

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Pavla Soukupová, DiS

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Předoperační rehabilitační příprava poskytovaná sestrou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce
PhDr. Marie Trešlová, R.N.

Autor
Pavla Soukupová, DiS. R.N

2008

Abstract

Preoperative Rehabilitation Provided by a Nurse

The bachelor thesis „ Preoperative Rehabilitation Provided by a Nurse“ is a research project. The thesis is divided into two parts theoretical and practical.

In the theoretical part I deal with the branch of gynaecology, gynaecological surgeries, gynaecological treatment as well as the role of nurse working in a surgical gynaecology ward. Further I pay the attention to preoperative preparation and immobilization syndrom. Preoperative rehabilitation, however, forms the most essential part of the thesis. I am concerned with the prevention of postoperative complications occurrence and practice of particular rehabilitation exercising.

The practical part contains quantitative research provided by the technique of two questionnaires (for both nurses and clients), in which I try to confirm specified hypotheses related to project goals setting. The hypothesis 1 : „The nurses in a surgical gynaecology ward don't train postoperative rehabilitation practice with a client“ was confirmed but the hypothesis 2 : „The reason for disusing postoperative rehabilitation by clients is non-practising rehabilitation in preoperative time“ wasn't confirmed.

During the research period there were distributed 156 questionnaires, 56 for nurses and the rest (100 questionnaires) for women after heavy gynaecological surgery. 139 questionnaires turned back , the rate of return was 89 %. The total set of acceptable and thoroughly completed questionnaires was formed by 51 questionnaires from nurses and 81 questionnaires from clients.

The bachelor thesis especially the results could be used within the students' classwork and thus to contribute to the improving treatment practice in the framework of preoperative preparation and to help to the prevention of postoperative complications.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Předoperační rehabilitační příprava poskytovaná sestrou vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 9.5.2008

.....
Pavla Soukupová

Poděkování :

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat PhDr. Marii Trešlové, R.N. za odborné vedení, trvalý zájem, cenné rady a trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Obor gynekologie	4
1.1.1 Gynekologické operace.....	4
1.1.2 Práce a role sestry na oddělení operační gynekologie	7
1.2 Předoperační příprava	8
1.3 Rehabilitační ošetřování.....	9
1.3.1 Pojmy - rehabilitace, rehabilitační ošetřování	9
1.4 Imobilizační syndrom	11
1.5 Předoperační rehabilitační příprava	13
1.5.1 Prevence pooperačních respiračních komplikací	14
1.5.1.1 Návik dechových cvičení.....	14
1.5.2 Prevence komplikací z hypomobility	16
1.5.2.1 Návik základních pohybových dovedností.....	17
1.5.2.2 Návik posazování na podložní mísu	18
1.5.3 Prevence TEN.....	19
1.5.3.1 Návik cévní gymnastiky.....	20
2 CÍLE A HYPOTÉZY	21
2.1 Cíl práce.....	21
2.2 Hypotézy práce.....	21
3 METODIKA.....	22
3.1 Použití metodiky	22
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	22
4 VÝSLEDKY	23
4.1 Výsledky dotazníku pro sestry.....	23
4.2 Výsledky dotazníku pro ženy po operaci.....	34
5 DISKUSE	43
6 ZÁVĚR	53
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	54

8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	59
9 PŘÍLOHY.....	60

Úvod

Operací se rozumí obecně každý diagnostický, léčebný nebo preventivní výkon, při kterém se zasahuje do organismu pomocí nástrojů a přístrojů a cílem operatéra je obnova zdraví, záchrana nebo prodloužení života (33). Velice důležitým prvkem v celém operačním procesu je předoperační péče. Předoperační péče se začíná už tehdy, když je žena indikována k operaci a končí se předáním klientky/pacientky na operační sál. Během předoperační péče se provádějí potřebná vyšetření, hodnotí se celkový zdravotní stav klientky/pacientky a provádí se předoperační příprava. Nedílnou součástí přípravy klientky/pacientky má být bezesporu i předoperační rehabilitační příprava.

Téma mé bakalářské práce je „Předoperační rehabilitační příprava poskytovaná sestrou“. Toto téma jsem si vybrala proto, abych zjistila, zda sestry/porodní asistentky pracující na odděleních operační gynekologie předoperační rehabilitační přípravu u žen, které mají v nejbližší době podstoupit operační zákrok, provádějí. Gynekologické oddělení jsem si vybrala záměrně, protože se domnívám, že sestry/porodní asistentky mají velice specifickou práci zaměřenou pouze na ošetřování nemocné ženy a rehabilitační ošetřování opomíjejí.

Práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji oboru gynekologie, gynekologickým operacím, a to především velkým operacím, které vyžadují delší hospitalizaci a jsou rizikovější pro vznik pooperačních komplikací, dále roli a práci sestry, předoperační přípravě, rehabilitačnímu ošetřování. Domnívám se, že je nutné věnovat se i imobilizačnímu syndromu. Nakonec se věnuji předoperační rehabilitační přípravě s popisem jednotlivých cvičení.

Cílem praktické výzkumné části je pomocí dotazníkového šetření zjistit, zda sestry, pracující na odděleních operační gynekologie v pěti různých nemocnicích Jihočeského kraje, provádějí s klientkami, které podstoupí velkou gynekologickou operaci, v předoperačním období nácvik prvků pooperační rehabilitace a zda klientky v pooperačním období umějí předem nacvičené prvky rehabilitace použít.

1 SOUČASNÝ STAV

„Specifická funkce sestry spočívá v pomoci individuu, nemocnému či zdravému, vykonávat činnosti přispívající ke zdraví nebo jeho znovunabytí (případně ke klidné smrti), jež by mohl vykonávat sám, pokud by k tomu měl potřebnou sílu, vůli nebo vědomosti. Tuto pomoc má sestra provádět takovým způsobem, který povede k co nejrychlejšímu získání soběstačnosti.“

Virginie Henderson

1.1 Obor gynekologie

Gynekologie je lékařský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou onemocnění ženských pohlavních orgánů. Zatímco porodnictví je oborem starým jako lidstvo samo, gynekologická péče byla dlouho zahrnuta v nejjednodušší formě do značně okrajové náplně chirurgie.

Gynekologie se začala osamostatňovat až začátkem 19. století. Prvními výkony byly operace na adnexech pro mimoděložní těhotenství, vaječníkové cysty a některé operace nádorů rodidel. Postupně se gynekologie stala oborem, který se komplexně zabývá diagnostikou a léčením nemocí ženských pohlavních orgánů, jejich prevencí, aktivním vyhledáváním, dispenzarizací i vědeckým výzkumem. Postupně se péče rozšířila do všech údobí života ženy (15).

1.1.1 Gynekologické operace

Operace, především děletrvající a v celkové narkóze, je závažným zásahem do lidského organismu. Jde nejen o zásah po stránce somatické, tzn. do anatomických struktur a fyziologických pochodů organismu, ale zatěžují i psychiku klientky/pacientky. Proto k operačnímu řešení přistupují lékaři až potom, když vyčerpají všechny možnosti konzervativní léčby, nebo jsou přesvědčeni, že onemocnění klientky/pacientky nelze vyléčit žádným jiným způsobem (10,29).

Gynekologická operativa je velice pestrá, počínaje krátkými, několikaminutovými zákroky a konče rozsáhlými několikahodinovými operacemi (19,4).

Gynekologické operační výkony lze rozdělit podle *míry operačního rizika* na malé a velké. Malé gynekologické výkony jsou výkony, které nevyžadují náročné předoperační vyšetření, předoperační přípravu ani hlubokou anestézii a jsou tedy méně rizikové. K těmto výkonům většinou není nutná hospitalizace klientky/pacientky, po výkonu je žena sledována několik hodin na tzv. dospávacím pokoji, poté je po důkladné edukaci propuštěna do domácího ošetřování (např. miniinterruptce, interruptce, probatorní kyretáž). Velkými gynekologickými výkony jsou operace, které vyžadují několikadenní hospitalizaci klientky/pacientky, důkladné předoperační vyšetření a přípravu včetně předoperační rehabilitační přípravy, hlubokou anestézii a intenzivní pooperační péči. Mohou být komplikované, trvat i několik hodin a mohou být spojené s velkou krevní ztrátou. Jsou tedy více rizikové (21,15).

Gynekologické operace lze ještě rozdělit do několika dalších kategorií: *podle nevyhnutelnosti* na akutní operace urgentní (z vitální indikace), akutní naléhavé operace a plánované operační výkony. Urgentní operace musí být provedena bezprostředně po základním nebo alespoň orientačním vyšetření klientky/pacientky a jakýkoliv odklad výkonu může ohrozit život klientky/pacientky. Předoperační příprava není možná vůbec nebo jen krátká, k základnímu zajištění a zabezpečení životních funkcí. V gynekologii jde především o výkony spojené s velkým krvácením (např. ruptura mimoděložního těhotenství). Akutní naléhavé operace (např. pro záněty vnitřních pohlavních orgánů), které se provádějí řádově několik hodin po přijetí (cca do 48 hodin) mají dva základní cíle. Za prvé zamezit progresi základního onemocnění a následnému vzniku komplikací a za druhé akutním řešením základního onemocnění a možností časně rehabilitace zabránit zhoršení či dokonce dekompenzaci přidružených chorob. U akutních operací lze předem provést a zhodnotit základní vyšetření a uskutečnit tak alespoň krátkou předoperační přípravu. Na plánovanou operaci (např. abdominální hysterektomie) přichází žena v předem určeném termínu. O provedení plánované operace

spolurozhoduje doporučení indikujícího lékaře, přání klientky a možnosti pracoviště (33).

Podle účelu lze operace rozdělit na diagnostické, probatorní, paliativní, korekční a léčebné. Diagnostické operace umožňují lékaři potvrdit diagnózu, jejich cílem je vyšetření orgánu a mají podat pouze informace o zkoumaném orgánu (např. hysteroskopie, punkce Douglasova prostoru). Probatorní operace se provádějí ke zjištění rozsahu patologického procesu, popřípadě k potvrzení diagnózy (např. probatorní kyretáž, probatorní laparotomie). Paliativní operace neléčí, ale provádějí se pro zmírnění příznaků nemoci (např. onkologické onemocnění reprodukčního systému ženy). Operace korekční (rekonstrukční, konstrukční) se provádějí s cílem úpravy stávajícího abnormálního stavu (např. plastiky při vrozených vývojových vadách). Operace léčebné se provádějí z důvodu nádorového, zánětlivého či jiného onemocnění. Operace, při nichž jsou odstraněny nemocné orgány, jsou operace ablativní (např. vulvektomie, vaginální či abdominální hysterektomie).

Podle místa přístupu se gynekologické operace rozdělují na vaginální a abdominální. Při určitých indikacích se může přístup kombinovat a pak se jedná o operaci s vaginálním přístupem kontrolovaný laparoskopicky. Velké vaginální operace na vnitřních rodidlech jsou považovány za technicky obtížnější pro nesnadný přístup k operačnímu poli a pro omezený přehled. Mají ale i nesporné výhody, které vyplývají z nižší invazivnosti menšího operačního pole. Mají také lehčí pooperační průběh. Abdominální operace lze provádět laparotomicky či laparoskopicky (1). „Laparotomie znamená otevření peritoneální dutiny řezem v břišní stěně dovolující dokonalý pohled a přístup do operačního pole“ (2, s.215). Nevýhodou laparotomie je pooperační dyskonfort z rozsahu pooperační rány a její bolestivosti, z pooperačního oblenění střevní peristaltiky a jiných možných komplikací. Laparoskopie je méně invazivní chirurgický výkon, který se až na výjimky provádí v celkové anestézii. Umožňuje pohled do dutiny břišní za využití vysoce specializovaného přístrojového a nástrojového vybavení. Laparoskopický přístup umožňuje z jednoho nebo více menších vpichů operovat v břišní dutině bez nutnosti širokého otevření. Laparoskopie se provádí po insuflaci plynu (oxid uhličitý) do dutiny břišní. Plyn způsobí oddálení

stěny břišní od orgánů a do takto zvětšeného prostoru se zavádí optika a chirurgické nástroje. Výhodou laparoskopické operace je nízká morbidita, mortalita, minimální pooperační zátěž, pooperační dyskonfort a změny životního stereotypu ženy. Doba hospitalizace a následná pracovní neschopnost se tudíž zkracují (1).

1.1.2 Práce a role sestry na oddělení operační gynekologie

V současné době poskytují gynekologickou ošetrovatelskou péči odborníci s předepsaným vzděláním – ženské sestry, diplomované porodní asistentky (absolventky vyšší odborné školy) a porodní asistentky (absolventky bakalářského studia) (21).

Organizace práce sestry na gynekologickém oddělení je podobná jako práce na jiných chirurgicky zaměřených lůžkových odděleních a náročnost ošetrovatelské péče je tedy i zde značná. Sestra musí ovládat nejen základní ošetrovatelskou péči, ale i specifické výkony gynekologického oddělení mezi něž patří např. holení genitálií, zavádění léků poševní cestou (např. čípky k předoperační dezinfekci pochvy), výplachy pochvy, sledování krvácení z pochvy po operaci aj (24).

Hlavními úkoly sestry v předoperačním období je seznámit klientku/pacientku s ošetrovatelskými intervencemi, které jsou důležité pro předoperační a pooperační období. Informace, které sestra podává, se týkají zejména problematiky bolesti a jejího tlumení, problematiky hygienické péče, operační rány, invazivních vstupů, možných vedlejších účinků anestézie (především nauzea a zvracení), problematiky vyprazdňování (plynatost, zácpa, permanentní močový katétr) a v neposlední řadě informace o rehabilitaci. Pozornost musí také věnovat otázkám sexuálního života klientky/pacientky. Dále by měla klientce/pacientce vstřícně zodpovídat všechny její dotazy, zvláště jsou li spojené s úzkostí a strachem z operačního zákroku, nepříznivého výsledku operace, imobilizace apod.

Kvalitně informovaná a edukovaná klientka/pacientka dobře spolupracuje a následná rekonvalescence se pak většinou obejde bez větších potíží a problémů.

Sestra/porodní asistentka by edukaci neměla nikdy podceňovat, protože čas strávený s klientkou/pacientkou se pak později ošetrovatelskému personálu bohatě vrátí (24).

1.2 Předoperační příprava

Předoperační péče začíná rozhodnutím o operačním výkonu a končí převozem klientky/pacientky na operační sál. Vzhledem k tomu, že každá operace představuje pro ženu určitou zátěž, je spojená s rizikem vzniku komplikací, je potřebné ženu na operaci připravit. Cílem předoperační přípravy je tedy vytvořit vhodné podmínky pro nekomplikovaný průběh operace, anestézie a předcházet vzniku pooperačních komplikací (21). Předoperační příprava zahrnuje psychickou a tělesnou přípravu a rozsah přípravy pak závisí na urgentnosti operace.

Psychická předoperační příprava má za úkol snížit strach, úzkost a stres z operace. Příprava pacientčiny duše k operačnímu výkonu by se neměla považovat pouze za součást všeobecné přípravy, ale měla by se jí věnovat maximální pozornost, protože operace nemocných reprodukčních orgánů nebo dokonce jejich odstranění zahajuje u žen celou řadu reakcí v jejich psychice. Ženy vnímají každý výkon, operaci jako výjimečný zážitek. Mají většinou pocit, že bude ohroženo nejen jejich zdraví, nýbrž i funkce, kterou má reprodukční systém v životě ženy. Klientka/pacientka si uvědomuje, že bude operací na určitou dobu vyřazena z funkce ženy, matky a manželky či družky, že gynekologická operace výrazně ovlivní její sexuální život a může narušit její sexualitu vůbec. Každá klientka/pacientka před gynekologickou operací vnímá všechny tyto otázky s různě velkou intenzitou. Reakce žen mohou být proto zcela odlišné a ovlivní je jistě i různý stupeň znalostí o funkci reprodukčních orgánů a i to, že každou ženu zastihne ve zcela odlišné životní situaci. Některé ženy považují dělohu za základ sexuality a za původ sexuálních prožitků. Představují si, že jakmile bude děloha odstraněna, budou mít vážné sexuální potíže, které povedou k rozvratu partnerského života. Často jsou také přesvědčeny, že je děloha základem jejich atraktivnosti a po operaci se projeví rozpad sexuální identity a sexuální funkce. Velmi složitou psychologickou otázkou pro ženu bývá i to, jak se vypořádat s pocitem trvalé

sterility, tedy s tím, že po hysterektomii nebo operaci na adnexech ztratí žena možnost otěhotnět. Tato situace je těžká pro ženu, která již těhotenství neplánuje a o to víc pro ženu, která touží po tom, být matkou. U klientky/pacientky se objevuje v souvislosti s touto situací velká úzkost, kterou je nutné ještě před operací rozptýlit. Proto je pro celý předoperační průběh velice důležité, aby měl nejen lékař ale i ošetrovatelský personál vždy čas na to, aby ženu vyslechl, včas jí o operaci a jejím důvodu informoval a současně od ní získal informace o jejích pocitech a obavách. Dobře provedená psychologická příprava klientky/pacientky před operačním výkonem snižuje všechny negativní jevy, které léčebný výkon doprovázejí. Příznivě ovlivní délku pobytu v nemocnici, dobře působí na proces uzdravování a přispívá k obnovení tělesných funkcí (11).

V případě plánovaného operačního výkonu je možné tělesnou přípravu rozdělit na vzdálenou a bezprostřední.

Vzdálená předoperační tělesná příprava zahrnuje především přípravu klientky/pacientky po interní stránce, tzn. odebrat biologický materiál na vyšetření, funkčně vyšetřit orgány a zhodnotit tak celkový stav organismu.

Bezprostřední předoperační tělesná příprava zahrnuje přípravu střev, dietní přípravu, přípravu operačního pole, celkovou koupel, bandáž dolních končetin a v neposlední řadě nácvik prvků rehabilitačního ošetrovatelství (21).

1.3 Rehabilitační ošetrování

1.3.1 Pojmy - rehabilitace, rehabilitační ošetrování

Rehabilitaci definovala Světová zdravotnická organizace v roce 1969 takto: „Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti“ (7, str.8). Samotné slovo rehabilitace je odvozeno z latinského „habilis“, které znamená v překladu způsobilý, schopný a předpona „re“

znamená opětovné dosažení nějakého stavu. Rehabilitace je tedy proces obnovy schopnosti, přičemž tuto zdatnost, schopnost je třeba chápat jako shrnující pojem (31).

Rehabilitační ošetřování je činnost, která je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče (26).

Rehabilitační ošetřování se dostalo do výuky zdravotních sester a na některých odděleních i do pracovní náplně již před mnoha lety. Je však jen málo pracovišť, kde je důsledně uplatňováno. Příčin a důvodů je mnoho. Patří sem především nedostatek dovedností, nedostatečné personální, technické a materiální vybavení, špatná organizace práce a nedostatečné uplatnění teoretických znalostí (9). Rehabilitační ošetřování má být i součástí činnosti sestry a porodní asistentky podle vyhlášky č.424/2004 Sb. Ministerstva zdravotnictví, části 2., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti (příloha č.1, § 4,5).

Rehabilitačním ošetřováním rozumíme uplatnění rehabilitačních principů do ošetrovatelských úkonů s cílem zkvalitnit základní péči o klientku/pacientku (25,16). Při ošetřování klientek/pacientek uplatňují všeobecné sestry a porodní asistentky řadu rehabilitačních prostředků v rámci preventivních opatření vzniku komplikací a sekundárních změn (9). Rehabilitační ošetřování a jeho aplikace v praxi tedy zabírá při delším pobytu klientky/pacientky na nemocničním lůžku především vzniku imobilizačního syndromu a má příznivý vliv na fyzickou a psychickou aktivizaci klienta/pacienta. Rehabilitační ošetřování také vede klientku/pacientku k soběstačnosti v rámci sebeobsluhy v aktivitách denního života (25).

Charakteristickým rysem rehabilitačního ošetřování na odděleních, kde jsou léčeni klienti/pacienti s těžkými poruchami hybnosti, geriatřičtí klienti a klienti s chronickými a nevléčitelnými chorobami, ale i na pooperačních odděleních, je v rámci multidisciplinárního ošetrovatelského týmu každodenní spolupráce sestry s rehabilitační/m pracovníci/pracovníkem (ergoterapeutkou/em, fyzioterapeutkou/em) a účelná dělba práce (příloha č.3).

Sestra, porodní asistentka nemůže plně nahrazovat práci rehabilitačního pracovníka, ale může v běžné sesterské praxi udělat v prevenci vzniku pooperačních

komplikací spojených s imobilitou velmi mnoho (9), tím je tedy myšlena i předoperační rehabilitační příprava.

