

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Spolupráce sester a fyzioterapeuta v traumatologii**

Bakalářská práce

Autor práce: Leona Nachtmanová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

## **Abstrakt**

V posledních letech prodělala traumatologie značný pokrok. Pomohlo k tomu výrazné porozumění zákonům biomechaniky pohybového aparátu, patofyziologie organismu na trauma, ale i velký pokrok v podávání antibiotik a také v anestézii a resuscitaci. Velký důraz je kladen na rehabilitační ošetřování, které provádí všeobecná sestra za velké podpory a spolupráce fyzioterapeuta. Reintegrace pacienta do normálního života a do společnosti je závislá na spolupráci jednotlivých odborností, které se podílely na společném procesu. Na vzájemné spolupráci se podílí aktivní zájem sester při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, při tvoření stylu ošetrovatelské dovednosti a vzájemné podpory všech, s nimiž jsou sestry profesně totožné.

K dosažení cílů bakalářské práce na téma Spolupráce sester a fyzioterapeuta v traumatologii byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo provedeno dotazníkovou metodou. Ke sběru dat byl použit anonymní dotazník, který byl určen pro všeobecné sestry a fyzioterapeuty pracující na traumatologickém oddělení. Dotazníky obsahovaly stejné otázky jak pro všeobecné sestry, tak pro fyzioterapeuty. Byly zaměřené na identifikační údaje, otázky týkající se vzájemné spolupráce, rehabilitační péče v traumatologii a předávání informací týkajících se rehabilitačních postupů v traumatologii.

Práce je ukázkou toho, že jednou z důležitých součástí péče o poraněné je jejich rehabilitace, a to nejen fyzická, ale i sociální a psychická. Velký důraz je kladen na rehabilitační ošetřování, které provádí sestra za velké podpory a spolupráce fyzioterapeuta. Bez vzájemné souhry obou těchto členů by nikdy ke kvalitnímu rehabilitačnímu ošetřování nemohlo dojít. Věříme, že tato bakalářská práce poslouží jako zdroj informací pro zlepšení komunikace a vzájemné spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem na traumatologii.

## **Abstract**

Recently, traumatology has significantly progressed. One of the factors of this progress is increasing understanding of the laws of biomechanics of the musculoskeletal apparatus, trauma-related pathophysiology of the organism, as well as a significant progress in administration of antibiotics, anesthesia and resuscitation. Great emphasis is put on rehabilitation treatment provided by a general nurse with the support of and in cooperation with a physiotherapist. Reintegration of a patient into normal living and society depends on interaction of individual specializations involved in the common process. Mutual cooperation implies active interest of nurses in providing a high quality nursing care and contributing to a high standard style of nursing skills, and support of all those who are professionally identical with nurses.

The bachelor thesis on Cooperation of nurses and physiotherapists in traumatology is based on a quantitative research, using a questionnaire method. Data were collected by means of anonymous questionnaires distributed to general nurses and physiotherapists in the Department of Traumatology, containing the same questions for both of groups. The questionnaires focused on collection of identification data, questions related to mutual cooperation, rehabilitation care and exchange of information on rehabilitation procedures in traumatology.

The thesis documents that one of the important parts of care of patients is their physical as well as social and psychological rehabilitation. Of great importance in this respect there is a close cooperation of the rehabilitation nurse and the physiotherapist. We believe that the bachelor thesis will serve as a source of information for improving communication and mutual cooperation between nurses and physiotherapists in traumatology.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Spolupráce sester a fyzioterapeuta v traumatologii jsem 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 / v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

Podpis.....

### **Poděkování**

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Františku Dolákovi za odborné vedení a trpělivost při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám a fyzioterapeutům na traumatologickém oddělení, hlavně za jejich ochotu spolupracovat.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Úvod do traumatologie .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Obecná traumatologie .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.1 Zavřená poranění.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.3 Luxační zlomeniny .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.4 Hojení zlomenin .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.5 Léčba zlomenin .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.6 Možnosti operační léčby .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Rehabilitace .....</b>	<b>16</b>
<b>1.3.1 Léčebná rehabilitace.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3.2 Rehabilitační ošetřování.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3.3 Polohování pacientů v traumatologii .....</b>	<b>19</b>
<b>1.3.4 Polohovací pomůcky .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.5 Pomůcky k nácviku soběstačnosti .....</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Spolupráce .....</b>	<b>22</b>
<b>1.4.1 Multidisciplinární tým.....</b>	<b>22</b>
<b>1.4.2 Role sestry .....</b>	<b>23</b>
<b>1.4.3 Vztah sestra a lékař .....</b>	<b>23</b>
<b>1.4.4 Vztah sestra a fyzioterapeut.....</b>	<b>24</b>
<b>1.5 Pracovní prostředí .....</b>	<b>25</b>
<b>1.5.1 Konfliktní situace.....</b>	<b>25</b>
<b>1.5.2 Řešení konfliktů .....</b>	<b>26</b>

<b>1.5.3 Následky konfliktů.....</b>	<b>27</b>
<b>1.6 Kompetence všeobecné sestry .....</b>	<b>28</b>
<b>1.6.1 Kompetence fyzioterapeuta .....</b>	<b>29</b>
<b>2. CÍLE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Cíle práce .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Hypotézy .....</b>	<b>31</b>
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Metodika .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2. Výzkumný soubor .....</b>	<b>32</b>
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Vyhodnocení výsledků - všeobecné sestry .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Vyhodnocení výsledků - fyzioterapeuti .....</b>	<b>45</b>
<b>5. DISKUSE .....</b>	<b>57</b>
<b>6. ZÁVĚR.....</b>	<b>66</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>68</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>72</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>73</b>

## ÚVOD

V posledních letech prodělala traumatologie značný pokrok. Pomohlo k tomu výrazné porozumění zákonům biomechaniky pohybového aparátu, patofyziologie organismu na trauma, ale i velký pokrok v podávání antibiotik, v anestézii a resuscitaci. Zapomenout nemůžeme ani na moderní vybavení operačních sálů, především technické vybavení, nová instrumentária a dokonalejší implantáty, včetně endoprotéz. Konzervativní postupy byly nahrazeny postupy operačními. V současné době se na ošetřování úrazů a jejich následků podílí celá řada lékařských oborů, takže lze termín traumatologie vykládat z různých hledisek. Při současné hloubce specializace v jednotlivých oborech neexistuje univerzální traumatolog, neboť každý z chirurgických oborů má svoji vlastní traumatologii, počínaje ortopedií a očním lékařstvím konče. Vzhledem k počtu zainteresovaných specializací je traumatologie i problémem organizačním. Jednou z důležitých součástí péče o poraněné je jejich rehabilitace, a to nejen fyzická, ale i sociální a psychická. Velký důraz je kladen na rehabilitační ošetřování, které provádí všeobecná sestra za velké podpory a spolupráce fyzioterapeuta. Reintegrace pacienta do normálního života a do společnosti je závislá na spolupráci jednotlivých odborností, které se podílely na společném procesu. Na vzájemné spolupráci se podílí aktivní zájem sester při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, při tvoření stylu ošetrovatelské dovednosti a vzájemné podpory všech, s nimiž jsou sestry profesně totožné. Sestra bere v úvahu hodnoty a cíle všech, se kterými pracuje, jako své vlastní. Společná spolupráce a komunikace vedou k utužování pracovních vztahů. Napomáhají k takovým ošetrovatelským aktivitám, jako je úsilí dosáhnout s ostatními členy úspěšných cílů, zájem jeden o druhého a to, že se vzdávají svých zájmů ve prospěch pěstování profesionálních vztahů. Tyto vazby vyplývají ze společně odvedené práce a z času, který strávíme na pracovišti. Vztah ke spolupracovníkovi však nesmí být důležitější než kvalita poskytované péče o pacienta. Spolupráce vyžaduje určitá pravidla a podmínky, které poskytnou pacientovi blaho.

K výběru tohoto tématu mě vedla problematika vzájemné spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem na traumatologii. Traumatologie je velmi náročný obor, který vyžaduje při poskytování ošetrovatelské péče vzájemnou toleranci a komunikaci. Chtěla



bych se hlavně zaměřit na to, zda dochází při poskytování rehabilitační péče ke vzájemné spolupráci, zda si předávají informace týkající se rehabilitační péče. Nedochází-li při společné péči o pacienta k projevům nadřazenosti či špatné komunikaci.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Úvod do traumatologie*

Péče o poraněné byla na začátku 20. století součástí obecné chirurgie, od které se však začala postupně oddělovat. Tento historický proces však v různých zemích probíhá rozdílně. První úrazovou nemocnici založil prof. Lorenz Böhler v roce 1925 v Rakousku. Hlavními argumenty pro její založení, s kterými uspěl, byla ekonomická analýza trvalých následků a invalidity. V Evropě, zejména v německy mluvících zemích, se ošetřování kostních poranění věnovali všeobecní chirurgové. Naopak v Anglii a v USA to byli ortopedi. Tento rozdílný historický vývoj ovlivňuje organizaci traumatologie dosud. V období mezi dvěma světovými válkami byla napsána řada významných učebnic kostní traumatologie, v nichž však dominovaly konzervativní metody. Dalším výrazným impulsem pro rozvoj traumatologie, zejména operační léčby, byla 2. světová válka a poválečný rozvoj automobilismu. Konzervativní léčení úrazů končetin mělo své limity, jeho výsledky byly neuspokojivé a přinášely trvalé následky a invaliditu. Dosáhnout lepších výsledků operační léčby však umožnil až vývoj nových implantátů společností A0 (arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) na začátku 60. let. V této době začaly vznikat i první traumatologické společnosti, např. v Německu, které se oddělily od odborných společností všeobecných chirurgů. S novými implantáty a s prohlubující se specializací se výrazně zlepšily výsledky operační léčby. Pokrok všech lékařských oborů, zejména rozvoj anesteziologie a resuscitace, rozvoj radiologie a nových technologií vůbec, se začal promítat i do traumatologie. Ke konci 20. století bylo jasné, že traumatologie se stává mezioborovou záležitostí. Ukázalo se, že není v silách „obecného“ traumatologa zvládnout léčbu poranění různých orgánových systémů (poranění kostí a kloubů, břišní a hrudní dutiny, poranění cév a nervů). Vzhledem k nákladům na vybavenost jednotlivých oborů začaly být upřednostňovány i aspekty ekonomické. Bylo logickým zjištěním, že optimální řešení, zejména pro těžká poranění typu polytraumat či pro sdružená poranění, je koncentrace těchto pacientů do traumacenter. Tím byly míněny nemocnice vyššího typu se zastoupením všech chirurgických oborů a dalších potřebných oborů, s dostatečnou

přístrojovou, prostorovou a personální vybaveností a s dostupností všech odborníků po 24 hodin denně. Koncentrace pacientů do traumacenter zvyšovala na straně druhé i erudici ošetřujícího personálu. Budování traumacenter se stalo fenoménem ve všech vyspělejších zemích a stranou nezůstala ani Česká republika. Traumacentra optimalizují léčbu poraněných nejen po odborné, ale i organizační a ekonomické stránce. To je velmi potřebná věc, neboť s prodlužujícím se věkem populace, s pokračujícím nárůstem automobilismu a s rozvojem extrémních sportů neustále narůstá počet úrazů, včetně jejich závažnosti. Zejména tzv. vysoko-energetické úrazy vyžadují mezioborovou spolupráci, která v první fázi léčení nesnese žádný časový odklad (15,23,29).

### *1.2 Obecná traumatologie*

Úraz neboli trauma je poranění organismu. Vzniká náhlým a násilným působením negativních zevních sil. Lidské tkáně, které nejsou patologicky změněny, jsou rezistentní neboli odolné vůči zevním vlivům. Při vykonávání standardních lidských činností, jako je práce nebo sport, tkáně těmto inzultům odolávají. Dokonce se dá odolnost proti těmto mechanickým inzultům částečně i natrénovat. Až když dojde k překročení adaptační hranice, která je u jednotlivých jedinců většinou různá, dojde k poškození tkání a orgánů. Děj, při kterém dojde k jejich poškození, se nazývá úrazový děj. Obvykle trvá jen krátký časový úsek, většinou jen sekundy, ojediněle i déle. Většina úrazů vzniká nezávisle na vůli poraněného. Zevní podněty, které mohou způsobit úraz, jsou fyzikální (pád, úder, náraz, elektrický proud, ionizované záření, působení tepla, chladu atd.) a chemické (působení louhu a kyselin). Úrazy jsou považovány za závažný společenský problém. Tvoří 1,2 % všech ambulantně léčených a všech hospitalizovaných poraněných. Poměrně velká část úrazů končí s trvalými následky. Některé úrazy končí i smrtelně. Velkým problémem jsou dopravní nehody. Úrazy můžeme rozdělit do několika skupin, záleží kde, kdy a při jaké činnosti k nim došlo: (27,29).

*Dopravní úrazy* tvoří ve všech vyspělých státech jeden z nejožehavějších problémů traumatologie. Počet těchto úrazů se stále zvyšuje a s tím i jejich závažnost. Většinou se

jedná o úrazy mnohočetné a polytraumata. Někdy dochází i ke zranění více osob současně. Alarmující jsou hlavně dopady ekonomické a sociální (29).

*Pracovní úrazy* lze specifikovat podle druhu pracovní činnosti. Nejčastěji se jedná o zranění horních končetin, jako jsou řezné či bodné rány, ztrátová poranění či devastace ruky. Polytraumata a vícečetné úrazy vznikají při pádech z výšky, výkopových pracích atd. Pracovní úrazy lze do jisté míry předvídat, a tedy jim i předcházet či být na ně připraven. Zvláště na zvládnutí první pomoci. Například péče o zraněné horníky vyžaduje odbornou pomoc, kterou zajišťují profesionální vyškolené týmy záchranářů (29).

*Domácí úrazy* jsou poměrně častá zranění způsobená neodborně prováděnými pracemi s technicky poškozenými nástroji a přístroji. Mezi domácí úrazy patří i úrazy způsobené při práci na zahradě. Nejčastěji dochází k pádům ze stromu při česání ovoce (29).

*Zemědělské a lesnické úrazy* patří mezi nejtěžší mnohočetná poranění. Jejich příčinou je často převrácení traktoru nebo jiných zemědělských strojů. U lesních dělníků dochází k těžkým poraněním vzniklých pádem stromů při těžbě dřeva. Charakteristické pro tyto úrazy je, že vznikají v odlehleém terénu. Vyprošťování a transport zraněných jsou tak velmi obtížné a zdlouhavé (29).

*Sportovní úrazy* postihují nejčastěji končetiny, ale často i páteř a hlavu. Pro některé sporty jsou typická vícečetná poranění, např. pro paragliding, motokros, cyklokros, jezdectví a lyžování. Některé organizované sportovní akce mají proto zajištěnou odbornou zdravotní pomoc. Nejvíce problémové jsou neorganizované rekreační sporty, kdy lidé přecení své vlastní schopnosti. Jako typický úraz lze uvést přetržení Achillovy šlachy. K nejtragičtějším poraněním patří zlomeniny páteře spojené s poraněním míchy při skocích do mělké nebo neznámé vody (29).

*Kriminálních úrazů* vzhledem k narůstající kriminalitě v posledních letech přibývá. V minulosti to byly především sečné a bodné rány, dnes převládají střelná poranění. Objevují se i vícečetná zranění, která jsou způsobena úmyslnými výbuchy (29).

### 1.2.1 Zavřená poranění

*Pohmoždění* (kontuze) je násilí vyvolané zevními vlivy, které působí na danou tělní krajinu. Poškozuje nejen kůži, ale i hlubší tkáň, kontinuita kůže je však zachována. Poškozeny jsou lymfatické cévy i kapiláry. Tvoří se modřina, hematom nebo otok či edém. *Podvrtnutí* (distorze) vzniká působením zevního násilí na kloub. Dochází k poškození kloubního pouzdra a vazů. Podle stupně působícího násilí dochází k mikrorupturám vazivových vláken, k distenzi vláken nebo jejich ruptuře. Pokud jsou vazy a kloubní pouzdro roztrženy, dochází k luxaci kloubu. *Zlomenina* (fraktura) je poranění kosti, při kterém dochází k poškození její kontinuity. Rozeznáváme zlomeniny traumatické (vyvolané úrazovým násilím působícím na zdravou kost), zlomeniny únavové (stresové zlomeniny), patologické zlomeniny (nádor, zánět) a osteoporotické zlomeniny (u starých pacientů). Existuje řada hledisek, podle kterých lze dělit zlomeniny do různých skupin. Někdy se tato hlediska mohou kombinovat. Podle mechanismu vzniku rozeznáváme zlomeniny přímé, které vznikají přímo v místě působení úrazového násilí. Zlomeniny nepřímé vznikají na jiném místě, než působilo úrazové násilí. To může na kost působit ohnutím, torzí, translací, tahem nebo kompresí (21,27).

Dále dělíme zlomeniny podle lokalizace, kdy u dlouhých kostí může lomná linie probíhat v diafýze, metafýze a epifýze. Epifyzární zlomeniny jsou u většiny zlomenin intraartikulární. U rostoucího skeletu může lomná linie probíhat i fýzou (růstovou chrupavkou). Pokud není kontinuita kosti porušena v celé tloušťce, mluvíme o zlomeninách neúplných. Ty lze dále dělit na infekce, imprese a subperiostální zlomeniny. U zlomenin úplných je kost porušena v celé tloušťce. Jestliže byl přitom porušen periost, dochází k posunu úlomků. Tyto zlomeniny mohou být dvoufragmentové, zlomeniny s meziúlomkem, zlomeniny tříštivé a zlomeniny ztrátové (defektní) (27).

Podle průběhu lomné linie může probíhat zlomenina příčně, šikmo, spirálně nebo podélně. Na kloubních koncích může mít linie tvar písmena T, Y či V. Při zlomenině může dojít i k poranění okolní tkáň. U jednoduchých je poraněna pouze

kost a poškození okolních tkání je zanedbatelné. Pokud jsou tyto tkáně poškozeny závažněji, hovoříme o zlomeninách komplikovaných. Mezi ně patří zlomeniny otevřené. Ty mohou vzniknout propíchnutím kůže úločkem zevnitř nebo poškozením kůže zvenčí přímým úrazovým násilím. Pokud je násilí větší, může dojít nejen ke ztrátám kůže, ale i svalů, cév a nervů (4).

Z hlediska dislokace úlomků dělíme zlomeniny na nedislokované a dislokované. Úlomky se mohou dislokovat několika způsoby, které se v praxi obvykle kombinují. *Dislocatio ad axim*, tj. dislokace s úhlovou deformitou, kdy obvykle zůstává částečný kontakt úlomků zachován, jejich osy však svírají určitý úhel, *dislocatio ad latus*, úlomky jsou vzájemně posunuty do strany (mediálně, laterálně, ventrálně, dorzálně), jejich dlouhé osy však zůstávají paralelní, *dislocatio ad peripheriam* dochází ke vzájemné rotaci úlomků podél jejich dlouhé osy, *dislocatio ad longitudinem*, tedy dislokace do délky, která má za následek změnu délky kosti. Rozlišujeme *dislocatio cum contractionem* nebo *cum distractionem*. *Dislocatio cum contractionem* je spojeno s dislokací do strany o celou šířku kosti. Stažením svalů dochází k posunu úlomků přes sebe a ke zkrácení kostí. Opačnou možností je *dislocatio cum distracionem*, kdy tahem svalů vzniká oddálení úlomků. Typickým příkladem je zlomenina česky (4,7).

### 1.2.3 Luxační zlomeniny

Luxační zlomeniny jsou zvláštním typem nitrokloubních zlomenin postihujících klouby končetin i klouby axiálního skeletu (páteře). Jde o kombinaci intraartikulární zlomeniny a poranění vazivového aparátu daného kloubu. Následkem toho dochází k částečné či úplné ztrátě kontaktu kloubních ploch a kloub se stává nestabilním. Pokud je vzájemná dislokace kloubních ploch menší než 50 % jejich původního kontaktu, hovoříme o *subluxaci*, pokud je větší než 50 %, hovoříme o *luxaci*. Na rozdíl od kompresních zlomenin kloubních konců převažuje v mechanismu vzniku luxačních zlomenin stříh a rotace. V klinické praxi se s luxačními zlomeninami setkáváme u hlezna, ale postiženy mohou být prakticky všechny klouby lidského těla. Z hlediska léčby patří luxační zlomeniny k těm nejzávažnějším. Je nutné obnovit nejen anatomický tvar kloubu, ale rekonstrukci vazivového aparátu i jeho stabilitu (29).

#### 1.2.4 Hojení zlomenin

Cílem léčby zlomené kosti je dosáhnout zhojení zlomeniny, tj. obnovení její původní pevnosti a tvaru. Zlomenina kosti se může hojit dvěma způsoby. První je hojení periostálním svalkem, který se vytvoří z hematomu v místě zlomeniny. Tento svalěk postupně mění svoji strukturu a na konci tohoto komplikovaného procesu je obnovení kontinuity kosti. Druhý způsob je tzv. primární hojení, ke kterému dochází při použití stabilní osteosyntézy a komprese úlomků. Když jsou konce úlomků v přímém kontaktu, osteony postupně přemostí lomnou linii, aniž by došlo k vytvoření periostálního svalku ( 21, 29).

#### 1.2.5 Léčba zlomenin

Při léčbě zlomenin máme dvě základní možnosti. První je tzv. konzervativní neboli neoperační léčba, druhou možností je léčba operační. Volba jedné z těchto dvou závisí na řadě okolností. Patří sem nejen typ zlomeniny, dislokace úlomků, stav okolních měkkých tkání, ale i věk pacienta, jeho celkový stav, schopnost spolupráce atd. V řadě případů je proto zvolený postup kompromisem mezi ideálním a možným. Pokud jsou úlomky dislokovány, je nutné provést jejich anatomickou *repozici* a tuto repozici udržet pomocí *fixace* do pevného zhojení zlomeniny. U některých zlomenin je velmi obtížné dosáhnout repozice zavřeným způsobem. To platí především u nitrokloubních zlomenin. Stejně obtížné může být i udržení repozice. V případě konzervativní léčby je proto většinou nutné fixovat i okolní klouby. To může vést k omezení jejich pohybu. Ještě horší je to v případě některých nitrokloubních zlomenin. Proto je dnes u řady zlomenin dáována přednost operační léčbě se stabilní fixací, která umožní zahájit rehabilitaci bezprostředně po operaci ( 27, 29).

#### 1.2.6 Možnosti operační léčby

Pokud se rozhodneme pro operační léčbu, můžeme provést buď osteosyntézu, nebo v případě některých nitrokloubních zlomenin aloplastiku (náhradu kloubní). Osteosyntézu rozdělujeme na dva základní typy – zevní a vnitřní. *Zevní osteosyntéza* je prováděna tzv. zevními fixátory, kdy jsou fixační prvky (hřeby a šrouby) zavedeny do kosti perkutánně a fixovány pomocí jezdců, rámu, svorek či tyčí, které vytvářejí

konstrukci mimo kost. Zevní osteosyntéza je dnes indikována především u otevřených zlomenin či zlomenin s vysokým rizikem infekčních komplikací v případě použití vnitřní osteosyntézy. *Vnitřní osteosyntézu* lze provádět extra- a intramedulárními implantáty. Do první skupiny patří dlahy a šrouby, do druhé skupiny nitrodřeňové hřeby. Dlahy a šrouby jsou používány především u nitrokloubních zlomenin či zlomenin lokalizovaných v těsné blízkosti kloubů. Nitrodřeňové hřeby se používají především u diafyzárních zlomenin femuru, tibie a humeru. V některých anatomických krajinách lze použít hřeby i pro nitrokloubní zlomeniny (proximální humerus, distální femur) a dlahy pro zlomeniny diafyzární (zlomeniny předloktí). Umělé náhrady kloubní (*Aloplastiky*) se používají u nitrokloubních zlomenin, kde je porušeno cévní zásobení úlomků (hlavice femuru či humeru) nebo nelze kloubní plochu anatomicky zrekonstruovat (zlomeniny distálního humeru, zlomeniny hlavičky rádia). Nejčastěji se aloplastika používá u intrakapsulárních zlomenin krčku femuru u starších pacientů. K dispozici je náhrada cervikokapitální (náhrada pouze hlavice femuru) nebo totální, kde je nahrazena i kloubní jamka. U zlomenin proximálního humeru se aloplastika používá mnohem méně, u zlomenin distálního humeru či hlavičky rádia vzácně. Důležitou součástí léčby, zejména nitrokloubních zlomenin, je rehabilitace. Bez správně prováděné rehabilitace nelze dosáhnout dobrého funkčního výsledku, i přes výborně provedenou operaci ( 11, 13).

### *1.3 Rehabilitace*

Název rehabilitace (neboli fyzioterapie) se skládá ze dvou latinských slov: *habilitis* (ohebnost, schopnost) a *re* (zpět, navrácení do nějakého stavu). Tento termín se používá prakticky od druhé světové války, kdy se rehabilitace stala samostatným medicínským oborem. Má vlastní síť zdravotnických zařízení se svým systémem vzdělávání. Hlavní z činností rehabilitačního oboru je navrácení ztracené funkce nemocného v oblasti duševní, tělesné, sociální a odborné, tedy návrat do normálního života. K jejím metodám patří fyzikální léčba, léčba prací, psychická a sociální, léčebná tělesná výchova a rehabilitační návaznost na protetiku. Prosazuje se v podstatě ve všech oborech medicíny. V chirurgii, traumatologii nebo ortopedii patří k neodmyslitelné složce léčby nemocného ( 16, 21).



### *1.3.1 Léčebná rehabilitace*

Léčebná rehabilitace patří do soustavy diagnostických, medicínských a terapeutických metod. Hodnotí poruchy orgánů a poruchy funkce organismu, které jsou nezbytně nutné pro život člověka. Specializuje své úsilí k tomu, aby získané nemoci, úrazy či vrozené vady byly v co nejkratší časové době odstraněny. K dosažení lepšího cíle je zapotřebí léčebná rehabilitační spolupráce se všemi členy zdravotnického personálu, kteří se podílejí na léčbě pacienta. Léčebná terapie se dělí do několika skupin (16).

*Kinezioterapie* je léčebná metoda, která působí současně vedle fyzikální, biologické, chirurgické a psychologické terapie či farmakoterapie. Během terapeutického dění je prioritou, aby pacient poznal sám sebe a mohl rozvíjet svoji osobnost. Při používání tohoto programu je vyžadován aktivní přístup pacienta (28).

*Fyzioterapie* je léčba fyzikálními prostředky a pohybová léčba. Patří sem tělesná výchova, léčebné hry, sporty a speciální metodiky. Součástí je i fyzikální terapie, která zahrnuje vodoléčbu, masáže, léčbu světlem či teplem, elektroléčbu a mechanoterapii (28).

*Ergoterapie* je psychologická a pohybová léčba pomocí cvičení, vybraných terapeutických činností a edukace. Je pokračováním fyzioterapie, přičemž jejím cílem je obnovit a zlepšit funkce pro využití v běžném životě, v dosažení maximální soběstačnosti v pracovním, sociálním a rodinném životě. Zahrnuje testování a hodnocení fyzikálních a mentálních schopností a soběstačnosti. Vybavuje pacienta kompenzačními pomůckami k dosažení maximální nezávislosti (28).

*Pracovní rehabilitace* se snaží především o navrácení pacienta postiženého nemocí nebo úrazem do povolání, které vykonával před úrazem. Není-li to možné, tak alespoň do původního povolání s částečným omezením činnosti. Pokud to není možné, je třeba provést přeškolení nebo zaškolení na jinou kvalifikovanou činnost (12).

*Pedagogická rehabilitace* se zaměřuje u postižených jedinců na získávání maximálně možného vzdělání, které uplatní pro svůj život a společenské postavení (12).

*Sociální rehabilitace* je zařazení postižených osob do důstojného a hodnotného společenského života. Tato péče se stará o občany, kteří jsou trvale nebo dočasně vyloučeni z příležitosti být výdělečně činní doma nebo o nemocné, u kterých je třeba ústavní péče a léčby ( 12).

### 1.3.2 Rehabilitační ošetřování

V komplexní zdravotnické péči, která je nemocným poskytována, hraje nezbytnou roli týmová spolupráce. Ošetřovatelství poskytuje odbornou péči při nemoci a při rekonvalescenci. Velmi těsně se dotýká fyzioterapeutické péče. Sestra využívá cviky, které se pacient naučil a zvládl a které potřebuje pro běžný život. Fyzioterapeut se poté stará o to, aby tyto cviky byly s pacientem neustále procvičovány a u pacienta zařazovány. Sestra není schopna nahradit rehabilitační pracovníci, ale pro pacienta s omezením pohybu může v běžné péči udělat mnoho. Výraz rehabilitační ošetřování utkvěl v paměti zdravotním sestřím na mnoha různých pracovištích. K naplnění tohoto významu však někdy nedochází a spolupráce většinou vázne. Aby došlo k úspěšnému splnění rehabilitačního ošetřovatelství, je nutná úzká spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem spolu s účelným rozdělením práce. Rehabilitační ošetřování se provádí na pracovištích, kde jsou hospitalizováni pacienti s vážným zdravotním postižením a poruchami hybnosti. *Pohyb* patří mezi základní činnosti člověka. Do skupiny základních pohybů řadíme sed, stoj, chůzi nebo změnu polohy. Při onemocnění či úrazu určí lékař u pacienta zátěž nebo míru pohyblivosti, kterou může vykonávat. Fyzioterapeut nacvičuje s pacientem pohyb a sestra provádí polohování. Snaha zdravotnického personálu je předejít komplikacím z imobility a udržovat soběstačnost nemocného a také zlepšit a obnovit jeho pohyb. Fyzioterapeut spolu se sestrou zapojují pacienta do posilování a nacvičují hybnost poraněné oblasti. Procvičují i partie těla, které jsou důležité pro následnou vertikalizaci nemocného. Jde hlavně o posílení svalů dolních a horních končetin pro následné používání kompenzačních pomůcek. *Imobilita* je stav, při kterém dochází důsledkem úrazu nebo nemoci k přechodné a někdy i trvalé ztrátě pohybových schopností. *Dočasná imobilita* je zvrtný stav, kdy po krátkodobém klidu na lůžku a standardní rehabilitaci nedojde k žádným, vážným změnám a trvalým následkům. *Trvalá imobilita* vzniká po úraze nebo vážném onemocnění a při

vrozených vadách. Závislost nemocného člověka je dána rozsahem postižení, kvalitou ošetrovatelské péče, rehabilitační péčí, věkem a konstitucí pacienta. Důležitou roli přitom hraje psychický stav pacienta a dostupnost kompenzačních pomůcek (18,33).

### *1.3.3 Polohování pacientů v traumatologii*

Na traumatologickém oddělení či JIP ( Jednatka intenzivní péče ) jsou převážně léčeni pacienti s úrazy skeletu. Jedná se většinou o pacienty, kteří jsou z plného zdraví upoutáni na lůžko vlivem úrazu. Do určité míry je omezena jejich soběstačnost a mobilita. I ta nejméně komplikovaná zlomenina horní končetiny omezí pacienta v běžných každodenních činnostech (osobní hygiena, příjem potravy aj.). U zlomeniny dolních končetin dojde k omezení pohybu z místa na místo, obtížnému přesunu do stoje či sedu a redukci pohybu na lůžku. S rehabilitací je nutno začít ihned po operaci, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje. Nutná je i konzultace s lékařem. Brzká pohybová aktivita je první předpoklad k navrácení tělesných funkcí, prevenci komplikací a znovuoobnovení soběstačnosti. Rehabilitace je důležitá pro zrychlení metabolismu, k aktivaci endokrinního systému a urychlení krevního oběhu. To vše má velký vliv na rychlost hojení tkání a na správnou funkci dalších orgánových systémů (trávení a vyměšování). Z tohoto důvodu je zapotřebí spolupráce s fyzioterapeutem. Fyzioterapeut má za úkol vybrat vhodný léčebný plán, který musí vyhovovat aktuálnímu stavu pacienta, jeho věku, schopnostem a přidruženým nemocem. Proto k prvním krokům správné rehabilitace patří polohování. V traumatologii se z velké části využívá polohování preventivní. Polohování postižené končetiny se odvíjí od typu fixace zlomeniny. Cílem polohování je i zmenšení bolesti, prevence dekubitů a zmírnění otoků. Obvykle ukládáme kloub do tzv. středního postavení. Někdy je nutné polohy střídat podle aktuálního stavu pacienta. Velmi specifické je polohování pacientů, u kterých došlo ke zlomenině obratlů bez neurologické léze. Tyto pacienti se polohují na rovném lůžku, nejprve v poloze na zádech, postupně se postižený otáčí na boky s nekompromisním dodržением zákazu kyfotizace páteře ( vyhrbení, kulatá záda). Vertikalizace nemocného je povolena až po několika týdnech, dle indikace lékaře, a to pokaždé s použitím fixačního korzetu a přísným zákazem sedu. Postižený nesmí sedět ani při ranní hygieně či při jídle. Při přesunu do stoje se musí vynechat fáze, kdy sedí.

Pacient se učí přetáčet na bok a spouštět dolní končetiny na podložku. S rovnými zády přechází ihned do stoje. V těchto situacích jsou denní konzultace sestry a fyzioterapeuta nezbytnou nutností (13,16,21).

#### *1.3.4 Polohovací pomůcky*

V dnešní době existuje velké množství typů polohovacích pomůcek, antidekubitárních podložek, ortéz a dalších speciálních prostředků. Pomůcky by měly mít vyměnitelné bavlněné potahy nebo by měly být vyrobeny z omyvatelného materiálu. Důležitou roli mají i polohovatelná lůžka, která usnadňují změny polohy, dále speciální lůžka sloužící např. k lepšímu přetočení pacienta na břicho (Strykerovo lůžko). K polohování imobilního pacienta používáme polštáře, nafukovací pomůcky (pneumatické dlahy, kola, válečky), molitanové přířezy (obdélníky, čtverce a klíny). Polštáře jsou vhodné k podložení ramen, krční páteře nebo pánve. K podložení dolních končetin se často používají molitanové přířezy. Pískové vaky jsou ohebné, aby přilnuly k povrchu těla, slouží např. ke stlačení místa vpichu. K podkládání kolen v poloze na zádech nebo v poloze na břiše se používají měkké válce. Pro korekční polohování kolenních a kyčelních kloubů se používají popruhy. Ortézy slouží k fixaci a stabilizaci správného držení těla. Využívají se v oblasti hrudníku, páteře, kolena a hlezna. Ortézy trupové slouží k fixaci, odlehčení i korekci špatného držení těla. Nákrčníky používáme k fixaci krční páteře (Schanzův límec, Rosického ortéza a Philadelphia límec). Ortézy pro dolní končetiny slouží při konzervativní léčbě úrazů nebo pro doléčení po operacích a stále častěji nahrazují sádrové dlahy. Nejčastěji jsou používány ortézy kolenního kloubu. K usnadnění pohybu na lůžku se používá hrazdička, která je vyrobena z plastu a za pomoci popruhu se zavěšuje na kovový rám u lůžka. Pacient ji používá k nazvednutí, přitažení a k rehabilitaci. Žebříček a uzdička jsou pomůcky, které se v dnešní době příliš nepoužívají. Nastavitelné panely uložené v lůžku se dají ovládat mechanicky či elektronicky a mají pro komfort pacienta velký význam. Desková zarážka a bednička se umísťují do spodní oblasti lůžka. Používají se u pacientů, kteří mají být ve zvýšené poloze, aby nesklouzávali do spodní části lůžka. Jako pomůcku k zabezpečení nemocných na lůžku používáme postranice, které chrání před pádem. Popruhy a ochranné vesty, které zamezují pohyb horních končetin, se používají u velmi neklidných

pacientů, a to pouze v krajních případech, pokud pacient ohrožuje svým chováním sebe nebo své okolí. Použití těchto prostředků indikuje lékař. Vše se musí zaznamenat do dokumentace, kde je datum, čas zahájení a ukončení omezovacích prostředků a důvod použití (5,6,31).

### *1.3.5 Pomůcky k nácviku soběstačnosti*

Každé onemocnění či úraz z velké míry ovlivní celkový stav pacienta. Závislost na pomoci druhé osoby způsobuje omezení společenského postavení, ale i osobní život. K nácviku soběstačnosti se využívá i technických pomůcek. Stupeň samostatnosti je ovlivněn rozsahem a závažností postižení, psychickým stavem pacienta a jeho vnímavostí. V neposlední řadě záleží na kvalitách ošetřujícího personálu, na rodině a na úpravě prostředí. Nácvik osobní hygieny, jídla, oblékání, mobility a komunikačních schopností je důležitý úsek společné spolupráce fyzioterapeuta a sestry. Všechny činnosti musí pacient umět využít a použít v denním režimu. Ergoterapeut doporučuje technické i kompenzační pomůcky a učí je pacienta používat. Kompenzační pomůcky slouží k usnadnění a obnovení funkčních schopností. Podle postižení jsou určeny pro tělesně, sluchově, zrakově, ale i mentálně postižené. Pro sestru je důležité znát použití pomůcek u tělesně postižených. Tyto pomůcky usnadňují a zvyšují stupeň nezávislosti. Pomůcky sloužící k přesunu a lokomoci jsou opatřeny gumovými násadci a pro zimní období jsou doporučeny protiskluzové násadce. K dispozici máme různé druhy berlí (podpažní berle, kanadské či francouzské) a vycházkové hole. Berle spadají do skupiny rehabilitačních prostředků, mají opěrnou funkci a chůze s nimi poskytuje stabilizaci svalstva paží a trupu. Hole rozdělujeme na jednobodové a vícebodové, které jsou poskytovány jedincům s vyšším stupněm poruchy mobility. Pacientům zajišťují větší míru stability. V každém pořadí onemocnění je zapotřebí spolupráce s rehabilitační pracovníci, kdy je nutno dohodnout denní režim. Rehabilitační program by neměl narušovat další terapeutický postup. Důležitá je vzájemná informovanost o stavu pacienta. Ošetřující lékař musí pro veškerou činnost dát souhlas (5,31).

#### *1.4 Spolupráce*

Týmová spolupráce je úsilí několika osob, které se spojují, aby dosáhli společného cíle. Každý z členů týmu je jedinec, který má své vlastní názory, své zkušenosti a svůj pohled na svět. Vytvořit tedy kvalitní a dobře komunikující tým je velmi složitý proces. K dosažení výborného výsledku při spolupráci v týmu vede dlouhá cesta. Mezi členy často dochází k různým rozporům a konfliktům, které se následně negativně projevují při snaze úspěšně zvládnout cíl. Vzájemná důvěra, jistota a otevřený způsob komunikace vede k dosažení pozitivního výsledku. Sdílená radost z dobře vykonané práce motivuje k další spolupráci a plnění nových požadovaných výkonů .

##### *1.4.1 Multidisciplinární tým*

Důležitým činitelem pro vznik klidného prostředí pro nemocného člověka je pouto vztahů, které vytváří oporu důvěry a bezpečí. Pro vytvoření tohoto seskupení je zapotřebí vynaložit velkou obětavost a námahu, jejichž cílem je uspokojení klientů. Tato spolupráce má v různých zemích odlišný charakter. Členy týmu tvoří lékař, sestra, dietoterapeut, fyzioterapeut, sestra specialista, edukační sestra, sociální pracovník a sestra z domácí péče, ale může jít i o policisty, členy bezpečnostní agentury nebo zaměstnance záchranné služby. Každý z nich má své kompetence a svůj postup při řešení intervencí v ošetrovatelském procesu. Členové týmu se pravidelně scházejí s nemocným, aby hodnotili kroky navrhovaného ošetrovatelského procesu. Nemocný by měl mít možnost navržený postup péče akceptovat a odsouhlasit. Spolupráce umožňuje jednotnou komunikaci i dokumentaci nemocného při hodnocení ošetrovatelské péče. Takto je možné u nemocného výrazně zlepšit ošetrovatelskou péči, ale hlavně i snížit ekonomické ukazatele. K dosažení nejlepších výsledků v péči o nemocného dosáhne tým tehdy, pokud pracuje kolektivně a především v souladu s cíli, které jsou stanoveny pro každého nemocného individuálně. Sestra hraje v péči o nemocné důležitou a nezastupitelnou roli. Tato péče se odehrává jak v nemocničním zařízení či hospicích, tak v domácím ošetrování. Ošetrovatelská péče je zaměřena na uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb (10, 14, 17).

#### *1.4.2 Role sestry*

Tento termín obnáší postavení a chování člověka ve společnosti. Role sestry prochází neustálým složitým vývojem. Povolání všeobecné sestry je jedno z mála, u kterého došlo v tak krátkém časovém období k mnoha změnám. Dnešní doba přináší nové požadavky na odborné dovednosti a znalosti. Každá ze sester by měla být specialistkou ve svém oboru, protože ne všechny mají totožnou náplň práce. Jejich činnosti se přitom velice podobají, navzájem se prolínají a vytvářejí komplexní složení fyzicky a psychicky náročné profese. Sestra je osobou, která svým profesionálním chováním nikdy nezastává pouze jednu roli. Ona je jedním z členů týmu, který pomáhá pacientům, ale i jejich rodinám udržovat fyzický, sociální či mentální potenciál v prostředí, ve kterém pracují a žijí. Je autorkou komunikace, rozhodování nebo vedoucí komunity či manažerkou. Uspokojuje potřeby pacienta a komunit. Sestry mají daleko větší kompetence, což velmi ovlivňuje vztah s jejich nadřízenými, kteří jsou především lékaři. Role sestry a především vztahy v multidisciplinárním týmu se stávají v posledních letech středem zvýšeného zájmu (2, 22, 26, 32).

#### *1.4.3 Vztah sestry a lékař*

Existuje řada faktorů, které mohou ovlivnit vztah mezi lékařem a sestrou. Vzhledem k tomu, že všeobecné sestry získávají vyšší vzdělání i vyšší kompetence při poskytování ošetrovatelské péče, dochází k velké změně společenského postavení u sestry i lékaře. Vztah sestry a lékaře hraje při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče důležitou roli. V současné době se zdá, že lékaři mírně ztrácejí, vzhledem k vysokoškolskému vzdělání sester, část svého dominantního postavení, což ne každý lékař hodnotí kladně. Proto také může docházet mezi lékařem a sestrou k napětí až konfliktním situacím, které pramení z nervozity a přepracovanosti lékařů. Jejich vztah je ovlivněn řadou činitelů, jako je komplikovaná instituční stavba nemocnic nebo to, že profesi sester vykonávají právě ženy. Kladné vztahy mohou ovlivnit i jiní zdravotničtí pracovníci, kteří mohou mít při vzájemné spolupráci jiný náhled a odlišné požadavky. Ani samotný pacient není výjimkou, i on může jejich vzájemné vztahy ovlivnit. Sestra, která je pacientovi nablízku téměř 12 hodin z pracovní doby, je vystavena zátěži v podobě odpovědnosti za zdraví a život lidí, kdy pacient prožívá akutní či chronickou

nemoc a to často i v terminálním stádiu života. Sestry jsou pracovně přetížené a nesou si s sebou při vykonávání ošetrovatelské péče každodenní zátěž jak fyzickou, tak psychickou. Vzhledem k nedostatku a přetíženosti zdravotnického personálu dochází též ke střetu a nespokojenosti obou členů týmu. Nepřátelské prostředí mezi sestrou a lékařem odvádí soustředěnost od jejich společného cíle, kterým je kvalitní péče a úspěšné uzdravení pacienta. Tato spolupráce vyžaduje stálou pozornost a soustředěnost. Velmi důležité pro tuto profesi je, aby si sestra i lékař uvědomili, že se jeden bez druhého nemohou obejít. Proto by se měli snažit o spolupráci a negativním konfliktům se vyhýbat (1, 3, 8, 30).

#### *1.4.4 Vztah sestra a fyzioterapeut*

Velmi důležitou aktivitou sestry v péči o pacienta nebo postiženého člověka je spolupráce s fyzioterapeutem. I on dochází denně na standardní oddělení, aby v rehabilitačním procesu prováděl u nemocného speciální fyzioterapeutické metodiky. Sestra celý rehabilitační program doplňuje kompletní ošetrovatelskou péčí o nemocného. Jejím cílem je podporovat nemocného a pomáhat mu v sebepéči a k návratu samostatnosti při aktivitách v běžném životě. Podmínkou dobré spolupráce je vzájemná informovanost a dostatečné komunikační schopnosti. Nevyhnutelná je dohoda o předávání informací týkajících se denního režimu a stavu a pohybové aktivity nemocného. Ošetrovatelský plán sestry a program fyzioterapeuta musejí být ve společném souladu, vzájemné časové návaznosti, která směřuje k společnému cíli a prospěchu nemocného. Ke společným intervencím v péči o nemocného, kde se jejich záměry prolínají a doplňují, spadá polohování, kdy dává fyzioterapeut sestře informace o vhodných polohách, jejich délce a poskytuje pomůcky vhodné k vytváření poloh. Sestra provádí netečné pohyby při manipulaci s imobilním pacientem v rámci hygienické péče a fyzioterapeut provádí pasivní cvičení, speciální metodiky, které vedou u pacienta k obnovení ztracených funkcí. Dále informuje sestru o celkovém stavu při vykonávání rehabilitace. Fyzioterapeut i sestra edukují rodinu a poskytují informace o životosprávě a denních pohybových aktivitách. Fyzioterapeut doplňuje informace o provedení správné rehabilitace a doporučuje kompenzační pomůcky vhodné pro pobyt



v domácím prostředí. Úzká spolupráce obou členů týmu a rodiny vede při léčbě nemocného k dosažení úspěchu (26, 32).

### *1.5 Pracovní prostředí*

Pracovní prostředí patří k nejdůležitějším faktorům, které mohou ovlivnit vztahy a kompletní atmosféru na pracovišti. Toto prostředí je bráno jako synonymum pracovních podmínek, které má velký vliv na mezilidské vztahy. Spokojený člověk málokdy vyhledává vznik konfliktů, na rozdíl od člověka, který je neustále nespokojený a v stresu. Docílení pozitivní atmosféry na pracovišti vede ke spokojenosti všech spolupracovníků. Úsilí musejí vyvíjet nejen pracovníci, ale i management. Společně se musejí snažit o vytvoření kladného pracovního prostředí, které spočívá především v uspokojování požadavků zaměstnanců. Spokojený a vyrovnaný člověk umí konfliktní situace řešit daleko efektivněji. K docílení určité sociální a psychické pohody jsou zapotřebí prvky zvané Kristensenův model psychické a sociální pohody. Jedním z okruhů tohoto modelu jsou pracovní požadavky. Ty mají odpovídat schopnostem pracovníka tak, aby nebyl vystavován stresu. V takovém prostředí má převládat jistota a podpora ze strany nadřízených, ale i kolegů, přičemž zaměstnanci mají být motivováni a podporováni k dalšímu vzdělávání. Spokojení zaměstnanci mohou vykonávat svoji profesi kvalitněji a efektivněji. Zdravotní pracovníci jsou vystaveni neustálému stresu a psychické a fyzické zátěži, a tyto faktory mají velký vliv na pracovní vztahy a kvalitu odvedené práce, která má vést k blahobytu a úspěšnému uzdravení nemocného (3, 10, 25).

#### *1.5.1 Konfliktní situace*

Všude tam, kde spolu pracují lidé, se vyskytují konflikty. Je to jedna z příčin problémové komunikace a často je brána jako stresující a negativní. Je nevyhnutelnou součástí lidského života i patří k interpersonálním sociálním vztahům. Mnoho konfliktů naopak slouží k vyřešení problémů nebo alespoň vede k otevření diskuse o nich. Pro zaměstnance, kteří jsou na pracovišti odkázáni na sebe, tvoří konflikty pevnou součástí standardního pracovního dne. Odlišné názory a zájmy však nejsou často vlastním problémem. Jde spíše o to, jak se ke konfliktu přihlíží. On sám je determinován různými

činiteli, a to zájmy jednotlivých osob, jejich fyzickým či psychickým stavem, komunikačními dovednostmi a temperamentovými vlastnostmi. Velkou roli vymežujícího vzniku a následné řešení konfliktu je jeho příčina. V pracovním kolektivu může být hned několik příčin konfliktů. Každý rozpor je jiný, ale přesto má většina z nich společné vlastnosti. Ohnisko vzniku je nejčastěji neslučitelnost potřeb, hodnot a cílů. Konflikt v pracovním kolektivu, ale nevzniká náhle a bez varování. Nejčastěji mu předcházejí různé varovné signály, a je dobré pokud jsou rozpoznány. Umožní pak zainteresovaným jedincům určitým střetům předejít, anebo se na ně alespoň připravit. Konflikty mezi lidmi se budou objevovat neustále, protože každý člověk má jiné představy, snahy a očekávání. Je nutné říci, že u zdravotníků, kteří jsou na sebe vzájemně odkázáni, jsou konfliktní situace běžnou součástí pracovního dne. Nejčastější neshody vznikají z nedostatečné komunikace a špatného přístupu sester a lékařů k sobě navzájem. Při výkonu této profese je základním předpokladem spolupráce, která vyžaduje neustálé vzdělávání a vyhledávání nových poznatků v medicíně a ošetrovatelství a které je nutné integrovat do péče o pacienty (3, 9, 24).

