplikace se u vás vyskytly? (můžete vybrat více variant)

- a) krvácení z operační rány
- b) nevolnost
- c) zvracení
- d) bolest hlavy
- e) zarudnutí operační rány
- f) hnisání operační rány
- g) potíže s prvním vymočením
- h) při prvním postavení – pocit na omdlení
- i) bolest
- j) zánět žil
- k) jiné:.....

32. Lze těmto komplikacím, podle vás, lépe předejít správným poučením klientů?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne



