

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Specifika ošetrovatelské péče o pacienty seniory po
ortopedických výkonech na JIP ve Fakultní nemocnici
Na Bulovce**

bakalářská práce

Autor práce: Markéta Švecová DiS.

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

Abstrakt

Senioři jsou nejpočetnější skupinou pacientů vyskytujících se na pracovišti autorky této práce, oddělení JIP ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce. Ošetrovatelská péče o seniory má svá specifika, plynoucí zejména z vyšších nároků stárnoucího organismu. Ačkoliv je na jejím pracovišti vyvíjena intenzivní snaha poskytovat kvalitní péči o tuto početnou skupinu pacientů, vždy je možnost zlepšení. Hlavním cílem práce se tedy stalo nalezení odpovědi na otázku, v jakých směrech se nachází nevyužitý prostor pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče o seniory po ortopedickém výkonu. Pro získání potřebných informací o současném stavu této problematiky bylo využito kvalitativní šetření formou nestandardizovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo provedeno na Ortopedické klinice JIP Fakultní nemocnice Na Bulovce. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na tomto oddělení a pacienti senioři zde hospitalizovaní po ortopedickém výkonu. Z výzkumného šetření jednoznačně vyplývá několik závěrů. Sestry disponují dostatečnými informacemi o problematice ošetrovatelské péče o seniory po ortopedických výkonech a mají i dostatek možností k poskytování kvalitní péče. Mezi faktory, které negativně ovlivňují poskytovanou péči lze zařadit především zastaralé technické zázemí JIP a nevyhovující stavební uspořádání sálu. Řešení této problematiky je však úzce propojeno s otázkou nedostatku finančních prostředků. V otázce personálního obsazení je problémem vysoký počet nedostatečně kvalifikovaných sester v poměru k sestrám, které kvalifikaci splňují. Závěr šetření poskytl odpověď na otázku, v jakých směrech se nachází nevyužitý prostor pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče o seniory po ortopedickém výkonu, dle výsledků rozhovorů s pacienty a sestrami, především ve zvýšení informovanosti pacientů a investice do postupného zkvalitnění materiálního a technického vybavení JIP, které zajistí pacientům dostatek soukromí a zpříjemní jim náročný pobyt na jednotce intenzivní péče. V problematice informovanosti pacientů je možným řešením distribuce informačních brožur, kde bude mít pacient uvedena svá práva a povinnosti, včetně základních údajů o režimu na oddělení a pokynů, kde nalezne odpovědi na své otázky.

Klíčová slova: JIP, ortopedický výkon, ošetrovatelská péče, senior, stáří.

Abstract

Seniors are the group of patients most frequently occurring at the workplace of the author of this thesis, the ICU department of the Orthopaedic Clinic of Bulovka Faculty Hospital. Nursing care of seniors has its specifics mostly resulting from higher demands of aging organism. Despite the intensive efforts to provide the largest group of patients with quality care made at the workplace there is always something to improve. The main goal of the thesis thus was to find an answer to the question what could be improved on the quality of nursing care of patients after an orthopaedic intervention. Qualitative research in the form of a non-standardized interview was applied to collection of the necessary information on the present state of the issue. The research was conducted at the Orthopaedic Clinic of Bulovka Faculty Hospital. The research sample consisted of nurses working at the department and senior patients hospitalized there after orthopaedic interventions. There are several conclusions resulting definitely from the research. The nurses are sufficiently informed on the issues of nursing care of seniors after orthopaedic interventions and have sufficient possibilities of providing quality care. The factors negatively affecting the care being provided particularly involve obsolete technical background of the ICU and unsatisfactory constructional arrangement of the theatre. The solution of the problems is however closely linked to the lack of funds. As for staffing there is a problem of a large number of insufficiently qualified nurses compared to those meeting the qualification requirements. The conclusion of the research has provided an answer to the question what the spheres of improvement of the quality of nursing care of patients after an orthopaedic intervention were. According to the conclusions of the interviews with nurses and patients these are particularly better information of patients and investment in gradual improvement of material and technical base of the ICU, which would provide the patients with sufficient privacy, and make their exacting stay at the ICU easier. The problems of patient information might be solved by distribution of informational brochures defining patient's rights and obligations, including the basic data of the department regime and instructions where to find answers to frequent questions.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: Specifika ošetrovatelské péče o pacienty seniory po ortopedických výkonech na JIP ve Fakultní nemocnici Na Bulovce 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích 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 výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 3. 5. 2012

.....
Markéta Švecová DiS.

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této bakalářské práce. Děkuji také všem respondentům, neboť jen díky nim mohla vzniknout výzkumná část práce.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
<i>1.1 Stručná historie Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce.....</i>	<i>9</i>
1.2 Senior.....	10
1.2.1 Stáří a změny, které přináší.....	10
1.2.2 Geriatrické syndromy vyskytující se u hospitalizovaného seniora.....	13
1.2.3 Dekubity a bolest u hospitalizovaného seniora	16
1.2.4 Psychologie hospitalizovaného seniora	17
1.3 Nejčastěji prováděné operační výkony na ortopedii u pacientů seniorů a jejich indikace	19
1.3.1 Nejčastěji se vyskytující indikace k operačním výkonům u seniorů na ortopedii.....	19
1.3.2 Nejčastěji se vyskytující zlomeniny u seniorů a jejich řešení.....	20
1.3.3 Základní předoperační příprava seniora na JIP.....	22
1.3.4 Časná pooperační péče o seniory na JIP.....	23
1.3.5 Nejzávažnější komplikace vzniklé v souvislosti s ortopedickým výkonem.....	24
1.4 Specifika péče o seniora po ortopedickém výkonu, vzhledem k nejčastěji se vyskytujícím komplikacím na ortopedii JIP	25
1.4.1 Problematika pooperační bolesti u pacienta seniora na JIP	25
1.4.2 Problematika polohování seniorů po ortopedických výkonech a prevence dekubitů na JIP	27
1.4.3 Problematika hydratace pacientů seniorů po operaci na JIP.....	28
1.4.4 Komplikace hospitalizovaného seniora po ortopedickém operačním výkonu vzniklé v důsledku reakce na anestezii	29
2 Cíle práce	32
2.1 Cíle práce.....	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
3 Metodika	33
3.1 Metodika a technika šetření.....	33

3. 2	<i>Charakteristika souboru</i>	33
4	Výsledky	34
4. 1	<i>Kvalitativní šetření</i>	34
4. 1. 1	<i>Výsledky kvalitativního šetření</i>	50
5	Diskuze	58
6	Závěr	70
7	Seznam použitých zdrojů	72
8	Přílohy	76

Úvod

Senioři jsou nejpočetnější skupinou pacientů vyskytujících se na pracovišti autorky této práce, oddělení JIP ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je velice náročná. Pacient senior vyžaduje oproti pacientům mladším mnohem více péče, a to ve všech směrech. Péče má také svá specifika, plynoucí zejména z vyšších nároků stárnoucího organismu. Senior je pacientem, který vyžaduje ze strany ošetrovatelského personálu trpělivost, profesionalitu a ochotu, které se mu však na mnoha pracovištích nedostává v takové míře, v jaké by potřeboval. Náplní výkonu zdravotnické profese autorky práce je často také péče o pacienty seniory po náročných ortopedických výkonech. Ačkoliv je na jejím pracovišti vyvíjena intenzivní snaha poskytovat kvalitní péči o tuto početnou skupinu pacientů, vždy je možnost zlepšení. Hlavním cílem této práce se tedy stalo nalezení odpovědi na otázku, v jakých směrech se nachází nevyužitý prostor pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče o seniory po ortopedickém výkonu. Tato bakalářská práce by měla nabídnout reálnou možnost následného využití získaných poznatků v praxi a tím přispět k eliminaci nežádoucích faktorů, bránících zkvalitňování péče. Tyto poznatky by mělo být možné uplatnit nejen na pracovišti, kde proběhla výzkumná část práce, ale i na ostatních pracovištích, zabývajících se problematikou pooperační péče o pacienty seniory. Zkvalitnění této péče by mělo být důležitým cílem každé nemocnice. Její poskytování úzce souvisí s délkou nutné hospitalizace pacienta a tím i s materiálními a finančními náklady. Její dobré provedení může nejen zkrátit nutnou dobu, po kterou je senior takříkajíc vytržen ze svého běžného života, ale také uspořit finanční prostředky, které jsou v každé instituci nemocničního typu většinou nedostatečné a tolik potřebné.

1 Současný stav

1.1 Stručná historie Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce

Fakultní nemocnice na Bulovce, jejíž počátky se datují k roku 1358, prošla do dnešní doby mnoha změnami. Z původně malého vojenského lazaretu se postupem času stala Starou Libeňskou nemocnicí. Od této doby uplynulo již mnoho času a Fakultní nemocnice zcela změnila svou tvář. Dnes čítá 36 oddělení a klinik, ročně ošetří kolem 550 000 pacientů a hospitalizuje své pacienty na 1200 lůžkách.

První zmínka o ortopedické klinice se váže k roku 1945, nebyla však součástí areálu nemocnice, do kterého se přestěhovala v roce 1952. Vedoucím kliniky byl MUDr. Rudolf Pavlanský, DrSc. Za jeho působení se klinika stala také katedrou ortopedie a Institutem postgraduálního vzdělávání (dále IPVZ). Klinika se rozvíjela především v oboru traumatologie a užití kloubních náhrad, z nichž jednu MUDr. Pavlanský vytvořil. V roce 1978 byla vystavěna nová budova kliniky, jejímž přednostou se stal doc. MUDr. Miroslav Slavík, CSc., který zde působil až do roku 1990, kdy vedení přebírá prof. MUDr. Zdeněk Matějovský, DrSc. Ten se zasloužil o rozvoj onkologické ortopedie. Mezi jeho úspěchy patří, kromě jiného, množství vydané vědecké literatury. V současné době působí na klinice syn profesora Matějovského, MUDr. Zdeněk Matějovský, CSc., který jde úspěšně ve šlépějích svého otce.

Od roku 1995 až do současnosti je přednostou kliniky prof. MUDr. Pavel Dungal, DrSc., který je zároveň náměstkem ředitele IPVZ. Profesor Dungal je významnou osobností české ortopedie, což stále dokazuje nejen svou činností v oblasti vzdělávání lékařů, ale především každodenní prací na klinice, díky které je klinika jedním z nejvýznamnějších pracovišť nejen v České Republice. Klinika se zaměřuje především na operační řešení a ročně se zde provede kolem 6000 operačních výkonů na pěti operačních sálech. Pacienti jsou hospitalizováni na šesti odděleních - oddělení dětském, oddělení spondylochirurgie, traumatologie, sportovní ortopedie, alloplastik a oddělení všeobecné a onkologické ortopedie. Klinika od roku 2011 disponuje vlastním rehabilitačním oddělením a jednotkou intenzivní péče. V budově kliniky se nachází i pracoviště CT a MRI (počítačová tomografie a magnetická rezonance), což umožňuje

urychlení diagnostiky. Velikou výhodou je také umístění oddělení ARO (anesteticko-resuscitační oddělení) opět přímo v budově, kam mohou být umístěni pacienti po rozsáhlých a dlouhotrvajících operacích. Klinika tento rok slaví 80 let od svého založení (1, 2, 3).

1.2 Senior

1.2.1 Stáří a změny, které přináší

Vzhledem ke snižující se porodnosti a prodlužující se délce života naše populace celkově stárne. Pojem senior označuje jedince, který se kalendářním věkem posunul procesem stárnutí do jedné z kategorií určených WHO (Světovou zdravotnickou organizací). Kategorie jsou rozděleny dle věku na období od 60 do 74 let (rané stáří), období od 75 do 89 let (vlastní stáří) a na období od 90 let výše (označované jako dlouhověkost). Obdobím stáří se zabývá vědní obor Gerontologie (4, 5, 6).

Pro komplexní péči o seniora je důležité mít dostatečné znalosti o změnách ve stáří, a to nejen tělesných, ale také psychických. Každý senior je individuem, u kterého není ukazatelem stavu pouze kalendářní věk, ale i řada dalších faktorů, které mohou jeho stav ovlivnit. Jsou jimi faktory sociální, biologické, faktory ekonomické či osobnostní. Přesná hranice stáří není z důvodu mnoha působících faktorů snadno určitelná. Proces stárnutí je charakterizován řadou změn, ne všechny změny však musí být vnímány jako ztrátové, velmi záleží na vlastní aktivitě a osobnosti jedince. Obecně je však celý proces stárnutí brán jako zánikový, tedy involuční. Také některé vlastnosti ve stáří nabývají vyšší intenzity než dříve. Kupříkladu jedinec, který býval ostražitý, může být se zvyšujícím se věkem stále více nedůvěřivý, až paranoidní (7).

Na proces stárnutí má vliv mnoho faktorů. Mezi hlavní činitele ovlivňující stárnutí jedince řadíme genetickou výbavu zahrnující i vrozené choroby, dalším faktorem je vnější prostředí, které na jedince působí. Do této kategorie patří životní prostředí, způsob života, stres, aktivita jedince a mnoho dalších. Statisticky se dožívají vyššího věku ženy než muži, což se připisuje především odlišnému způsobu života a také vlivu

hormonů, především estrogener (4, 8).

Jak je uvedeno výše, stárnutí je charakterizováno mnoha změnami. Biologické změny mají obecně charakter úbytku funkcí, zasahující všechny orgánové systémy. Nejvíce viditelné jsou změny kůže, barvy vlasů, postavy a hmotnosti. Vlivem postupného ubývání kolagenu v pleti, k jehož úbytku dochází již od dvaceti let věku, se kůže stává méně elastickou a je vrásčitá. Často jsou viditelné senilní skvrny na končetinách. Vzhledem ke snížené hydrataci a ztenčování kůže dochází často k jejímu poranění. Kůže je k poranění v tomto životním období opravdu velice náchylná, má charakter pergamenového papíru. Ubývá také ochlupení a vlasů, které navíc mění svou strukturu a šediví. V důsledku celkové atrofie všech systémů dochází k poklesu celkové hmotnosti a změnám výšky jedince, senior se „zmenšuje“. Na proces zmenšování mají vliv také změny kostní tkáně, která se především u žen stává osteoporotickou (zasaženou úbytkem kostní hmoty). Na snižování hmotnosti se kromě celkové atrofie podílí i úbytek vody v těle, úbytek svalové hmoty a často i změny ve výživě seniora. Častým problémem, obzvláště v nemocnicích při dlouhodobé hospitalizaci, je podvýživa seniorů (5, 4, 8).

Stáří s sebou přináší i změny smyslového vnímání. Zhoršení zrakové ostrosti je způsobeno snížením funkce akomodace čočky, jedinec nemůže zaostřit na blíže položený předmět. Do určité míry je možná korekce brýlemi se spojkami. Zrak seniorů je ohrožen také vznikem šedého a zeleného zákalu (glaukomu). Již od 40. roku života dochází ke změnám sluchu, kdy jsou nejdříve hůře slyšitelné vysoké tóny. Postupem času dochází k celkovému zhoršení sluchu, které je do určité míry korigovatelné pomocí naslouchadel (4).

Změny v kardiovaskulárním systému jsou také jedním z projevů stáří. Zvyšuje se odpor cév, které bývají ateroskleroticky změněné. Kardiovaskulární systém bývá často zasažen chorobami v důsledku ischemie. Dochází ke zvyšování systolického tlaku. Často se u seniorů objevuje hypertenze a není-li léčena, její důsledky zasahují celý organismus. Výskyt srdečních arytmií je ve srovnání s mladší populací u seniorů také vyšší. Kardiovaskulární choroby jsou v seniorském věku provázeny nemalou úmrtností.

I dýchací systém zaznamenává ve smyslu snížení funkce mnoho změn. U seniorů

je velkou komplikací pneumonie (zánět plic), která vzniká často v důsledku nahromadění sekretu v dolních plicních lalocích. Ke vzniku pneumonií přispívá snížená schopnost řasinkového epitelu plic, senior často vyžaduje polohu v polosedě z důvodu snadnější ventilace. Vlivem stáří se snižuje i celková kapacita plic, proto je dýchání u seniorů rychlejší a povrchnější než u mladého člověka. Problémem pro seniora je jakákoliv respirační infekce, která jeho organismus v důsledku výše uvedených fyziologických změn velice zatěžuje. Velkou komplikací může být i hyperhydratace např. v důsledku nadměrného příjmu infuzních roztoků. Tento stav může vést k tvorbě plicního edému, který může být vlivem nesprávného farmakologického zaléčení i příčinou smrti pacienta (4, 5, 8).

Vylučovací systém zaznamenává změny zejména ve snížení funkce v systému ledvinném. U většiny seniorů se vyskytují potíže s inkontinencí, ale stáří nutně není podmínkou inkontinence, ta se může vyskytovat i u mladých jedinců. U mužů bývá problémem hypertrofie prostaty, v jejímž důsledku mohou vznikat močové infekce vlivem přítomnosti rezidua. I starší ženy jsou často ohroženy vznikem močových infekcí.

Jednou ze závažných komplikací stáří je snížení sekrece antidiuretického hormonu v kombinaci se sníženým pocitem žízně. Senioři jsou z tohoto důvodu stále ohrožováni dehydratací, obzvláště pak staří lidé žijící o samotě. Často je při přijetí do nemocničních zařízení laboratorně zjištěna těžká dehydratace, pacient je tedy ohrožen renální insuficiencí a minerálovým rozvratem. Během hospitalizace je proto důležité důsledné měření bilance tekutin (4, 5, 8).

V zažívacím traktu během stáří dochází ke snížení produkce kyseliny chlorovodíkové v žaludku a také ke ztenčení jeho sliznice, což může mít za následek vznik vředů. V důsledku ztenčení stěn kapilár pak dochází ke krvácení z vředů, které může mít za následek chudokrevnost (anemizaci) pacienta.

Problémem bývá také vyprazdňování. Seniora obtěžuje přítomnost zácpy, již zmíněné inkontinence či opakovaných průjmů, které mohou vést k dehydrataci pacienta. Po operačním zákroku je v důsledku snížené tělesné mobility a stářím snížené fyziologické činnosti střev senior ohrožen vznikem ileu - střevní neprůchodnosti (4, 5,

6, 8).

Vzhledem ke změnám absorpce látek v tenkém střevě je důležitá znalost správné farmakoterapie ve stáří. Dávkování určené pro jedince středního věku by mělo být odlišné od dávkování léku pro seniora. Kromě snížené absorpce látek ve stáří je omezena i funkce jater, což vede ke změnám farmakokinetiky. Involuční změny se týkají i nervové soustavy, kde dochází k postupné atrofii mozku v důsledku nezvratného ubývání neuronů. Vlivem změn v produkci přenašečů (např. serotoninu či dopaminu) dochází ke změnám v přenášení vzruchů. Starý člověk bývá, zjednodušeně řečeno, pomalejší ve svém jednání. Senioři jsou ohroženi demencí, stavy zmatenosti a delirantními stavy. V důsledku sklerotizace mozkových cév může být pacient ohrožen také vznikem mozkových příhod, závratěmi, následně pády a úrazy s nimi spojenými (4, 5, 6, 8).

Jednou z podstatných změn ve stáří je ubývání kostní hmoty, ke kterému dochází především u žen. Toto již zmíněné onemocnění nazývané osteoporóza vzniká v důsledku několika spolupůsobících faktorů. Na vzniku choroby se podílí změna hladiny hormonů v období menopauzy, především pak ubývání estrogenu, proto se osteoporóza vyskytuje více u žen. Dále ke vzniku osteoporózy přispívá nedostatek vápníku, změny v hladině vitamínu D a nízká pohybová aktivita. V kostní tkáni dochází k nadměrné ztrátě kolagenu, což má za následek sníženou pevnost kosti. Tato přestavba kosti vede ke zvýšenému riziku vzniku zlomenin především v oblasti krčku kosti stehenní (colli femoris), horní části pažní kosti (proximálního humeru), spodní části kosti vřetenní (distálního radia) a páteře (6, 9).

1.2.2 Geriatrické syndromy vyskytující se u hospitalizovaného seniora

Hospitalizace seniora s sebou přináší mnohá úskalí vyplývající ze zhoršené adaptace stárnoucího organismu na nemoc samotnou i ze snížení funkcí jednotlivých orgánových systémů. Výskyt komplikací různého charakteru je u hospitalizovaného seniora častým jevem. Odlišit projev stáří od symptomatologie jiné choroby bývá obtížné v důsledku změn např. v intenzitě symptomů. Příkladem je snížené vnímání

bolesti u seniora, které může zkreslit rozvíjející se apendicitidu (zánět červovitého přívěsku tlustého střeva). Výskyt mnoha symptomů dohromady bývá dalším úskalím v určování jedné diagnózy u pacienta - seniora. I z tohoto důvodu vznikl systém geriatrických syndromů, které zahrnují množství příznaků a změn, které u pacienta nalézáme (8, 10).

Tento systém zahrnuje syndrom instability, charakterizovaný výskytem závratí u seniorů, v jehož důsledku dochází k pádům a následně ke vzniku traumat. Častou příčinou závratě je ortostatická hypotense.

Další z geriatrických syndromů - syndrom snížené mobility - vzniká v důsledku snížení pohybové aktivity seniora z různých příčin. Nemusí se jednat pouze o snížení aktivity v důsledku nemoci, příčinou může být i sociální izolace, deprese, poruchy smyslové orientace, inkontinence a s ní spojený stud. Snížení mobility vzniká také v důsledku změn výživy, či svalové atrofie. Při dlouhodobě snížené aktivitě v důsledku hospitalizace, kdy je pacient upoután na lůžko, riziko vzniku imobilizačního syndromu rychle stoupá. Tento syndrom zahrnuje škálu projevů, jejichž důsledkem může být úmrtí pacienta. Mezi projevy imobilizačního syndromu řadíme vznik dekubitů, svalové atrofie i svalových kontraktur. V důsledku polohy vleže dochází ke snížené ventilaci plic a senior je ohrožen vznikem pneumonie. Stoupá také riziko vzniku tromboembolických nemocí. Pacienta obtěžuje přítomnost obstipace v důsledku snížené střevní motility, senior trpí dehydratací a problémy s močením, jako jsou např. retence či urologické záněty. Imobilizační syndrom je závažným problémem a je velmi důležité dbát o důslednou prevenci jeho vzniku.

Mezi další geriatrické syndromy zahrnujeme syndrom porušené výživy, označovaný také jako syndrom malnutrice či anorexie. V současné době je výživa hospitalizovaných seniorů velice diskutovaným tématem. Senior často nebývá dostatečně soběstačný, aby se najedl sám. Proto by si personál měl vždy najít dostatek času, aby se mu v tomto směru mohl věnovat. Často však ošetřovatelský personál od seniora odnáší nedotčené porce. Ze strany personálu by z tohoto důvodu mělo být sledování a důsledné zapisování přijaté stravy opravdu samozřejmostí. Zásadně nemůže docházet k situacím, kdy senior upoutaný na lůžko několik dní nejedl a o tomto

problému není nikdo informován. Malnutrice je přitom jedním z rizikových faktorů vzniku výše popsané snížené mobility. Nejen nedostatečný přísun stravy je však důvodem vzniku syndromu poruchy výživy. Dalšími důvody mohou být onemocnění, která příjem potravy znemožňují, jako například nechutenství, vedlejší účinky léků či psychologické faktory, mezi které patří například deprese a snížená adaptace na změnu prostředí při hospitalizaci seniora. Na nedostatečnou výživu seniora je nutné prostřednictvím ošetrovatelského personálu upozornit lékaře a problém řešit. Zpočátku je možné řešení pomocí příkrmu, například komplexní tekutou výživou Nutridrink. V případě, že senior není schopen příjmu potravy per os, tedy ústy, je nutné nalézt náhradní řešení formou zavedení nazogastrické sondy, či perkutánní endoskopické gastrostomie. Druhé možnosti se využívá v případě dlouhodobého podávání výživy. Řešením může být také podávání výživy intravenózní, tedy nitrožilní, např. vaky All in one, obsahujícími všechny potřebné živiny v jednotlivých komorách (8, 10).

Syndrom smyslových poruch zahrnuje fyziologické změny ve stáří - zhoršení zraku či sluchu a s tím spojené riziko zhoršení komunikačních schopností. Problémem je změněné vnímání polohy a pohybu vlastního těla, což má za následek pády seniora.

Syndrom zhoršení psychických funkcí je charakterizován přítomností deliria, deprese a demence. Delirium, také amentně – delirantní stav, je soubor příznaků, který může mít reverzibilní charakter, je-li včasné zaléčen. Nejčastěji se objevuje u hospitalizovaných seniorů. Vzniká krátce po hospitalizaci, zpravidla do čtvrtého dne od přijetí. Mezi nejčastější příčiny vzniku řadíme změnu prostředí, vliv léků a onemocnění centrální nervové soustavy. Delirium vznikává často ve spojitosti s psychiatrickými chorobami, může se jednat i o vystupňování psychologických obtíží během hospitalizace (strach z operačního výkonu, obavy, úzkost z neznámého prostředí aj.). Mezi nejčastější projevy řadíme neklid, halucinace, bloudění, celkovou dezorientaci, někdy agresi, častá je spánková inverze, kdy pacient spí ve dne a v noci je vzhůru. Delirium je závažný stav, který komplikuje a prodlužuje léčbu nemocného. Důležitá je včasná terapie na základě ordinace lékaře, nebo spíše psychiatra (4, 7, 8, 10).

Deprese je dlouhodobý pokles nálady provázený somatickými příznaky, jako jsou nespavost, či nechut' k jídlu. Příčiny mohou být různé, často je to osamělost starého

člověka, až úplná sociální izolace. Demence je charakterizována jako zhoršení intelektových funkcí. Nejčastěji bývá přítomna Alzheimerova demence a Parkinsonova demence. Demence může jako vaskulární vznikat na podkladě mozkové příhody. Většinou se jedná o poškození některých mozkových center. Demence není zcela vyléčitelná, je však možné zpomalení její progresu. Projevem demence je zhoršení intelektových funkcí, ale také změna v chování a poruchy paměti. Při včasné diagnostice je možné nasazení vhodné terapie na omezení dalších destrukčních dějů osobnosti seniora (4, 7, 10, 11).

Syndrom insomnie je charakterizován poruchou spánku. Fyziologicky během života dochází ke změnám v potřebě spánku. Senioři usínají déle, jejich spánek je kratší. Potíže nastávají, dochází-li ke zmenšování aktivity během dne vlivem změny, například prostředí, zdravotního stavu. Syndrom insomnie může mít charakter poruchy usínání, poruchy v kontinuitě spánku, senior se během noci budí, nebo se budí příliš brzy ráno. Poruchy spánku jsou velice častým problémem, který je v běžné praxi řešen pouze předpisem léku na spaní. Tento způsob by však měl být až tím posledním řešením, kterému by mělo předcházet hledání důvodu nespavosti a vyzkoušení různých metod ke zkvalitnění spánku.

Posledním z geriatrických syndromů - syndrom inkontinence - je problémem nejen tělesným, ale zahrnuje i oblast psychologickou. Inkontinence značí samovolný únik moči nebo stolice a vzniká z různých příčin na podkladě poruchy funkce svěračů. Častým důsledkem je kromě zhoršeného hygienického komfortu také větší riziko vzniku dekubitů. Problémem však je i zhoršení psychiky nemocného v důsledku studu, který může vyústit až v sociální izolaci. Částečným řešením problému je změna denního režimu seniora, využití pomůcek a trpělivá edukace (4, 8, 11).

1.2.3 Dekubity a bolest u hospitalizovaného seniora

Mezi nejčastější komplikace u hospitalizovaného seniora řadíme dekubity, ačkoliv je jim možné díky dostatečné prevenci a ošetrovatelské péči zabránit. Dekubity vznikají v predilekčních oblastech jako zátylek, lopatky, sakrum, lokty, paty a oblast

trochanterů. V těchto místech dochází při dlouhodobém kontaktu s podložkou k poruchám prokrvení a následně v důsledku tkáňové ischemie vzniká dekubit. Mezi rizikové faktory řadíme stav snížené mobility, dehydrataci, poruchy výživy, diabetes, inkontinenci aj. Po přijetí pacienta k hospitalizaci provádíme zhodnocení míry rizika vzniku dekubitů dle bodové škály Nortonové. Rozlišuje se několik stádií dekubitu (stupně 1 – 4). Prevence dekubitů je jedním z nejdůležitějších úkolů ošetrovatelského personálu. Zahrnuje důslednou úpravu lůžka, odstranění nerovností, pravidelnou výměnu prádla - obzvláště u inkontinentních pacientů a také ochranu pokožky pomocí speciálních past. Jednou z důležitých intervencí je důsledné polohování imobilních seniorů po dvou hodinách s použitím polohovacích pomůcek do lůžka. Během polohování je vhodné zapojení pacienta seniora a umožňuje-li to zdravotní stav, jeho aktivizace. Do prevence vzniku dekubitů řadíme také zlepšení hydratace a nutrice seniora. V případě výskytu dekubitu je nutné zahájení léčby dle schémat správného hojení ran s konzultací lékaře. Nejvyšší stupně dekubitů mohou končit sepsí pacienta a nutnou chirurgickou intervencí (4, 10, 11).

Dalším častým problémem u seniorů obecně je bolest. Jedná se o symptom, jehož měření a diagnostika je velice obtížná. Vnímání bolesti je individuální. Obecně se pocit bolesti ve stáří snižuje, toto však neplatí o nemocech pohybového aparátu, kde je vnímání bolesti stejné. Bolest není jen problémem tělesným, ale i psychologickým. Může být důvodem pro snížení mobility člověka. Při déletrvajících, chronických bolestech, se dostavuje úzkost, deprese, jedinec se straní okolí. Bolest je však ve většině případů problém řešitelný a ovlivnitelný. Touto problematikou se zabývají centra, tzv. ambulance bolesti. Farmakologie bolesti u seniorů má svá úskalí, která budou probrána v dalších kapitolách (10, 11).

1.2.4 Psychologie hospitalizovaného seniora

Abychom pochopili psychologii hospitalizovaného seniora, je důležité si říci, jaká je psychologie seniora obecně. Osobnost jedince a její rysy většinou zůstávají zachovány. Často však dochází ke stupňování v intenzitě některých vlastností, což však

nemusí být pravidlem. Psychologii stáří doprovázejí změny poznávacích schopností, ve smyslu zpomalení vnímání a řešení operací, snížení schopnosti fantazie, zpomalení učení a zhoršení paměťových funkcí, kdy se snáze než dříve, které se staly v nedávné době, vybavují dříve starší. Senior je mnohem trpělivější a je schopen provádět dlouhodobě jednu činnost. Obvyklým jevem je emoční labilita seniora (4, 12).

Psychologii seniora ovlivňuje i jeho sociální stav. Často namísto integrace dochází k vyloučení starého člověka ze společnosti. Není výjimkou ani věková diskriminace seniora, které můžeme být svědky bohužel i v nemocnicích. Zde se jedná například o znevýhodnění v rozhodovacích možnostech, neposkytnutí dražší léčby z důvodu vyššího věku, či ponižování používáním familiárních oslovení. Starý člověk přichází postupem času o své přátele, partnera. Jediné co často má, je jeho nejbližší okolí - rodina, či spolupacienti. Proto by měla být snaha hospitalizovaného člověka nenásilně integrovat do jeho okolí mezi pacienty i ošetřující personál. Hospitalizovaný senior se může adaptovat snadno, často se totiž jedná o pacienty, kteří již mají z minulosti s pobytem v nemocničním zařízení zkušenost. Adaptace však nemusí být úspěšná obzvláště u seniora, který je zvyklý být soběstačný, mít pravidelné aktivity a kontakt s rodinou. Pro takového jedince je vše nové, pociťuje strach, úzkost z neznámého prostředí, z bolesti, z postupu léčby či výkonů, které nemusí chápat, setkává se s neznámými lidmi – personálem, ostatními pacienty a přichází o své naučené rituály. U takového pacienta je velice důležité zjistit správný přístup v jednání s ošetrovatelským personálem, protože špatný psychický stav nemocného je často důvodem pro ztrátu jeho vůle k léčbě (4, 8, 12).

U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů se zvyšuje riziko vzniku hospitalizmu. Tento pojem značí situaci, kdy si senior zvykne na komplexní péči a ztrácí chuť a vůli k samostatnosti. Prevencí je snaha o zapojení pacienta do jeho léčby, vedení pacienta k aktivní činnosti (například četbě) a umožnění pravidelného kontaktu s rodinou. Není žádoucí pohlížet na pacienta jen jako na sdružení biologických potřeb či diagnózu, ale jako na člověka, který má svou osobnost (4, 8, 12, 13).

1.3 Nejčastěji prováděné operační výkony na ortopedii u pacientů seniorů a jejich indikace

1.3.1 Nejčastěji se vyskytující indikace k operačním výkonům u seniorů na ortopedii

Nejčastěji prováděné výkony u pacientů - seniorů můžeme dle indikace rozdělit na dvě velké skupiny - na výkony prováděné u traumat vzniklých v důsledku úrazového mechanismu a na výkony prováděné v důsledku chronických změn způsobené involucí, tedy stářím. Chronickými změnami dochází k prostému opotřebení kloubů a vzniku artrózy. Artrotické změny seniorovi ztěžují běžný život, protože se v důsledku bolestivosti kloubu stává postupně méně mobilním a soběstačným. Pacient dochází na kontroly k lékaři, který hodnotí artrotické postižení kloubu. Postižení kyčelního kloubu je označováno jako coxartróza a postižení kolene jako gonartróza. Postižení kloubu se řadí do čtyř stupňů. Pokud je u pacienta zhodnoceno postižení stupněm tři až čtyři, je zařazen do pořadníku k výměně kloubu. Nejčastěji prováděným výkonem u těchto pacientů je totální endoprotéza kyčle či kolena, při které je vyměněna kloubní hlavice i kloubní jamka (14, 21).

Nejčastěji se však na ortopedii jednotky intenzivní péče (JIP) vyskytují pacienti s poúrazovou diagnózou, kteří jsou přijati k neodkladnému operačnímu řešení nebo k plánovanému výkonu. Příčinou úrazu jsou v seniorském věku nejčastěji již zmíněné pády. Vzhledem k involuční přestavbě kostní tkáně dochází v průběhu let k úbytkům až o polovinu kostní hmoty, stačí tedy i malé množství energie k traumatu kosti - ve smyslu její zlomeniny. Kromě fyziologických změn je příčinou snížené odolnosti kostní tkáně také již dříve popsána osteoporóza a méně často se vyskytující osteomalacie viz dále (14, 21).

Pacientů s diagnózou osteoporózy přibývá. V České republice se odhaduje počet postižených na 7 – 8 % populace, tedy až 750 000 osob. Onemocnění se vyskytuje častěji u žen, promořenost ve věku nad 65 let se udává až 15 %. Choroba je charakterizována nerovnováhou mezi novotvorbou a resorpcí kostní hmoty (14, 21).

Osteomalacie je onemocnění vznikající v důsledku nedostatku vitamínu D, kdy dochází k nedostatečné mineralizaci nové kostní tkáně. Obě onemocnění ve svých

důsledcích představují závažný problém nejen z pohledu sociálního, ale především ekonomického, vezmeme-li v úvahu, že následkem osteoporózy utrpí každoročně 30% postižených osob do 75 let zlomeninu a v důsledku osteomalacie pak 4 - 8% osob (6, 14, 15, 21).

1.3.2 Nejčastěji se vyskytující zlomeniny u seniorů a jejich řešení

Mezi nejčastěji operačně řešená traumata u seniorů vznikající v důsledku osteoporotických či jiných změn řadíme fracturu proximálního humeru (zlomeninu horní části pažní kosti), distálního radia (dolní části kosti vřetenní), proximálního femuru (horní části kosti stehenní), diafýzy femuru (dolní části kosti stehenní), méně často poranění distálního konce femuru (dolního konce kosti stehenní) a dále traumata osteoporoticky změněných hrudních a bederních obratlů. Mezi nejčastěji se vyskytující oblasti výskytu zlomenin řadíme krček kosti stehenní a pertrochanter (16, 17, 18, 19).

Zlomeniny proximálního femuru postihují ročně především z řad seniorů až 12 000 lidí. Až 90 % těchto traumat je zapříčiněno pády seniorů. Převážně se tyto zlomeniny řeší operačně, ale v některých případech je možná i konzervativní terapie, která má však svá rizika. Konzervativní terapie je možná u pacientů se stabilní zaklíněnou zlomeninou, popřípadě je volena u pacientů, kteří nemohou být operováni z důvodu četné morbidit. Nevýhodou konzervativní terapie je však vždy riziko dislokace úlomků. Další možné komplikace vyplývají z imobility pacienta - možný vznik dekubitů, rozvoj tromboembolické nemoci (dále jen TEN), možný rozvoj pneumonie. Konzervativní postup je často spojován s vyšší mortalitou (19, 20).

Z výše uvedených důvodů je většina zlomenin kosti stehenní řešena operačně osteosyntézou (chirurgickým spojením kostních úlomků) s použitím různých typů dlah či šroubů. Volba operační techniky je však velice individuální, kromě nálezu záleží také na volbě a zkušenostech operátora. Obecně lze operační techniky rozdělit podle druhu zlomeniny a dislokace úlomků. Důležitým faktorem je také věk pacienta a jeho aktivita před traumatem. První osteosyntéza byla provedena již v roce 1875 německým lékařem Franzem Königem. U stabilních zlomenin bez dislokace se provádí osteosyntéza

pomocí šroubů. V případě nestabilní zlomeniny a obzvláště za přítomnosti více úlomků je zpravidla volena osteosyntéza s využitím proximálního femorálního hřebu (dále jen PFN), je-li trauma v oblasti proximálního femuru. Nález v oblasti diafýzy femuru je řešen s použitím hřebu Gamma Nail, eventuálně je možné užití hřebu PFN. Nevýhodou osteosyntézy je riziko zhoršení prokrvení hlavice femuru a tím nutnost opakovaných operačních revizí. Další komplikací může být selhání osteosyntézy (15, 17, 18).

Pokud je předpoklad přežití pacienta do pěti let a pacient je ve věkovém období kolem sedmdesáti pěti let, je možná implantace cervikocapitální endoprotézy (dále jen CKP). Tento typ endoprotézy je výhodný vzhledem k nepříliš zatěžujícímu operačnímu postupu i snadnějšímu pooperačnímu režimu pro pacienta. Nevýhodou je právě postupné zhoršování funkce endoprotézy v období do pěti let (19, 22).

Totální endoprotéza je využívána u pacientů po zlomeninách krčku femuru s dislokací, s prognózou přežití více jak pět let, kolem šedesáti pěti let věku, u pacientů aktivních, před úrazem převážně mobilních a v dobrém duševním stavu. Totální endoprotéza vyžaduje již od časného pooperačního období větší spolupráci pacienta. Důležité je důsledné dodržování správného polohování končetiny za využití klínu a pisku zabraňujícího addukci (přinožení) končetin. V případě nesprávného polohování končetiny může dojít k luxaci (vykloubení) endoprotézy. V předoperačním období je možné nacvičit správné polohování končetin po výkonu. Sestra pacienta edukuje o časném pooperačním režimu a provádí nácvik sebeobsluhy s dodržením pravidel polohování. Po operačním výkonu je snaha pacienta do dvaceti čtyř hodin mobilizovat, samozřejmě umožňuje-li to jeho stav. Vždy však závisí na typu operačního výkonu a ordinace lékaře. V případě nespokojenosti pacienta a zvýšeného rizika luxace totální endoprotézy je možné využití antirotační botičky, která nesprávnému pohybu končetiny zabrání. Je však důležitá pravidelná kontrola končetiny obzvláště v oblasti paty, jakožto predilekční oblasti pro vznik dekubitu.

Aplikace totální endoprotézy je využívána také u plánovaných výkonů, jejichž indikací jsou fyziologické involuční změny kloubů, ve smyslu jejich opotřebení, nebo v důsledku vzniku coxartrózy. Před přijetím pacienta k plánovanému výkonu je dotyčný zapsán do pořadníku. Průměrná čekací doba se v jednotlivých nemocnicích liší.

Ortopedická klinika Fakultní nemocnice Na Bulovce má průměrnou čekací dobu do dvou let. V případě indikace k provedení totální endoprotézy v důsledku úrazu, se pacient do pořadníku samozřejmě nezařazuje (15, 16, 19, 22).

1.3.3 Základní předoperační příprava seniora na JIP

Díky rozvoji operačních technik je v současné době mnoho možností operačního řešení zlomenin umožňujících brzkou mobilizaci pacienta a tím snížení komplikací vznikajících v důsledku dlouhodobého upoutání pacienta seniora na lůžko. V předoperačním období je důležitá celková stabilizace pacienta, především však po interní stránce. Senioři, kteří přicházejí k plánovanému výkonu, bývají zpravidla lépe interně připraveni než ti, kteří jsou přijati k výkonu v důsledku úrazového traumatu. Pacienti senioři, kteří jsou neplánovaně přijati k hospitalizaci, bývají ve stavu dehydratace či hypokalémie (nízká hladina draslíku v krvi). Nutriční stav pacientů – seniorů také nebývá uspokojivý. Tento problém bývá často přítomen u seniorů žijících o samotě. Po interní stránce nestabilní pacient je přijímán na standardní oddělení nebo JIP k řešení stavu a případné monitoraci. Jak je uvedeno výše, zaměřeno je zde na stabilizaci potenciální hypokalémie, diabetu či anémie. U pacientů chronicky užívajících antikoagulační terapii je důležité zjištění hodnot koagulačních parametrů. V případě neuspokojivých hodnot je nutné operační výkon odložit. Problém může nastat u pacientů, kteří sice chronicky užívají antikoagulancia, avšak nejsou řádně sledováni a přicházejí k hospitalizaci s hodnotami, v jejichž důsledku by vinou zvýšené krvácivosti mohlo dojít ke komplikacím (6, 23).

Po dobu předoperační stabilizace je možné uložení končetiny na trakci s využitím závaží o menší hmotnosti, což má účinek nejen analgetický, ale především preventivní (zabránění dislokace úlomků a tření úlomků o sebe). Při použití trakce je však pomocí vypodložení končetiny důležité důsledně dbát o prevenci vzniku dekubitů (18, 19, 23).

V předoperační přípravě je velice důležitá úloha sestry. Ta zajišťuje přípravu pacienta po stránce hygieny, správnost dokumentace, ověřuje úplnost důležitých

dokumentů, ověřuje, zda jsou vyplněny souhlasy s operací či anestezií. Neodmyslitelnou součástí předoperační přípravy je edukace pacienta a podání informací o časném pooperačním režimu. Vhodný je i nácvik úkonů s ohledem na výkon, který má být proveden. Je možné dopředu nacvičit polohování na lůžku, udržování správné pooperační polohy, aplikaci podložní mísy a nácvik použití močové lahve. Sestra také informuje pacienta o možnostech polohování, stravovacím a pitném režimu po výkonu. Pacienta se vždy snaží uklidnit, nezlehčuje jeho obavy, ale snaží se poskytnout informace a odpovědět pacientovi na všechny jeho otázky, popřípadě zajistit i informace od lékaře. Informovaný pacient je klidnější a snadněji zvládá časný pooperační režim. Přípravu je nutné uzpůsobit tomu, zda je senior přijímán k akutní nebo plánované operaci (24).

1.3.4 Časná pooperační péče o seniory na JIP

Pooperační péče u pacienta seniora na JIP začíná předáním pacienta lékařem, obvykle anesteziologem, sestře z JIP spolu se základními instrukcemi o průběhu anestezie a ordinacích, které mají být provedeny po příjezdu na JIP. Pacient je následně přivezen na JIP sál, kde je pro optimální možné sledování stavu napojen na monitor zahrnující třísvodé EKG, manžetu na měření tlaku, popřípadě rampu k měření arteriálního tlaku, nebo pravítko se stupnicí k měření centrálního žilního tlaku, má-li pacient zavedený centrální žilní katetr. Další nezbytnou součástí je prstové čidlo k měření saturace. Infuze, se kterou pacient přijíždí ze sálu, je napojena přes infuzní pumpu a rychlost je nastavena dle ordinace lékaře (24, 25).

Dalším krokem je správné zapolohování končetin dle operačního výkonu, který byl proveden. Pokud je toho zapotřebí, je pacientovi k možnosti přesného sledování bilance tekutin zaveden permanentní močový katetr, při dlouhotrvajících výkonech má však pacient katetr zavedený již během operace. U kratších výkonů s nepříliš velkými krevními ztrátami a samozřejmě s ohledem na věk nemusí být katetr zaveden, je však zapotřebí, aby se pacient maximálně do osmi hodin po výkonu vymočil (24, 26).

Sestra aplikuje další medikace dle ordinace lékaře ortopeda, nejčastěji se jedná o

antibiotika a nízkomolekulární heparin. Pacient je při rozsáhlých výkonech kontinuálně monitorován v průběhu dvaceti čtyř hodin, pokud prodělal zákrok s krevními ztrátami, je monitorován i déle. Sestra do dokumentace JIP důsledně zapisuje bilanci tekutin, fyziologické funkce, krevní ztráty do drénů, citlivost na dané končetině a bolest dle vizuální analgetické škály (VAS). Při závažných změnách je neodkladně volán lékař. U pacientů po déletrvajících výkonech s krevními ztrátami je obvykle po operačním výkonu proveden odběr krve k vyšetření krevního obrazu. V některých případech jsou krevní ztráty hrazeny neodkladně, často ještě během operačního výkonu. Ráno sestra provede kontrolní odběry krve na krevní obraz, obvykle i pro základní biochemii, u diabetiků ještě navíc odebere krev ke stanovení glykemie. V případě uspokojivých výsledků je pacient přeložen na standardní oddělení k další ošetrovatelské péči, rehabilitaci a nácvik sebeobsluhy (24, 26, 27).

1.3.5 Nejzávažnější komplikace vzniklé v souvislosti s ortopedickým výkonem

Všechny ortopedické výkony jsou zatíženy možným vznikem komplikací. Rizikové jsou operační výkony na dlouhých kostech, především v souvislosti s častějším výskytem tromboembolické nemoci (dále TEN). Vznik TEN není pouze banální komplikací, v případě embolizace dochází k ohrožení života pacienta a je proto důležité důsledné dodržování farmakologických i mechanických postupů k prevenci TEN. Mezi farmakologické postupy řadíme aplikaci nízkomolekulárního heparinu ve formě subkutánních injekcí s firemními názvy Clexane či Fraxiparine. Sílu udává lékař dle hodnoty výsledku antikoagulačních parametrů a tělesné hmotnosti pacienta. V současné době jsou na ortopedické klinice Fakultní nemocnice Bulovka podávány také preparáty Xarelto a Pradaxa, které mají tabletovou formu a přesně udávané schéma podání trvající až šest týdnů. U rizikových pacientů je zpravidla kromě injekčního nízkomolekulárního heparinu ve formě tablet podáván i Warfarin, se kterým pacient odchází domů, kde v užívání nadále pokračuje. Mezi mechanickou prevencí řadíme přikládání bandáží nebo elastických punčoch na dolní končetiny. Důležitá je především dostatečná hydratace pacienta, časná mobilizace a rehabilitace. Mezi faktory ovlivňující

vznik TEN můžeme řadit i správnou volbu anestezie. V současné době bylo lékařskými studiemi zaznamenáno nejméně TEN komplikací při kombinaci aplikace svodné anestezie, nízkomolekulárního heparinu a mechanické prevence (19).

Ortopedické výkony jsou zatíženy také rizikem vzniku infekce. Z tohoto důvodu je zapotřebí důsledně dbát aplikací antibiotik na prevenci jejího vzniku. Pacientovi jsou zpravidla podávána antibiotika těsně před výkonem a dále v pravidelných intervalech po dobu dvaceti čtyř až čtyřiceti osmi hodin. Samozřejmostí musí být ošetřování pacienta dle zásad asepse za užití bariérových pomůcek a dodržování hygienického řádu nemocnice, který jasně stanoví postupy mytí rukou, dezinfekce oddělení, lůžek, manipulace s prádlem a další položky, které jsou důležité v prevenci vzniku a šíření nákaz (19).

1.4 Specifika péče o seniora po ortopedickém výkonu, vzhledem k nejčastěji se vyskytujícím komplikacím na ortopedii JIP

1.4.1 Problematika pooperační bolesti u pacienta seniora na JIP

Na JIP je nejčastěji řešenou problematikou pooperační bolest. Bolest je subjektivní pocit s objektivními příznaky. Její vnímání je ve stáří změněno, ačkoliv dosud nebylo zjištěno, co je důsledkem této změny vnímání. Ke zhodnocení bolesti jsou využívány různé škály, z nichž nejčastěji užívanou je vizuální analgetická škála (VAS). Bolest hodnotí pacient na stupnici od nuly do deseti, kde nula značí žádný pocit bolesti a hodnota deset bolest velmi silnou. Hodnoty od jedné do čtyř jsou značeny jako mírná bolest, pět až sedm středně silná bolest, osm až deset velmi silná bolest. Tato škála je pooperačně na JIP běžně užívaná. Hodnocení provádí sestra v intervalu dvou hodin a zapisuje jej do dokumentace pacienta (28).

Léčba bolesti u seniorů má svá specifika vyplývající z už popsaných fyziologických změn stárnoucího organismu a tím ve změnách vstřebávání a metabolismu medikamentů. Léčbu bolesti u seniora ovlivňuje i riziko lékových interakcí vzhledem k množství medikamentů, které často senior užívá. Dalším faktorem

ovlivňujícím léčbu bolesti seniora je výskyt některých onemocnění, například onemocnění ledvin či jater. Onemocnění ledvin má vliv na nástup účinku medikamentu, dobu působení a čas potřebný k odbourání látky z organismu. Onemocnění jater má vliv na metabolizaci látky. Nesprávné podání medikamentu může mít za následek vznik některých nežádoucích účinků, do kterých můžeme zahrnout závratě, nevolnost, zvracení, zmatenost, vznik obstipace, z těch závažnějších je to pokles tlaku či útlum dechového centra. Při podávání medikamentů se řídíme obecně platnými pravidly - podává se nižší počáteční dávka medikamentu, která se může pomalu navyšovat, mezi jednotlivým podáním je prodloužen časový interval a důležité je důsledné pozorování reakcí seniora na podaná analgetika (28).

Analgetika užívaná v pooperační léčbě obecně rozdělujeme na neopioidní analgetika (např. paracetamol), opioidní slabá (např. tramal) a opioidní silná (např. morphin). U pacientů seniorů je za nejbezpečnější kombinaci považována aplikace neopioidních a slabých opioidních analgetik. Ortopedické výkony svým rozsahem však často nutí k užití silných opioidů. Při takové léčbě je vzhledem k možnému výskytu hypotenze a útlumu dechového centra nutné sledování fyziologických funkcí pacienta, především dechu a krevního tlaku. Při použití morphinu je častý výskyt nevolnosti. Výskyt nežádoucích účinků je vždy nutné neprodleně hlásit anesteziologovi (28).

Léčba bolesti na JIP začíná ihned po přijetí pacienta. Volba medikamentů závisí na anestezii, která byla pacientovi během operace podávána. Při užití celkové anestezie dochází po jejím odeznění k okamžitému nástupu bolesti. Je proto možné podat ještě na operačním sále neopioidní analgetikum, aby její nástup nebyl tak silný. Podává se například paracetamol – Perfalgan 1g i. v. nebo Novalgin 1g i. v. Po přijetí na JIP je zpravidla pokračováno aplikací silnějších analgetik dle ordinace lékaře, například Dipidoloru i. m. nebo Morphinu kontinuálně, prostřednictvím subkutánní kanyly. U pacientů, kde bylo využito epidurální anestezie, se ve většině případů pokračuje kontinuální aplikací analgetik do epidurálního katétru. Sestra po celou dobu přítomnosti katétru hlídá jeho průchodnost, funkčnost a kontroluje oblast vpichu, zda obvaz neprosakuje. V případě prosáknutí je nutné informovat lékaře. Místo vpichu musí být sterilně kryto a asepticky ošetřováno. Po vytažení katétru je důležité místo kontrolovat.

Sestra hlídá krvácení a možné projevy infekce (25, 28).

Po celou dobu hospitalizace pacienta na JIP sestra zaznamenává hodnoty VAS do dokumentace. Cílem není úplné odstranění bolesti, ale snížení na takovou hodnotu, kdy bude pro pacienta bolest snesitelná a umožní mu klidný spánek. Během aplikace analgetik sledujeme fyziologické funkce a diurézu. Důležité je i sledování smyslových funkcí pacienta, především jeho orientace, popřípadě výskyt halucinací či změny v chování. Na podávání analgetik u seniorů zatím není dané ucelené schéma, které by bylo možné použít všeobecně. Každý pacient senior je individuum, které může mít zcela odlišné vnímání bolesti a tím i odlišné reakce na její léčbu, proto je důležité léčbu bolesti nezobecňovat, ale „šít na míru“ každému pacientovi zvlášť (25, 28).

1.4.2 Problematika polohování seniorů po ortopedických výkonech a prevence dekubitů na JIP

Polohování je i na JIP velice podstatnou součástí pooperační péče o pacienta. Vznik dekubitů představuje pro hospitalizovaného pacienta závažnou komplikaci, proto je důležité dbát o důslednou prevenci. Prevencí užívanou u pacientů hospitalizovaných na JIP je kromě důsledné hydratace a péče o pokožku samozřejmě polohování s užitím pomůcek. Polohovací režim se řídí pokyny operátora, s ohledem na provedený operační výkon a na stav pacienta. Často pacienti přicházejí k hospitalizaci již s rozvinutými kožními defekty, které jim vznikly v důsledku špatné sebek péče, popřípadě v jiných zdravotnických zařízeních. Takové defekty sestra po přijetí pacienta adekvátně ošetřuje a zaznamenává do jeho karty. Každé další ošetření také zaznamenává do karty, stejně jako jakoukoliv změnu defektu (24, 26).

Polohovací režim je pro některé výkony specifický, odvíjí se od typu výkonu a ordinace lékaře. Pacienty po implantaci totální endoprotézy kyčle sestra polohuje s končetinami do mírné abdukce (odtažení od sebe) s využitím klínu, který vkládá mezi kolena a písku, který přikládá k zevnímu kotníku, aby se zabránilo zevní rotaci končetiny. Nesmí se opomenout ani podložení kolen a pat pomocí podélných molitanů. Pacienty sestra po příjezdu na JIP edukuje o správném polohovacím režimu, který

musejí dodržet, aby nedošlo k luxaci kyčle. Snadnější polohování je u pacientů po implantaci cervikocapitální endoprotézy, kde není nutné dodržování abdukčního režimu. Polohování u pacientů po implantaci totální endoprotézy kolene začíná již po příjezdu pacienta na JIP. Končetiny sestra polohuje dle instrukcí operátora po dvou až čtyřech hodinách do střídavé flexe (pokrčení) a extenze (natažení). Polohování na boky je možné bez omezení, vždy však vypodkládáme kolena a kotníky, aby nedocházelo k otlakům. U pacientů po operačních výkonech s užitím hřebů je možné polohování bez omezení. U všech pacientů hospitalizovaných na JIP jsou zpravidla použity pomůcky k prevenci dekubitů zahrnující molitan pod hýždě, molitan pod kolena a pod paty. Mezi další využitelné pomůcky řadíme molitanové kroužky, ovčí kůže (tzv. beránky), které se vkládají na podložku pod pacienta či různé polštářky plněné kuličkovou náplní, která masíruje kůži pacienta (24, 26, 29).

V den operace je polohovací režim zohledněn stavem pacienta, typem operačního výkonu a samozřejmě pokyny lékaře. Jestliže je pacient stabilizován, je standardně polohován na poloboky po čtyřech hodinách. Od počátku se snažíme pacienta zapojit do polohovacího režimu. Pacient k polohování a posunování na lůžku využívá pomůcek, kterými je lůžko opatřeno. Zpravidla se jedná o hrazdičku nebo žebříček. Je vhodné pacienta již před výkonem edukovat o jejich využití. Sestra vždy vizuálně kontroluje pokožku predilekčních míst a dvakrát denně je pokožka ošetřena ochrannými pastami. Vše sestra zaznamená do dokumentace JIP. U pacienta, jehož stav umožňuje aplikaci polohovacího režimu, je dekubit známkou špatné ošetrovatelské péče (25, 29, 30).

1.4.3 Problematika hydratace pacientů seniorů po operaci na JIP

Pacient senior je přijat na JIP z operačního sálu, s ordinacemi od anesteziologa, který určuje hydratační režim v časném pooperačním období. K doplnění volumu jsou nejčastěji užívány koloidní roztoky např. Voluven. K tomu jsou aplikovány krystaloidní roztoky. Krystaloidy jsou aplikovány přes infuzní pumpu rychlostí dle ordinace lékaře.

Pacient senior ihned po výkonu v celkové anestezii nemůže přijímat tekutiny per os. V případě, že pacient podstoupil výkon v regionální anestezii, může

popíjet čaj již po dvou hodinách, jestliže však byl pacient operován v anestezii celkové, je interval delší (až čtyři hodiny). Je důležité, aby sestra pacienta poučila, že ačkoliv má pocit sucha v ústech, nemůže pít větší množství tekutin najednou, protože často dochází ke vzniku nauzey a výskytu zvracení. Od nepříjemného pocitu v ústech je možné pomoci využitím štětiček napuštěnými oleji s příchutí. Tato zdánlivá drobnost často pacientovi pomůže k snadnějšímu přečkání doby, než bude moci pít. Správné řízení pooperační hydratace je velice důležité. Při nedostatku tekutin může dojít k dehydrataci pacienta, naopak nadměrný příjem tekutin se organismus přetíží (6, 23).

U pacientů diabetiků sestra provede po příjezdu na JIP ke stanovení glykemie odběr krve z prstu. Hodnota je opět konzultována s internistou, který ordinuje roztok glukózy krytý inzulinem, při vysoké hodnotě pak fyziologický roztok krytý inzulinem. V případě opakovaně nezkorigovatelných hodnot glykemie (často u pacientů diabetiků, kteří nedodržovali doma předepsaný režim) je inzulin aplikován v kontinuální infuzi dávkovačem a rychlost dávkování je upravována dle aktuálních hodnot glykemie, kterou sestra měří po dvou hodinách.

Hydratace seniora po výkonu je důležitá součást pooperační péče. Na JIP je po dvanácti hodinách provedena bilance tekutin zahrnující veškerou infuzní terapii a příjem per os. Výsledky v nerovnováze sestra neodkladně hlásí lékaři, který provede další intervence (6, 23, 24).

1.4.4 Komplikace hospitalizovaného seniora po ortopedickém operačním výkonu vzniklé v důsledku reakce na anestezii

Ortopedický operační výkon spojený s anestezií je velikou zátěží pro každý organismus. Stárnoucí organismus je však více zatížen rizikem vzniku různých komplikací v důsledku polymorbidity, která se zpravidla u seniorů vyskytuje a samozřejmě i v důsledku odlišné reakce na medikamenty oproti mladším pacientům. U pacientů seniorů je nejčastěji volena metoda regionální anestezie, tedy anestezie subarachnoideální (v prostoru mezi pavoučnicí a měkkou plenou mozkovou) či epidurální (prostor mezi tvrdou plenou mozkovou a kostí), která je šetrnější než

aplikace celkové anestezie.

Mezi nejčastěji se vyskytující komplikace na JIP v souvislosti s anestézií řadíme náhle vzniklou sinusovou bradykardií, náhle vzniklou hypotenzi, či kombinaci obou. Často se v souvislosti s celkovou anestézií vyskytuje nevolnost se zvracením. Tato komplikace se však netýká pouze seniorů, ale i pacientů v mladším věkovém období. V souvislosti s anestézií, užíváním opiátů a se samotnou hospitalizací je riziko vzniku pooperačního deliria a zmatenosti u seniorů. Bradykardie či hypotenze vzniká často u pacientů po operačním výkonu v regionální anestezii. Pacient je po operačním výkonu stabilizovaný bez jakýchkoliv komplikací. Hypotenze či bradykardie vznikne náhle. Může být spojena s výskytem nevolnosti, na kterou nás pacient upozorní. U pacienta s hypotenzí je v první řadě podán Ephedrin dle ordinace lékaře, v kombinaci s koloidním roztokem, typu Voluven apod. Zpravidla dojde k úpravě stavu do několika minut. Vždy je však pacientovi odebrána krev k vyšetření krevního obrazu. Po operačním výkonu může být důvodem náhle vzniklé hypotenze i anemie vzniklá v důsledku krevních ztrát během operace. V případě opakovaně vzniklé hypotenze je pacientovi aplikován Noradrenalin v kontinuální infuzi, rychlost aplikace je upravována dle aktuálních hodnot krevního tlaku (5, 25, 26).

Vznik bradykardie může být také spojen s náhlou nevolností, na kterou pacient upozorní. Lékem první volby bývá Atropin v dávce dle ordinace lékaře. Před podáním je však důležité ověřit, zda pacient není léčen pro výskyt glaukomu, jedním z účinků Atropinu je totiž i zvýšení nitroočního tlaku, což by u takového pacienta mohlo vyvolat glaukomový záchvat. Po úpravě stavu je pacientovi odebrána krev k biochemickému vyšetření. Vyšetřujeme mineralogram a myokardiální soubor, tedy myoglobin, troponin a hladinu kreatininkinázy. Samozřejmostí je i vyšetření krevního obrazu a natočení EKG, protože důvodem takové reakce na anestezii může být i náhlá progresse chronického onemocnění, například kardiálního původu (25).

Delirantní stav je často se vyskytující komplikací u hospitalizovaných seniorů, na jehož vzniku se podílí řada faktorů, mezi které můžeme zahrnout mimo jiné například anestezii a zátěž operačního výkonu. Výskyt deliria je problémem, který může ve svém důsledku způsobit i smrt pacienta. Senior v deliriu je vždy hospitalizován na JIP, kde je

monitorován. Důležitá je správná farmakoterapie, která má zajistit zklidnění pacienta, navození spánku a zabránění sebepoškození či ohrožení okolí. Jednou z priorit je zabránění pádu seniora, k čemuž jsou využívány zábrany připevněné k lůžku pacienta. Ani v tomto případě však nesmíme zapomínat na prevenci vzniku dekubitů, je-li pacient již v klidnějším stavu. K osobě v delirantním stavu je důležité přistupovat klidně a profesionálně, ačkoliv je tento stav pro veškerý ošetrovatelský personál velice náročný (23, 26, 31).

Vzhledem ke stále se zlepšujícím možnostem léčby dochází k věkovému posunu pacientů, tzv. geriatrizaci medicíny. V dnešní době nejsou výjimkou operační výkony u pacientů v období pokročilého stáří. Tento trend však s sebou přináší mnohá úskalí. U pacientů seniorů není problémem jen samotný operační výkon, ale především množství dalších okolností ovlivňující úspěšnost léčby, ať už se jedná o přítomnost chronických onemocnění, nebo samotný fyzický a psychický stav jedince. Léčba pacienta seniora musí být vždy poskytována s ohledem na několik faktorů, tedy na přínos léčby pro pacienta, rizika, s ní spojená, finanční stránku a stránku etickou. Často není možné pacienta zcela vyléčit, pokud je však adekvátní lékařskou a ošetrovatelskou péčí dosaženo zkvalitnění života, pak je možné považovat léčbu za úspěšnou (6).

2 Cíle práce

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, zda mají sestry možnosti a dostatek informací k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o seniory po ortopedických výkonech.

Cíl 2. Zjistit faktory, které sestry považují za negativní činitele ovlivňující ošetrovatelskou pooperační péči o pacienty – seniory a důvody, proč nedochází k jejich eliminaci.

Cíl 3. Zjistit, zda jsou pacienti senioři spokojeni s ošetrovatelskou péčí po ortopedických výkonech, co považují za nedostatky ošetrovatelské péče.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakými informacemi disponují sestry na JIP z oblasti ošetrování seniorů po ortopedických výkonech?
2. Jakým materiálním vybavením disponují sestry na JIP k zajištění kvalitní pooperační ošetrovatelské péče o pacienty seniory po ortopedických výkonech?
3. Jaké je prostorové vybavení pracoviště JIP vzhledem k počtu lůžek?
4. V čem sestry spatřují problém na cestě ke zlepšení ošetrovatelské péče o seniory po ortopedických výkonech?
5. Kde vidí pacient nedostatky v poskytované ošetrovatelské pooperační péči?
6. Jak hodnotí pacient senior chování zdravotnického personálu ke své osobě během pobytu na JIP?

3 Metodika

3. 1 Metodika a technika šetření

K získání údajů bylo použito kvalitativního šetření formou nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány. Osloveno bylo celkem devět osob - čtyři sestry a pět pacientů seniorů po ortopedickém výkonu, kteří byli hospitalizováni na JIP. Šetření bylo provedeno na JIP ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce se souhlasem všech zúčastněných, vedení nemocnice, vrchní a hlavní sestry.

3. 2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor byl tvořen všeobecnými sestrami pracujícími na ortopedické klinice JIP Fakultní nemocnice Na Bulovce s různou délkou praxe a různým stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání. Druhý výzkumný soubor byl tvořen pacienty seniory po ortopedických výkonech, kteří byli na JIP hospitalizováni. Výzkumné šetření probíhalo na oddělení ortopedie JIP od 1. do 31. března 2012.

4 Výsledky

4. 1 Kvalitativní šetření

1. rozhovor - sestra

Sestra 1, 27 let, vyšší odborné vzdělání, délka praxe sedm let.

Během svého studia získala mnoho informací o způsobu péče o seniory. Na tomto oddělení má však péče svá specifika, která jí byla postupně sdělována staniční sestrou a déle pracujícími kolegyněmi. V současné době sestra nestuduje žádný specializační obor, nedomnívá se, že by ji zaměstnavatel motivoval k dalšímu specializačnímu vzdělání, nepovažuje podporu zaměstnavatele za dostačující. Uvádí, že klinika sice pořádá semináře, ale po zaměstnancích požaduje, aby semináře navštěvovali ve svém volnu, finanční podpora není vůbec žádná. Specializaci, např. ARIP si sestra vystudovat může, ale v případě žádosti o podporu ze strany zaměstnavatele je nutné se na pět let smluvně dané nemocnici zavázat. Sestra se snaží získávat informace prostřednictvím studia různých publikací z nemocniční knihovny, jejíž vybavenost považuje za kvalitní a dostačující. Informace ze standardů příliš nevyužívá, dle jejího názoru nejsou příliš využitelné v praxi a nezohledňují praktické možnosti sester a vybavení oddělení. Informace ve standardech považuje za nedostačující a některé postupy za obtížně proveditelné. Domnívá se, že i na standardech je zjevná neznalost vedení o procesech na daném oddělení.

Toto se týká i materiálního vybavení, kdy bývá přístup vedení často negativní k požadavkům na nákup pro péči zcela nezbytného materiálu. V nedávné době zcela chyběly některé základní potřeby z oblasti hygienické péče, k objednávkám se však vedení postavilo negativně s vysvětlením nedostatku financí. Pozastavuje se nad plýtváním financemi (do výroby bylo dáno množství plastových štítků s nápisy o výročí 80. let založení nemocnice), které by byly potřeba zcela jinde, třeba na nákup tolik potřebného materiálu. Vzhledem k pili staniční sestry je však úroveň materiálního vybavení daného oddělení dostačující, ale na ostatních odděleních je tomu přesně naopak.

Stavební uspořádání je pro sestru prý nezvyklé. Spíše se setkávala s boxovým typem uspořádání, ale prý si na tento sálový typ zvykla. Za velikou výhodu považuje přehled nad celým prostorem a tím nad veškerou činností pacientů. Vzhledem k častému výskytu pacientů seniorů s diagnózou demence, kteří často trpí pooperační zmateností, je možnost stálého vizuálního kontaktu sestry a nemocného velkým plus. Nejednou se prý, jen díky možnosti stálého dohledu, zabránilo pádu pacienta. Nevýhodou je však nedostatek soukromí pacientů. Pacienti jsou od sebe odděleni pouze plastovými tabulemi, sice na sebe nevidí, ale slyší vše. Zachovat v tomto prostředí intimitu pacienta je dost složité. Další nevýhodou je absence oken. Ona sama si prý zvykla, ale pacienti jí často popisují, že trpí pocity stísněnosti ve zcela uzavřené místnosti. Problémem je pak i nedostatek čerstvého vzduchu, filtrace není dostačující a obzvláště při plné obsazenosti sálu je tento problém velmi zřetelný. Velikost prostoru považuje za dostačující vzhledem k počtu pacientů. V některých dnech by však bylo zapotřebí ještě jeden takový sál, aby bylo možné hospitalizovat všechny pacienty, kteří mají indikaci. Personální vybavení by však jen těžko pokrylo takový počet nemocných. Sestra již v současné době považuje personální vybavení za ne zcela dostačující. Operační program může čítat 18 pacientů za den, na tento počet jsou vyčleněné dvě sestry, jedna sanitářka a staniční sestra, na noční službě jsou pouze dvě sestry. Pacientů ke stálé monitoraci zůstává osm. Domnívá se, že by bylo zapotřebí posílit denní směnu o další sestru, aby byla zachována kvalita péče o pacienty. Za nedostatečný považuje i počet pomocného personálu, kdy je přítomna pouze jedna sanitářka na všední den do odpoledne. Vzhledem k pooperační imobilitě pacientů by bylo zapotřebí minimálně jedné takové síly navíc. Za obrovský nedostatek považuje systém vzdělávání sester, kdy ze škol vycházejí sestry asistentky, které mají pouze základní poznatky a musejí dále studovat, aby se mohly uplatnit. Domnívá se, že i z tohoto důvodu je takový nedostatek kvalifikovaného personálu. Ne každá sestra chce jít dále studovat, ne každá má tu možnost. Na oddělení jsou pak přijímány asistentky bez praxe, které si mají časem vzdělání dodělat. Na oddělení však není možné rozlišovat kdo je asistentka a kdo má další vzdělání. Do služby jsou prostě dány dvě sestry a obě dělají stejné výkony, ačkoliv to tak nemá být. Bohužel v praxi, kde je nedostatek pracovních sil, není možné nechat

asistentku dělat pouze pomocné úkony a sestru více vzdělanou, nechat dělat vše ostatní. Systém odměňování pak vůbec není spravedlivý. Sestra asistentka dělá stejnou práci jako sestra bakalářka, ale má o čtvrtinu menší platové ohodnocení. Tento systém není příliš dobrý. Nedostatkem tohoto pracoviště je přílišné množství nekvalifikovaných sil.

Za celkem dostačující považuje technické vybavení pracoviště. Staniční sestra se stará o funkčnost a servisy zařízení, díky tomu nebývá obvyklé, aby docházelo k situacím, kdy potřebná technika nefunguje. Toto je opravdu výjimečné. Jediným technickým nedostatkem je špatně fungující osvětlení pomocí mobilních lamp, které jsou již zastaralé a neposkytují dostatek světla. Další nedostatky v technickém vybavení nespatřuje. Celkově je na oddělení spokojená.

2. rozhovor - sestra

Sestra 2, 51 let, specializační vzdělání, 33 let praxe.

Sestra získávala informace v průběhu praxe. Dříve prý nebylo běžné zaučování mladých sester staničními sestrami, jako je tomu dnes. Sestry nastoupily do zaměstnání a učily se praxí. Během specializačního vzdělání se jí dostalo množství informací, které dodnes využívá. Když před lety nastoupila na tuto kliniku, neměla příliš mnoho informací, vše se dozvíдалa z knih a od kolegyň. Dnes je dle jejího názoru informovanost sester vyšší. Na oddělení mají staniční sestry mentorky, které jim pomáhají dosáhnout potřebného vzdělání. Vzhledem ke svému věku nemůže prý příliš hodnotit úroveň podpory zaměstnavatele v oblasti vzdělávání. Osobně získává nové informace návštěvami různých seminářů. Za negativní považuje nutnost účasti na seminářích ve vlastním volnu a nulovou finanční podporu např. vstupních poplatků na semináře. Klinika občas semináře pořádá, ale jejich kvalitu sestra nepovažuje z hlediska obsahu za příliš vysokou. Nemocniční knihovnu příliš nenavštěvuje. Pokud hledá nové informace, nachází je v elektronických standardech na intranetu nemocnice. V některých případech však nepovažuje doporučené postupy za reálné, ať už z důvodu nedostatku materiálu či personálního vybavení. Úroveň standardů hodnotí tedy jako průměrnou, je prý zřetelné, že je nepíše sestra z praxe.

Sestra hodnotí kladně úroveň materiálního vybavení. V dobách jejích pracovních

začátků nebyla prý ani třetina vybavení, co je k dispozici dnes. Z tohoto důvodu si nemyslí, že by nedostatek materiálu byl problémem tohoto oddělení. Za veliký klad považuje především dostatek čistého prádla, který není na jiných oddělení běžný. Zastává názor, že vždy je možné zlepšení v materiálním vybavení především v oblasti hygienických pomůcek pro pacienta, ale za současných finančních možností kliniky považuje množství materiálu za dostačující. Jediný problém vidí v ne hospodárnosti vedení, kdy při nákupu určitého ne zcela potřebného materiálu bývá vstřícnější, ale v případě materiálu nutného, vstřícnosti ubývá. Za nedostatek považuje i nákup často velmi laciného a nekvalitního materiálu, jehož spotřeba je v důsledku o tolik vyšší, že je úspora v podstatě nulová.

V otázce stavebního uspořádání považuje za obrovský nedostatek absenci oken a nedostatek prostoru kolem lůžka. V případě resuscitace není přístup k pacientovi ze všech čtyř stran. Celkově je prostor vzhledem k počtu lůžek dost omezený. Za pozitivní považuje možnost přehledu o pacientech díky sálovému uspořádání pracoviště, ale to na úkor soukromí pacienta, které není možné zajistit v dopovídající úrovni.

Personální vybavení sestra považuje za celkem dostačující. Problém spatřuje v nedostatečné erudovanosti nastupujících sester. Na pracoviště jsou přijímány často sestry bez praxe, které by dle jejího názoru měly mít alespoň rok praxe u lůžka, aby se naučily základní činnosti kolem pacienta. Na pracovišti takového charakteru jako je JIP nebo ARO není obvykle příliš času se sestrám dostatečně věnovat, jsou příliš brzy zařazovány do služeb, druhá sestra ve službě je pak zbytečně zatížena nadmírou výkonů, které mladá nezkušená sestra ještě nezvládá samostatně. Zbytečně pak dochází ke konfliktům. Počet personálu by tedy posílila spíše přes den a to způsobem, kdy by sloužily dvě samostatné zkušené sestry a jedna sestra nová, aby tak zkušenosti získala. Nedostatek však spatřuje v oblasti pomocného personálu. Domnívá se, že by bylo zapotřebí mít sanitáře k dispozici po celou denní směnu, nikoliv pouze do odpoledne. V případě obézních pacientů je fyzická zátěž sester nadměrná.

Nedostatky vidí sestra v oblasti technického vybavení pracoviště. Poukazuje na nekvalitní, stará a opotřebovaná lůžka pro pacienty, která neposkytují možnost správného polohování. Za nedostatečné označuje i nekvalitní osvětlení. Uvádí, že by

bylo zapotřebí především zvýšení výkonu stropních mobilních lamp sloužících především při provádění výkonů, jako je kanylace periferní žíly. Ostatní vybavení považuje za dostatečné s ohledem na potřeby pracoviště. Na pracovišti je v podstatě spokojená. Během let své praxe prý poznala, že nikde není stav ideální.

3. rozhovor - sestra

Sestra 3, 47 let, specializační vzdělání, 25 let praxe

Sestra získává informace o správné péči o seniory po ortopedických výkonech od svých nadřízených, z konferencí a seminářů, nadále se vzdělává studiem na vysoké škole. S podporou zaměstnavatele je spokojená. Udává, že je možné získat od zaměstnavatele finanční podporu na různé školicí akce, při podepsání smlouvy ji umožňuje vzdělání na vysoké škole. Důvodem jejího vzdělávání však není motivace od zaměstnavatele, ale stále se zvyšující požadavky na kvalifikaci sester. Nemocniční knihovnu nenavštěvuje, nemůže tedy hodnotit její vybavenost studijními materiály. Standardy, které by měly sloužit jako studijní materiály, nepovažuje za dostačující. Materiál, který by se týkal otázky péče o seniory po ortopedických výkonech, není v současné době k dispozici. Standardy týkající se této problematiky alespoň v obecném měřítku nepovažuje za dostačující z hlediska malého obsahu praktických informací.

Materiální vybavení sestra považuje za nedostačující. Dle jejího názoru se jedná především o stále chybějící jednorázové pomůcky, které jsou nutné k běžné základní péči o pacienty. Při jejich objednávání naráží často na problém v přístupu zaměstnavatele, který pomůcky objednávat odmítá z důvodu jejich finanční nákladnosti. Udává, že při žádosti o objednání nutného materiálu je ze strany zaměstnavatele požadováno, aby bylo s pomůckami šetřeno. Sestra udává, že nespátřuje na svém oddělení plýtvání materiálem, proto požadavky zaměstnavatele považuje za nesplnitelné. Více se prý šetřit nedá, aniž by nedošlo ke zhoršení kvality péče o pacienta.

Uspořádání pracoviště JIP popisuje sestra jako sálový typ, který ne zcela odpovídá současným nárokům kliniky především z hlediska malého prostoru na počet lůžek a počet operačních výkonů, které jsou denně vykonány. Pacienti po těchto výkonech jsou

alespoň na krátkou dobu na JIP hospitalizování (cca 18 operačních výkonů denně). Za nevýhodu tohoto uspořádání považuje, mimo nedostatek prostoru, absenci oken a nedostatek soukromí pro pacienta. Výhodou je dle sestry možnost stálého vizuálního kontaktu s pacienty.

Personální vybavení pracoviště sestra považuje za nedostačující. Početně sester nedostatek není, problém však spatřuje v absenci sester s dostatečnou kvalifikací. Sestry, které chtějí pracovat na tomto pracovišti, by měly mít alespoň základní praxi. Bohužel se během posledních dvou až tří let hlásí k pracovnímu poměru převážně sestry asistentky bez praxe, popřípadě sestry, které nemohou pracovat bez odborného dohledu. Nastupující personál nemá dostatek informací o správné péči o pacienty. Dle zákonných kritérií je obtížné napsat plán služeb, aby vyhovoval jak počtem sester na směnu, tak i jejich kvalifikací. Počet sester na pacienta považuje za dostačující. Počet pomocného zdravotnického personálu také považuje za celkem dostačující. Vzhledem k tomu, že pracovní kvalita pomocných sil není příliš vysoká, je zvyklá spíše pracovat samostatně a nespolehat se na sanitáře. Z tohoto důvodu nepovažuje přítomnost pouze jedné sanitářky za problém.

Technické vybavení je dle názoru sestry vzhledem k povaze pracoviště dostačující. Nedostatky vidí především ve špatném osvětlení, které bývá velice často poruchové, ani intenzita světla nevyhovuje potřebám pracoviště. Dalším nedostatkem technického vybavení shledává nevykonnou klimatizaci, která je jediným přívodem čistého vzduchu. Vzhledem k absenci oken by měla být mnohem výkonnější. Při plné obsazenosti sálu je v místnosti dusno a příliš teplo. Sestra zastává názor, že na tomto pracovišti je zapotřebí investovat ještě mnoho finančních prostředků, aby splňovalo dnešní nároky odpovídající úrovni intenzivní péče o pacienty.

4. rozhovor - sestra

Sestra 4, 34 let, specializační vzdělání, 16 let praxe.

Sestra se aktivně zajímá o novinky v oblasti intenzivní péče. Informace získává především z odborných časopisů a z přednášek, které navštěvuje během svého současného studia vysoké školy. Vzdělává se sama, bez výraznější podpory

zaměstnavatele. Dle jejího názoru není podpora sester zaměstnavatelem dostačující a nemotivuje je ke vzdělání. Kromě úlev v oblasti počtu služeb nevidí sestra žádné výhody v uzavření smlouvy se zaměstnavatelem. S ohledem na tento fakt udává sestra úroveň podpory jako velmi nízkou. Sestra navštěvuje pravidelně nemocniční knihovnu. Její vybavení považuje za velmi kvalitní, pozitivní je i ochota personálu v knihovně. Úroveň standardu nepovažuje za dostačující z důvodu absence pro praxi využitelných informací. Dle jejího názoru není standard kvalitním studijním materiálem a je nutné si vždy o problematice vyhledat další informace.

Materiální vybavení dle sestry pokryje požadavky pracoviště, ale nic navíc zaměstnavatel neposkytne. Objednávání materiálu je někdy problematické. Naráží se při něm stále na negativní přístup vedení, které je paradoxně ochotné vyhovět požadavkům na nákladnější vybavení než objednávkám základního materiálu k péči o pacienty, který pak chybí.

Stavební uspořádání pracoviště sestra popisuje jako sálový typ, který jí však nevyhovuje. S ohledem na počet lůžek shledává nedostatek volného prostoru k manipulaci s lůžky. Sestra udává, že celkově je prostor na počet pacientů malý. Nevýhodou tohoto uspořádání je také absence soukromí pro pacienta, absence oken a nedostatek klidu pro pacienta, který vzhledem k provozu není možné zajistit. Výhodu spatřuje pouze v možnosti stálého kontaktu s pacientem.

Personální vybavení je dle sestry početně relativně dostačující. Problém spatřuje ve skladbě personálního vybavení, kde je nadpočet zdravotnických asistentů a nedostatek sester, které jsou schopné pracovat bez odborného dohledu a mají dostatečnou praxi. Další nedostatek spatřuje v absenci pomocného personálu. Na pracovišti je jedna sanitářka na ranní směnu. Manipulace s pacienty po operačních výkonech je fyzicky náročná a bez pomocného personálu je péče o takové pacienty pro sestru velice zatěžující. Dle názoru dotazované sestry by bylo zapotřebí alespoň posílit denní směnu o jednu sílu.

Technické vybavení sestra označuje jako zastaralé. Má dojem, že se vývoj tohoto pracoviště zastavil a není vůle vedení, aby se jeho úroveň zlepšovala. Za hlavní nedostatek považuje stav lůžek, který označuje jako katastrofální. Pro pacienta jsou

nepohodlné matrace, většina z nich tak pociťuje již po několika hodinách nesnesitelnou bolest zad. Pro sestru pak vyvstává nadměrná fyzická zátěž při manipulaci s lůžkem. Dalším nedostatkem je osvětlení, které nevyhovuje požadavkům pro práci v místnosti s absencí oken. Sestra se domnívá, že toto pracoviště má jedinou výhodu, a to kvalitní personál, který se snaží všechny materiální a technické nedostatky vyvážit pracovitostí, vlídností a ochotou k požadavkům pacientů. Bohužel všechny tyto vlastnosti jsou, dle názoru sestry, zcela opomíjeny a zaměstnavatelem přehlíženy.

5. rozhovor - pacient

Pacient 1, 70 let, délka hospitalizace na JIP 24 hodin.

Pacient udává, že je poprvé hospitalizován v nemocnici, je tedy pro něj vše nové. Lékaři s ním prý před výkonem příliš nekomunikovali. Stejně tak i sestra, která ho přijímala na standardní oddělení, nebyla příliš komunikativní, asi měla hodně práce. Byl první den na oddělení trochu zmatený, nevěděl, co kde má hledat. První informace mu prý byly podány sestrou, která přišla na noční službu. Ta mu sdělila, kdy půjde na výkon a jaká pravidla má dodržovat. Další informace mu byly podány lékařem z anestezie, který mu sdělil možnosti anestezie a také mu dal první informace o časném pooperačním režimu. Nedostatky shledává v komunikaci s operátorem, který se mu představil až těsně před operací. Nebyl mu vysvětlen průběh operace. Informované souhlasy mu večer před výkonem přinesla sestra a sdělila, že si má informace přečíst a podepsat, že případné dotazy mu zodpoví operátor před výkonem. Na nějaké dotazy však nebyl před výkonem čas.

Zkušenost s hospitalizací na JIP hodnotí pacient kladně. Po příjezdu byl informován, kde se nachází, jak přivolat sestru, byl upozorněn na důležitost včasného upozornění na přicházející pooperační bolest, byl mu vysvětlen režim polohování a příjmu tekutin. Sestry byly vstřícné a ochotné, ačkoliv měly plné oddělení pacientů. Když něco potřeboval, sestry se snažily vyjít vstříc, popřípadě byl slušně požádán o chvíli strpení. Informace, které pacient získal před výkonem, nepovažuje za dostatečné, ale po operačním zákroku byl na JIP informován o všem potřebném. Lékař na JIP mu byl k dispozici, aby zodpověděl dotazy ohledně operačního výkonu, ačkoliv ho osobně

neprováděl. Sestry na JIP pacienta informovaly o standardním postupu po operačním výkonu, informace mu byly sděleny způsobem, kterému rozuměl, sestry se vždy zeptaly, jestli informace chápe. Když se potřeboval zeptat na další informace, sestry se snažily mu vyhovět, popřípadě mu informace podaly, když nebyly tolik vytížené. Pacient velmi ocenil ochotu sester při žádosti o zavolání příbuzným. Sestry mu zapůjčily telefon, aby mohl rodinu informovat, že je v pořádku.

Operační výkon byl pacientovi proveden ve svodné anestezii. Ihned po příjezdu na JIP byl sestrami informován o přibližném časovém údaji, po který ještě bude anestezie působit a o následujícím analgetickém režimu. Sestry pacienta upozornily, že je nutné, aby včas upozornil na přicházející bolest v operační ráně. Pacient udává, že informace o režimu pochopil a po třech hodinách sestry upozornil, že pociťuje mírnou bolest. Sestra mu aplikovala analgetika do žíly a upozornila ho, že v případě nedostatečného účinku mu bude přidána další medikace. Pacient udává, že bolest byla snesitelná a umožnila mu klidně usnout. Sestry se i během noci několikrát ptaly, zda nepociťuje bolest. Jedinou bolest pacient udává při ranním stlaní lůžka, kdy bylo nutné ho nadlehčit, aby sestry mohly vyměnit ložní prádlo. Udává, že se mu nepodařilo nadlehčit se samostatně, sestry ho musely zvednout. Ihned mu však byla aplikována další analgetika, ačkoliv již před stláním jedny dostal. Pacient velmi ocenil rychlost při ustýlání lůžka a profesionalitu. Měla ho překvapila důkladnost v oblasti hygieny, kdy mu sestry namazaly záda, natřely rty, a pomohly učesat se. Nemůže však hodnotit, jaké zvyklosti jsou jinde. Neví tedy, zda je tento systém běžný, či nikoliv. Kladně hodnotí také užití pomůcek do lůžka k zabránění otlaků (pacient měl na mysli molitany na podložení kolen, pat a hýždí).

Pacient se domnívá, že ošetrovatelský personál na JIP udělal maximum pro ulehčení pooperačního období. Jako nedostatek hodnotí absenci soukromí během pobytu na JIP, kdy slyšel vše od ostatních pacientů a nebylo možné mu zaručit klid. Za nedostačující považuje systém klimatizace, která by vzhledem k absenci oken měla mít vyšší výkon. V místnosti nebyl dostatek čerstvého vzduchu. Pacient udává, že až na výše uvedené nedostatky byl na JIP spokojen.

6. rozhovor - pacient

Pacient 2, 60 let, hospitalizace na JIP 4 dny.

Pacient byl na JIP hospitalizován již podruhé. S komunikací s ošetrovatelským personálem byl spokojen. Vždy prý záleží na osobnostních rysech sestry. Celkově byl pacient s komunikací spokojen. Informace před výkonem získával spíše od lékaře než od ošetrovatelského personálu. Jejich úroveň však označuje za dostačující a vyhovující všem otázkám, které ohledně výkonu měl. Vždy uvádí, že hodnota informací byla dostačující pro jeho vlastní osobu, ale má zkušenosti z předchozích hospitalizací. Zda by úroveň podaných informací byla dostačující i pro nezkušenou osobu, nemůže prý zhodnotit.

Chování ošetrovatelského personálu vůči své osobě označuje pacient za milé a přátelské. Sestry byly ochotné a snažily se vyhovět všem jeho požadavkům. Ačkoliv měly během dne mnoho práce, vždy byly sestry usměvavé, nespátkoval ani známku nervozity. Pokud nemohly sestry vyhovět požadavku hned, například z důvodu vykonávání jiné práce, požadavek splnily, co nejdříve to bylo možné.

Úroveň informací získaných o předoperačním režimu pacient hodnotí jako nedostačující. Byl prý přijat na standardní oddělení, kde byl poněkud zmatený, nevěděl, kde se co nachází. Sestra k němu přišla až po hodině. Pochopil, že asi měla jinou práci. Jediné informace, které mu podala, se týkaly času operace a předoperačního režimu ze strany příjmu tekutin a jídla. O pooperačním režimu se dozvěděl pouze informaci, že bude hospitalizován nějakou dobu na JIP a pak se vrátí zpět. Nebyla však schopna mu sdělit informace o standardní době hospitalizace na JIP. Edukaci tedy nepovažuje za dostatečnou. Kdyby neměl informace z dřívějších hospitalizací, nevěděl by dostatečně, co ho v podstatě čeká.

Informace, které mu nebyly na oddělení poskytnuty, získal alespoň částečně na JIP. Ihned po výkonu mu byly poskytnuty základní informace o následujícím speciálním režimu. O další informace prý ihned po operaci ani nestál. Byl příliš unaven operačním výkonem. Další informace mu sestry postupně podávaly. Jediným nedostatkem byla občas nesouhra mezi informacemi od sester a od lékaře, kdy mu sestry podaly například informaci, že se brzy vrátí na oddělení a lékař pak rozhodl jinak.

Jiný nedostatek v oblasti podání informací o pooperačním režimu neshledává. V případě, že nějaké informaci nerozuměl, neměl obavy se ošetrovatelského personálu zeptat. Sestry mu vždy ochotně odpověděly, ačkoliv měly mnoho práce s ostatními pacienty.

Analgetický režim byl pacientovi znám již z minulé hospitalizace. Přesto byl znovu poučen anesteziologem na operačním sále a sestrami ihned po příjezdu na JIP. Sestry ho upozornily, že mu budou analgetika podávána kontinuálně do žíly. Upozornily ho, že je důležité, aby je upozornil v případě zvyšující se intenzity bolesti. Po dvou hodinách se opravdu intenzita bolesti zvýšila, sestru na tuto skutečnost upozornil. Byla mu ochotně podána další analgetika, po kterých se bolest významně snížila. Sestry se aktivně ptaly na pocit bolesti, během celé směny. Díky jejich péči prý pacient mohl klidně spát, aniž by pociťoval větší bolest v operační ráně.

Jedinou bolest pacient udává při ranním ustýlání lůžka a během polohování. Sestry se však snažily pracovat rychle. O veškerých činnostech byl předem informován, takže věděl, co ho čeká a jakou pomoc od něj sestry očekávají. Během vykonávání ošetrovatelských činností, jako ranní hygiena a úprava lůžka, se sestry snažily respektovat pacientovu intimitu a stud. Samozřejmostí bylo použití zástěn mezi lůžky.

Pacient uvádí, že byl s ošetrovatelskou péčí na JIP spokojen. Je rád, že se o něj takto personál staral. Jako jediný nedostatek uvádí přístup některých sester, které pracovaly příliš profesionálně, aniž by braly ohled na fakt, že každý pacient je jiný a má své potřeby. Nazval by to prý přílišnou profesionalitou na úkor empatie. Jiné nedostatky však neshledává. S ošetrovatelskou péčí byl spokojen.

7. rozhovor - pacient

Pacient 3, 62 let, hospitalizace na JIP 24 hodin.

Pacient byl hospitalizován na JIP poprvé. Po přijetí na standardní oddělení vyžadoval více informací o následujícím režimu. Pacient udává, že ani po několika hodinách na oddělení mu nebyly podány žádné informace. Nevěděl prý, kam je možné si uložit věci, kde je sociální zařízení, jaký má dodržovat režim. Po uplynutí další hodiny se prý odhodlal a odešel se zeptat na sesternu, kde mu sestra nepříjemně

odvětila, že teď má příliš mnoho práce ať jde čekat na pokoj. Večer sestra přišla na pokoj a podala mu strohé informace. Na stolek mu dala papír, který si měl přečíst a podepsat. Jednalo se o informovaný souhlas. Pacient udává, že očekával alespoň nějaké informace ze strany lékaře. Informace o průběhu operace apod. Potřebné informace však nezískal. Z tohoto důvodu hodnotí úroveň poskytnutých informací, jako zcela nedostačující. Informace mu prý nebyly poskytnuty v podstatě žádné.

Pacient byl po výkonu hospitalizován na JIP. Chování ošetrovatelského personálu hodnotí kladně. Sestry byly ochotné vůči jeho potřebám. Snažily se mu pobyt zpříjemnit. Vzhledem k tomu, že nebyl dostatečně informován před výkonem, vyžadoval více informací, než ostatní pacienti. Byl z pobytu na JIP velmi nervózní. Neměl představu o tom, co ho čeká. Z tohoto důvodu byl velmi mile překvapen ochotou sester, které mu podávaly informace o všem, co považoval za nutné. Ihned po příjezdu na JIP ho personál informovala o polohovacím režimu, který má dodržovat, byly mu poskytnuty informace o pitném režimu a režimu podávání analgetik. Všechny dotazy mu byly ochotně zodpovězeny. Byl mu řádně vysvětlen režim podávání analgetik. Sestry mu sdělily, že je důležité, aby je vždy včas informoval o zesilující se bolesti. Ačkoliv mu bylo vše vysvětleno a pravidla pochopil, snažil se bolest vydržet a o analgetika si neřekl včas. Trvalo pak delší dobu, než byly bolesti ztlumeny. Sestry se však několikrát během hodiny ptaly, zda je bolest mírnější a snažily se pomoci. Po několika hodinách byla bolest ztlumena natolik, že mohl usnout. Pacient sděluje, že se sestry aktivně zajímaly o problematiku pooperační bolesti.

Ráno bylo zapotřebí provést ranní hygienu a úpravu lůžka. Pacient udává, že byl nespokojen s nedostatkem soukromí při provádění hygieny a ustýlání lůžka. Sanitářka mu sundala deku, aniž by ho něčím zakryla. Toto pacient považuje za veliký nedostatek. Sestry se během ustýlání lůžka snažily pracovat rychle s ohledem na bolest v ráně při pohybu končetin, a především se snažily brát ohled na stud pacienta. Po úpravě lůžka sestra přidala ještě další analgetika, aby se pacientova bolest zmírnila. Chování sester během vykonávání běžných ošetrovatelských činností hodnotí pacient kladně. Jediným nedostatkem bylo nedostatečné zachování intimity během úpravy lůžka ze strany pomocného ošetrovatelského personálu.

Hospitalizaci na JIP pacient hodnotí kladně. Za nedostatečné považuje podání informací před výkonem. Pacient udává, že kdyby byl lépe informován, nemusel mít tolik obav z operačního výkonu a z pooperačního režimu. Na JIP byl prý pacient spokojen. Za jediný nedostatek považuje absenci soukromí pacientů, které je zajišťováno pouze užitím zástěn.

8. rozhovor - pacient

Pacient 4, 65 let, hospitalizace na JIP 24 hodin.

Pacient je hospitalizován v nemocnici poprvé. Uvádí, že z tohoto důvodu nemá adekvátní srovnání s jinou nemocnicí. Úroveň komunikace mezi svou osobou a ošetrovatelským personálem hodnotí kladně. Je prý komunikativní typ a nemá problém se zeptat na otázky, které ho zajímají. Informace, které mu byly ošetrovatelským personálem podány, hodnotí jako zcela dostačující. Informace mu sestry podávaly ve srozumitelné formě, nezatěžovaly ho nadměrně složitými údaji. Lékař mu ochotně vysvětlil veškeré otázky, na které se zeptal. Nejvíce ho zajímaly informace o průběhu operace a následném operačním režimu. Pacient nespatřuje žádné nedostatky v oblasti podávání informací ohledně léčebného režimu.

Po operačním výkonu byl pacient převezen na JIP. Uvádí, že i přes veškerou informovanost o následujícím režimu na JIP měl po výkonu obavy. Sestry ho však prý příjemně uvítaly a sdělily mu, že se nachází na JIP, přibližnou dobu hospitalizace a upozornily ho na nutnost dodržování správného polohovacího režimu. Sestry mu vysvětlily, kdy bude moci začít pít a upozornily ho na důležitost dodržení časového odstupu mezi anestezií a příjmem tekutin. Sestry pacient označuje jako velice ochotné a příjemně vystupující. Ošetrovatelský personál se snažil vyhovět všem jeho potřebám, umožňoval-li to jeho stav. Jediné, v čem mu prý nevyhověly, bylo donesení mobilního telefonu. Vysvětlily mu však důvod, proč nemohou telefon donést. Tento důvod prý pochopil, nepovažuje to tedy za neochotu personálu. Pacient uvádí, že personál byl ochotný vyhovět všem jeho potřebám v rámci možností.

Ošetrovatelský personál na oddělení prý pacientovi edukaci nenabídl, ani ji aktivně neprováděl. Ocenil by, kdyby sestry pacienty před výkonem připravily a naučily

je správnému polohování, vyprazdňování na lůžku apod. Na JIP byl překvapen, když mu sestry sdělily, že ještě nemůže vstávat a musí se vyprázdnit na lůžku. Nikdy tuto činnost neprováděl. Sestry na JIP mu vše nakonec vysvětlily, ale prý by se cítil lépe, kdyby mohl být lépe připraven. Po příjezdu na JIP mu sestry postupně vysvětlily vše, co potřeboval. Na dotazy odpovídaly ochotně. Jediné, co by prý považoval za nedostatek, byl absolutní nedostatek soukromí. Vše co mu sestry sdělily, slyšel i pacient ležící vedle něj. Pacienti jsou od sebe odděleni pouze zástěnami, soukromí je těžko možné zajistit.

Po provedení operačního výkonu byl pacient seznámen s průběhem následujícího analgetického režimu anesteziologem. Jak uvádí, vzhledem k tomu, že mu byly informace podány okamžitě po výkonu, nebyl schopen je všechny pochopit. Velmi ocenil, když ho sestry po příjezdu na JIP informovaly znovu a vše mu podrobně vysvětlily. Analgetický režim prý pochopil a pravidelně si o dávky analgetik říkal. Během několika hodin se bolest skoro utlumila a mohl prý klidně usnout. Sestry se ho však ptaly ještě několikrát, zda je vše v pořádku, zda se intenzita bolesti nezvyšuje, aby mu byla další analgetika podána včas. Analgetický režim mu prý vyhovoval. Bolest byla jen velmi mírná.

Ráno sestry prováděly úpravu lůžka u všech pacientů a pomáhaly jim při hygieně. Ačkoliv se snažily zachovat intimitu každého pacienta, nebylo možné dodržet absolutní soukromí. Problém spatřuje v sálovém uspořádání jednotky. Sestry se snažily pracovat co nejrychleji, s ohledem na stud pacienta. Jasně při úpravě lůžka formulovaly, jak potřebují od pacienta pomoci. Vše proběhlo v klidu, pacient uvádí, že měl z úpravy lůžka neopodstatněné obavy. Sestry byly ohleduplné a profesionální.

Za jediný nedostatek během pobytu na JIP pacient považuje nedostatek soukromí. V oblasti péče prý výhrady nemá. Díky příjemnému chování sester pro něj nebyl režim po operačním výkonu tak náročný.

9. rozhovor - pacient

Pacient 5, 67 let, na JIP hospitalizován 36 hodin.

Pacientka má dřívější zkušenost s hospitalizací. Na standardním oddělení nebyla příliš spokojena s komunikací. Důvodem prý bylo příliš málo času ze strany

ošetřovatelského personálu. Sestry byly pouze dvě na celé oddělení, těžko se pak mohou pacientovi déle věnovat a vysvětlovat detaily režimu hospitalizace. Často je problém řešen pouze předáním pokynů na listu papíru, které však nikdo dále nevysvětlí. Takto byl prý pacientce podán i informovaný souhlas s operačním výkonem. Úroveň informací, které byly poskytnuty, tedy hodnotí jako nedostatečné. A to nejen ze strany ošetřovatelského personálu na oddělení, ale i ze strany lékaře. Na JIP však hodnotí komunikaci s ošetřovatelským personálem jako dostačující. Zdravotnický personál zde vlídně a klidně odpovídal na otázky, které podávala, čímž jí prý zkvalitňoval pobyt na JIP. O léčebném režimu jí byly podávány informace lékařem, který jí neměl snahu vše vysvětlit, jeho chování bylo arogantní a nadřazené, ačkoliv „on by tam měl být pro ni“, dle jejího názoru.

Během pobytu na JIP byla pacientka spokojená. Chování ošetřovatelského personálu hodnotí jako vlídné a empatické. Neshledává žádné nedostatky ani v oblasti uspokojování jejích potřeb. Sestry byly ochotné, ačkoliv neměly dostatek času, vždy se snažily jí vyhovět a problém, který měla, vyřešit. Nebyla však spokojena s chováním pomocného ošetřovatelského personálu. V tomto ohledu jí nevyhovovalo chování sanitářky, nevhodný způsob její komunikace s pacienty a velmi negativní přístup ve všech oblastech, což na oddělení tohoto typu nepatří, domnívá se pacientka. Sestry se snažily mít po celou dobu úsměv na tváři, což každý pacient kladně ocení. Sanitářka se však tvářila velice nepříjemně a pacientka sama to prý po operačním výkonu velice těžce nesla.

Pacientka podstoupila náročný operační výkon. Před ním by ocenila vyšší úroveň edukace. Ta jí přišla nedostatečná. Neměla tušení, jak bude probíhat režim po výkonu, například z hlediska polohování, vykonávání potřeby, hygieny a dalších činností. Netušila co se bude dít, až se vrátí zpět na oddělení. Když se pacientka sestry zeptala, bylo jí údajně pouze sděleno, že bude chodit o berlích, což bylo dostatečné. Edukaci ze strany ošetřovatelského personálu na standardním oddělení hodnotí jako zcela mizivou. Po příjezdu na JIP byla prý pacientka příjemně překvapena. Sestra jí ihned sdělila podstatné informace o režimu po výkonu z hlediska nutné monitorace fyziologických funkcí, možnosti změny polohy, vyprazdňování na lůžku a bolesti po odeznění

anestezie. To bylo dále doplněno i o výklad, jak bude bolest řešena. Na její dotazy sestry reagovaly klidně, snažily se poskytnout informace tak, aby je snadno pochopila, informace, které samy nevěděly, ochotně zjistily.

Nejvíce se pacientka prý bála pooperační bolesti. Jak již uvedla, sestry jí ihned po příjezdu na JIP informovaly o možnostech analgetického režimu. Upozornily ji, že do čtyř hodin po výkonu již může pociťovat bolest v operační ráně, a že je velmi důležité, aby sestry včas upozornila. Byla jí podána analgetika s vysvětlením, že by jinak bolest rychle zvýšila svou intenzitu a trvalo by déle, než analgetika zaberou. Medikamenty jí byly podávány v pravidelných intervalech, nitrožilně i jako injekce do svalu. Bolest se díky tomuto režimu nikdy nezvýšila na takovou intenzitu, aby nemohla klidně usnout. Pokud ona sama sestry neupozornila, ptaly se jí na intenzitu bolesti aktivně samy tak, aby intervaly mezi podáváním léků nebyly příliš dlouhé.

Nedostatek hodnotí během vykonávání běžných ošetrovatelských činností, například ranní hygieny a úpravy lůžka. Problém spatřuje v nedostatečném zajištění intimity pacienta. Zástěny mezi pacienty nebyly příliš funkční. Mezi lůžky je příliš málo prostoru. Vše je slyšet a hodně i vidět. Sestry se však snažily pracovat natolik rychle, aby pacientka nemusela být prý příliš dlouho odhalená. I přes všechna úskalí a fyzickou zátěž (pacientka udává, že se nebyla schopna během úpravy lůžka aktivně zapojit, z důvodu pooperační slabosti), se snažily sestry zachovávat lidskou důstojnost a být empatické. Chápaly pocit studu, který pacientka měla.

Pacientka hodnotí péči na JIP kladně. Mezi nedostatky by zařadila chování pomocného ošetrovatelského personálu a nedostatečné materiální vybavení, které zasahuje i do oblasti péče o pacienta. Lůžka jsou dle jejího hodnocení zastaralá, během imobility po výkonu pociťovala silnou bolest zad. Špatně funkční zástěny nezajišťují dostatek intimity pacienta, což také považuje za problém. Ošetrovatelská péče však byla na nadstandardní úrovni, sestry byly ochotné a milé a přes veškeré výše uvedené nedostatky je pacientka ráda, že její hospitalizace probíhala na tomto oddělení.

4. 1. 1 Výsledky kvalitativního šetření

Tabulka 1 Způsob získávání informací o ošetřování seniorů po operaci na ORT JIP

Sestra 1 – 4	studium	kolektiv	praxe	nadřízení	semináře, konference
S 1	X	X			
S 2	X	X	X		
S 3	X			X	X
S 4	X				X

Legenda: X – odpověď ano, 0 – odpověď ne, neví – nebyl schopen zhodnotit

Všechny sestry, které poskytly rozhovor, uvedly, že získaly informace o péči seniorů po ortopedických výkonech při studiu na škole. Z počtu čtyř uvedly dvě sestry, že získaly tyto informace od zkušenějších sester z kolektivu, jedna sestra označila jako zdroj informací kromě kolektivu a studia i průběh pracovní praxe, jedna sestra uvedla, že získala informace kromě studia od nadřízeného pracovníka. Dvě sestry uvedly, že navštěvují konference a semináře.

Tabulka 2 Podpora zaměstnavatele

Sestry 1 - 4	dostačující	nedostačující	finanční	pracovní volno
S 1		X	0	0
S 2	neví	neví	0	0
S 3	X		X	X
S 4		X	0	X

Na otázku podpory sester ve vzdělávání ze strany zaměstnavatele uvedla jedna sestra, že ji zaměstnavatel dostatečně podporuje poskytováním finančních prostředků a pracovního volna. Tato sestra má s nemocnicí uzavřenou smlouvu. Dvě sestry označily podporu zaměstnavatele jako nedostačující, z tohoto počtu jedna ze sester uvedla, že jí zaměstnavatel na návštěvu semináře či studijních přednášek poskytne volno. Jedna ze sester uvedla, že podporu zaměstnavatele nemůže zhodnotit, neboť již nestuduje. Domnívá se však, že podpora není poskytována bez uzavření smlouvy.

Tabulka 3 Úroveň a využití studijních materiálů – standardy, knihovna

Sestry 1 – 4	Využití standardů		Úroveň dostačující		Knihovna dostačující		
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	nevyužívá
S 1	X			X	X		
S 2	X			X			X
S 3		X		X			X
S 4	X			X	X		

Na otázku úrovně vypracování standardů odpovídaly sestry shodně - nepovažují ji za dostatečnou. Tři sestry je kromě jiných materiálů jako studijní materiál využívají, jedna ze sester uvedla, že standardy pro svou praxi nevyužívá z důvodu nedostatečného množství praktických informací. Pouze dvě z dotázaných sester uvedly, že navštěvují nemocniční knihovnu. Tyto sestry považují úroveň jejího vybavení za dostačující.

Tabulka 4 Materiální vybavení – úroveň, přístup zaměstnavatele k objednavce

Sestry 1 – 4	Materiální vybavení		Přístup zaměstnavatele k objednavce		
	dostačující	nedostačující	pozitivní	problematický	zcela negativní
S 1	X				X
S 2	X			X	
S 3		X			X
S 4	X			X	

Úroveň materiálního vybavení sestry hodnotily celkem kladně. Ze čtyř dotázaných sester dvě zhodnotily materiální vybavení jako dostačující, jedna sestra úroveň hodnotí jako nedostačující. Přístup zaměstnavatele k objednávání nového materiálu hodnotí dvě sestry jako problematický, spíše je vyhověno požadavkům na nákup materiálu nákladnějšího, než na nákup materiálu pro běžnou denní péči. Dvě sestry považují přístup vedení k otázce objednávání materiálu za zcela negativní.

Tabulka 5 Stavební uspořádání JIP – výhody, nevýhody, prostor

Sestry 1 - 4	Velikost prostoru		Výhody prostorového uspořádání	Nevýhody prostorového uspořádání		
	dostačující	nedostačující	vizuální kontakt	absence oken	filtrace vzduchu	absence soukromí
S 1	X		X	X	X	X
S 2		X	X	X		X
S 3		X	X	X		X
S 4		X	X	X		X

Stavební uspořádání JIP hodnotí z hlediska velikosti prostoru tři sestry jako nedostačující, jedna je s velikostí spokojena. Všechny dotázané sestry uvedly, že výhodou sálového uspořádání je stálý vizuální kontakt s pacientem. Za nedostatky uspořádání považují absenci oken a absenci soukromí pro pacienta, které je zajišťováno pouze prostřednictvím pojízdných zástěn. Jedna ze sester uvedla, že spatřuje problém v nedostatečné filtraci vzduchu, a to především při plné obloženosti jednotky.

Tabulka 6 Personální vybavení JIP – počet sester na pacienta, počet pomocného personálu

Sestry 1 - 4	Počet sester na pacienta		Počet pomocného personálu	
	dostačující	nedostačující	dostačující	nedostačující
S 1		X		X
S 2	X			X
S 3	X		X	
S 4	X			X

Na otázku personálního vybavení JIP odpovídaly sestry vcelku shodně. Tři z dotázaných považují počet sester za dostačující, jedna sestra uvedla, že by bylo zapotřebí směny posílit. Za nedostačující sestry považují počet pomocného personálu, který je na oddělení tohoto typu zapotřebí. Jedna sestra však uvedla, že pomocného personálu z důvodu nízké kvality jeho práce příliš nevyužívá.

Tabulka 7 Personální vybavení JIP – nedostatky

Sestry 1 - 4	Délka praxe sester	Odborná kvalifikace	Poměr registrovaných sester a zdravotnických asistentů
<i>S 1</i>		X	X
<i>S 2</i>	X		
<i>S 3</i>	X	X	X
<i>S 4</i>			X

Na otázku nedostatků personálního vybavení JIP sestry odpovídaly, že spatřují problém především v poměru registrovaných sester a zdravotnických asistentů, toto uvedly tři ze čtyř dotázaných sester. Dvě sestry z tohoto počtu uvedly, že nedostatkem je nedostatečná kvalifikaci nastupujících sester, dvě sestry hodnotí jako nedostatek příliš krátkou praxi nastupujících sester, které by měly před nástupem na JIP absolvovat alespoň základní praxi na standardním lůžku.

Tabulka 8 Technické vybavení JIP – nedostatky

Sestry 1 – 4	Úroveň technického vybavení		Nedostatky		
	dostačující	nedostačující	osvětlení	lůžka	klimatizace
<i>S 1</i>	X		X		
<i>S 2</i>	X		X	X	
<i>S 3</i>	X		X		X
<i>S 4</i>		X	X	X	

Technické vybavení hodnotily sestry jako dostačující s ohledem na potřeby oddělení, jedna sestra zhodnotila úroveň technického vybavení jako zastaralou a nedostačující. Všechny dotázané sestry označily jako nedostatek osvětlení sálu. Dvě z dotázaných sester považují za problém zastaralá lůžka. Jedna sestra uvedla, že nedostatkem technického vybavení je nedostatečně výkonná klimatizace.

Tabulka 9 Podávání informací na standardním oddělení

Pacient 1 - 5	Úroveň komunikace personál x pacient		Úroveň informací	
	dostačující	nedostačující	dostačující	nedostačující
<i>P 1</i>		X		X
<i>P 2</i>	X		X	
<i>P 3</i>		X		X
<i>P 4</i>	X		X	
<i>P 5</i>		X		X

Na otázku úrovně komunikace personálu s pacientem odpovídalo pět pacientů. Dva z nich zhodnotili, že komunikace byla dostačující, tři z dotázaných pacientů však zhodnotili úroveň jako nedostačující. Hlavním důvodem prý byl nedostatek času, který sestry na podávání informací měly. Úroveň informací zhodnotili dva z dotázaných pacientů jako dostačující. Tři hodnotí, že úroveň podaných informací dostačující nebyla.

Tabulka 10 Nedostatky v podávání informací na standardním oddělení

Pacient 1 – 5	Informovaný souhlas	Operační výkon	Režim na oddělení	Žádné
<i>P 1</i>	X	X		
<i>P 2</i>				X
<i>P 3</i>	X	X	X	
<i>P 4</i>				X
<i>P 5</i>	X	X		

Při zhodnocení nedostatků v podávání informací, shledali tři z pěti dotázaných pacientů nedostatečné vysvětlení ze strany lékaře ohledně samotného operačního výkonu, tři považovali za nedostatečné vysvětlení informovaného souhlasu. Jeden z pacientů shledal jako nedostatečné podání informací týkající se režimu na oddělení sestrou. Dva z pěti pacientů neshledali žádné nedostatky v podávání informací.

Tabulka 11 Úroveň podávání informací na JIP

Pacient 1 - 5	Úroveň podávání informací na JIP	
	dostačující	nedostačující
<i>P 1</i>	X	
<i>P 2</i>	X	
<i>P 3</i>	X	
<i>P 4</i>	X	
<i>P 5</i>	X	

Na otázku podávání informací po příjezdu na JIP pacienti odpovídali shodně, úroveň poskytnutých informací hodnotili jako dostačující.

Tabulka 12 Chování ošetrovatelského personálu, ochota

Pacient 1 - 5	Chování personálu – sestry		Chování - pomocný personál		Ochota personálu	
	kladné	záporné	kladné	záporné	ano	ne
<i>P 1</i>	X		X		X	
<i>P 2</i>	X		X		X	
<i>P 3</i>	X		X		X	
<i>P 4</i>	X		X		X	
<i>P 5</i>	X			X	X	

Na dotaz týkající se chování ošetrovatelského personálu a ochoty vyhovět potřebám pacientů odpovídali pacienti shodně. Chování i ochotu sester považovali všichni z dotázaných respondentů za kladné. Nedostatek shledal jeden z dotázaných pacientů v otázce chování pomocného zdravotnického personálu, kde nebyl spokojen s negativním přístupem a komunikací sanitářky. Ostatní respondenti označili chování pomocného personálu jako kladné.

Tabulka 13 Analgetický režim

Pacient 1 – 5	Poučení o režimu podání analgetik		Zájem personálu o problematiku bolesti	
	dostačující	nedostačující	ano	ne
<i>P 1</i>	X		X	
<i>P 2</i>	X		X	
<i>P 3</i>	X		X	
<i>P 4</i>	X		X	
<i>P 5</i>	X		X	

Na otázku poučení o analgetickém režimu odpovídali pacienti i v tomto případě shodně, podání informací považovali za dostačující. Respondenti odpovídali shodně i na otázku zájmu personálu o problematiku pooperační bolesti. V tomto případě zhodnotili, že zájem sester o tuto oblast byl aktivní.

Tabulka 14 Nedostatky v chování personálu během vykonávání běžných činností

Pacient 1- 5	Nedostatek soukromí	Nezachování intimity	Žádné
<i>P 1</i>			X
<i>P 2</i>			X
<i>P 3</i>	X	X	
<i>P 4</i>	X		
<i>P 5</i>		X	

Z pěti dotázaných pacientů zhodnotili dva pacienti jako nedostatečné zachování intimity během vykonávání běžných ošetrovatelských činností. Dva z dotázaných respondentů hodnotí jako nedostatek nízkou úroveň soukromí při provádění výše uvedených činností, dva z respondentů nevidí žádné nedostatky v této oblasti poskytované péče.

Tabulka 15 *Nedostatky během pobytu na JIP*

Pacient 1 - 5	Nedostatek soulkromí	Absence oken klimatizace	Materiální vybavení	Chování pomocného personálu	Přístup sestry
<i>P 1</i>	X	X			
<i>P 2</i>					X
<i>P 3</i>	X				
<i>P 4</i>	X				
<i>P 5</i>	X		X	X	

Mezi nedostatky během pobytu na JIP zařadili čtyři tázaní pacienti nedostatek soulkromí, jeden z dotázaných považoval za problém příliš profesionální a málo empatický přístup sestry při vykonávání ošetrovatelských činností. Jeden z pacientů uvedl jako negativní poznatek chování pomocného personálu. Jeden z pacientů považoval za nedostatek absenci oken a nízký výkon klimatizace. Jeden z respondentů uvedl, že shledává mezery v materiálním vybavení, respektive v užití zastaralých lůžek, která jsou nepohodlná a způsobují bolestivost zad. V tomto směru byly z jeho strany také zmiňovány ne zcela funkční zástěny, které nechrání soulkromí pacienta.

5 Diskuze

Tématem této práce jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty seniory po ortopedických výkonech na JIP ve Fakultní nemocnici Na Bulovce. Ke stanovení cílů práce vedl především zájem autorky o zlepšení poměrů na tomto oddělení, které je již sedmým rokem jejím pracovním působištěm. Během školní praxe při studiu na Vyšší odborné škole a na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích si autorka ověřila, že standard služeb poskytovaných na oddělení JIP ve Fakultní nemocnici Na Bulovce je oproti některým jiným pracovištím, které měla možnost navštívit, velmi kvalitní. Přesto se stalo cílem práce ověřit, jaký názor na poskytovanou péči má zde hospitalizovaný pacient a kde on sám případné nedostatky v poskytnuté péči vidí. Jedním z cílů bylo i zjištění faktorů, které považují sestry za překážku ve zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Výzkumný soubor byl tedy tvořen nejen pacienty, ale i sestrami. Na dotazy odpovídaly čtyři sestry. Z tohoto počtu absolvovaly tři specializační vzdělání a jedna z dotazovaných sester absolvovala vyšší odborné vzdělání.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo odpovědět na otázku, zda mají sestry možnost získávat dostatek informací k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o seniory po ortopedických výkonech. V rozhovoru byla oblast informovanosti sester specifikována možnostmi vzdělávání, tedy podporou zaměstnavatele, výskytem standardů na oddělení, jejich úrovní a dostupností studijních materiálů v knihovně nemocnice. V otázce možností vzdělávání, které sestry využívají, respondentky uvedly, že informace o specifiku vykonávané péče získaly kromě vlastních studií ve vzdělávací instituci (škole), převážně až po nástupu na dané pracoviště. Z toho dvě sestry udaly, že informace získaly od zkušenější kolegyně, jedna uvedla jako zdroj vlastní pracovní praxi a jedna z dotazovaných uvedla, že jí informace poskytla nadřízená pracovnice. Dvě sestry uvedly, že navštěvují konference a semináře (Tabulka 1). Z vlastní zkušenosti zde mohu uvést, že pro mě bylo velmi podstatné získávat informace od starších kolegyně, které na oddělení pracovaly již delší dobu. Upřesnění získaných informací mi poskytla staniční sestra. V současné době je na oddělení zavedený systém,

kdy je jedna ze sester na službě vždy ve funkci vedoucí služby a jedním z jejích úkolů je kontrola a zaučení mladší sestry na službě. Tento systém však nepovažují za příliš propracovaný. Během pracovní doby obzvláště ve všední den nezbyvá příliš času na věnování se mladší kolegyni, která je do služby dána jako plnocenná síla. Na sestru, která je ve službě jako vedoucí, je pak vyvíjena přílišná zátěž. Toto je však spíše problematika nedostatečného počtu kvalifikovaných sil v poměru k síle, která ještě dostatečnou kvalifikaci nemá. Toto je řešeno v další oblasti rozhovoru.

Další z dotazovaných oblastí byla podpora zaměstnavatele ve vzdělávání sester (Tabulka 2). Pouze jedna z dotazovaných sester uvedla, že ji podpora zaměstnavatele připadá dostačující, zaměstnavatel jí poskytuje pracovní volno a finanční podporu. Sestra však dodává, že se tak děje pouze při podpisu smlouvy. Tato smlouva je sepsána mezi dotyčnou a nemocnicí Na Bulovce a zahrnuje podmínky, za kterých je studentce poskytnuto volno. Jednou z hlavních podmínek je však nutnost zůstat v pracovním poměru s danou institucí po smluvenou dobu řádově v letech. Například při studiu specializačního programu ARIP je nutné v daném ústavu (nemocnici) zůstat v pracovním poměru po dobu pěti let. V případě předčasného ukončení je požadováno finanční vyrovnání zbytkové částky, dle platných podmínek uvedených ve smlouvě. Ostatní sestry se vyjádřily k podpoře ze strany zaměstnavatele spíše záporně. Dvě sestry uvedly, že podporu považují za zcela nedostačující. Jedna ze sester nebyla schopna tuto oblast zhodnotit. Jako důvod k tomu uvedla vyšší pracovní věk, ve kterém už nemá potřebu se vzdělávat. Tři z dotázaných sester uvedly, že velký problém spatřují především v nulové finanční podpoře návštěv seminářů a konferencí, které jsou tak nuceny hradit z vlastních prostředků. Dvě sestry shledávají, že jim není poskytnuto pracovní volno na studium a vzdělávací akce tak musejí navštěvovat v době svého pracovního volna. Dvě sestry uvedly, že jim pracovní volno poskytnuto bylo (jedna ze sester má však smlouvu s nemocnicí, jak je uvedeno výše). Nad jednoznačným výsledkem této oblasti je nutné se zamyslet. Z odpovědí vyplývá, že pokud nemá sestra uzavřený smluvní závazek s nemocnicí, není podpora zaměstnavatele v podstatě žádná. Z tohoto důvodu bylo autorkou práce kontaktováno studijní oddělení nemocnice, aby mělo možnost se vyjádřit. Hlavní pracovnice oddělení sdělila, že důvodem takto nízké

podpory zaměstnavatele je především nedostatek finančních prostředků, které na tuto oblast nezbyvají. Jak pracovnice uvedla, v případě zájmu je možné přihlásit se na vzdělávací akce, které jsou pořádány ortopedickou klinikou. Tyto semináře jsou pro pracovníky kliniky zdarma (32). Většina z těchto seminářů je však ohodnocena pouze jedním až dvěma kredity z kreditního vzdělávacího systému a podle sdělení jedné z respondentek není jejich úroveň vysoká.

V otázce využití ošetrovatelských standardů našly sestry téměř shodu (Tabulka 3). Tři z nich uvedly, že využívají standardy jako studijní materiál, pouze jedna standardy nevyužívá vůbec. Jako důvod uvádí, že informace v nich obsažené nejsou dostatečné. Toto však zmiňují všechny z dotazovaných sester. Z rozhovorů vyplývá, že informace zejména nejsou příliš využitelné v praxi. Standardy jsou spíše zaměřeny na obecný popis péče než na specifika péče (33). Dle staniční sestry standard, který by se týkal specifík péče o pacienty seniory po výkonu, zcela chybí. Domnívám se však, že sestry si nejsou zcela vědomy systému vytváření standardů. Během svého studia na této fakultě jsem byla obeznámena s pravidly vytváření standardů, ze kterých vyplývá, že podkladem pro tvorbu nejsou praktické možnosti sester a oddělení, ale platné legislativní normy. Dvě z dotázaných sester navštěvují nemocniční knihovnu a s vybaveností studijními materiály jsou spokojené. Dvě knihovnu vůbec nevyužívají. Nemocniční knihovna je vybavena převážně novou literaturou a časopisy. Osobně považují dostupnost a kvalitu této knihovny za dostačující. Stálé vzdělávání sester je jedním z nejdůležitějších podmínek pro dobré vykonávání tohoto povolání. Systém vzdělávání sester je upraven legislativou (například zák. č. 96/2004Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů), která je v současné době sjednocena s legislativami států Evropské unie (34).

Další dotazovanou oblastí bylo materiální vybavení JIP a přístup zaměstnavatele k objednávání materiálu. Vybavení považují za dostačující tři z dotázaných sester. Jedna označila tuto oblast jako nedostačující, dle jejího názoru chybí především jednorázové pomůcky k základní péči. Dvě ze sester shledaly přístup zaměstnavatele k otázkám objednávání materiálu jako problematický. Dvě označily přístup vedení k objednávkám

jako zcela negativní (Tabulka 4). Obecně lze říci, že jednorázové pomůcky a jejich spotřeba jsou velmi nákladné. Šetření s těmito pomůckami je nutnou prioritou každého oddělení, ale je důležité nalézt kompromis mezi šetřením a kvalitou péče. Sestra v rozhovoru č. 3 uvedla, že problém spatřuje v přístupu zaměstnavatele, který odmítá pomůcky objednávat právě z důvodu jejich finanční nákladnosti a požaduje, aby se s pomůckami šetřilo. Zde dochází ke konfliktu mezi vedením (které má jasně uvedený finanční strop) a mezi zaměstnanci, kteří mají snahu materiálem šetřit, ale spotřeba je z jejich strany málo ovlivnitelná. Jedním ze způsobů, kterým se snaží vedení ušetřit je objednávání levnějších pomůcek. V některých případech je tato cesta správná, ale jak uvedla i jedna z dotazovaných sester, u některých položek může být nízká cena způsobena nízkou kvalitou materiálu, který musí být častěji měněn a jeho spotřeba tudíž stoupá. Úspora nakonec není v podstatě žádná. Pod pojmem problematický přístup sestry uvedly, že paradoxně je přístup zaměstnavatele často kladnější k objednavce dražšího technického vybavení, než spotřebního materiálu. Tuto otázku vysvětluje vyhláška č. 472 / 2009 Sb., ve které je přesně uvedeno, jaké technické požadavky musí splňovat JIP, materiální vybavení však přesně vyhláška neupravuje. Je dáno standardem nemocnice, popřípadě hygienickým řádem a protiepidemickým opatřením, že jednorázové pomůcky musí být v některých případech využívány. Nikde však není ustanoveno, kolik materiálu musí vedení zajistit, tudíž se snaží v této oblasti co nejvíce uspořit. Z tohoto důvodu je přístup vedení zjevně pozitivnější při objednání technického vybavení daného zákonem.

Z výsledků rozhovoru se sestrami vyplynulo, že dostatek informací sestry mají. Vzdělávají se však samy z vlastní aktivity, podpora zaměstnavatele není dostačující. Informace získávají převážně vlastním studiem a od kolegyň. Některé využívají k získání informací knihovnu, jejíž vybavenost považují za dostačující. Standardy sice využívají, ale doplňují je jinými materiály. Úroveň informací ve standardech, které by mohly sestry využít pro praxi, nepovažují za dostatečnou. Materiální vybavení považují sestry vzhledem k potřebám oddělení převážně za dostačující, ale vedení jim neposkytuje zcela nic navíc. K otázce objednávání materiálu se vedení staví spíše neochotně. Po shrnutí - sestry mají dostatek informací a možnosti k poskytování kvalitní

ošetrovateľské péče o seniory po ortopedických výkonoch.

Pro splnění druhého cíle práce byly sestry dotazovány na faktory, které považují za negativní činitele ovlivňující ošetrovateľskou pooperační péči o pacienty seniory a důvody, proč dle jejich názoru, nedochází k jejich eliminaci. Hlavními dotazovanými okruhy bylo stavební uspořádání JIP, personální a technické vybavení JIP. Stavební uspořádání JIP je sálového typu pro osm lůžek s monitory. Monitory jsou připevněny k rozvodové rampě medicínálních plynů (Příloha 2).

Na otázku velikosti prostoru na sále JIP s ohledem na počet lůžek uvedly tři ze čtyř dotazovaných sester, že shledávají prostor jako dostačující. Jedna ze sester uvedla, že prostor dostačující není z důvodu nedostatku místa kolem lůžka. Sestra uvádí, že v případě resuscitace není přístup k pacientovi ze čtyř stran a celkově je prostor kolem lůžek omezený. Toto dokazuje i fotodokumentace (Příloha 3). Dle mého názoru je prostor dostačující právě až na zmíněný případ resuscitace. Přístup k lůžku ze čtyř stran však není zapříčiněn pouze nevhodným umístěním monitorů na rampě, ale i nevhodnou konstrukcí zastaralých lůžek, jak dokazuje fotodokumentace (Příloha 4). Na otázku výhod sálového uspořádání JIP odpovídaly sestry shodně, že jedinou výhodou spatřují ve stálém vizuálním kontaktu s pacientem, což v případě uspořádání boxového typu nemůže být jednoznačně zajištěno. Nedostatkem je však absence soukromí pacientů, která je zajišťována pouze umístěním zástěn mezi jednotlivými lůžky (Příloha 5). Tento nedostatek uvedly ve svých odpovědích na otázku nevýhod tohoto uspořádání všechny čtyři z dotazovaných sester. Tři ze čtyř sester dále uvedly jako nevýhodu svého pracoviště absenci oken, jedna uvedla i nedostatečnou filtraci (Tabulka 5). Tyto dvě nevýhody spolu úzce souvisí. Vzhledem k absenci oken je nutné zajištění přívodu čerstvého vzduchu za pomoci filtrace. Tato vzduchotechnika je však vzhledem ke stáří budovy zastaralá (budova kliniky pochází z roku 1978). S ohledem na dnešní provoz jednotky a zvýšené nároky na provoz filtrace (1) je její výkon nedostačující.

Domnívám se, že jednotka je prostorově vyhovující. Za nedostatek považuji nedostatečně vyřešené soukromí pacientů prostřednictvím zástěn. Alespoň částečným řešením by mohla být instalace pojízdných posuvných stropních zástěn v adekvátní délce. Vzhledem k potřebné stavební úpravě stropů na jednotce by bylo vhodné i

provedení celkové rekonstrukce stropů (Příloha 6). Na takto rozsáhlou úpravu však z rozpočtu nemocnice v současné době vyčleněny finanční prostředky nejsou.

Další oblastí rozhovoru bylo personální vybavení pracoviště (Tabulka 6). Tři ze čtyř dotazovaných sester považují počet sester na pacienta za dostačující. Jedna ze sester se domnívá, že je však počet nedostačující a udává, že by bylo zapotřebí v některých dnech z důvodu vyššího počtu pacientů posílit denní směnu o jednu sestru. V některých dnech může být na operačním programu až 18 pacientů a posílení směny by zajistilo zachování kvality péče i v těchto náročnějších dnech. Počet pomocného zdravotnického personálu zhodnotily tři ze čtyř sester jako nedostačující, jedna sestra měla názor opačný. Pomocí sanitářky prý příliš nevyužívá, domnívá se, že její provedení práce není kvalitní a raději si tedy vše potřebné vykoná sama.

V hodnocení nedostatků personálního vybavení JIP sestry vypověděly, že problém vidí především v poměru registrovaných sester a zdravotnických asistentů. Toto uvedly tři ze čtyř dotazovaných sester. Dvě z tohoto počtu uvedly, že spatřují problém v nedostatečné kvalifikaci nastupujících sester, dvě sestry hodnotí jako nedostatek příliš krátkou praxi nastupujících sester, které by měly před nástupem na JIP absolvovat alespoň základní praxi na standardním lůžku (Tabulka 7). Personální problematika je upravena legislativou, respektive vyhláškou č. 472/2009 Sb, která přesně udává, kolik sester na pacienta je nutné na JIP zajistit. Tato vyhláška také definuje procentuální poměr počtu sester se specializačním vzděláním a sester bez tohoto vzdělání, který musí být zajištěn, aby byly splněny požadavky pro provoz jednotky a možnost vykazovat ošetrovací den bodovým ohodnocením na pojišťovně. Vyhláškou je dáno, že na JIP charakteru nižšího stupně (JIP ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce) je nutné zajištění personálu v tomto složení: staniční sestra jako pracovník bez odborného dohledu (dále jen ZPBD) se specializací ARIP v počtu jedné na stanici; 1,4 ZPBD (pracovníka bez odborného dohledu) na lůžko v daném ošetrovacím dni, eventuálně sestry pod odborným dohledem (dále jen ZPOD) s podmínkou, že alespoň jedna sestra ve směně má specializaci; pomocný personál v počtu 0,1 na ošetrovací den. V případě ortopedické JIP na této klinice, která čítá osm monitorovacích lůžek, je tedy povinností vedení zajistit personální vybavení v počtu 11,2 sestry na jednotku, z tohoto

počtu musí mít 25 % sester specializační vzdělání, na každé směně musí být jedna ze sester se specializací (ARIP) a na ošetrovací den si jednotka vystačí s 0,8 pomocného zdravotnického personálu. Všechny tyto podmínky však splněny nejsou. Na jednotce je dostatečný počet sester, nesplňují však potřebnou kvalifikaci. V některých případech na směně pracuje sestra asistentka pod odborným dohledem a sestra bez specializace. Vzhledem k nedostatečnému počtu sester s odpovídající kvalifikací, které se hlásí do pracovního poměru, však není možné rozpis služeb dle platných norem vytvořit. Jak sdělila jedna z respondentek - staniční sestra (rozhovor č. 3) - není dostatek sester, které splňují požadovanou podmínku na vzdělání a délku praxe, po které je možné získat osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Domnívám se, že za současných podmínek systému vzdělávání opravdu může být nedostatek kvalifikovaného personálu. Sester asistentek ročně absolvuje přijatelné množství, avšak ty musí nastoupit k dalšímu vzdělání, aby získaly povolení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Je tedy zřejmé, že sestry vyjadřují nespokojenost oprávněně. Ačkoliv na první pohled je počet sester na pacienta dostatek, při bližším šetření je zjevné, že kvalifikace jednotlivců dostatečná není. Otázkou k zamyšlení je, zda by posílení směny o jednu sestru opravdu zkvalitnilo poskytovanou péči. V otázce pomocného personálu požadavek sester oprávněný není. Na osm monitorovacích lůžek má být vyčleněno 0,8 sanitářky. Plný úvazek sanitářky je tedy v podstatě nadstandard.

Veškeré z těchto opatření v reálné podobě narážejí na jeden legislativně neviditelný problém. Na oddělení je osm monitorovacích lůžek, ale jak uvádí v rozhovoru č. 1 jedna ze sester, pacientů na daný operační den může být až 18. Každý z těchto pacientů jednotkou nutně projde. V případě, že je více výkonů jdoucích po sobě a trvajících kratší dobu než dvě hodiny, po kterou musí pacient po aplikaci narkózy zůstat na JIP, dochází k situacím, kdy je na sále 8 pacientů na monitoru a tři pacienti sledovaní pomocí přenosných přístrojů. V takových chvílích jsou dvě sestry skutečně nedostačující a sanitář, který by měl pracovat na zkrácený úvazek je také zjevně málo. Personální problematika je plná otázek k zamyšlení. Pro případ zkoumaný v tomto výzkumném šetření je však dle platných norem početně personál dostačující (kvalifikací nikoliv) a počet pomocného personálu nadstandardní (36).

Oblast technického vybavení JIP byla hodnocena sestrami jako dostačující potřebám a charakteru oddělení (toto uvedly tři z dotázaných respondentek). Jedna hodnotila technické vybavení jako nedostačující z důvodu stáří. Jako hlavní nedostatek definovaly všechny dotázané sestry málo výkonné osvětlení, dvě ze sester označily jako nedostačující zastaralá lůžka a jedna ze sester hodnotí jako nedostatečný klimatizační systém (Tabulka 8).

Technické a personální vybavení je přesně vymezeno vyhláškou č. 472/2009 Sb. Tato vyhláška definuje, jakým technickým vybavením musí JIP disponovat, aby mohla být provozována. Definice se liší dle tzv. TISS bodů, které jednotka vykazuje pro pojišťovnu. Ortopedický JIP spadá do kategorie TISS bodů v rozmezí 15 – 19. Při prostudování této vyhlášky je zjevné, že pracoviště legislativně splňuje veškeré dané normy. V této oblasti šetření se tedy reálný stav shoduje s pohledem sester i legislativou. Problém je spíše v zastaralosti vybavení, které sestry ve svých odpovědích uvádějí. Z přílohy 4 (fotodokumentace lůžka) je zjevné, že stáří lůžek je opravdu značné a lůžka tak nevyhovují dnešním potřebám. Problémem je však opět finanční stránka, respektive pořizovací cena lůžek. Pořizovací cena jednoho základního lůžka je přibližně dvacet tisíc korun s DPH (37). Tato cena není zanedbatelnou položkou. Na klinice je v současné době umístěno 148 lůžek a částka, kterou je nutné vynaložit na výměnu všech lůžek je tedy opravdu vysoká (při výše uvedené ceně se jedná o částku 2 960 000 Kč). Z tohoto důvodu dochází k výměně postupně, obměna všech lůžek na klinice je však otázkou několika let.

Jak je uvedeno výše, ani systém klimatizace není vyhovující. Osvětlení je zajištěno pomocí zářivek a stropních mobilních světel nad jednotlivými lůžky (Příloha 7). Právě tato světla jsou nedostatkem, který uvádějí některé dotazované sestry. Výkon světel je příliš malý, obzvláště jedná-li se v popisovaném případě o místnost s absencí oken a tedy bez přístupu denního světla. Tato problematika by měla být v budoucnu vyřešena instalací nových stropních světel. V současné době je dle slov staniční sestry JIP v řešení finanční otázka jejich instalace vzhledem k současné nutné úpravě stropů, kde by bylo vhodné vybudování ramp. Domnívám se, že všechny výše uvedené nedostatky jsou opravdu zásadním problémem. Bohužel v současné době jsou velmi

špatně řešitelné z důvodu nedostatku finančních prostředků.

Jak vyplývá z výsledků rozhovorů, za negativní činitele ovlivňující ošetrovatelskou péči o pacienty seniory sestry považují v oblasti stavebního uspořádání JIP nedostatek prostoru, absenci oken a nemožnost zajistit pacientům dostatek soukromí. V otázce technického vybavení se jedná o zastaralost vybavení - především lůžek, osvětlení, klimatizace a z hlediska personálního vybavení je problémem nedostatek kvalifikovaného personálu a pomocného zdravotnického personálu. Jak však vyplynulo z dostupných materiálů, vzhledem k počtu monitorovacích lůžek jsou v personální otázce požadavky sester na navýšení jejich počtu i počtu pomocného personálu legislativně neoprávněné. Problém spočívající v nedostatečné kvalifikaci sester je však zcela zřejmý, personální obsazení JIP nesplňuje kvalifikační předpoklady dle platné normy.

Reálný provoz oddělení se však, jak bylo již zmíněno, rozchází s udaným počtem lůžek. V prostoru sálu bývají hospitalizováni až tři pacienti navíc. Za tohoto předpokladu by počet personálu na směně byl opravdu nedostačující, jak uvádí jedna ze sester. Technické vybavení splňuje i přes svou zastaralost všechny současné platné legislativní normy, nedostatečné tedy není. Všechny sestrami uvedené nedostatky jsou však oprávněné a v současné době je vyvíjena snaha o zlepšení stavu, které však brání finanční situace nemocničního zařízení.

Třetí cílem výzkumného šetření bylo nalezení odpovědi na otázku, zda jsou pacienti senioři spokojeni s ošetrovatelskou péčí po ortopedických výkonech a co považují za nedostatky probíhající ošetrovatelské péče. První dotazovanou oblastí byla problematika předoperační péče, přesněji komunikace s personálem, podání informací, edukace a ochota personálu k plnění potřeb pacienta. Na otázky odpovídalo pět respondentů. Komunikaci s personálem, podávání informací a úroveň podaných informací na standardním oddělení zhodnotili tři z pacientů jako nedostačující, dva z pacientů hodnotili tuto oblast jako dostačující (Tabulka 9). Nedostatky byly shledány především v podání informací ohledně operačního výkonu (tři respondenti), informovaného souhlasu (tři respondenti) a režimu na oddělení (jeden respondent). Dva z pacientů neshledali žádné nedostatky (Tabulka 10). Úroveň podávaných informací na

JIP hodnotili pacienti shodně jako dostačující (Tabulka 11). Pacienti při shledávání nedostatků udávali, že jim informace na standardním oddělení nebyly podávány z důvodů přílišné vytíženosti sester a z důvodu neochoty lékaře (rozhovor č. 9). Jako nedostatečnou shledávali pacienti i edukaci ohledně předoperačního režimu, kdy nedostávali potřebné informace o dění v následujících dnech (rozhovor č. 7). Na JIP pacienti však nedostatky v této oblasti neshledali. Problematika podávání informací pacientovi ze strany personálu je ošetřena v Právech pacienta, Úmluvě o lidských právech a biomedicině a v zákoně 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu (38). Všechny tyto legislativní normy upravují, za jakých okolností má pacient právo být informován. V právech pacientů je mimo jiná ustanovení například uvedeno právo na informovaný souhlas, který musí být podán lékařem (6). Není tedy omluvitelné, že dochází k situaci, kdy je souhlas pacientem podepsán bez náležitého vysvětlení výkonu a jeho rizik. Bohužel je častou praxí, jak je zjevné i z výsledků tohoto šetření, že je list papíru pacientovi položen na stůl a pouze sestrou je pacient upozorněn na nutnost jeho podepsání. Jak dokládá výše uvedená platná legislativa, pacient má právo na informace související s jeho zdravotním stavem a terapeutickým procesem. Vinnu však není možné hledat pouze na straně lékaře, ale i na straně ošetrovatelského personálu, který neměl snahu zjednat nápravu a zajistit pacientovi konzultaci s lékařem. Řešením by mohlo být zajištění zvýšení informovanosti pacientů v oblasti jejich práv a povinností během hospitalizace v nemocnici. Toto by mohlo být provedeno například prostřednictvím příruček umístěných ve stolku každého pacienta. Otázkou k zamyšlení také je, proč pacienti dostávají dostatek informací na JIP a na standardním oddělení nikoliv. Domnívám se, že jednou z příčin by mohlo být pracovní vytížení sester na standardním oddělení. V rozhovoru č. 9 pacient uvádí, že sestry byly pouze dvě na celé oddělení. Při ověření této informace u staniční sestry mě překvapilo, že na oddělení s počtem 26 hospitalizovaných pacientů, byly opravdu na službě pouze dvě sestry a jedna sanitářka. Jejich pracovní vytížení by tedy mohlo být důvodem, proč nebyla zajištěna dostatečná informovanost a edukace pacienta, která je však jednou z nejdůležitějších úloh sestry a napomáhá získat potřebnou důvěru (34). Na JIP je pacient předán sestře, která s ním komunikaci naváže ihned, i toto tedy může být důvodem, proč jsou informace

sdělovány ve větší míře personálem z JIP. Na standardním oddělení je pacient umístěn na pokoj a sestra se mu věnuje ve chvíli, kdy není natolik vytížená. Na JIP si sestra pacienta musí převzít okamžitě a již v tu chvíli mu může sdělit vše potřebné, protože není nucena dělit pozornost mezi více pacientů najednou. Řešením tohoto nedostatku by bylo posílení směny na standardním oddělení alespoň o jednu sestru, která by se mohla věnovat nově přijímaným pacientům.

Ochotu personálu na JIP pacienti hodnotili kladně (Tabulka 12). Jediný nedostatek shledal pacient v negativním chování pomocného zdravotnického personálu. Jak uvádí respondent v rozhovoru č. 9, způsob jednání sanitářky byl nevhodný, jakýkoliv negativní přístup však na toto oddělení nepatří. Dle mého názoru je nutné upozornění sanitářky na negativní zhodnocení ze strany pacienta a řešení problému individuální cestou.

Další z hodnocených oblastí byla problematika pooperační péče na JIP. Podávání informací o analgetickém režimu a zájem personálu o problematiku pooperační bolesti hodnotili respondenti jako dostačující (Tabulka 13). Důležité je však hodnocení nedostatků během vykonávání běžných denních činností (úprava lůžka, hygiena). Dva z respondentů uvádějí jako nedostatek nezachování intimity, dva nedostatek soukromí a dva z respondentů neshledali nedostatky žádné (Tabulka 14). V rozhovoru č. 9 pacient shledává důvod nezachování intimity a soukromí v nedostatečné funkčnosti zástěn mezi lůžky. V rozhovoru č. 8 udává pacient problém sálového uspořádání JIP. Tato problematika se shoduje s nedostatky uvedenými sestrami a je důkladněji popsána výše. V rozhovoru č.3 respondent uvedl jako důvod nezachování intimity chování sanitářky. Pro tento problém je řešením opět upozornění sanitářky vedoucím pracovníkem na negativní hodnocení ze strany pacienta.

V otázce zhodnocení celkových nedostatků během pobytu na JIP (Tabulka 15) čtyři z respondentů zhodnotili jako nedostatek absenci soukromí, jeden z dotázaných uvedl nespokojenost s absencí oken a nedostatečně výkonnou klimatizaci, jeden z respondentů označil jako nedostatečné materiální vybavení, respektive stáří lůžek a nefunkčnost zástěn (rozhovor č. 9), jeden z pacientů považoval za problém chování pomocného ošetrovatelského personálu (rozhovor č. 9) a jeden z respondentů příliš

profesionální a neempatický přístup sestry (rozhovor č. 6). Nedostatky z hlediska soukromí, materiálního a technického vybavení se shodují s nedostatky zhodnocenými sestrami (v diskuzi uvedeny výše). Domnívám se, že na negativní hodnocení chování by měla být dotyčná sestra a sanitářka upozorněna, aby v budoucnu nedocházelo ke konfliktům a zbytečně nebyl snižován standard jinak kvalitně provedené ošetrovatelské péče.

Z dostupných výsledků lze vyvodit závěr, že pacienti jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí po ortopedických výkonech. Za nedostatky však považují nedostatečnou informovanost na standardním oddělení, a to především v oblasti předoperačního režimu, operačního výkonu a informovaného souhlasu. Během hospitalizace na JIP se pak jednalo o nedostatky zhodnocené v oblasti absence soukromí a intimity, které byly převážně způsobeny nevyhovujícím materiálním a technickým vybavením.

6 Závěr

Senior je velice náročným pacientem nejen z hlediska medicínské péče, ale i z hlediska péče ošetrovatelské. Bohužel není výjimkou nedostatečné vybavení některých oddělení pro péči o tyto pacienty a to z pohledu jak materiálního, tak i personálního. Dostatek personálu a odpovídající materiální vybavení jsou však podmínky pro poskytnutí kvalitní péče, se kterou bude pacient spokojen. Jistě je zcela rozhodující omezený přísun finančních prostředků plynoucích do zdravotnictví, bez nich jde ale jakékoliv významné zlepšování těžko a pomalu. Hlavním cílem práce se tedy stalo nalezení odpovědi na otázku, v jakých směrech se nachází nevyužitý prostor pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče o seniory po ortopedickém výkonu.

Pro získání potřebných informací o současném stavu této problematiky bylo využito kvalitativní šetření formou nestandardizovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo provedeno na Ortopedické klinice JIP Fakultní nemocnice Na Bulovce. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na tomto oddělení a pacienti senioři zde hospitalizovaní po ortopedickém výkonu. Z výzkumného šetření jednoznačně vyplývá několik závěrů. Sestry disponují dostatečnými informacemi o problematice ošetrovatelské péče o seniory po ortopedických výkonech a mají i dostatek možností k poskytování kvalitní péče. Mezi faktory, které negativně ovlivňují poskytovanou péči lze zařadit především zastaralé technické zázemí JIP a nevyhovující stavební uspořádání sálu. Řešení této problematiky je však úzce propojeno s otázkou nedostatku finančních prostředků. V otázce personálního obsazení je problémem vysoký počet nedostatečně kvalifikovaných sester v poměru k sestrám, které kvalifikaci splňují. Jedním z důvodů je současný systém vzdělávání, ve kterém vycházejí ze střední školy zdravotnické asistentky, které nemohou bez dalšího vzdělání pracovat na JIP na pozici sestry bez odborného dohledu. Jedním z dalších důvodů je nedostatečný zájem kvalifikovaných sester o pracovní místo na této klinice. Částečným řešením této problematiky by mohlo být navýšení motivačních faktorů vedením nemocnice, které by zvýšily zájem sester o pracovní pozici na této klinice. Z výsledků výzkumného šetření provedeného rozhovorem s pacienty lze vyvodit závěr, že pacienti jsou spokojeni s ošetrovatelskou

péči po ortopedických výkonech. Za hlavní nedostatky však považují nedostatečnou informovanost na standardním oddělení v oblasti předoperačního režimu, operačního výkonu a informovaného souhlasu. Během hospitalizace na JIP byly pacienty popsány nedostatky v oblasti absence soukromí a intimity, které bylo převážně způsobeno nedostatky v materiálním a technickém vybavení (zástěny, lůžka, klimatizace).

Odpovědí na otázku, v jakých směrech se nachází nevyužitý prostor pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče o seniory po ortopedickém výkonu, je zvýšení informovanosti pacientů a investice do postupného zkvalitnění materiálního a technického vybavení JIP, které zajistí pacientům dostatek soukromí a zpříjemní jim náročný pobyt na jednotce intenzivní péče. V problematice informovanosti pacientů je nutné zajistit distribuci informačních brožur, kde bude mít pacient uvedena svá práva a povinnosti, včetně základních údajů o režimu na oddělení a pokynů, kde dostane odpovědi na případné otázky.

7 Seznam použitých zdrojů

1. Kolektiv autorů. *Sedmdesát let nemocnice Na Bulovce*. 1.vyd. Praha: Fakultní nemocnice Na Bulovce, 2001. ISBN 80-238-7197-8
2. Kolektiv autorů. *80 let nemocnice Na Bulovce*. 1.vyd. Praha: Fakultní nemocnice Na Bulovce, 2011. ISBN neuvedeno,
3. *75 let nemocnice Na Bulovce*
[online]. [cit. 2011-11-16]. Dostupné z www: < <http://www.fnb.cz/cs/o-nemocnici/fnb-vcera> >
4. GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 1998. ISBN 80-7040-286-5
5. FIALOVÁ, Daniela. *Specifické rysy geriatrické farmakoterapie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1353-6
6. ŠVÁB, Jan a kol. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2604-5
7. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4
8. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Příloha periodika Florence, 2006, ročník II, číslo 11. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5
9. *Co je osteoporóza?*
[online]. [cit. 2011-11-17]. Dostupné z www: < <http://www.osteoporoz.cz> >

10. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2
11. SUCHARDOVÁ, Ivana. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4
12. ČECHOVÁ, Věra a Alena MELLANOVÁ. *Psychologie a pedagogika pro 3. ročník středních zdravotnických škol a obory sociální*. 1. vyd. Vimperk: H&H, Vyšehradská, s. r. o., 1999. ISBN 80-86022-42-0
13. HAJER-MÜLLEROVÁ, Lenka. *Klinická gerontologie – geriatricie*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7044-536-X
14. KAHÚTOVÁ, Z. a P. NOVOSAD. Problémy pacienta s osteoporózou z pohledu fyzioterapie. *Osteologický bulletin*. 2009, roč. 14, č. 3, str. 88-90. ISSN 1211-3778
15. DUNGL, Pavel a kolektiv. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8
16. KOUDELA, Karel a kol. *Ortopedická traumatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0392-6
17. BARTONÍČEK, J. Počátky operační léčby zlomenin proximálního femuru. *Ortopedie*. 2009, roč. 3, č. 4, str. 185-196. ISSN 1802-1727
18. MALKUS, T. a J. VACULÍK a P. DUNGL. Problematika pertrochanterických zlomenin. *Ortopedie*. 2009, roč. 3, č. 6, str. 274-282. ISSN 1802-1727
19. VACULÍK, J. a P. DUNGL a T. MALKUS a kol. Péče o pacienty se zlomeninou horního konce stehenní kosti I. Ortopedická část. *Osteologický bulletin*. 2009, roč. 14, č. 4, str. 161-169. ISSN 1211-3778
20. ROSA, J. Prevence osteoporózy a zlomenin. *Osteologický bulletin*. 2009, roč. 14, č. 4, str. 149-155. ISSN 1211-3778

21. ŠTĚPÁN, J. Osteoporóza-ovlivnitelný faktor zlomenin. *Ortopedie*. 2009, roč. 3, č. 6, str. 265-268. ISSN 1802-1727
22. MAJERNÍČEK, M. a P. DUNGL a J. VACULÍK. Léčba zlomenin krčku stehenní kosti. *Ortopedie*. 2009, roč. 3, č. 6, str. 292-297. ISSN 1802-1727
23. HOŠKOVÁ, Monika. Geriatrický pacient a operace. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 12, str. 42. ISSN 1210-0404
24. LÉTALOVÁ, Hana. Komplexní péče při totální endoprotéze. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 9, str. 39 – 40. ISSN 1210-0404
25. DRÁBEK, Tomáš. *Geriatric z pohledu současné perioperační medicíny*. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. 2006, roč. 53, č. 4 – 5, str. 209 – 218. ISSN 1212 – 3048
26. MATUŠKOVÁ, Dagmar a Renata LUKEŠOVÁ. Ošetrovatelský proces u pacientů po totálních endoprotézách kloubů na jednotce intenzivní péče. In: *Sborník přednášek z Jihočeské konference nelékařských zdravotnických pracovníků 2011*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2011, str. 5-6 (ostatní údaje na publikaci neuvedeny)
27. ANTONOVÁ, Monika a Dagmar PEKOVÁ. Zvláštnosti ošetrovatelské péče u seniorů se zlomeninou krčku kosti stehenní. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 7 – 8, str. 54. ISSN 1210-0404
28. SLÁMA, Ondřej. Silné opioidy v léčbě chronické bolesti ve stáří. *Bolest: Časopis Společnosti pro studium a léčbu bolesti*. 2009, roč. 12, č. 1, str. 19 – 22. ISSN 1212-0634
29. NOVÁČEK, Štěpán. Rehabilitace po totální endoprotéze kyčelního kloubu (TEP). *Ortopedie*. 2007, roč. 1, č. 5, str. 228 – 233. ISSN 1802 – 1727
30. BUREŠ, Ivo. Dekubity. *Postgraduální medicína*. 2004, roč. 6, č. 3, str. 58 – 64. ISSN 1212 – 4184

31. BRUTHANS, J. a D. BRUTHANSOVÁ a M. SVÍTEK. *Pooperační zmatenost na JIP – Zásadní perioperační komplikace u starších pacientů. Česká geriatrická revue. 2009, roč. 7, č. 2, str. 68-74.*

[online]. [cit. 2011-12-07]. Dostupné z odkazu Národní lékařské knihovny www: < http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_02_04.pdf >

32. Personální zastoupení studijního oddělení Fakultní Nemocnice Na Bulovce.

33. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. *Soubor standardů ošetrovatelské péče*. Praha: Fakultní nemocnice Na Bulovce, 2009.

34. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9

35. PODZIMKOVÁ, Miroslava. *Hygienický provozní řád Fakultní nemocnice Na Bulovce*. Provozní řád Fn Na Bulovce. Praha: Fakultní nemocnice Na Bulovce. 2011.

36. ČESKO. Zákon č. 472 / 2009 Sb. ze dne 18. prosince 2009, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/ 1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2009, částka 151, str. 7694. Dostupný také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-pojisteni_4435_1791_11.html.

37. *Nemocniční lůžka*

[online]. [cit. 2012-17-04]. Dostupné z www: < <http://www.medicalm.cz> >

38. *Práva pacienta*

[online]. [cit. 2012-18-04]. Dostupné z www:

<http://www.mzcr.cz/KnihaBezpeci/dokumenty/prava-pacienta_5001_2401_18.html >

8 Přílohy

Příloha 1 - Otázky k výzkumnému šetření

Příloha 2 - Fotodokumentace uspořádání JIP

Příloha 3 - Fotodokumentace prostoru mezi lůžky

Příloha 4 - Fotodokumentace lůžka

Příloha 5 - Fotodokumentace zástěny mezi lůžky

Příloha 6 - Fotodokumentace stropu na jednotce

Příloha 7 - Fotodokumentace stropních světel

Příloha 1

Otázky k výzkumnému šetření:

Cíl 1. Zjistit, zda mají sestry možnosti a dostatek informací k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o seniory po ortopedických výkonech.

1. Jakými informacemi disponují sestry na JIP z oblasti ošetrování seniorů po ortopedických výkonech?
2. Jakým materiálním vybavením disponují sestry na JIP k zajištění kvalitní pooperační ošetrovatelské péče o pacienty seniory po ortopedických výkonech?

Okruhy:

- Možnosti vzdělávání – podpora zaměstnavatele, výskyt standardů na oddělení, dostatek studijních materiálů v nemocniční knihovně.
- Názory na materiální vybavení – nedostatky, vstřícnost zaměstnavatele k požadavkům personálu na materiální vybavení.

Otázky:

- Jakým způsobem můžete získat informace o správné ošetrovatelské péči o pacienty seniory po ortopedických výkonech na vašem oddělení?
- Jakým způsobem Vás zaměstnavatel podporuje ve vzdělávání?
- Zdá se Vám podpora zaměstnavatele motivující a dostačující?
- Navštěvujete-li nemocniční knihovnu, jaký máte názor na její vybavenost studijními materiály?
- Jaká je úroveň vypracování standardů týkajících se problematiky péče o seniory po ort výkonech na JIP?
- Jak byste zhodnotila úroveň materiálního vybavení vašeho oddělení?
- Jaký přístup má zaměstnavatel k vašim požadavkům na nákup materiálu?

Cíl 2. Zjistit faktory, které sestry považují za negativní činitele ovlivňující ošetrovatelskou pooperační péči o pacienty – seniory a důvody, proč nedochází k jejich eliminaci.

1. Jaké je prostorové vybavení pracoviště JIP vzhledem k počtu lůžek?
2. V čem sestry spatřují problém na cestě ke zlepšení ošetrovatelské péče o seniory po ortopedických výkonech?

Okruhy:

- Stavební uspořádání prostoru JIP.
- Personální obsazení JIP, technické vybavení.

Otázky:

- Jaké je stavební uspořádání vašeho pracoviště?
- Jaký máte názor na toto uspořádání s ohledem na počet lůžek?
- V čem spatřujete výhody a nevýhody tohoto stavebního uspořádání?
- Jaké je personální vybavení vašeho pracoviště – počet sester, věk, vzdělání, pomocný personál?
- Co si myslíte o personálním vybavení vašeho pracoviště z hlediska počtu sester na pacienta?
- V čem spatřujete nedostatky personálního vybavení vašeho pracoviště?
- Jaké je technické vybavení vašeho pracoviště?
- V čem spatřujete nedostatky technického vybavení?

Cíl 3. Zjistit, zda jsou pacienti senioři spokojeni s ošetrovatelskou péčí po ortopedických výkonech, co považují za nedostatky ošetrovatelské péče.

1. Kde vidí pacient nedostatky v poskytované ošetrovatelské pooperační péči?
2. Jak hodnotí pacient senior chování zdravotnického personálu ke své osobě během pobytu na JIP?

Okruhy:

- Problematika předoperační péče – komunikace personálu s pacientem, podání informací, edukace, ochota.
- Problematika pooperační péče – polohování, bolest, speciální režim.

Otázky:

- Jak byste zhodnotil úroveň komunikace mezi ošetřovatelským personálem a Vaší osobou?
- Jaký máte názor na úroveň informací, které Vám jsou ze strany personálu poskytovány?
- V čem spatřujete nedostatky z hlediska podávání informací o léčebném režimu?
- Jak byste zhodnotil chování ošetřovatelského personálu během Vaší hospitalizace na JIP?
- Jak hodnotíte ochotu ošetřovatelského personálu vůči Vaším potřebám?
- Jak hodnotíte úroveň edukace o předoperačním a pooperačním režimu, která Vám byla poskytnuta ošetřovatelským personálem?
- Jak hodnotíte úroveň informací o speciálním pooperačním režimu, které Vám byly poskytnuty sestrami z JIP?
- Jaká byla reakce sester na Vaše případné dotazy?
- Jak jste byl poučen o režimu podávání analgetik po operaci na JIP?
- Jak hodnotíte zájem ošepersonálu o problematiku pooperační bolesti vůči Vaší osobě?
- Jak byste zhodnotil chování ošepersonálu k Vaší osobě, během vykonávání běžných ošetřovatelských činností – polohování, ustýlání lůžka, hygiena atd?
- Kde shledáváte nedostatky ošepéče během Vaší hospitalizace na JIP?

Příloha 2

Fotodokumentace uspořádání JIP



Zdroj: vlastní

Příloha 3

Fotodokumentace prostoru mezi lůžky



Zdroj: vlastní

Příloha 4

Fotodokumentace lůžka



Zdroj: vlastní

Příloha 5

Fotodokumentace zástěny mezi lůžky



Zdroj: vlastní

Příloha 6

Fotodokumentace stropu na jednotce



Zdroj: vlastní

Příloha 7

Fotodokumentace stropních světel



Zdroj: vlastní