### *1.5.2 Řešení konfliktů*

Výsledné konfliktní situace mají své předpisy. V prvním období by měly mít obě strany možnost podrobně rozebrat problém ze svého hlediska. Tak jak problém sami vnímají, jak na ně působí v porovnání se stanoviskem druhé strany. Jaká jsou fakta a argumenty z aspektu každého z nich, přičemž by neměly být dedukovány závěry. Ve druhé fázi by mělo dojít ke společnému posouzení situace a k chápání odlišnosti ve vnímání. Je třeba pozorně naslouchat a poskytovat druhým zpětnou vazbu. V konfliktních situacích zastávají pocity důležité místo, a obě strany by si je měly sdělit. Pokud dojde u účastníků ke shodě, je důležité si upřesnit názorovou a postojovou shodu. Pokud ke shodě nedojde, je nutné hledat řešení problému nebo přistoupit k ústupkům, a to na obou stranách. Jednou z dalších fází je zaměřit se na přání a potřeby každého člena týmu, a tím směrem hledat způsoby jak dojít ke kompromisu. Kompromisy jsou nezbytnou součástí řešení konfliktních situací. Do poslední fáze bychom zařadili zhodnocení daného řešení a pokud dojde ke kladnému vyřešení situace, budou spokojeni oba členové týmu. Aby nedošlo k situaci, že bude konflikt přetrvávat

ve skryté podobě, můžeme tuto fázi ještě zopakovat nebo i přehodnotit. Konfliktní situace nelze řešit, jestliže má někdo ze zúčastněných v takovýchto situacích zalíbení. Vždy je nezbytně nutné brát v úvahu charakterové vlastnosti jednotlivců. Konfliktní situaci není jednoduché řešit ani s příliš dominantním člověkem, protože taková osoba nerada od svých názorů a postojů ustupuje. Totéž platí pro egoisty nebo výbušné lidi, kteří jednájí impulzivně a bez rozvahy. Zdravotničtí pracovníci, kteří jsou na sebe při vykonávání své profese navzájem odkázáni, se s konfliktními situacemi setkávají při každodenní spolupráci. Žádný vývoj se neobejde bez konfliktů a ne vždy musí konflikt znamenat nepříjemný zážitek. Kladné vztahy mezi sestrou a lékařem zaručují ve zdravotnickém týmu harmonickou spolupráci. Proto je důležité se konfliktů vyvarovat a pokud k nim už dojde, naučit se vzniklé konflikty řešit efektivně a bezodkladně (9, 14, 17, 20).

### *1.5.3 Následky konfliktů*

Následky špatných vztahů a častých konfliktů spadají do souboru fyzických a psychických potíží, které se čas od času zhoršují a mohou způsobit dokonce fluktuaci pracovníků, což znamená velký pohyb pracovních sil. Kvalifikovaní pracovníci odcházejí anebo dochází k časté obměně, která znamená fluktuaci nežádoucí. Následkem toho může dojít ke snížení kvality poskytované péče jak medicínské, tak i ošetrovatelské. Ne všichni však odcházejí nespokojeni nebo frustrovaní. Člověk, který má pocit, že se nemůže dostatečně realizovat nebo uplatňovat své dovednosti a znalosti, který není v pracovním kolektivu na pracovišti spokojen, je ochoten podstoupit změnu. To je však spojováno s dalšími faktory, jako je např. možnost získat novou pracovní příležitost. Změna může přijít náhle nebo nečekaně, ale i naopak může dojít k fázi dlouhého rozhodování a velkých příprav na odchod. Někdy může být odchod pracovníka z práce iniciován i ze strany nadřízeného, zvláště pokud podřízený své úkoly a požadavky, které organizace po něm požaduje, neplní. V této fázi hovoříme o fluktuaci nedobrovolné. Sklon k fluktuaci je nepřímou úměrou kvalitě pozitivních vztahů mezi všemi spolupracovníky, kteří v týmu pracují. Pokud je jejich spolupráce hodnocena kladně a při řešení konfliktů se dostávají pozitivní výsledky, pak není nutné hovořit o fluktuaci tak často (3, 30, 32).

### *1.6 Kompetence všeobecné sestry*

Všeobecná sestra vykonává svoji profesi podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., ze dne 14. března 2011, která se zabývá činností zdravotnických pracovníků. Sestra vykonává svoji profesi podle § 3 odstavce 1 a dále pracuje bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra vyhodnocuje potřeby a soběstačnost pacientů, projevy jejich onemocnění a rizikové faktory. Sleduje fyziologické funkce, puls, dech, elektrokardiogram, tělesnou teplotu a krevní tlak. Pozoruje, hodnotí a také zaznamenává do dokumentace celkový stav pacienta. U dětí zajišťuje herní aktivity. Provádí odběr biologického materiálu, který získává neinvazivní cestou. Zajišťuje průchodnost dýchacích cest a odsávání sekretů z horních cest dýchacích. Ošetřuje a hodnotí celistvost kůže, centrální a žilní vstupy a pečuje o stomii. Společně s fyzioterapeutem a ergoterapeutem provádí rehabilitační ošetřování. Polohuje a posazuje pacienty, provádí dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci. Zvyšuje u pacienta soběstačnost a provádí s ním nácvik sebeobsluhy. Důkladně edukuje o všech činnostech prováděných u pacienta. Psychicky podporuje umírající včetně jejich rodiny a pečuje o zemřelé tělo. Přejímá, kontroluje, ukládá a zajišťuje dostatečnou zásobu léčivých přípravků, dle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů, včetně návykových látek dle zákona č. 167/ 1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů, kontroluje jejich expiraci a ukládá je. Přejímá a kontroluje zdravotnické prostředky dle zákona č. 123/2000 Sb., ukládá je a zajišťuje jejich dezinfekci a sterilizaci a také manipuluje s prádlem. Všeobecná sestra může bez odborného dohledu vykonávat na základě indikace lékaře činnosti při poskytování diagnostické, preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přípravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům. Podává léčivé přípravky s výjimkou injekcí či infuzí u novorozenců a dětí do 3 let. Poskytuje kyslíkovou terapii. Provádí screeningové vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické. Ošetřuje akutní a operační rány a pečuje o drény. U žen a dívek nad 10 let

provádí katetrizaci močového měchýře a pečuje o močové katetry. Dle potřeby provádí výplachy močového měchýře. Pečuje o tracheostomickou kanylu, zavádí nozogastrickou sondu i u pacientů starších 10 let a podává výživu do sondy. U pacientů při vědomí provádí výplach žaludku. Všeobecná sestra může pod odborným dohledem lékaře nitrožilně aplikovat krevní deriváty dle zákona č. 378/2007 Sb., asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků dle zákona č. 378/2007 Sb., ve znění zákona č. 296/2008 Sb. Bez odborného dohledu může na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu transfuze a může ji také ukončit (34, 35).

#### *1.6.1 Kompetence fyzioterapeuta*

Fyzioterapeut vykonává činnost dle § 3 odstavce 1 a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu v souladu s diagnózou lékaře případně v souladu s doporučeným postupem lékaře, na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace fyzioterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle, který určí lékař. Provádí vyšetření, která jsou potřebná pro stanovení dalších postupů ve fyzioterapii. Zjišťuje anamnézu, vyšetřuje pohybový systém, jednotlivé tělesné segmenty, dechové funkce, a to zejména pomocí manuálních postupů. Provádí kineziologické vyšetření, diagnostiku bolestivých a spoušťových bodů, algeziologické vyšetření, škálové hodnocení spasticky a dalších neurologických projevů. Analyzuje běžné denní aktivity. Vzhledem ke stavu pacienta vykonává cílené ergometrické vyšetření. Stanovuje na základě fyzioterapeutické diagnózy individuální krátkodobý a dlouhodobý fyzioterapeutický plán se znalostí patofyziologie onemocnění, vad či poruch. Provádí interpretaci a korekci funkčních poruch pohybového systému, zejména poruch postury, lokomoce, hybnosti, fyzioterapeutickými a reedukačními metodami. Dle stavu pacienta doporučuje kompenzační pomůcky. Aplikuje fyzikální terapii a balneologické procedury. Vyhodnocuje efekt fyzioterapeutické péče. Fyzioterapeut může bez odborného dohledu a bez indikace lékaře provádět prevenci, edukaci a poradenství. Školí zdravotnické pracovníky způsobilé poskytovat ošetrovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství. Doporučuje ergonomické úpravy bydliště a pracoviště u pacientů s poruchou pohybového systému. Přejímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky dle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách souvisejících zákonů ve znění

pozdějších předpisů. Kontroluje, přejímá a ukládá zdravotnické prostředky dle zákona č. 123/2000 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Manipuluje s prádlem a zajišťuje jeho dezinfekci a sterilizaci a také jeho dostatečnou zásobu. Na základě indikace bez odborného dohledu lékaře může provádět specializované diagnostické postupy pro vyšetření pohybového systému. Vykonává vyšetření pomocí přístrojů např. pozitronovou elektromyografií či posturografií. U pacientů, u nichž je reálné riziko selhání životních funkcí, aplikuje fyzioterapeutické postupy (34, 35).

## **2. CÍLE A HYPOTÉZY**

### *2.1 CÍLE PRÁCE*

Cíl 1: Zjistit, zda se sestry na traumatologii zapojují do rehabilitační péče.

Cíl 2: Zjistit, jaká je vzájemná spolupráce sester a fyzioterapeutů na traumatologii.

Cíl 3: Zjistit, zda fyzioterapeuti poskytují informace o rehabilitačních postupech sestrám na traumatologii.

### *2.2 HYPOTÉZY*

Hypotéza 1: Sestry na traumatologii se zapojují do rehabilitační péče.

Hypotéza 2: Sestry a fyzioterapeuti na traumatologii vzájemně spolupracují.

Hypotéza 3: Fyzioterapeuti poskytují informace o rehabilitačních postupech sestrám na traumatologii.

### **3. METODIKA**

#### *3.1 METODIKA*

K dosažení cílů bakalářské práce na téma Spolupráce sester a fyzioterapeuta v traumatologii byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo provedeno dotazníkovou metodou. Ke sběru dat byl použit anonymní dotazník, který byl určen pro všeobecné sestry a fyzioterapeuty pracující na traumatologickém oddělení.

Dotazníky obsahovaly 24 uzavřených otázek, které byly stejné jak pro všeobecné sestry, tak pro fyzioterapeuty. Byly zaměřené na identifikační údaje, otázky týkající se vzájemné spolupráce, zapojování sester do rehabilitační péče v traumatologii a předávání informací týkajících se rehabilitačních postupů v traumatologii (viz příloha 1 a 2).

#### *3.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR*

Výzkum byl proveden ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, tvořily ho všeobecné sestry pracující na traumatologické klinice a fyzioterapeuti pracující na rehabilitačním oddělení traumatologické kliniky. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu 2012.

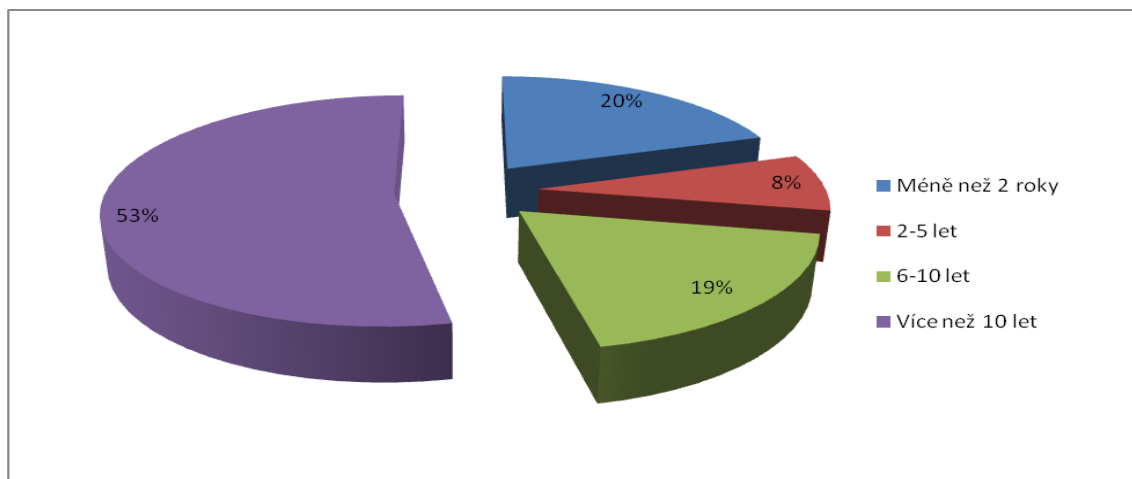
Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků na 5 stanicích traumatologické kliniky, návratnost byla 75 dotazníků (83,3 %) a 15 dotazníků na rehabilitačním oddělení, pracující pro traumatologickou kliniku, kde byla návratnost 11 dotazníků (73,3 %). Výsledky byly vyhotoveny popisnou statistikou pomocí grafů Microsoft Office Excel.



## 4. VÝSLEDKY

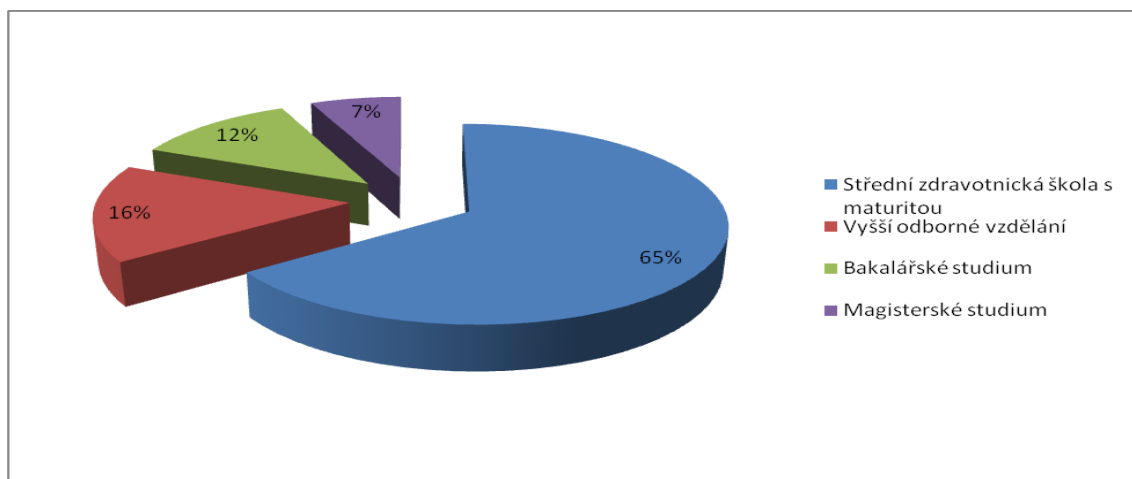
### 4.1 Vyhodnocení výsledků – všeobecné sestry

**Graf 1 Délka praxe respondentů**



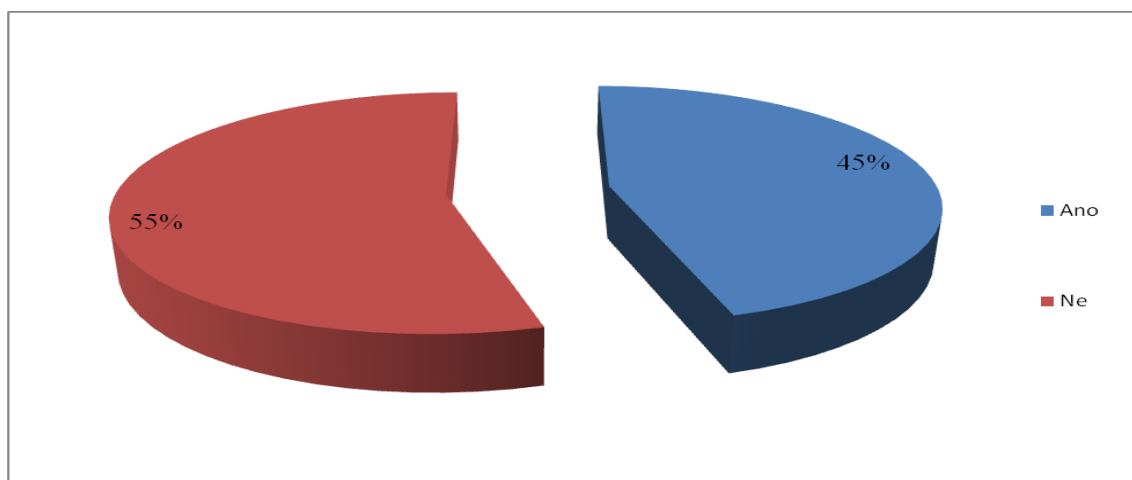
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů má praxi na traumatologickém oddělení více než 10 let 40 sester (53 %), 14 sester (19 %) má praxi 6–10 let, 15 (20 %) sester má praxi 2–5 let a 6 (8 %) sester pracuje na oddělení méně než 2 roky.

**Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**



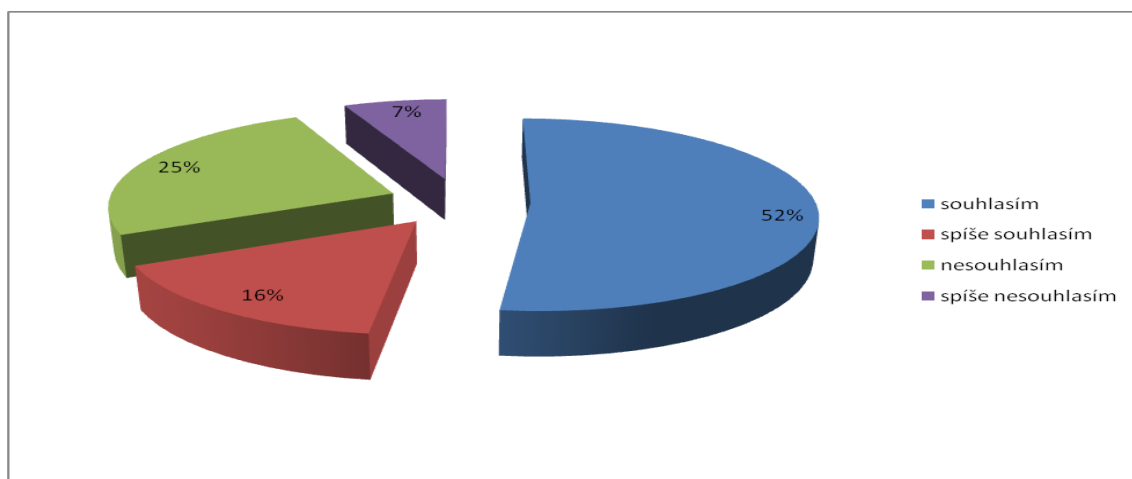
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů má 49 (65 %) vzdělání na střední zdravotnické škole s maturitou, 12 (16%) sester má vyšší odborné vzdělání, 9 sester (12 %) má bakalářské vzdělání a 5 (7 %) sester absolvovalo magisterské studium.

**Graf 3 Specializace respondentů v oboru**



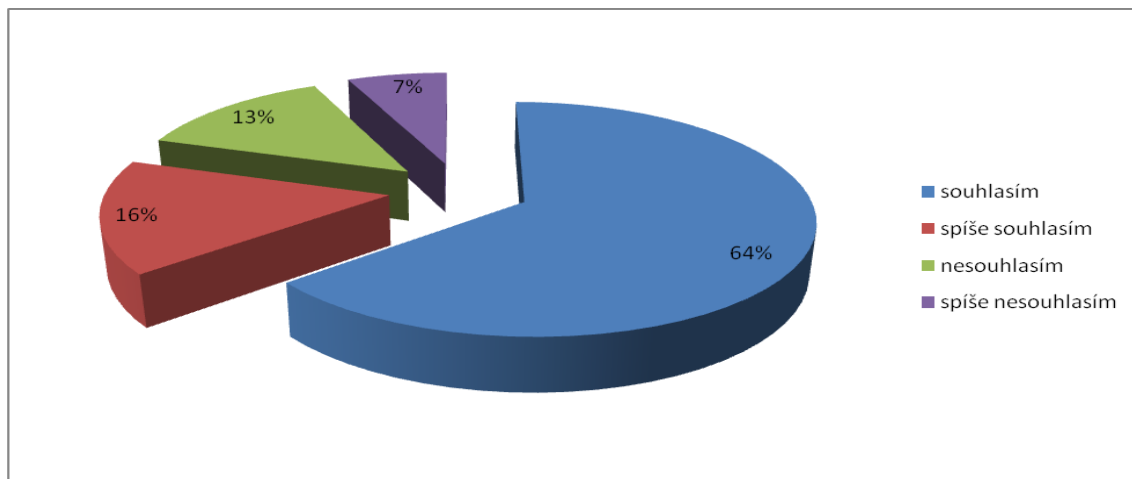
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 34 (45 %) sester ano a 41(55 %) sester ne .

**Graf 4 Zapojení respondentů do fyzioterapeutické péče**



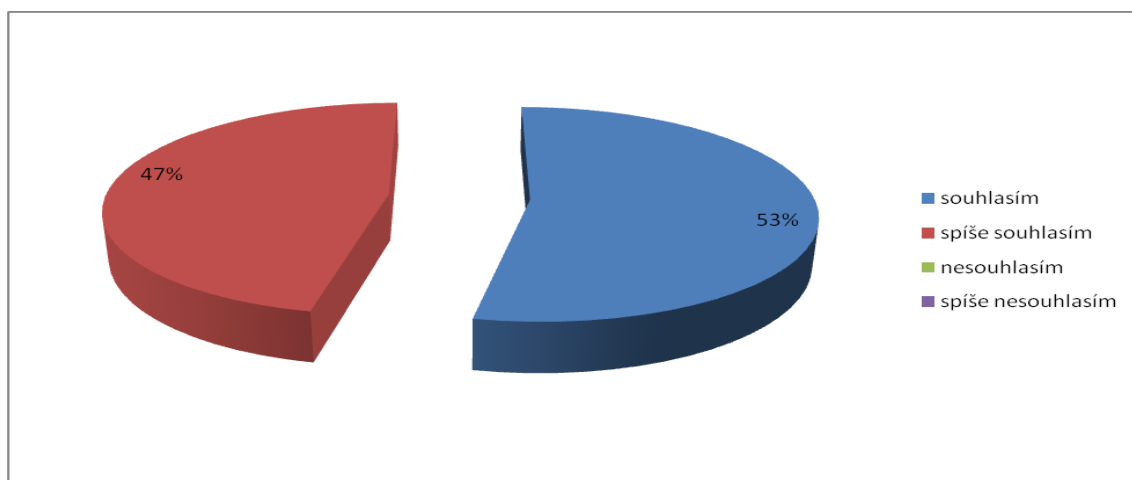
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 39 (52 %) sester souhlasím, spíše souhlasím odpovědělo 12 (16 %) sester, nesouhlasím 19 (25 %) sester a 5 (7 %) sester spíše souhlasí.

**Graf 5 Komunikace s fyzioterapeutem o rehabilitačních postupech**



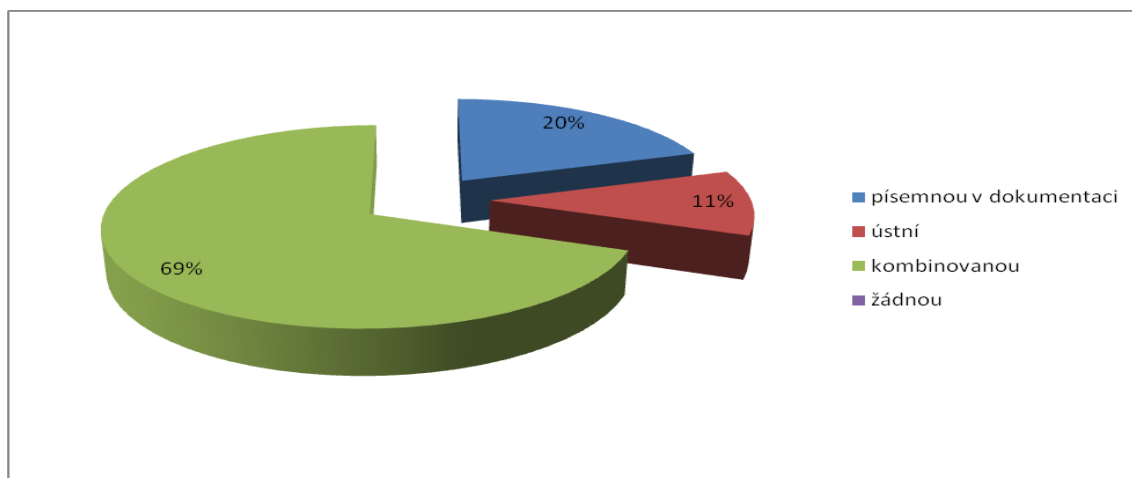
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 48 (64 %) sester souhlasím, 12 (16 %) sester odpovědělo spíše souhlasím, 10 (13 %) nesouhlasím a 5 (7 %) spíše nesouhlasím.

**Graf 6 Předávání informací o pokrocích pacienta během rehabilitace**



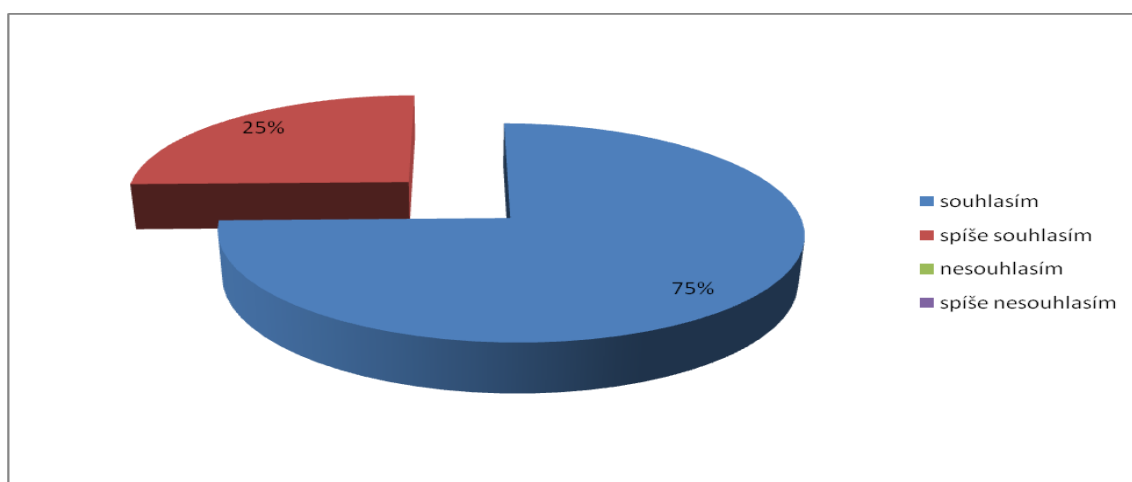
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 40 (53 %) sester souhlasím a 35 (47 %) sester spíše souhlasím.

**Graf 7 Forma předávání informací**



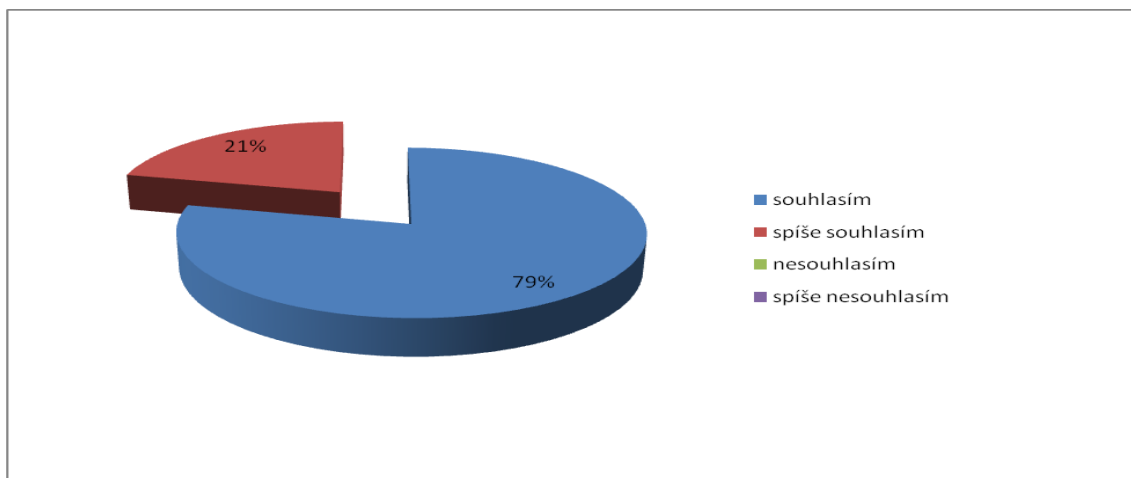
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 52 (69 %) dotazovaných sester, že si předávají informace písemnou formou v dokumentaci, 11 (20 %) sester písemnou formou a ústní formou 8 (11 %) sester.

**Graf 8 Sestra předává informace o stavu pacienta před rehabilitací**



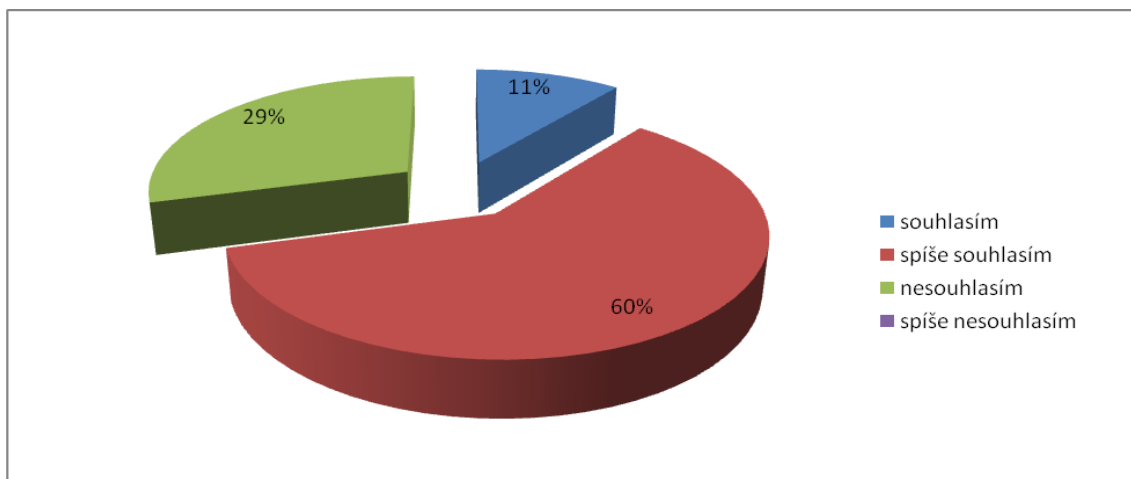
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 56 (75 %) sester souhlasím a 19 (25 %) spíše souhlasím.

**Graf 9 Předávání informace o bolesti během fyzioterapeutické péče**



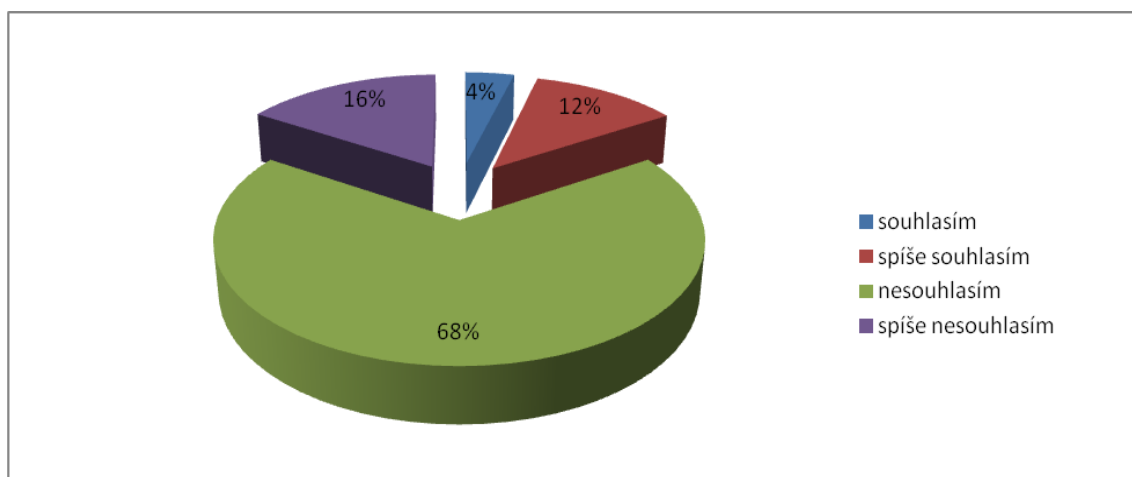
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo souhlasím 59 (79 %) sester a spíše souhlasím 16 (21 %) sester.

**Graf 10 Fyzioterapeut ukazuje sestře cviky**



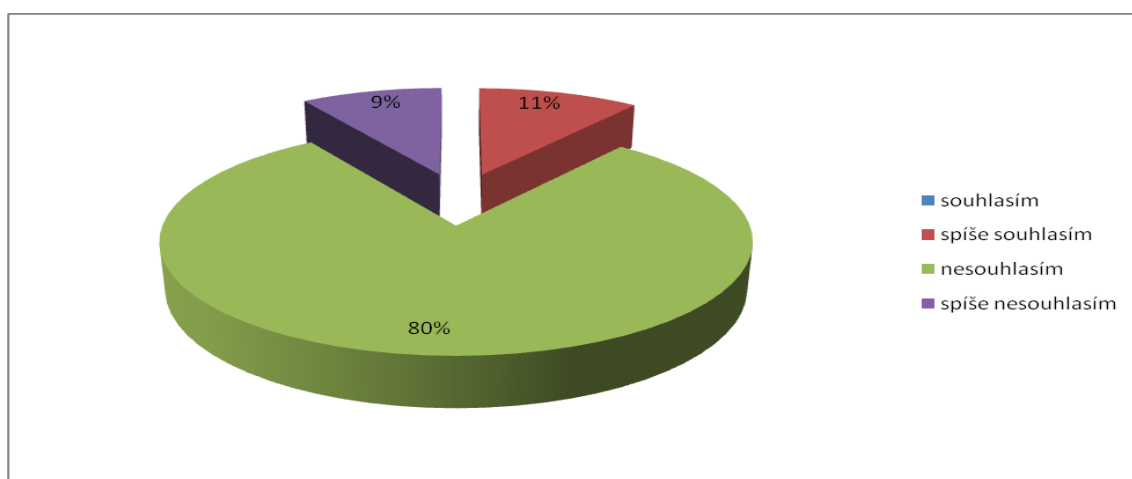
Z celkového počtu 75 (100%) dotazovaných respondentů odpovědělo souhlasím 8 (11 %) sester, spíše souhlasím 45 (60 %) sester a nesouhlasím 22 (29 %) sester.

**Graf 11 Seznámení s novými trendy ve fyzioterapii**



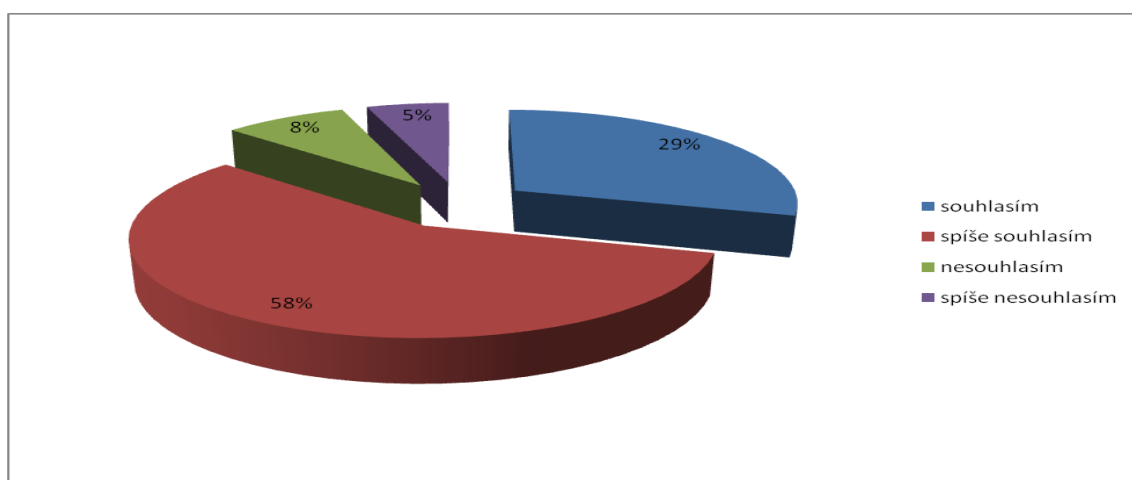
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 51 (68 %) sester nesouhlasím, 12 (16 %) sester spíše nesouhlasím, 9 (12 %) sester odpovědělo spíše souhlasím a 3 (4 %) sester souhlasím.

**Graf 12 Povyšování fyzioterapeutů nad profesí všeobecné sestry**



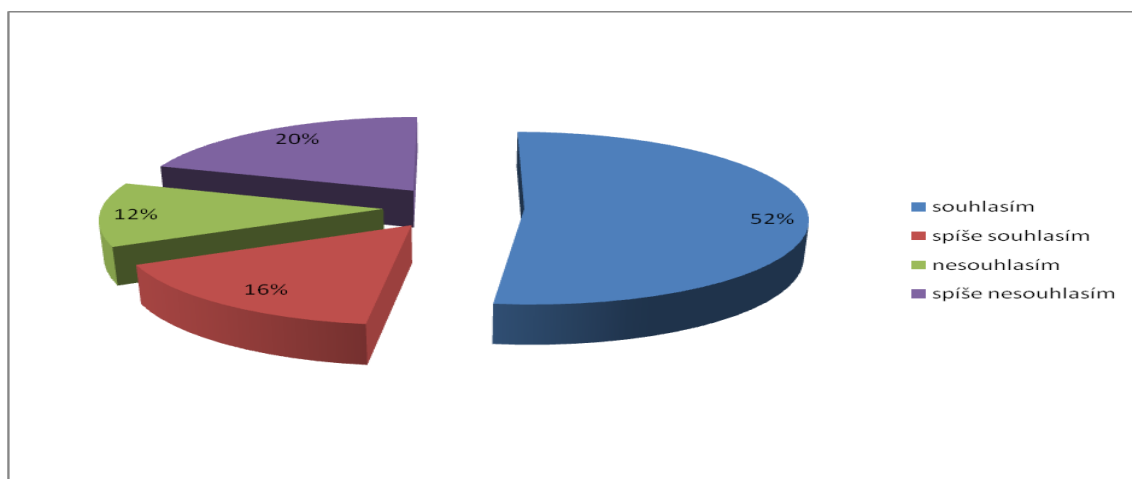
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 60 (80 %) sester nesouhlasím, 7 (9 %) sester spíše nesouhlasím a 8 (11 %) sester odpovědělo spíše souhlasím.

**Graf 13 Domluva respondentů na vertikalizaci pacienta**



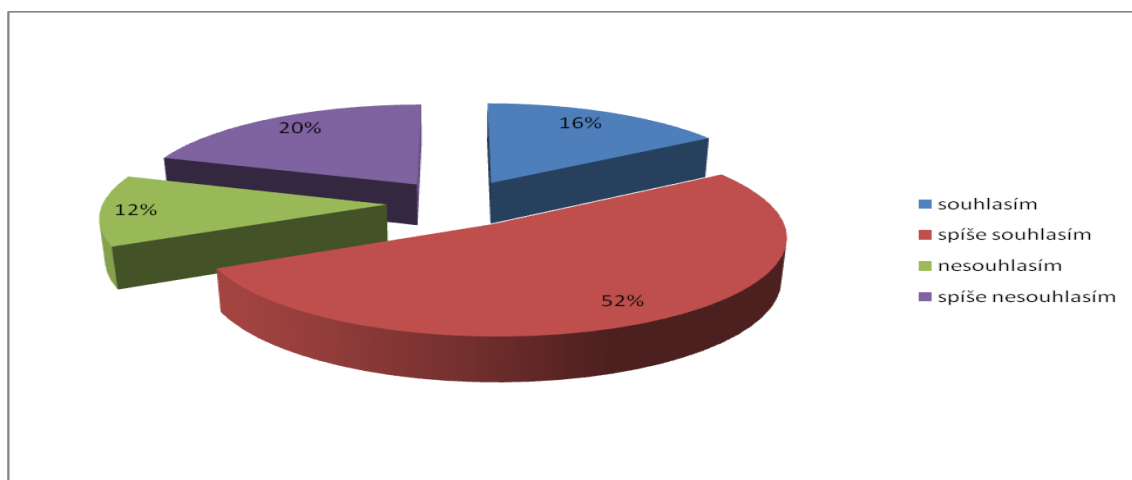
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 43 (58 %) sester spíše souhlasím, 22 (29 %) sester souhlasím, nesouhlasím odpovědělo 6 (8 %) sester a spíše nesouhlasím 4 (5 %) sester.

**Graf 14 Přítomnost sester na pokoji pacienta během fyzioterapeutické péče**



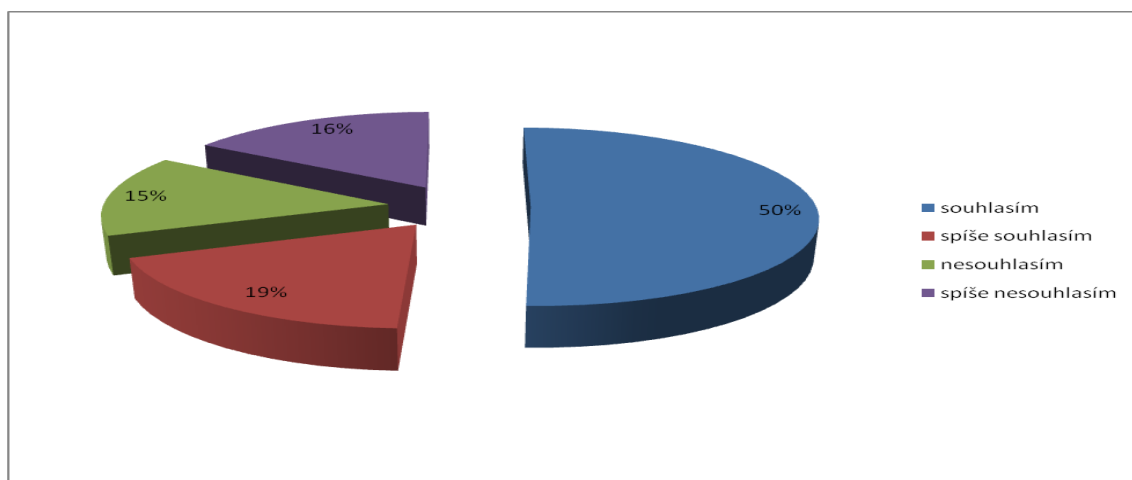
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo 39 (52 %) sester souhlasím, 12 (16 %) sester spíše souhlasím, 9 (12 %) sester nesouhlasím a 15 (20 %) sester spíše nesouhlasím.

**Graf 15** Aktivní zapojování respondentů do rehabilitace



Z celkového počtu 75 (100%) respondentů odpovědělo spíše souhlasím 39 (52 %) sester. Souhlasím odpovědělo 12 (16 %) sester, nesouhlasím 9 (12 %) sester a spíše nesouhlasím 15 (20 %) sester.

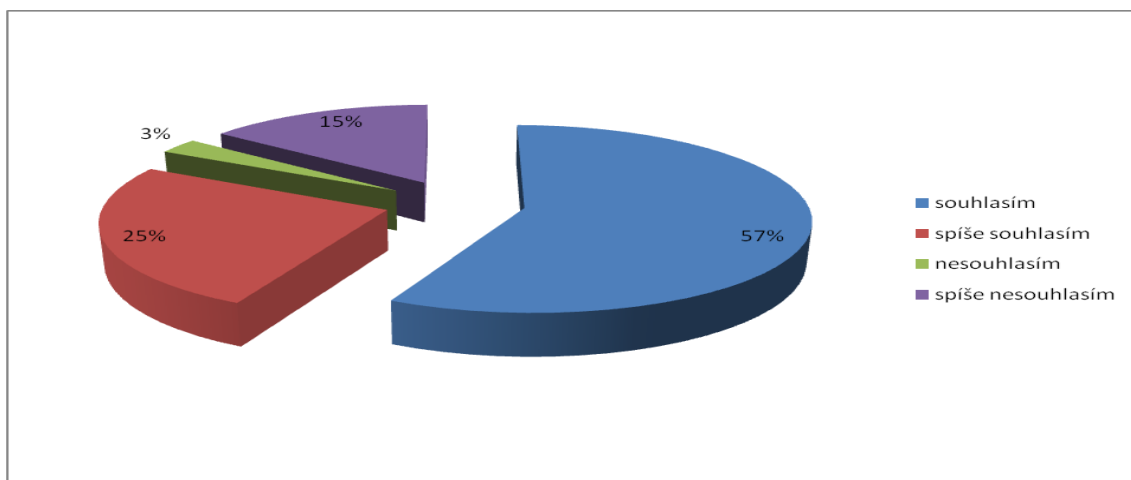
**Graf 16** Fyzioterapeut ocení aktivní zájem sestry při rehabilitaci



Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů odpovědělo 38 (50 %) sester souhlasím, 14 (19 %) sester spíše souhlasím, 11 (15 %) sester nesouhlasím a 12 (16 %) sester odpovědělo spíše nesouhlasím.

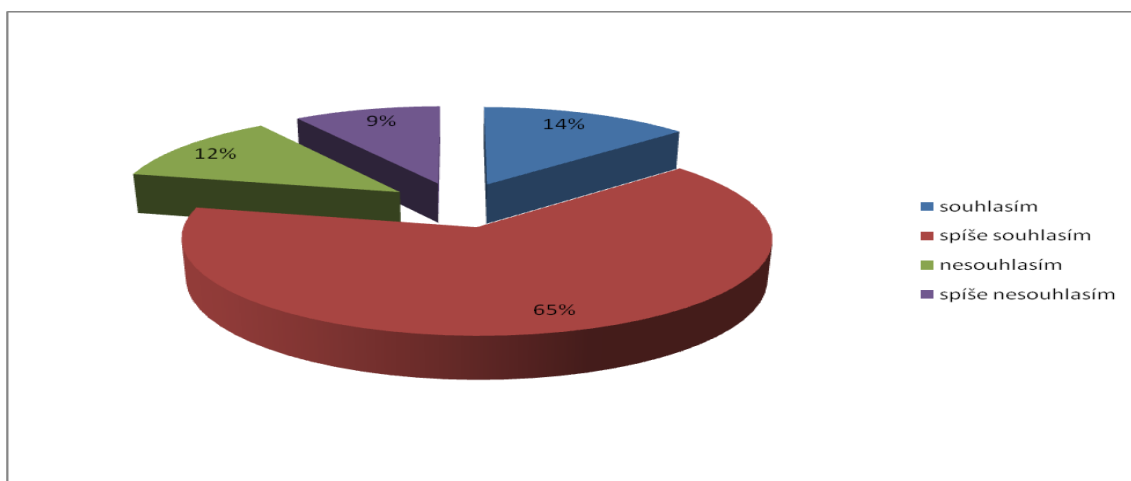


**Graf 17 Zájem respondentů o průběhu rehabilitace**



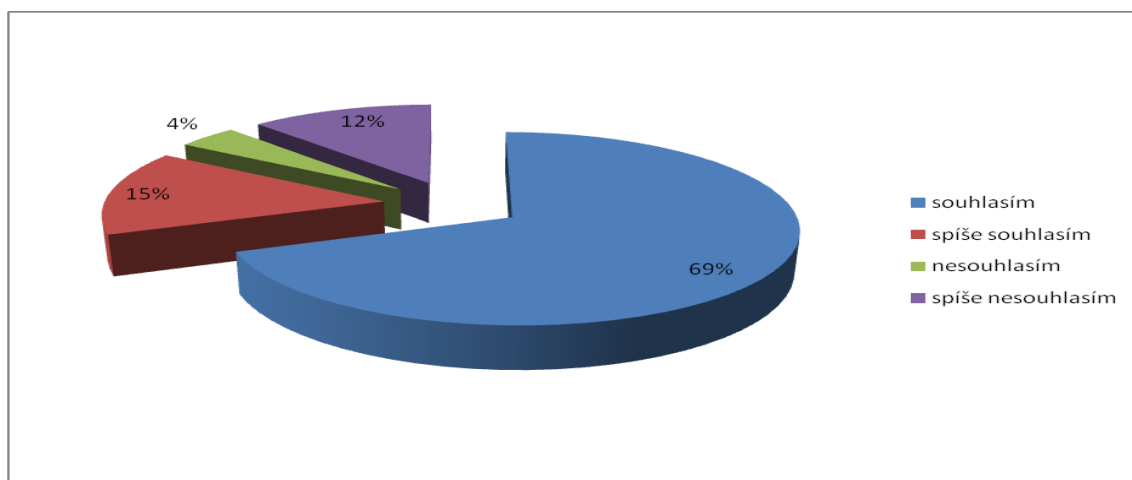
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů 43 (57 %) sester odpovědělo souhlasím, 19 (25 %) sester spíše souhlasím, 2 (3 %) nesouhlasím a 11 (15 %) sester odpovědělo spíše nesouhlasím.

**Graf 18 Zájem respondentů o rehabilitační postupy**



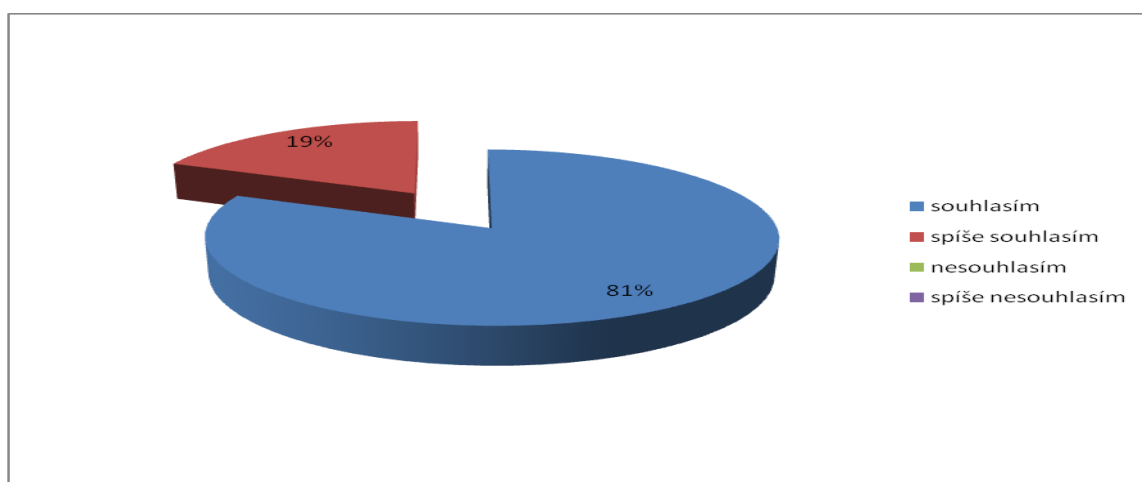
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů odpovědělo 10 (14 %) sester souhlasím, 48 (65 %) sester spíše souhlasím, nesouhlasím 9 (12 %) sester a spíše nesouhlasím 7 (9 %) sester.

**Graf 19 Fyzioterapeut vysvětlí sestře rehabilitační postupy**



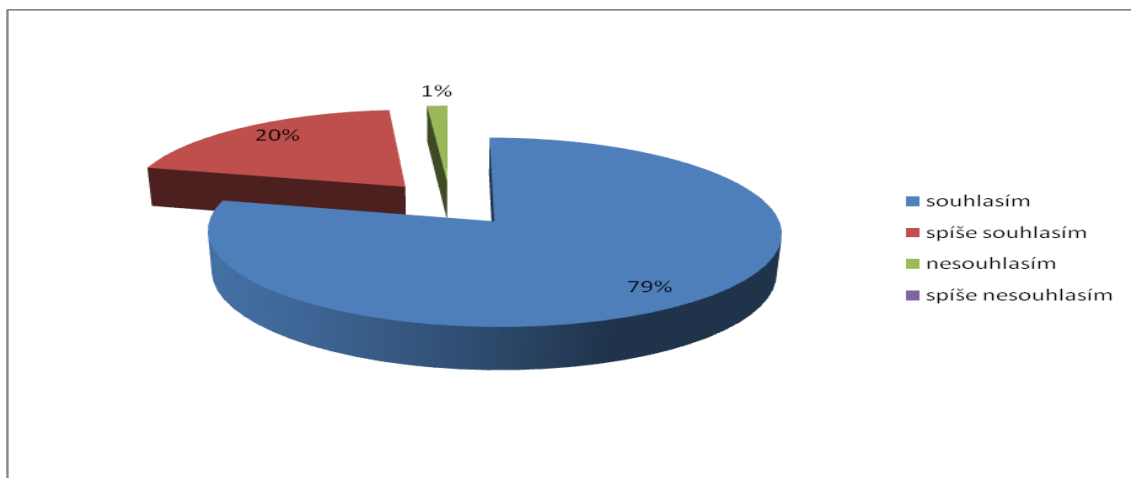
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů odpovědělo 52 (69 %) sester souhlasím, 11 (15 %) sester spíše souhlasím, 3 (4 %) sester nesouhlasím a 9 (12 %) sester spíše nesouhlasím.

**Graf 20 Respondenti znají pomůcky k rehabilitační péči**



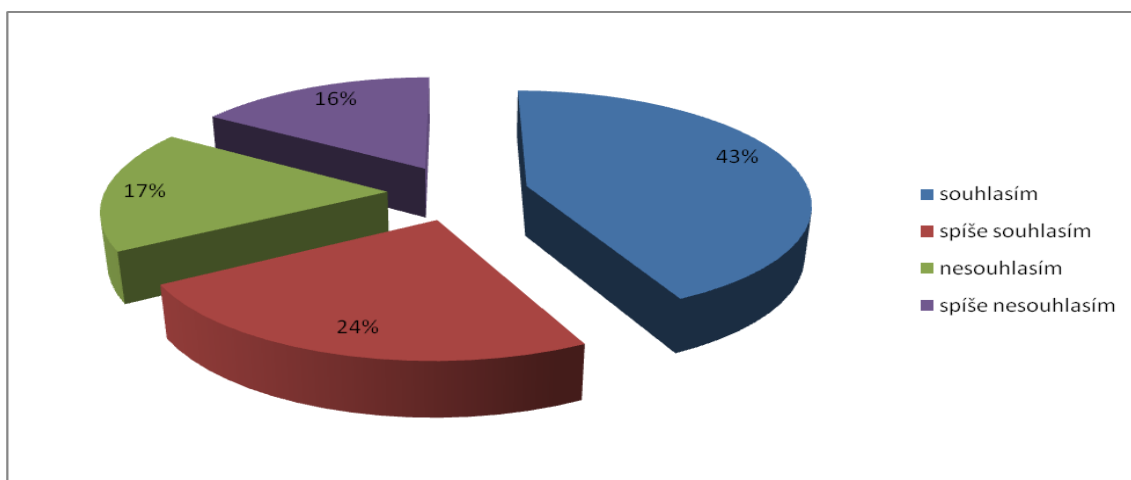
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů 61 (81 %) sester odpovědělo souhlasím, 14 (19 %) sester odpovědělo spíše souhlasím.

**Graf 21 Fyzioterapeut dává sestře radu , jak správně polohovat**



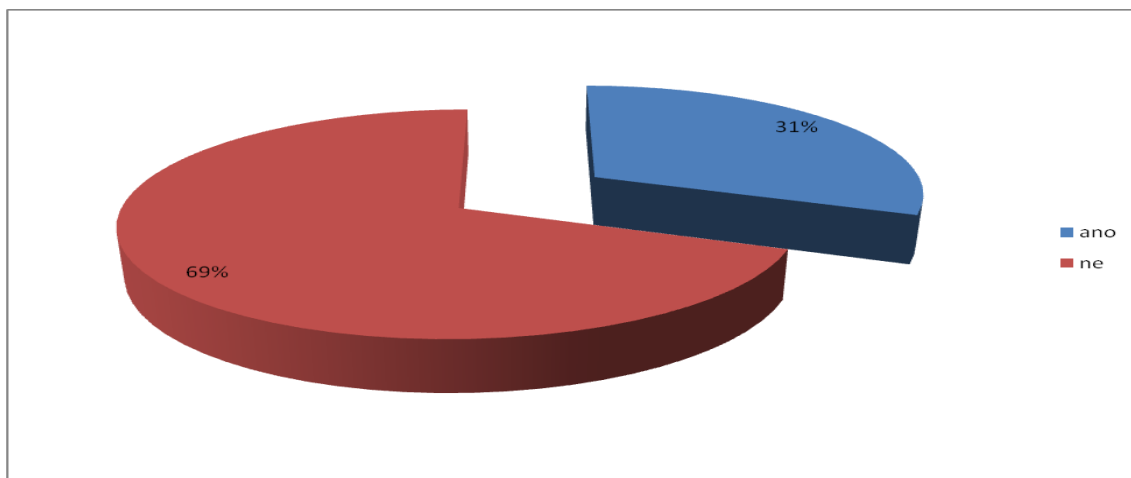
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů odpovědělo 59 (79 %) sester souhlasím, spíše souhlasím odpovědělo 15 (20 %) dotazovaných sester a nesouhlasím 1 (1 %) sester.

**Graf 22 Respondenti navštěvují semináře v traumatologii**



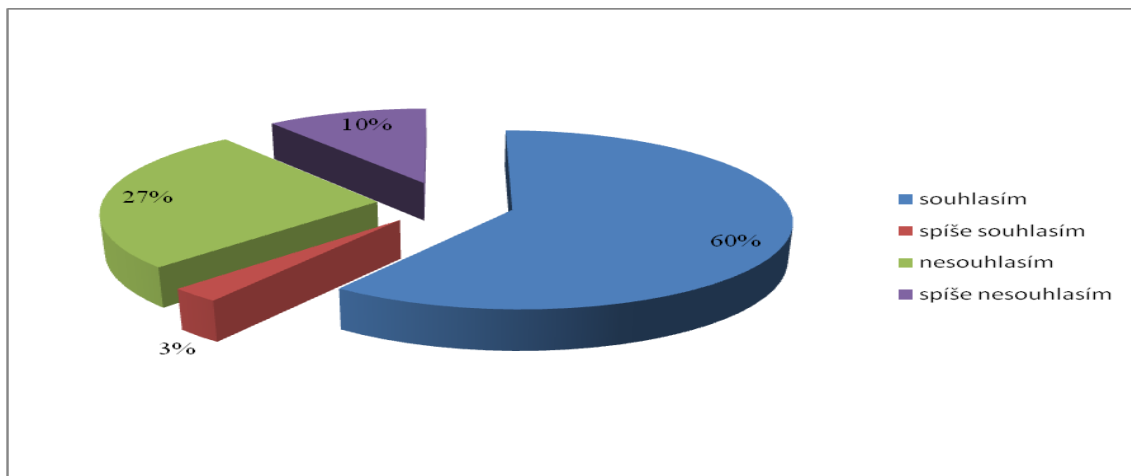
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů souhlasím odpovědělo 32 (43 %) sester, spíše souhlasím 18 (24 %) sester, nesouhlasím odpovědělo 13 (17 %) sester a spíše nesouhlasím 12 (16 %) dotazovaných sester.

**Graf 23 Přednášky motivují sestry k rehabilitaci bez fyzioterapeuta**



Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů odpovědělo ano 23 (31%) sester a 52 (69 %) dotazovaných sester odpovědělo ne.

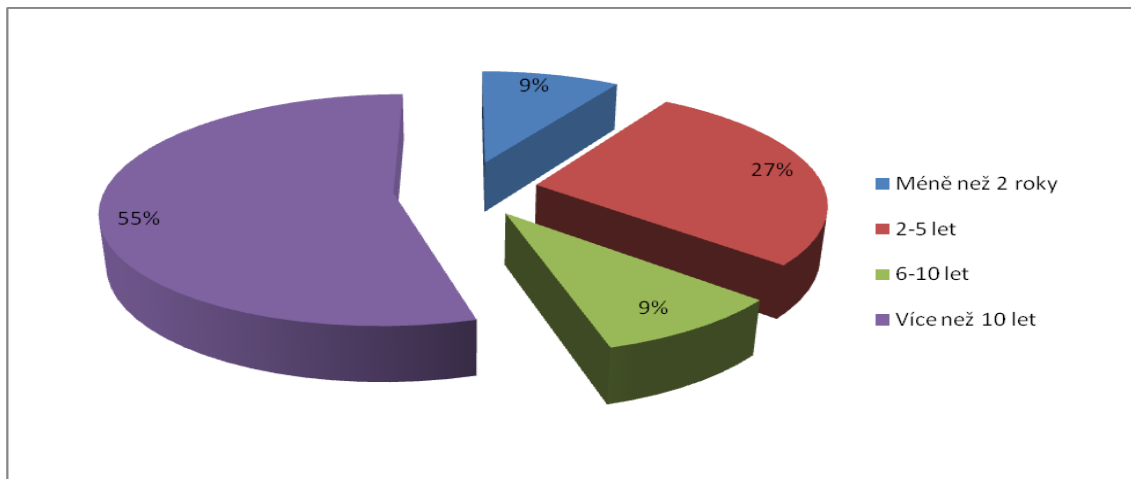
**Graf 24 Fyzioterapeut provádí rehabilitaci sám**



Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů, 45 (60 %) sester odpovědělo souhlasím, 2 (3 %) sester spíše souhlasím, 20 (27 %) sester odpovědělo nesouhlasím a 8 (10 %) sester spíše nesouhlasím.

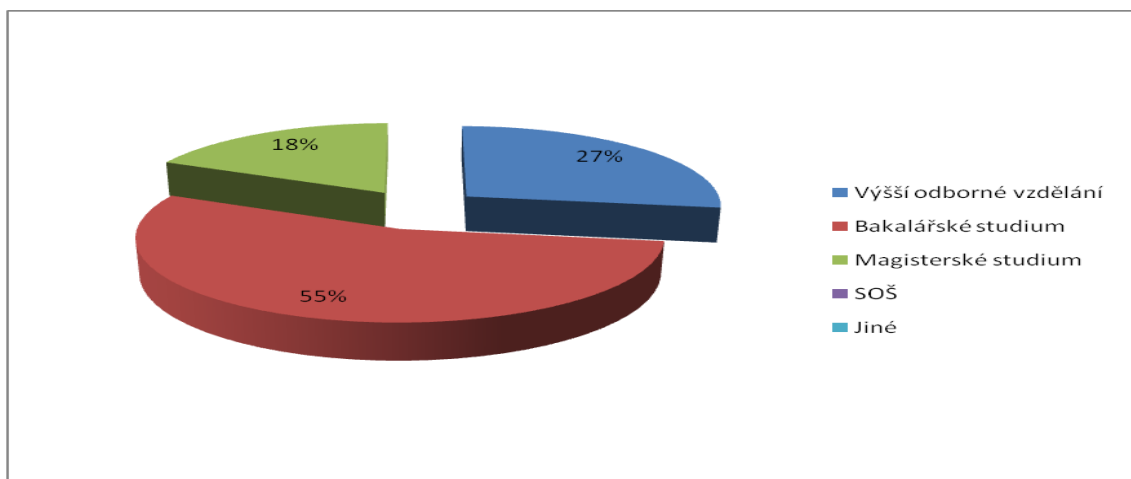
#### 4.2 Vyhodnocení výsledků - fyzioterapeuti

**Graf 1 Délka praxe respondentů**



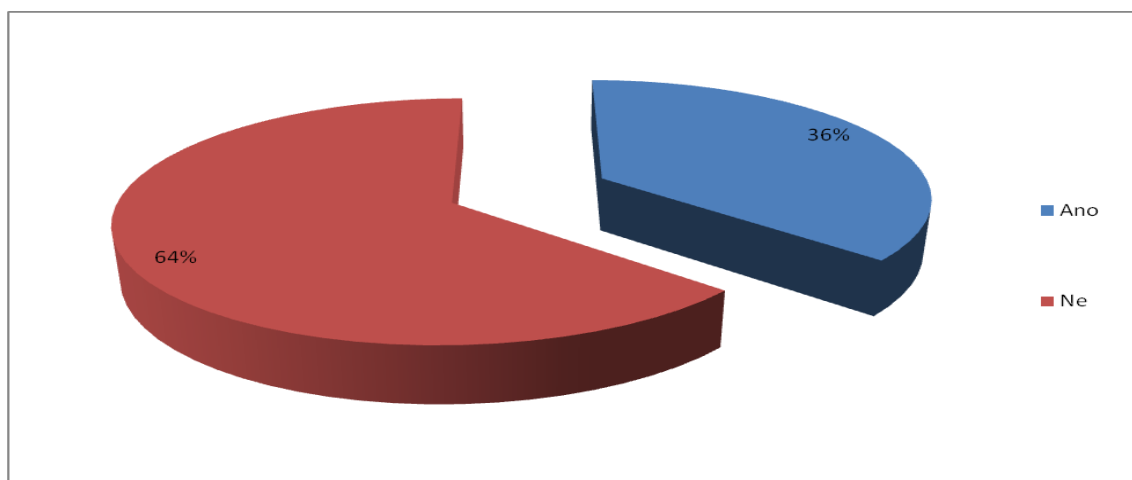
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo, že 6 (55 %) fyzioterapeutů pracuje na oddělení více než 10 let, 3 (27 %) fyzioterapeutů 2–5 let, 1 (9 %) fyzioterapeut méně než 2 roky a 1 (9 %) fyzioterapeuta pracuje na oddělení 6–10 let.

**Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**



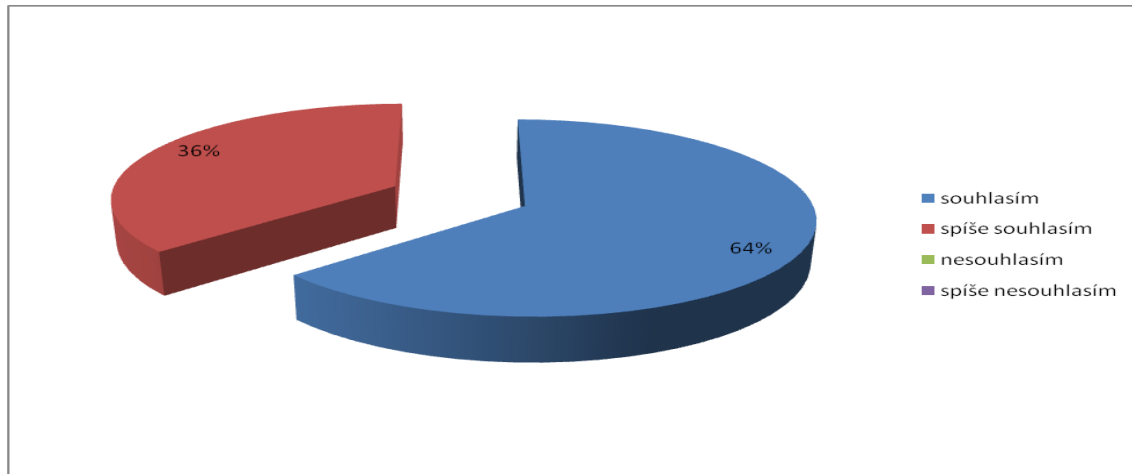
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo, že 6 (55 %) fyzioterapeutů má bakalářské studium, 3 (27 %) fyzioterapeutů má vyšší odborné vzdělání a 2 (18 %) fyzioterapeutů má magisterské studium.

**Graf 3 Specializace respondentů v oboru**



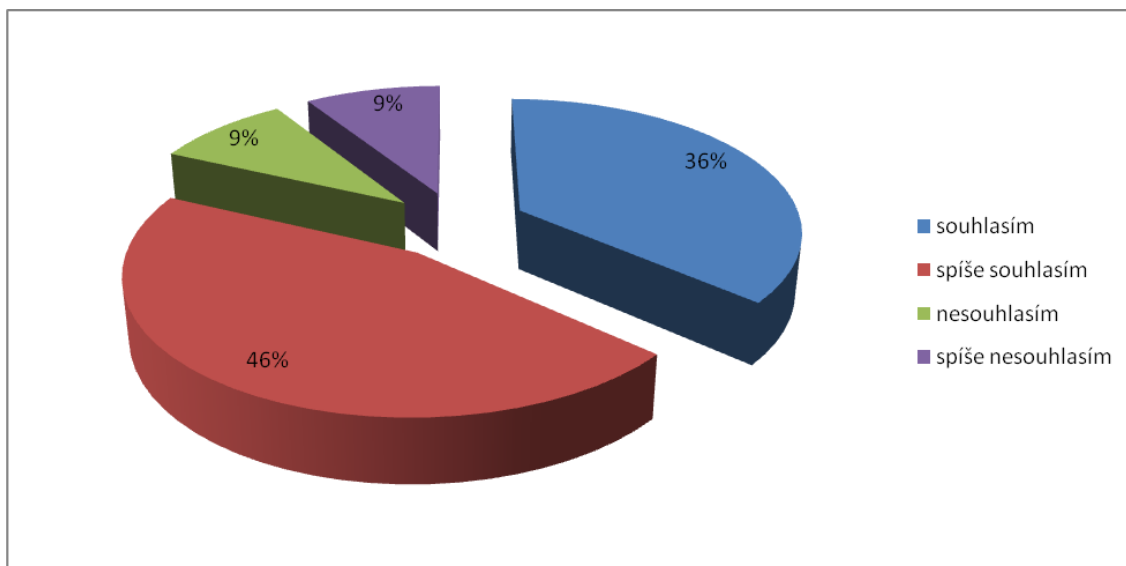
Z celkového počtu 11 (100%) respondentů odpovědělo ano 4 (36 %) fyzioterapeutů a 7 (64 %) odpovědělo ne.

**Graf 4 Respondenti zapojují sestru do fyzioterapeutické péče**



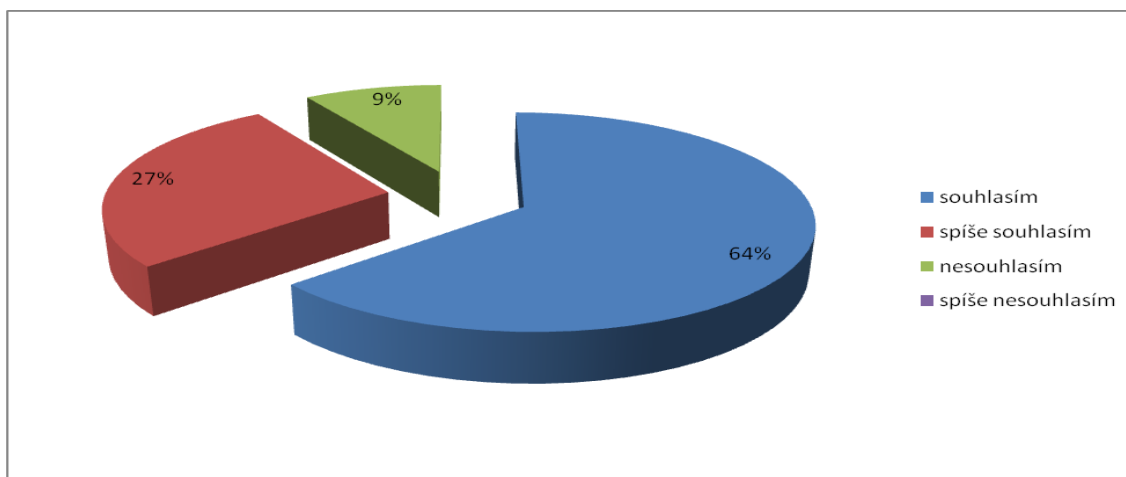
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo 7 (64 %) fyzioterapeutů souhlasím a 4 (36 %) fyzioterapeutů spíše souhlasím.

**Graf 5 Komunikace respondentů se sestrami o rehabilitačních postupech**



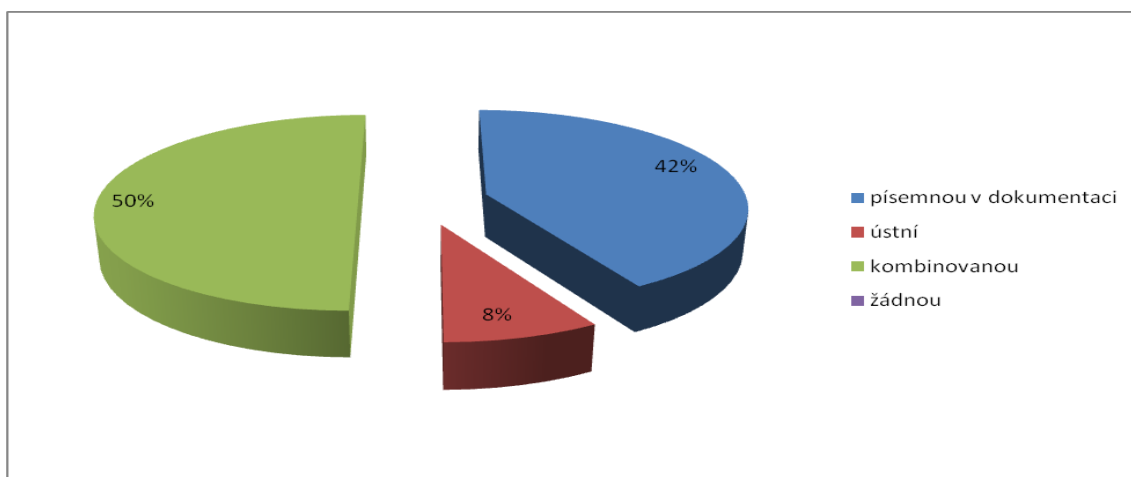
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo 4 (36 %) fyzioterapeutů souhlasím, 5 (46 %) fyzioterapeutů spíše souhlasím, 1 (9 %) fyzioterapeutů nesouhlasím a 1 (9 %) fyzioterapeutů spíše nesouhlasím.

**Graf 6 Respondenti informují sestry o pokrocích pacienta**



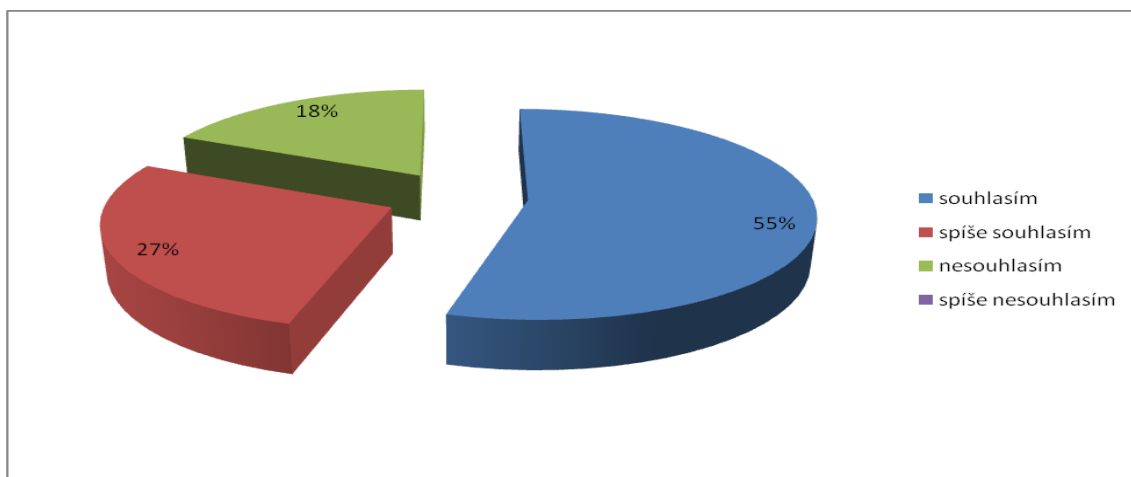
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo 7 (64 %) fyzioterapeutů souhlasím, 3 (27 %) fyzioterapeutů spíše souhlasím a 1 (9 %) fyzioterapeutů odpovědělo nesouhlasím.

**Graf 7 Forma předávání informací**



Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů 5 (42 %) fyzioterapeutů odpovědělo písennou formou v dokumentaci, 1 (8%) fyzioterapeutů si předává informace ústně a 6 (50 %) fyzioterapeutů si informace předává kombinovanou formou.

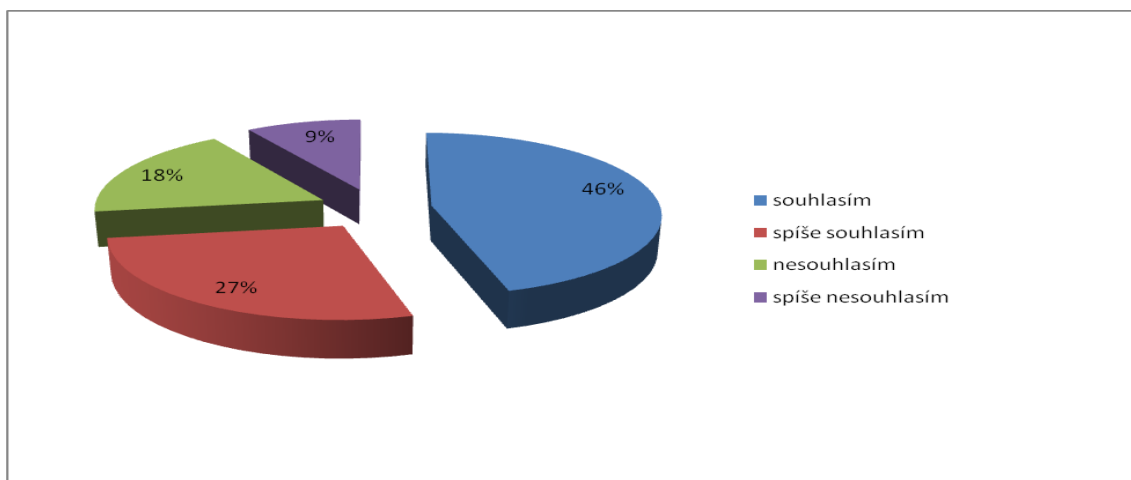
**Graf 8 Sestry informují respondenty o zdravotním stavu pacienta před rehabilitací**



Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo 6 (55 %) fyzioterapeutů souhlasím, 3 (27 %) fyzioterapeutů spíše souhlasím a 2 (18 %) fyzioterapeutů odpovědělo nesouhlasím.

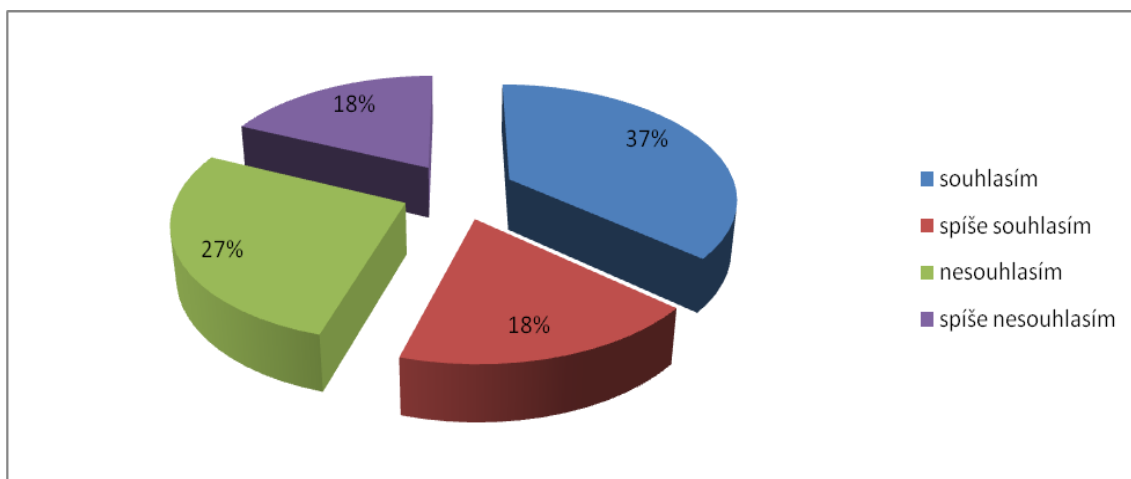


**Graf 9 Respondenti informují sestry o bolesti pacienta během fyzioterapie**



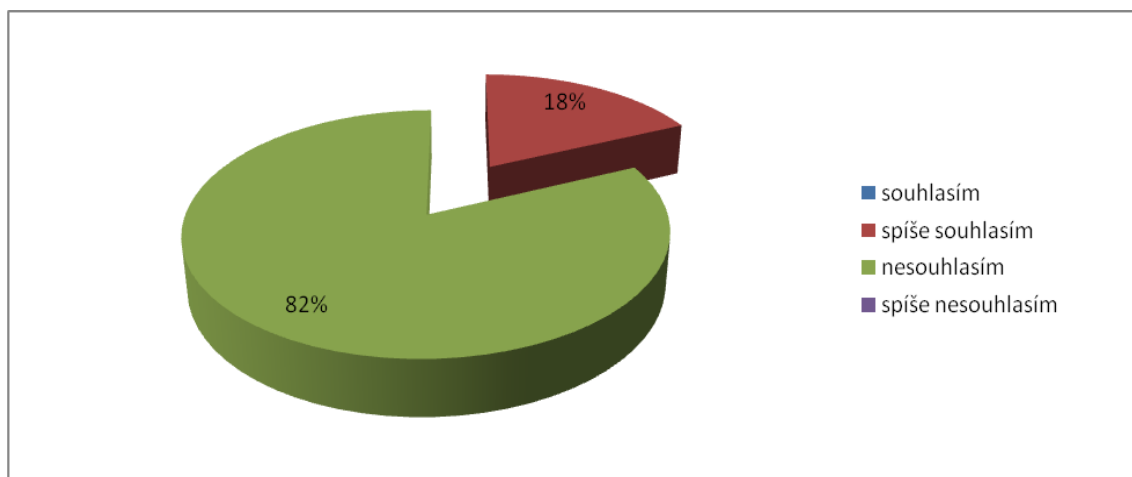
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů 5 (46 %) fyzioterapeutů odpovědělo souhlasím, 3 (27 %) fyzioterapeutů odpovědělo spíše souhlasím, 2 (18 %) fyzioterapeutů nesouhlasím a 1 (9 %) fyzioterapeutů spíše nesouhlasím.

**Graf 10 Fyzioterapeuti ukazují sestřám cviky**



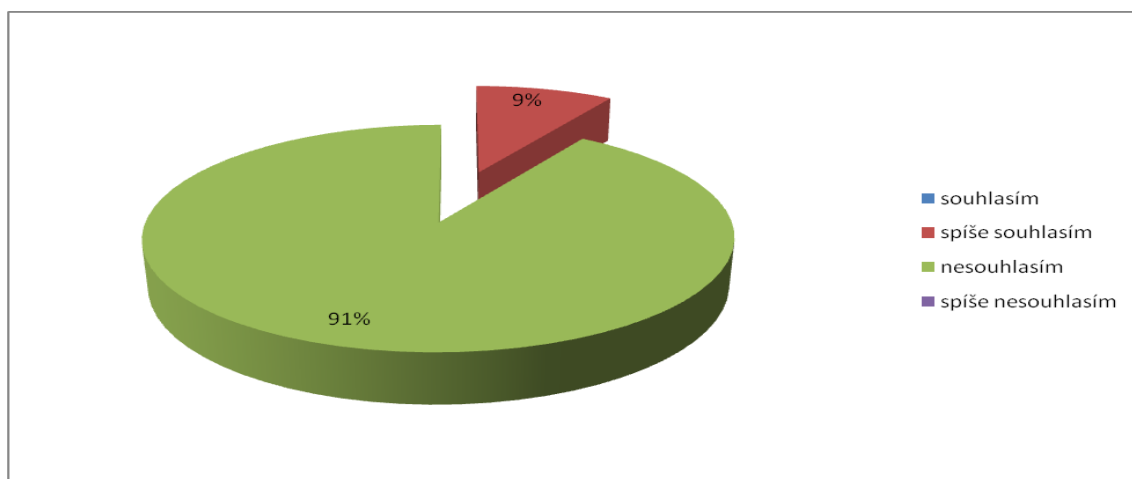
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů 4 (37 %) fyzioterapeutů odpovědělo souhlasím, 2 (18 %) fyzioterapeutů spíše souhlasím, 3 (27 %) fyzioterapeutů nesouhlasím a 2 (18 %) fyzioterapeutů odpovědělo spíše nesouhlasím.

**Graf 11 Fyzioterapeut seznamuje sestru s novými trendy**



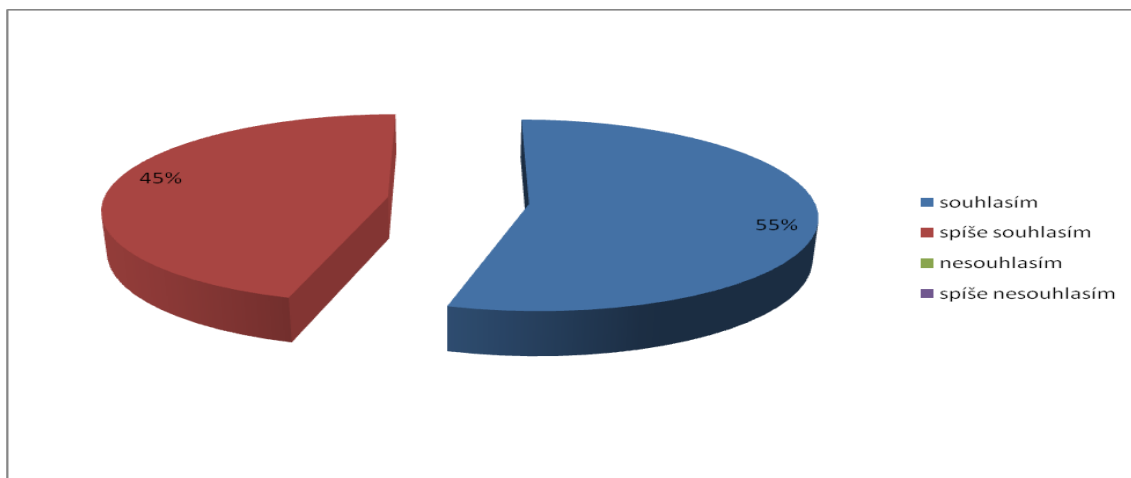
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo 9 (82 %) fyzioterapeutů nesouhlasím a 2 (18 %) fyzioterapeutů spíše souhlasím.

**Graf 12 Povyšování sester nad profesí fyzioterapeuta**



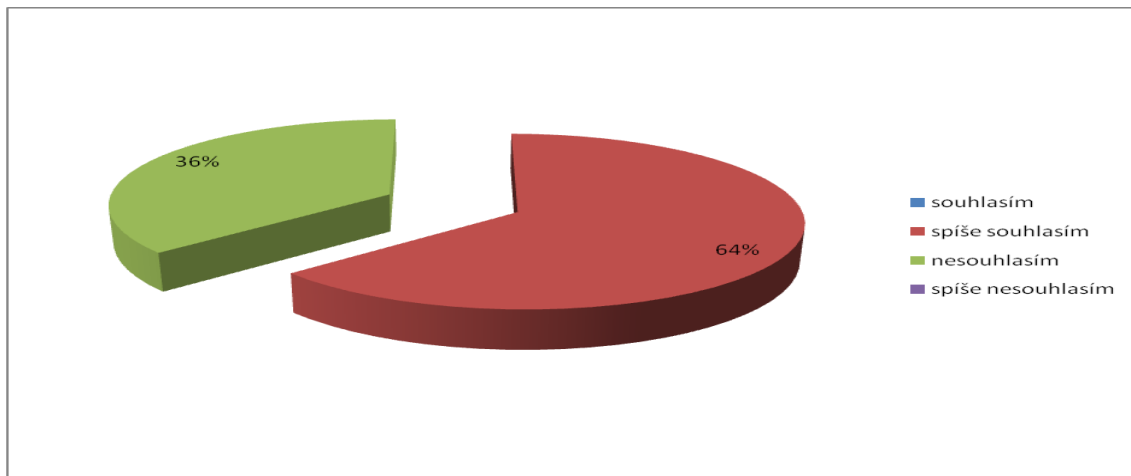
Z celkového počtu 11 (100%) respondentů odpovědělo 10 (91 %) fyzioterapeutů nesouhlasím a 1 (9 %) fyzioterapeutů spíše souhlasím.

**Graf 13 Domluva respondentů o vertikalizaci pacienta**



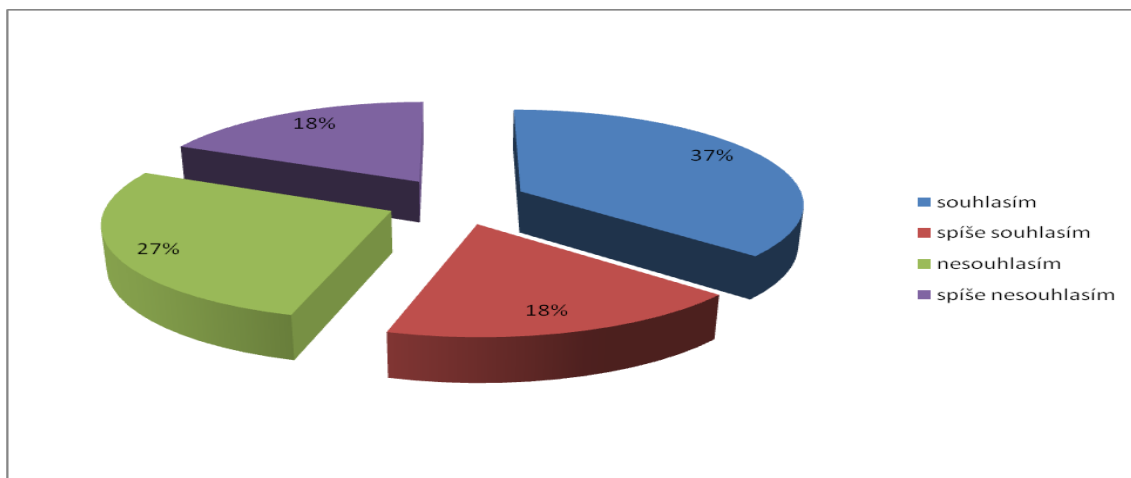
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů 6 (55 %) fyzioterapeutů odpovědělo souhlasím, 5 (45 %) fyzioterapeutů odpovědělo spíše souhlasím.

**Graf 14 Přítomnost sestry na pokoji pacienta během fyzioterapie**



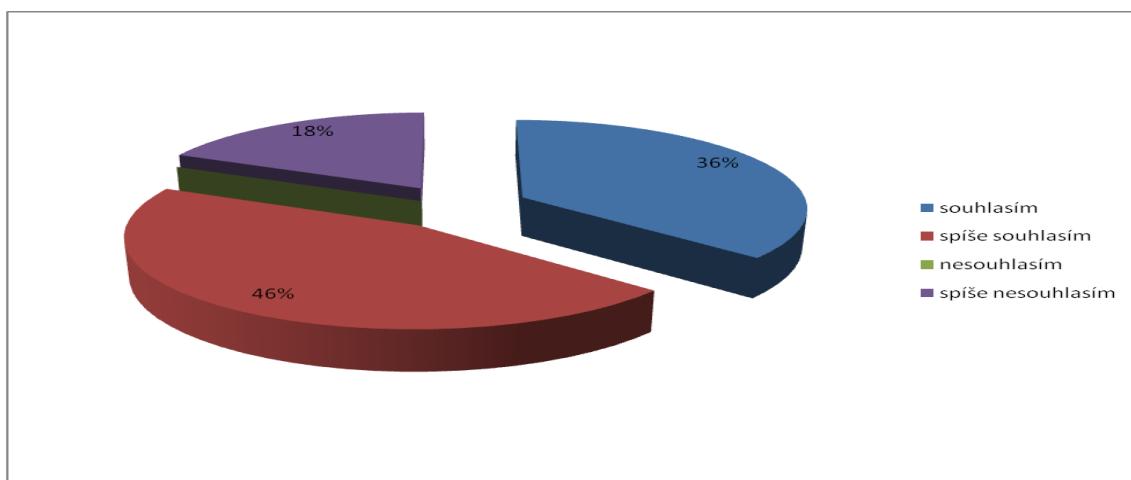
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo 7 (64 %) spíše souhlasím a 4 (36 %) fyzioterapeutů odpovědělo nesouhlasím.

**Graf 15 Sestra se zapojuje do rehabilitace**



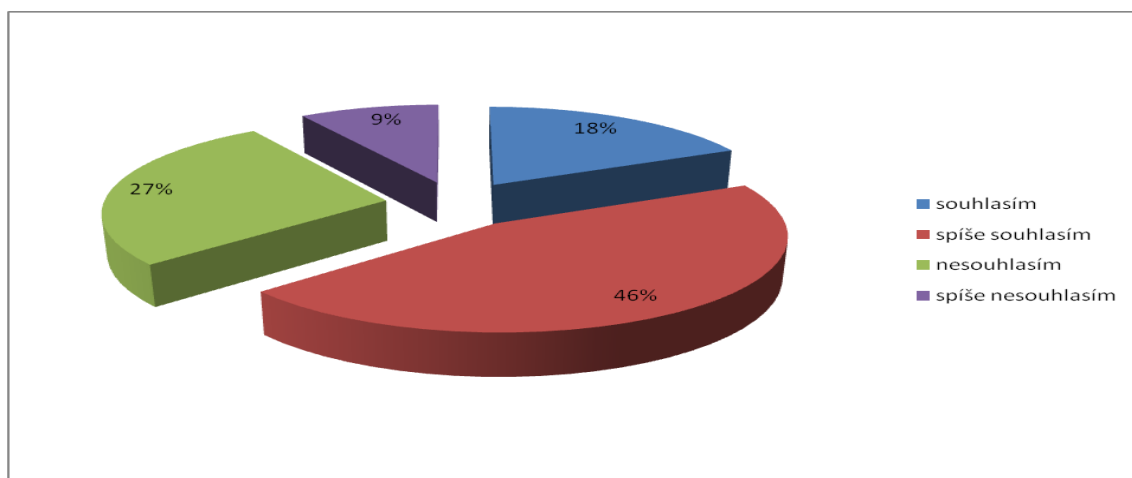
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů 4 (37 %) fyzioterapeutů odpovědělo souhlasím, 2 (18 %) spíše souhlasím, nesouhlasím odpovědělo 3 (27 %) fyzioterapeutů a spíše nesouhlasím 2 (18 %) fyzioterapeutů.

**Graf 16 Respondent ocení aktivní zájem sestry při rehabilitaci**



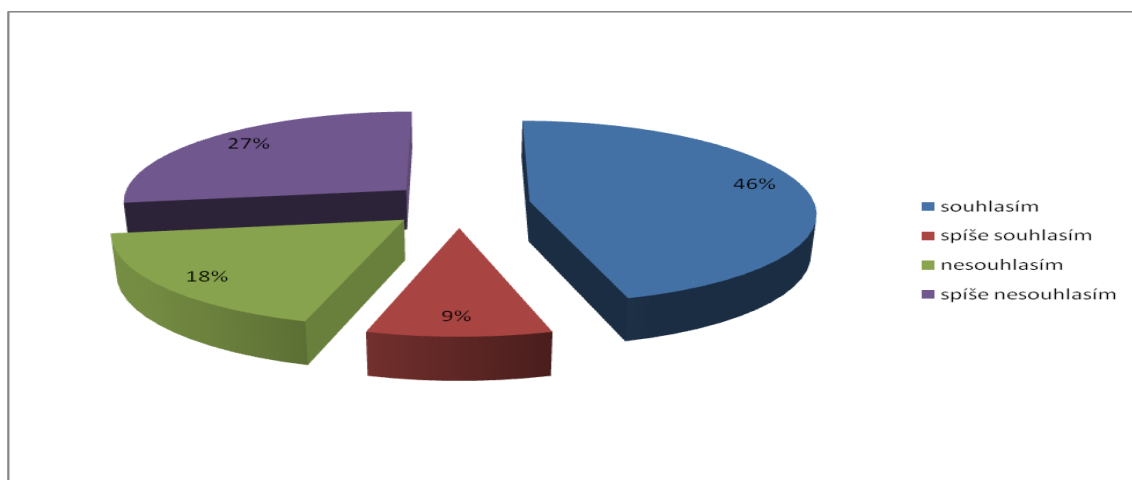
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo 4 (36 %) souhlasím, spíše souhlasím 5 (46 %) fyzioterapeutů a 2 (18 %) spíše nesouhlasím.

**Graf 17 Sestra se zajímá o průběhu rehabilitace**



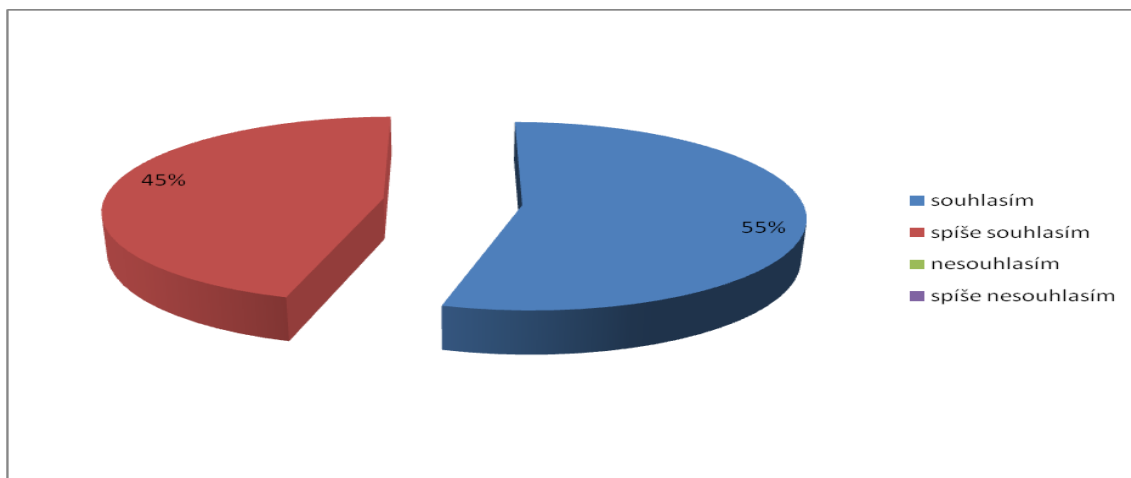
Z celkového počtu 11(100 %) respondentů odpovědělo 2 (18 %) souhlasím, 5 (46 %) spíše souhlasím, 3 (27 %) nesouhlasím a 1 (9 %) fyzioterapeutů spíše nesouhlasím.

**Graf 18 Sestra má zájem o rehabilitační postupy**



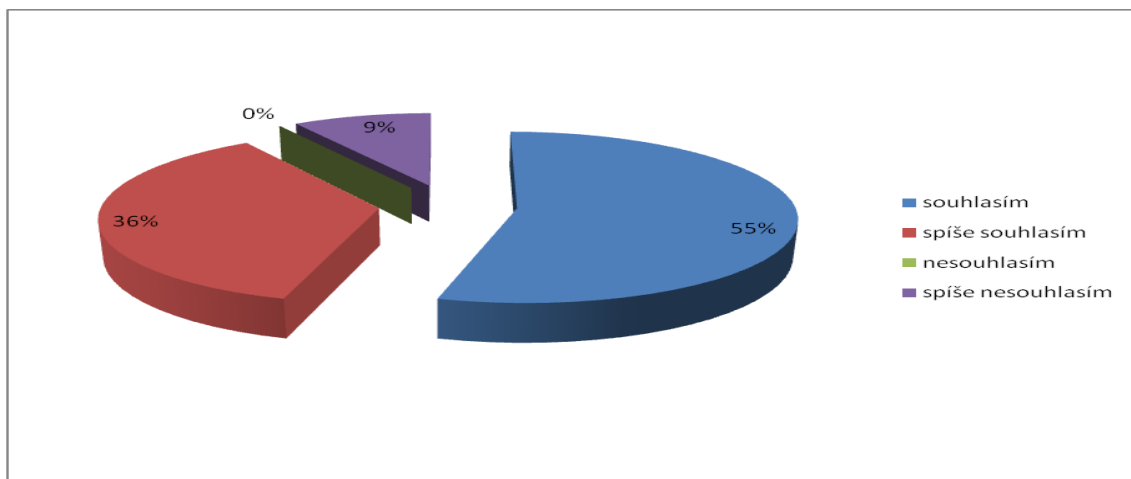
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo 5 (46 %) souhlasím, 1 (9 %) spíše souhlasím, nesouhlasím odpovědělo 2 (18 %) fyzioterapeutů a spíše nesouhlasím 3 (27 %) dotazovaných fyzioterapeutů.

**Graf 19 Respondent rád vysvětlí sestře rehabilitační postupy**



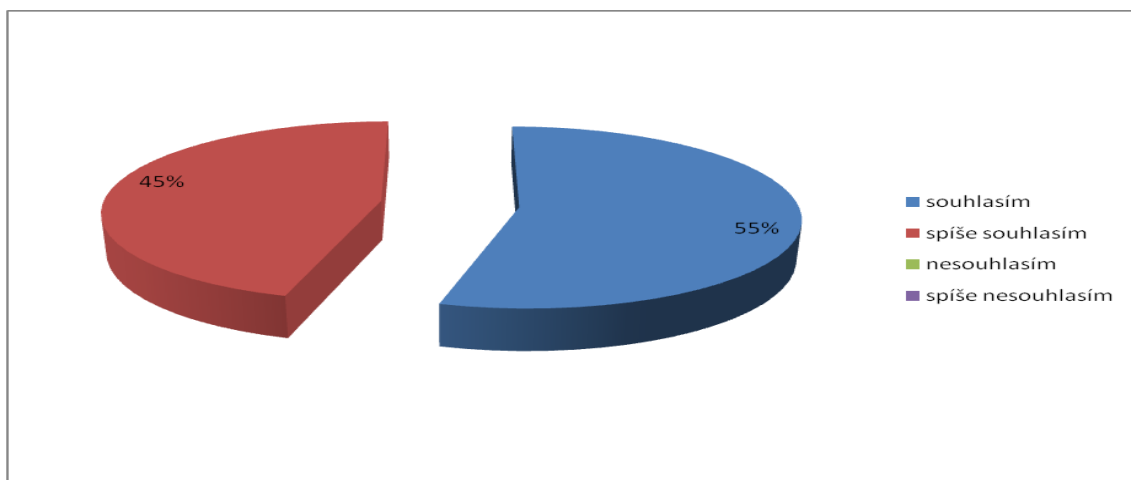
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů 6 (55 %) odpovědělo souhlasím, spíše souhlasím odpovědělo 5 (45 %) fyzioterapeutů.

**Graf 20 Setry znají pomůcky k rehabilitační péči**



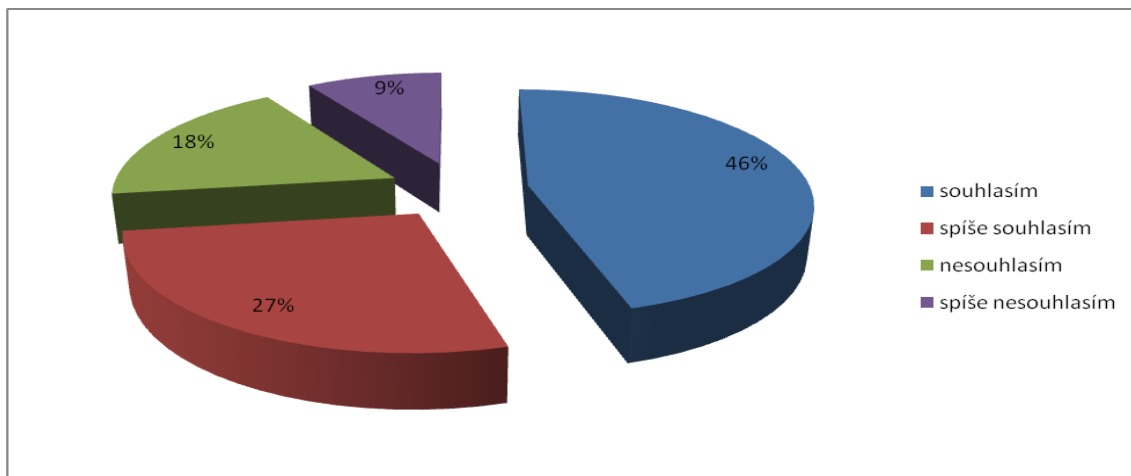
Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů 6 (55 %) fyzioterapeutů odpovědělo souhlasím, 4 (36 %) fyzioterapeutů spíše souhlasím a 1 (9 %) fyzioterapeutů spíše nesouhlasím.

**Graf 21 Respondenti vysvětlí sestře, jak správně polohovat**



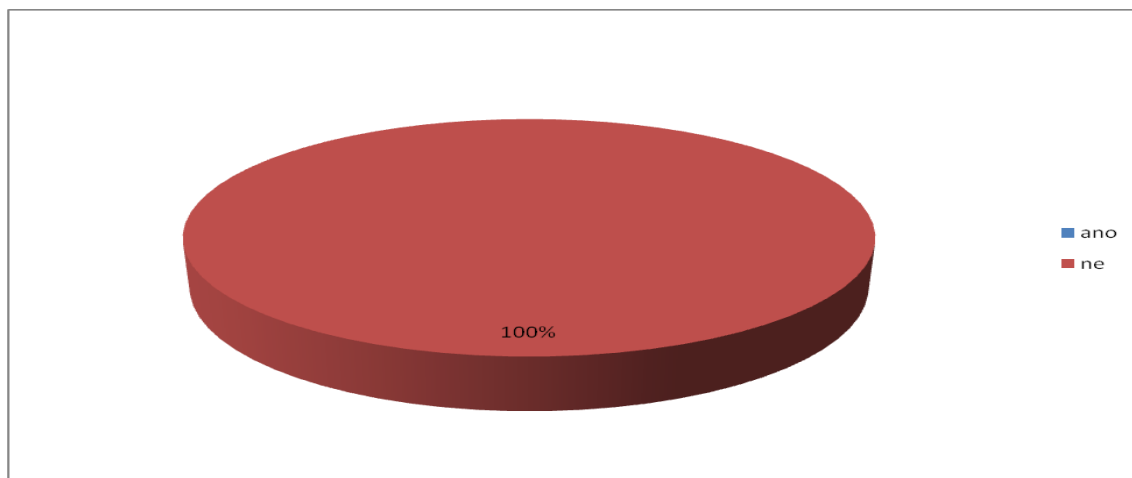
Z celkového počtu 11(100 %) respondentů 6 (55 %) odpovědělo souhlasím, spíše souhlasím odpovědělo 5 (45 %) dotazovaných fyzioterapeutů.

**Graf 22 Respondenti navštěvují semináře týkající se traumatologie**



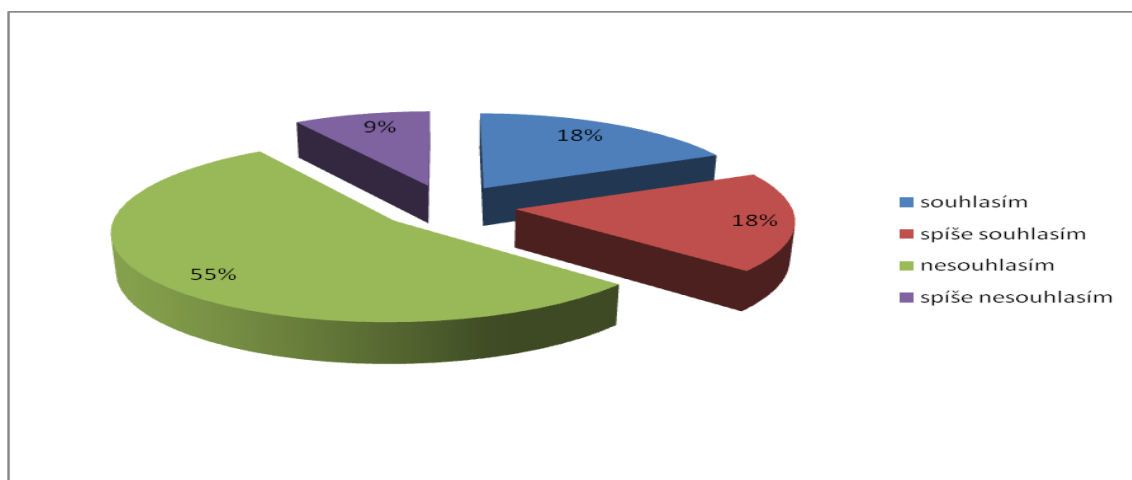
Z celkového počtu 11 respondentů 5 (46 %) odpovědělo souhlasím, 3 (27 %) spíše souhlasím, 2 (18 %) nesouhlasím a 1 (9 %) spíše nesouhlasím.

**Graf 23 Přednášky motivují respondenta k rehabilitaci bez indikace lékaře**



Z celkového počtu 11 (100 %) respondentů odpovědělo jednoznačně ne všech 11 (100 %) dotazovaných .

**Graf 24 Respondent provádí rehabilitaci sám**



Z celkového počtu 11 respondentů 6 (55 %) odpovědělo nesouhlasím, spíše nesouhlasím odpovědělo 1 (9 %), 2 (18 %) souhlasím a 2 (18 %) spíše souhlasím.



## 5. DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je vzájemná spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem na traumatologii. Zda se navzájem doplňují při poskytování rehabilitačního ošetřování, předávají si informace a společně se podílejí na celkovém uzdravení a rekonvalescenci pacienta. Hlavní zájem celého ošetřovatelského týmu je navrácení pacienta zpět do normálního života jak po stránce fyzické, tak i psychické, která je po traumatických úrazech velmi narušena.

Šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady na 5 stanicích traumatologického oddělení a na rehabilitačním oddělení pracujícím pro traumatologickou kliniku. Vzhledem k tomu, že není stejný počet dotazovaných sester a fyzioterapeutů, není šetření zcela vyvážené. Ze 75 sester, které byly ochotny odpovědět na dotazník, který byl anonymní, má 53 % sester praxi více než 10 let na tomto oddělení. Z toho vyplývá, že práce na traumatologickém oddělení je zajímavá, ačkoliv je psychicky a fyzicky náročná (viz graf 1). V porovnání s fyzioterapeuty, kterých odpovídalo v anonymním dotazníku pouze 11 (viz graf 1), vidíme, že i zde většina 55 % fyzioterapeutů pracuje na rehabilitačním oddělení déle než 10 let. K dotazu na nejvyšší dosažené vzdělání odpovědělo v kategorii střední zdravotnické školy s maturitou 65 % (viz graf 2) a magisterské studium absolvovalo 7 % sester. Z výzkumu vyplývá, že magisterské studium mají jen staniční sestry a bakalářské studium spíše mladší ročníky. Motivace ke studiu je u sester rozdílná, v žádném případě však není z pohledu sester zbytečná. Ze šetření vyplývá, že vzdělávání má veliký podíl na zdokonalování teoretických a praktických dovedností, které lze uplatnit v praxi. Dříve střední zdravotnické školy vedly budoucí sestry jen k tomu, aby plnily příkazy lékaře. V dnešní moderní době je trend takový, že vyšší a vysoké školy vedou své studenty k tomu, aby přistupovali k nemocnému jako k bio-psycho-sociální bytosti. Na rehabilitačním oddělení je větší převaha fyzioterapeutů s bakalářským vzděláním (viz graf 2). Žádný z dotazovaných fyzioterapeutů nezůstal jen u středoškolského vzdělání, ale dále se vzdělával. Ze znalostí, které získali fyzioterapeuti na vysoké škole, mohou poskytovat sestram dostatečné informace, týkající se rehabilitačních postupů a u pacientů je

prováděno kvalitní rehabilitační ošetřování. Z našeho pohledu má vzdělávání velký přínos. Sestry nejenže získají maximální teoretické znalosti, ale naučí se i správné komunikaci, která zaujímá ve spolupráci s fyzioterapeutem přední místo. Správná komunikace se odráží na ochotě sestry a fyzioterapeuta spolupracovat. Na otázku týkající se absolvování odborné způsobilosti v oboru odpovídá graf 3, z něhož vidíme, že většina sester nemá v oboru vystudovanou odbornou specializaci 55 %. V porovnání se sestrami specializaci nestudovalo 64 % dotazovaných fyzioterapeutů (viz graf 3). Bylo by výhodou, aby se bakalářské či magisterské studium ještě prohlubovalo o specializační studium, které daný obor studuje do větší hloubky. Stojí za zamyšlení, proč většina sester či fyzioterapeutů odbornou specializaci nemá. Mezi jeden z důvodů může patřit malá motivace ze strany zaměstnavatele, žádný posun platové třídy, tím pádem ani žádné finanční ohodnocení. Ale na druhou stranu pro každého zaměstnavatele by mělo být prioritou zaměstnávat v daném oboru vysoce kvalifikovaný personál. Farkašová (8) uvádí, že všeobecná sestra, která si své vzdělání prohloubila o specializační studium, které je zakončeno atestační zkouškou, vykonává ošetrovatelskou péči na vysoké úrovni.

Starost a zájem o nemocné patří do týmové péče a multioborové spolupráce. Kolajová (19) popisuje, že každý z členů je jedinec, který má své vlastní názory, své zkušenosti a svůj pohled na svět. Vytvořit kvalitní a dobře komunikující tým je velmi složitý proces. Co se týče spolupráce sestry a fyzioterapeuta, uvádějí Richards a Edwards v knize Repetitorium pro zdravotní sestry (2004), že každý z členů má své kompetence a svůj postup na řešení intervencí v ošetrovatelském procesu. Proto je velmi důležitá souhra obou členů týmu a to potvrdily i sestry či fyzioterapeuti, kteří odpovídali kladně na otázku, zda se sestry snaží zapojovat do fyzioterapeutické péče společně s fyzioterapeutem (viz graf 4). Kladnou odpověď potvrdili i fyzioterapeuti (viz graf 4). Vzhledem k tomu, že některé sestry na tuto otázku odpověděly záporně, by bylo vhodné se zamyslet, co je příčinou, že se do fyzioterapeutické péče nemohou zapojit. Může to být způsobeno nízkým počtem personálu a velkou vyčerpávaností sester. Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že *hypotéza 1: Sestry na traumatologii se zapojují do rehabilitační péče, se potvrdila*. Otázka 5 byla zaměřena, na komunikaci

mezi sestrou a fyzioterapeutem, týkající se rehabilitačních postupů prováděných u pacientů v traumatologii, jak lze vidět z grafu 5, který ukazuje, že 64 % sester odpovídalo kladně, to potvrdili i fyzioterapeuti (viz graf 5). Z šetření je vidět, že většina dotazovaných, jak sester, tak fyzioterapeutů, si snaží udělat čas, aby mohli o rehabilitačních postupech vzájemně komunikovat. Podmínkou dobré spolupráce, je vzájemná informovanost a dostatečné komunikační schopnosti. V otázce 6 (viz graf 6) sestry uváděly, zda fyzioterapeut předává informace o pokrocích, které pacient udělal během fyzioterapeutické péče. Nejčastější odpovědí dotazovaných sester bylo souhlasím 53 %. Fyzioterapeuty s tím souhlasili ze 64 procent. K dosažení nejlepších výsledků v péči o nemocné dosáhne tým tehdy, pokud pracuje kolektivně a především v souladu s cíli, které jsou stanoveny pro každého nemocného individuálně, jak je uvedeno v článku od Mackové (26). Aby byla péče ještě dokonalejší, je třeba používat u každého pacienta i jednotnou dokumentaci. Jakou formou si předává sestra s fyzioterapeutem informace, vyplývá z otázky 7 (viz graf 7), kde je patrné, že 69 % sester si s fyzioterapeutem předává informace kombinovanou formou. Toto tvrzení potvrdili i fyzioterapeuti (viz graf 7). Mezi jednu z nevyhnutelných dohod mezi sestrou a fyzioterapeutem je poskytování informací, které se týkají stavu pohybové aktivity a aktuálního denního režimu každého pacienta. Na otázku, zda informuji fyzioterapeuta o aktuálním zdravotním stavu pacienta před rehabilitací byly zaškrtnuty jen kladné odpovědi (viz graf 8). Převaha kladných odpovědí byla zaškrtnuta i u fyzioterapeutů 82 %. Z výsledků je patrné, že odpovědi dotazovaných sester a fyzioterapeutů se shodovaly. Podmínkou pro kvalitní spolupráci je důležitá vzájemná souhra a vytvoření příjemného pracovního prostředí. Vzájemná důvěra a otevřený způsob komunikace vede k dosažení nejlepších výsledků. Otázka 9 zkoumala předávání informovanosti o bolesti, která mohla vzniknout u pacienta během fyzioterapeutické péče (viz graf 9), kde vidíme, že se nám opět shodují kladné odpovědi jak sester, tak fyzioterapeutů. Otázka 10 (viz graf 10) zda fyzioterapeut ukazuje sestře cviky, které může s pacientkou procvičovat během dne, byla u sester nejčastější odpovědí spíše souhlasím 60 %. V porovnání s fyzioterapeuty (viz graf 10) byla nejčastěji zaškrtnuta odpověď souhlasím 37 %. Potvrdilo se, že je důležitá souhra obou členů a v rámci rehabilitačního

ošetřování by měla i sestra ve volné chvíli s pacientem procvičovat cviky, které vedou k navrácení pacientovy hybnosti. Macková (26) uvádí, že ke společným intervencím v péči o nemocného, kde se záměry obou členů prolínají a doplňují, spadá polohování, kdy fyzioterapeut sestře dává informace o vhodných polohách, jejich délce a poskytuje vhodné pomůcky k vytváření poloh. Podle zodpovězených otázek lze konstatovat, že *hypotéza 2: Sestry a fyzioterapeuti na traumatologii vzájemně spolupracují, se potvrdila*. Otázka 11 (viz graf 11) zněla: fyzioterapeut mě seznamuje s novými trendy ve fyzioterapii. Vidíme, že převaha záporných odpovědí je jak u sester 68 %, tak i u fyzioterapeutů 91 %. Z šetření vyplynulo, že sestry o nových trendech ve fyzioterapii nejsou informovány. Rehabilitace a ošetřovatelství jsou dvě rozdílné oblasti, tedy není nutné se navzájem informovat o nových trendech, ale o techniku a způsob správnosti provedení cviků by sestra zájem mít měla. Z výzkumu vyplývá, že sestra má zájem s fyzioterapeuty spolupracovat a dnešní doba tomu velmi nahrává, protože s sebou přináší více požadavků kladených na zvyšování odborné dovednosti, ale i zvyšování nároků na zdokonalování znalostí sester. Každá ze sester by měla být ve svém oboru specialistkou. Činnosti sester a fyzioterapeutů se prolínají a vytvářejí komplexní složení psychicky a fyzicky náročné profese. Ani jedna z těchto profesí neznamena více či méně, obě profese, jedna jak druhá jsou na sobě závislé. Vidíme to i na odpovědích na otázku 12 (viz graf 12), zda se fyzioterapeuti považují nad profesí všeobecné sestry. Dotazované sestry odpovídaly nesouhlasím s tímto tvrzením 80 %. Z grafu vidíme, že na pracovišti nepanuje mezi oběma členy ošetřovatelského týmu žádná nadřazenost, což potvrdili i fyzioterapeuti (viz graf 12). Na traumatologickém oddělení nepocítuje sestra ani fyzioterapeut směrem k druhé profesi povýšenost. Nepřátelská atmosféra by narušovala soustředěnost v jejich společného záměru, což je kvalitní péče a úspěšné uzdravení pacienta. Otázku 13 vyhodnocuje graf 13: jestli se sestra a fyzioterapeut na základě indikace lékaře domlouvají, kdy začít pacienta vertikalizovat. Sestry označily převahu kladných odpovědí, celkem 87 %. Kladné odpovědi převládají i u fyzioterapeutů, kde souhlasím označilo 55 % a spíše souhlasím 45 %. Bez indikace lékaře ani k vertikalizaci nemůže dojít, on musí určit, kdy může pacient po úraze začít s rehabilitací. Bartoníček (2004, s. 76) ve své knize píše: „Kostní hojení je složitý

proces, který je ovlivňován spektrem fyzikálních i humorálních faktorů celkových i lokálních. Způsob hojení zlomeniny závisí na tom, jaký je kontakt mezi fragmenty a jaká je mezi nimi pohyblivost.“ V praxi to znamená, že je důležitá správně prováděná rehabilitace a brzké zatěžování operované končetiny, které musí určit lékař. Na základě sdělených otázek lze říci, že *hypotéza 2: Sestry a fyzioterapeuti na traumatologii vzájemně spolupracují, byla potvrzena*. Otázka 14 (viz graf 14) znázorňuje výsledky sester, pokud jde o jejich přítomnost na pokoji během fyzioterapeutické péče. U obou dotazovaných byla převaha kladných odpovědí souhlasím a spíše souhlasím. Sestry se snaží být přítomny, aby mohly být eventuálně k dispozici fyzioterapeutovi při manipulaci s pacientem. Vzhledem k nedostatku personálu a velkému počtu pacientů ležících na traumatologii, se ale ne vždy podaří, aby sestra mohla být na pokoji přítomna. Z vlastní praxe mám zkušenosti, že fyzioterapeut dochází na oddělení 1–2krát denně v určitém časovém úseku. Zvláště v odpoledních hodinách, kdy jsou na oddělení pouze 2 sestry, někdy jen jedna, není tedy v její síle, aby mohla být na pokoji pacienta při provádění rehabilitace vždy přítomna. I přesto, se ale většina sester snaží, aby mohly být fyzioterapeutovi nápomocny. Otázka 15 (viz graf 15) nám to potvrzuje, když 52 % sester si snaží udělat čas, aby se mohly do rehabilitace aktivně zapojovat. Fyzioterapeuti toto prohlášení též kladně potvrdili (viz graf 15). Vzhledem k tomu, že náplní práce fyzioterapeuta je rehabilitační péče a má v tomto směru více kompetencí, neznámá, že se sestra nemůže spolu s ním aktivně podílet na provedení rehabilitace. Naopak je výhodou, že může být nápomocná a v jeho nepřítomnosti může s pacientem cviky procvičovat. Sestra samozřejmě není schopna fyzioterapeuta v plné míře zastoupit, ale pro pacienta s omezením pohybu, může mnohé udělat. Oba členové by měli pacienta zapojovat do posilování a nacvičování hybnosti poraněné končetiny či jiné oblasti těla. Proto fyzioterapeut ocení aktivní zájem sestry při rehabilitaci, což ukazuje graf 16. Fyzioterapeuti jsou samozřejmě rádi, pokud jim je sestra nápomocná, což vidíme na odpovědích fyzioterapeutů (viz graf 16). Někdy se ale sestra opravdu nemůže pro plnění svých úkolů aktivně zapojit a nápomocná fyzioterapeutovi při vykonávání rehabilitace být nemůže. Zde uvítají fyzioterapeuti pomoc alespoň sanitáře, protože někteří pacienti jsou obézní a hůře pohybliví, přičemž velkou roli hraje také stáří nemocného. Starší

pacienti jsou méně mobilní a fyzioterapeut není schopen sám zvládnout vertikalizaci pacienta. Zvláště to nastává u pacientů s poraněním bérce nebo u pertrochanterických zlomenin femuru, což je poranění, k němuž dochází nejčastěji právě u vyšších ročníků populace. Rehabilitace u těchto pacientů je velmi náročná, proto se sestra snaží aktivně s fyzioterapeutem spolupracovat. Otázka 17 (viz graf 17) ukazuje, že pokud sestra nemůže být při rehabilitaci pacienta přítomna, alespoň se zajímá, jak probíhala. I u této otázky máme převahu kladných odpovědí 82 %. Vzhledem k tomu, že se jedná o pacienty ležící na traumatologii, kteří jsou z velké části po operacích dolních končetin, přichází v úvahu polohování proti bolesti, otokům či dekubitům. Sestra by správně měla znát, jak často polohy střídat a upravovat je podle celkového stavu pacienta; ale konzultace s fyzioterapeutem o správnosti poloh je nevyhnutelná. Na grafu vidíme, že většina dotazovaných sester odpovídala kladně, to potvrdili i dotazovaní fyzioterapeuti (viz graf 17), kdy souhlasím odpovědělo 18 % a spíše souhlasím 46 %. Na základě získaných informací z dotazníku se *hypotéza 1: Sestry na traumatologii se zapojují do rehabilitační péče, potvrdila*. Výsledkem dotazníkového šetření se ukázalo, že sestry projevují o rehabilitační postupy, které se týkají rehabilitační péče v traumatologii (viz graf 18), zájem. Souhlasím zaškrtno 14 % sester a spíše souhlasím 65 % sester. Právě sestry, které tráví s pacientem nejvíce času, by neměly opomíjet zájem o postupy v rehabilitační péči, protože některé zlomeniny mohou být komplikované poškozením měkkých tkání (fascií, svalů) nebo poškozením nervů a v těchto případech je denní konzultace s fyzioterapeutem nutností. Toto šetření potvrzují i fyzioterapeuti, kdy souhlasím odpovědělo 46 % a spíše souhlasím 9 %. Někteří fyzioterapeuti i sestry zaškrtnli záporné odpovědi. Pro úvahu, proč někteří odpovídali záporně, si můžeme položit otázku, zda jsou sestry na traumatologii opravdu tak zaneprázdněné a fyzicky či psychicky vyčerpané, nebo mohou mít pocit, že rehabilitační postupy nespádají do jejich náplně práce. Z odborného pohledu to může být způsobené nízkým počtem personálu na oddělení. Některé sestry to mohou vnímat tak, že mají dost své práce při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty a domnívají se, že rehabilitační péče není v jejich kompetenci. Z dotazníkového šetření, ale vidíme, že většina sester má o rehabilitační postupy zájem. Proto je nezbytně nutná komunikace a vzájemná podpora

sestry ze strany fyzioterapeuta. Jak už bylo zmíněno, sestra pobývá s pacientem daleko více času a musí zastávat kompletní ošetrovatelskou péči o pacienta, proto ošetrovatelský plán a program fyzioterapeuta by měl směřovat k společnému cíli ve prospěch pacienta. Bylo by na místě, aby se sestry v této oblasti daleko více proškolovaly a motivovaly a měly větší snahu a ochotu prohlubovat rehabilitační program, který je u pacientů ležících na traumatologii nezbytně nutné provádět několikrát za den. Sestra by měla i během dne pacienty motivovat k tomu, aby se sami snažili procvičovat cviky, které s nimi fyzioterapeut procvičoval. Respondenti z výsledků šetření potvrdili kladně, že rádi sestrám rehabilitační postupy ukážou a vysvětlí, mají-li zájem. Kladné odpovědi převládají u sester i fyzioterapeutů. Tím se nám potvrzuje i *hypotéza 3: Fyzioterapeut poskytuje informace o rehabilitačních postupech sestrám na traumatologii*. Otázka 20 (viz graf 20) ukazuje, jestli sestry znají pomůcky, které se používají při vykonávání rehabilitační péče. V šetření odpovědělo 81 % sester kladně. Není divu, protože většina sester pracuje na traumatologii více než 10 let, je tedy samozřejmé, že se na svém oddělení setkaly s používáním rehabilitačních pomůcek, které mají ve své náplni práce používat fyzioterapeuti. Graf 20 ukazuje, že i přes polovinu fyzioterapeutů odpovídalo kladně, což se shoduje s odpověďmi sester. Ze šetření je patrné, že sestry znají pomůcky používané k rehabilitaci na traumatologii. Na dotaz, potřebuji-li radu od fyzioterapeuta, jak mám pacienta po úraze správně polohovat, rád mi pomůže, znázorňuje graf 21 naprostou většinu kladných odpovědí u sester, ale i u fyzioterapeutů. Pohyb patří k základním projevům člověka a předchází vzniku komplikací z imobility. Vytejšková (35) ve své knize popisuje, že již v akutním stavu pacienta sestra zajišťuje a kontroluje funkčnost jeho polohy. Aktivizuje nemocného spolu s fyzioterapeutem s ohledem na aktuální stav nemocného. Zapojuje pacienta do posilování a nácviku hybnosti nejen postižené oblasti, ale i procvičování partií těla, které se v dalším období budou podílet na postupné vertikalizaci nemocného. Z grafu 22 je patrné, že 67 % sester souhlasilo s tím, že navštěvují semináře a přednášky týkající se rehabilitace v traumatologii, některé ale odpověděly i záporně. Vzhledem k tomu, že je uzákoněno celoživotní vzdělávání si sestry své chybějící znalosti doplňují právě na seminářích a kongresech. Přesto, ale několik sester 33 % a fyzioterapeutů

27 % odpovědělo záporně. S největší pravděpodobností odpovídali záporně proto, že kongresy a semináře jsou finančně nákladné a zajímavá témata nejsou vždy jen v místě bydliště. Sestry ani fyzioterapeuti nejsou tak dostatečně finančně ohodnocováni, aby si mohli všechny kongresy, které by chtěli navštívit, a které jsou pro jejich praxi využitelné a potřebné ke zdokonalení práce na traumatologii, dovolit. Zde by se měl objevit zájem i ze strany vedení a v rámci zkvalitnění ošetrovatelské a rehabilitační péče by se mělo konat více interních seminářů, zaměřených na zdokonalení rehabilitačního ošetrovatelství. Semináře by měly být společné jak pro sestry pracujících na traumatologii, tak i fyzioterapeuty pracující pro toto oddělení. Podporovaly by vzájemnou komunikaci mezi sestrami a fyzioterapeuty a mohlo by docházet k diskusím týkajícím se problematiky, se kterou se sestry i fyzioterapeuti na traumatologii setkávají. Mohli by si lépe předávat získané zkušenosti a informovat se o problémech, které se mohou při provádění rehabilitační péče vyskytovat. Zodpovězené otázky nám potvrdili *hypotézu 3: Fyzioterapeuti poskytují informace o rehabilitačních postupech sestrám na traumatologii*. Zda sestry motivuje přednáška k tomu, aby poznatky z ní uplatnily při rehabilitaci, bez pomoci fyzioterapeuta – zde máme převahu záporných odpovědí (viz graf 23). Z toho můžeme usoudit, že bez rehabilitačního plánu fyzioterapeuta, většina sester rehabilitaci neprovádí. Plný počet, 100 % fyzioterapeutů označilo, že bez indikace lékaře by rehabilitaci neprovádělo. To se shoduje i s Vytejškovou (35), která ve své knize uvádí, že lékař stanovuje u nemocného míru pohyblivosti, zátěže, kterou může dle onemocnění pacient vykonávat, zatímco fyzioterapeut pak s nemocným pohyb nacvičuje a všeobecná sestra věnuje pozornost polohám, polohování a pokračuje v nácvičku a udržování hybnosti nemocného během dne. Otázka 24 (viz graf 24) zkoumala, zda rehabilitaci u pacienta provádí jen fyzioterapeut, protože sestře už nezbývá čas. U tohoto tvrzení bylo u dotazovaných sester 63 % kladných odpovědí. V tomto případě nacházíme nepatrně rozdílné odpovědi ze strany fyzioterapeutů, kteří s tímto tvrzením nesouhlasili a převažovaly více záporné odpovědi 64 %. Je potřeba se zamyslet z jakého důvodu mají fyzioterapeuti na tuto otázku odlišný názor než sestry. Možná neznají každodenní náplň práce sester a nevědí, že jejich práce není zaměřená jen na ošetrovatelskou péči, ale že sestra stráví i



dlouhý čas vyplňováním dokumentace nebo předáváním a přebíráním pacientů z operačního sálu. Spolupracuje a plní ordinace lékaře a vykonává další činnosti, ke kterým je kompetentní. Vzhledem k nedostatku pomocného personálu musí být také pacientovi nápomocná při vykonávání jeho základních potřeb, zvláště tehdy, je-li pacient nesoběstačný. A to platí zejména na traumatologickém oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti po úrazech a v prvních dnech léčby pomoc sestry nezbytně vyžadují. Z pohledu zdravotnického personálu jsou sestry na traumatologickém oddělení vystavovány fyzickému i psychickému tlaku, a přesto se snaží, aby se vzájemná spolupráce sestry a fyzioterapeuta na tomto oddělení nesla v souladu s týmovým duchem, a tak byla pacientovi poskytnuta ta nejlepší ošetrovatelská a rehabilitační péče, která ho co nejdříve vrátí zpět do běžného života.

## 6. ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na spolupráci sestry a fyzioterapeuta v traumatologii ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Aby došlo k výsledkům nejkvalitnější ošetrovatelské péče a následně i rehabilitační péče u pacientů po úrazu, musí všichni členové ošetrovatelského týmu spolupracovat a jejich společný cíl musí směřovat k brzkému uzdravení pacienta a navrácení v co nejkratším čase zpět do normálního života. Na traumatologii musí být hlavně souhra sestry a fyzioterapeuta, protože se jedná o pacienty, kteří jsou hospitalizováni s poraněním skeletu a zde je rehabilitace nezbytně nutná, aby byl pacient co nejdříve mobilní a soběstačný.

Prvním cílem bylo zjistit, zda se sestry na traumatologii zapojují do rehabilitační péče a k tomuto cíli se vztahovala hypotéza 1: „Sestry na traumatologii se zapojují do rehabilitační péče“, která se potvrdila. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že sestry se do rehabilitační péče zapojují. Snaží si udělat čas na komunikaci ohledně rehabilitačních postupů. Předávají si informace o pacientovi před rehabilitací i po ní. Nejčastěji si předávají informace kombinovanou formou, ústně, ale i v dokumentaci pacienta.

Druhým cílem bylo zjistit, jaká je vzájemná spolupráce sestry a fyzioterapeuta na traumatologii. K tomuto cíli se vztahovala tato hypotéza 2: „Sestry a fyzioterapeuti na traumatologii vzájemně spolupracují.“ Tato hypotéza se potvrdila, neboť dotazované sestry i fyzioterapeuti se shodli v převaze kladných odpovědí, že sestry se snaží být přítomny na pokojích pacientů během rehabilitace, dokonce se snaží do rehabilitace i aktivně zapojovat a domlouvají se s fyzioterapeuty dle indikace lékaře na začátku vertikalizace pacienta.

Třetím cílem bylo zjistit, zda fyzioterapeut poskytuje informace o rehabilitačních postupech sestrám na traumatologii. K tomuto cíli se vztahovala tato hypotéza 3: „Fyzioterapeuti poskytují informace o rehabilitačních postupech sestrám na traumatologii“, a ta byla potvrzena. Z dotazníkového šetření vyplynula převaha kladných odpovědí jak ze strany sester, tak ze strany fyzioterapeutů. Všichni se ve

svých odpovědích shodli, že pokud má sestra zájem o rehabilitační postupy nebo o vysvětlení či ukázání správného provedení polohování, fyzioterapeut vše ochotně vysvětlí či názorně ukáže.

Práce je ukázkou toho, že jednou z důležitých součástí péče o poraněné je jejich rehabilitace, a to nejen fyzická, ale i sociální a psychická. Velký důraz je kladen na rehabilitační ošetřování, které provádí sestra za velké podpory a spolupráce fyzioterapeuta. Bez vzájemné souhry obou těchto členů by nikdy ke kvalitnímu rehabilitačnímu ošetřování nemohlo dojít. Ačkoliv má každý z těchto členů jiné kompetence, tak bez vzájemné podpory a úzké spolupráce nemůže nikdy dojít ke zdárnému konci, kterým je spokojený pacient. Zdravotní pracovníci by měli být motivováni k novým poznatkům a také k získávání informací o komunikaci, profesionálním chování, ošetřování a rehabilitačních postupech. Práce na traumatologii vyžaduje kontinuální a celoživotní vzdělávání, které by mělo být podporováno ze strany managementu. Ten by měl pro sestry a fyzioterapeuty připravovat cyklické psychologické semináře s modelovými situacemi zaměřenými na komunikaci a vzájemnou spolupráci.

Věříme, že tato bakalářská práce poslouží jako zdroj informací pro zlepšení komunikace a vzájemné spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem na traumatologii.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S. a S. MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 142 s. ISNB 978-80-8063-306-6.
2. BÁRTLOVÁ, S. et al. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2010. 154 s. ISNB 978-80-7013-499-3.
3. BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ, a M. TREŠLOVÁ. *Vztah sestra–lékař*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2010. 127 s. ISNB 978-80-7013-526-6.
4. BARTONÍČEK, J. a J. HEŘT. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 256 s. ISNB 80-7345-017-8.
5. BENDO VÁ, P., K. JEŘÁBKOVÁ, a V. RŮŽIČKOVÁ. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 104 s. ISNB 80-244-1436-8.
6. CIKÁNKOVÁ, V. et al. *Rehabilitace po revmatochirurgických výkonech*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2010. 223 s. ISNB 978-80-7345-206-3.
7. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISNB 80-7254-886-7.
8. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISNB 80-8063-086-0.
9. FEHLAU, E. G. *Konflikty v práci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 105 s. ISNB 80-247-05-33-8.
10. HAYES, N. *Psychologie týmové práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 189 s. ISNB 80-7178-983-6.
11. HRABOVSKÝ, J. et al. *Chirurgie*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 494 s. ISNB 80-86861-41-4.

12. HROMÁDKOVÁ, J. et al. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jihlava: H & H Vyšehradská, 2002. 428 s. ISNB 80-86022-45-5.
13. CHALOUPKA, R. et al. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 186 s. ISNB 80-7013-341-4.
14. JANÁČKOVÁ, L., a P. WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISNB 978-80-7367-477-9.
15. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISNB 978-80-247-2150-7.
16. KAČINETZOVÁ, A. et al. *Rehabilitace: sborník příspěvků*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 219 s. ISNB 978-80-7387-299-1.
17. KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotní asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 135 s. ISNB 978-80-247-2831-5.
18. KLASOŇOVÁ, E., a J. PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 117 s. ISNB 80-7013-423-2.
19. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 112 s. ISNB 80-247-1764-6.
20. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISNB 80-7367-181-6.
21. KOUDELA, K. et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 281 s. ISNB 80-246-0654-2.
22. KRÁLOVÁ, J. a N. ŠPATENKOVÁ. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISNB 978-80-7262-599-4.
23. KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitace v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta ostravské univerzity v Ostravě, 2006. 59 s. ISNB 80-7368-224-9.

24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISNB 978-80-7367-407-6.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISNB 978-80-7367-568-4.
26. MACKOVÁ, M. *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí na téma: „Multidisciplinární tým“*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 48 s. ISNB 80-7013-437-2.
27. MICHALSKÝ, R. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoc pro studující ošetrovatelství*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. 80 s. ISNB 978-80-7248-538-3.
28. PODĚBRADSKÝ, J. a R. PODĚBRADSKÁ. *Fyzikální terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 197 s. ISNB 978-80-247-2899-5.
29. POKORNÝ, V. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISNB 80-7254-277-X.
30. RICHARDS, A. a S. EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISNB 80-247-0932-5.
31. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISNB 978-80-247-3223-7
32. ŠKODA, J. *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí* 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2007. 268 s. ISNB 978-80-7044-858-8.
33. TROJAN, S. et al. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada, 2005. 237 s. ISNB 80-247-1296-2.

34. VYHLÁŠKA č. 55 ze dne 1. března 2011, *o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. [vid. 1. ledna 2012]. Dostupné také z: <http://www.mzcr.cz>

35. VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 232 s. ISNB 978-80-247- 3419-4.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Fyzioterapeut

Konflikt

Rehabilitace

Sestra

Spolupráce

Traumatologie

Tým

Vztah



## **9. PŘÍLOHY**

Příloha 1 – Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha 2 – Dotazník pro fyzioterapeuty

### **Dotazník pro všeobecné sestry**

Vážené kolegyně/kolegové, jmenuji se Leona Nachtmanová, jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Téma mé bakalářské práce zní: „*Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v traumatologii.*“ Chtěla bych Vás tímto způsobem požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je samozřejmě anonymní. Údaje budou brány jako důvěrné a použité pouze ke zpracování mé závěrečné práce. Svě odpovědi označte křížkem. Pokud není uvedeno jinak, označte správně jen jednu odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci, ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Leona Nachtmanová

#### **1. Délka Vaší praxe na traumatologickém oddělení?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> méně než 2 roky | <input type="checkbox"/> 6–10 let        |
| <input type="checkbox"/> 2–5 let         | <input type="checkbox"/> více než 10 let |

#### **2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru je:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> střední zdravotnická škola s maturitou | <input type="checkbox"/> bakalářské studium  |
| <input type="checkbox"/> vyšší odborné vzdělání                 | <input type="checkbox"/> magisterské studium |
|   | <input type="checkbox"/> jiné.....           |

#### **3. Absolvoval/a jste specializovanou způsobilost v oboru: „Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech“?**

- ano
- ne

**4. Snažím se zapojovat do fyzioterapeutické péče společně s fyzioterapeutem/kou.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**5. Vždy si udělám dostatek času, abych mohl/a komunikovat s fyzioterapeutem/kou o rehabilitačních postupech, prováděných u pacientů v traumatologii.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**6. Fyzioterapeut/ka mě předává informace o pokrocích, které pacient/ka udělal/la během fyzioterapeutické péče.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**7. Pokud jste na otázku č. 6 odpověděl/a kladně, jakou formou si předáváte informace?**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> písemnou v dokumentaci | <input type="checkbox"/> kombinovanou |
| <input type="checkbox"/> ústní                  | <input type="checkbox"/> žádnou       |

**8. Informuji fyzioterapeuta/ku o aktuálním zdravotním stavu pacienta/ky před rehabilitací.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**9. Fyzioterapeut/ka mě poskytuje informace o bolesti, která vznikla u pacienta/ky, během fyzioterapeutické péče.**

souhlasím

nesouhlasím

spíše souhlasím

spíše nesouhlasím

**10. Fyzioterapeut/ka mi ukazuje cviky, které mohu s pacientem/kou procvičovat během dne.**

souhlasím

nesouhlasím

spíše souhlasím

spíše nesouhlasím

**11. Fyzioterapeut/ka mě seznamuje s novými trendy ve fyzioterapii.**

souhlasím

nesouhlasím

spíše souhlasím

spíše nesouhlasím

**12. Mám pocit, že se fyzioterapeuti povyšují nad profesí všeobecné sestry.**

souhlasím

nesouhlasím

spíše souhlasím

spíše nesouhlasím

**13. Na základě indikace lékaře se s fyzioterapeutem/kou domlouvám, kdy začít pacienta/ku vertikalizovat.**

souhlasím

nesouhlasím

spíše souhlasím

spíše nesouhlasím

**14. Jsem přítomen/a během fyzioterapeutické péče na pokoji pacienta/ky.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**15. Snažím si udělat čas, abych se také mohl/a aktivně zapojit s fyzioterapeutem/kou do rehabilitace, prováděné u pacienta/ky.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**16. Fyzioterapeut/ka ocení můj aktivní zájem zapojit se do rehabilitace, kterou provádí u pacienta/ky.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**17. Pokud nemohu být přítomen/na při rehabilitaci pacienta/ky, tak se alespoň sám/a zajímám, jak rehabilitace u pacienta/ky probíhala.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**18. Projevuji sám/a zájem o rehabilitační postupy, které se týkají rehabilitační péče v traumatologii.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**19. Mám-li zájem o rehabilitační postupy, které se provádějí v traumatologii, fyzioterapeut/ka mi je rád/a vysvětlí, popřípadě názorně ukáže.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**20. Zním pomůcky, které se používají při vykonávání rehabilitační péče u pacienta/ky v traumatologii.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**21. Potřebuji-li radu od fyzioterapeuta/ky, jak mám pacienta/ku po úraze správně polohovat, rád/a mi pomůže.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**22. Navštěvuji aktivně semináře, přednášky, kongresy, které se týkají rehabilitace v traumatologii.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**23. Motivovala Vás přednáška někdy k tomu, abyste poznatky z ní, uplatnil/la při rehabilitaci pacienta/ky bez pomoci fyzioterapeuta/ky?**

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
|------------------------------|-----------------------------|

**24. S tvrzením, rehabilitaci u pacienta/ky provádí jen fyzioterapeut/ka, sestře už nezbývá čas.**

souhlasím

nesouhlasím

spíše souhlasím

spíše nesouhlasím

### **Dotazník pro fyzioterapeuty**

Vážené kolegyně/kolegové, jmenuji se Leona Nachtmanová, jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Téma mé bakalářské práce zní: „*Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v traumatologii.*“ Chtěla bych Vás tímto způsobem požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je samozřejmě anonymní. Údaje budou brány jako důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé závěrečné práce. Svě odpovědi označte křížkem. Pokud není uvedeno jinak, označte správně jen jednu odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci, ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Leona Nachtmanová

#### **1. Délka Vaší praxe na rehabilitačním oddělení ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> méně než 2 roky | <input type="checkbox"/> 6–10 let        |
| <input type="checkbox"/> 2–5 let         | <input type="checkbox"/> více než 10 let |

#### **2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru je:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vyšší odborné vzdělání | <input type="checkbox"/> magisterské studium |
| <input type="checkbox"/> bakalářské studium     | <input type="checkbox"/> SOŠ                 |
| <input type="checkbox"/> jiné.....              |  |

#### **3. Absolvoval/a jste specializovanou způsobilost v oboru: „Aplikovaná fyzioterapie“?**

- ano
- ne



**4. Snažím se zapojovat do fyzioterapeutické péče také všeobecné sestry.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**5. Vždy si udělám dostatek času, abych mohl/la komunikovat se sestrami o rehabilitačních postupech prováděných u pacientů v traumatologii.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**6. Informuji sestry o pokrocích, které udělal/a pacient/ka během fyzioterapeutické péče.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**7. Pokud jste na otázku č. 6 odpověděl/a kladně, jakou formou si předáváte informace?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> písemnou v dokumentaci | <input type="checkbox"/> kombinovanou(písemná, ústní) |
| <input type="checkbox"/> ústní                  | <input type="checkbox"/> žádnou                       |

**8. Sestry mě informují o aktuálním zdravotním stavu pacienta/ky před rehabilitací.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**9. Informuji sestru o bolesti, která vznikla u pacienta/ky, během fyzioterapeutické péče.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**10. Ukazuji sestřám cviky, které mohou procvičovat s pacientem/kou během dne.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**11. Seznamuji sestry s novými trendy ve fyzioterapii.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**12. Mám pocit, že se všeobecné sestry povyšují nad profesi fyzioterapeuta/ky.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**13. Na základě indikace lékaře se domlouvám se sestrami, kdy začít pacienta/ku vertikalizovat.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**14. Sestra je přítomna během fyzioterapeutické péče na pokoji pacienta/ky.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**15. Sestra si snaží udělat čas, aby se také mohl/la aktivně zapojit do rehabilitace, kterou provádím u pacienta/ky.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**16. Provádím-li rehabilitaci u pacienta/ky, ocením aktivní zájem sestry, která mě chce být nápomocná.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**17. Pokud nemůže být sestra přítomen/na během rehabilitace pacienta/ky, tak se alespoň sám/a zajímá, jak rehabilitace u pacienta/ky probíhala.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**18. Sestra sám/a projevuje zájem o rehabilitační postupy, které se týkají rehabilitační péče v traumatologii.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**19. Má-li sestra zájem o rehabilitační postupy, které se provádějí v traumatologii, tak jí/mu je rád/a vysvětlím, popřípadě názorně ukážu.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**20. Myslíte si, že sestry znají pomůcky, které se používají při vykonávání rehabilitační péče u pacienta/ky v traumatologii?**

- |                              |                                   |
|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> spíše ne |
| <input type="checkbox"/> ne  | <input type="checkbox"/> nevím    |

**21. Pokud mě sestry samy požádají o radu, jak mají pacienta/ku po úraze správně polohovat, rád/a jim vše ukážu a vysvětlím.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> souhlasím       | <input type="checkbox"/> nesouhlasím       |
| <input type="checkbox"/> spíše souhlasím | <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím |

**22. Navštěvuji aktivně semináře, přednášky, kongresy, které se týkají rehabilitace v traumatologii.**

souhlasím

nesouhlasím

spíše souhlasím

spíše nesouhlasím

**23. Motivovala Vás přednáška někdy k tomu, abyste poznatky z ní uplatnil/la při rehabilitaci pacienta/ky, bez indikace lékaře?**

ano

ne

**24. S tvrzením rehabilitaci u pacienta/ky provádím sám/a, sestře už bohužel nezbývá čas.**

souhlasím

nesouhlasím

spíše souhlasím

spíše nesouhlasím