Obsah rehabilitačního ošetřování tvoří část *pasivní* (polohování a pasivní pohyby) a část *aktivní* (dechová gymnastika, kondiční cvičení, nácvik denních aktivit, nácvik základních pohybových dovedností – obracení a přesuny na lůžku, vertikalizace) (26). Především část aktivního rehabilitačního ošetřování se uplatňuje v předoperační rehabilitační přípravě.

Ještě než se dostaneme k samotným preventivním rehabilitačním postupům v předoperační přípravě ženy, je třeba se zastavit u imobilizačního syndromu, i přestože se ženy po velkých gynekologických operacích včasné mobilizují a tudíž je pravděpodobnost vzniku imobilizačního syndromu nižší, ale vyskytnout se může.

1.4 Imobilizační syndrom

Schopnost pohybovat se v prostředí volně, lehce, rytmicky a účelně je základním atributem života; patří k základním projevům každého živého organismu (13). Pokud se člověk z nějakého důvodu nemůže pohybovat, stává se imobilním a hrozí u něj vznik imobilizačního syndromu, který se rozvíjí jako celková reakce organismu na klidový režim klienta/pacienta (12). Léčbou vynucená imobilizace ohrožuje klienta/pacienta poškozením různých tělesných systémů (3).

Imobilizaci lze rozdělit na přechodnou a dlouhodobou. Přechodná imobilita je krátkodobá a je spojená s pooperačním či horečnatým stavem, kdy po vynuceném klidu na nemocničním lůžku a běžné rehabilitaci nedochází k závažným změnám na tělesných systémech. Dlouhodobá imobilizace je spojená s vynuceným dlouhodobým pobytem na nemocničním lůžku (poúrazové stavy, závažné onemocnění) s možností vzniku komplikací a sekundárních změn na tělesných systémech (příloha č.2, tab.1 a 2).

Dlouhodobá imobilita se nejvýrazněji projevuje poruchami a změnami na *pohybovém ústrojí*. Svaly, kosti a klouby velmi rychle reagují na hypoaktivitu či imobilitu za vzniku různých patologických procesů. Mezi patologické projevy patří především svalová atrofie, osteoporóza kostí, zkrácení svalů, kontraktury zejména

na dolních končetinách nebo změny na kloubech (14). Výsledkem těchto patologií je stížená schopnost stát, chodit a koordinovat pohyby (12).

Poruchou hybnosti je také oslaben i *kardiovaskulární systém* ve smyslu změny frekvence pulsace krve a změn v cévním systému především dolních končetin klienta/pacienta, kde dochází k hromadění krve za vzniku otoku. Stáza krve v žilním systému dolních končetin může způsobit vznik krevní sraženiny. Sraženina pak může způsobit embolizaci do plicnice. K další poruše kardiovaskulárního systému patří ortostatická hypotenze, která je způsobená prudkým poklesem krevního tlaku a následným snížením prokrvení mozku jako následek rychlé změny polohy klienta/pacienta. Ortostatická hypotenze se projeví bledostí, pocením, mžítka před očima, závratí, tachykardií, nízkým, až neměřitelným tlakem, celkovou nevolností. Může při ní dojít k mdlobě či krátkodobému bezvědomí. Nebezpečná je hlavně v možnosti úrazu při pádu (13).

Respirační systém reaguje na imobilitu v horizontální poloze (poloha na zádech) snížením vitální kapacity plic. Plíce jsou v horizontální poloze stlačeny a tím se zhoršuje výměna plynů mezi krví a plícemi. Zpomalení oběhu napomáhá stáze krve v dolních plicních segmentech, což má za následek zvýšenou tvorbu i hustotu hlenu v dýchacích cestách. Vykašlávání hlenu se stává obtížným, hlen se hromadí v dýchacích cestách a umožňuje tak pomnožení mikroorganismů. I malé infekty v dýchacích cestách tak mohou zapříčinit vznik zápalu plic – hypostatickou pneumonii. (14,12).

Imobilita má také nepříznivý vliv na vylučovací systém. Mezi poruchy vylučování stolice z důvodu hypomobility lze zařadit obstipaci jako následek zpomalení střevní peristaltiky. Zácpa může také vzniknout na základě stresové situace, kterou je bezesporu operace a pooperační stav. U vylučování moče se můžeme setkat se sníženou tvorbou moče jako následek nedostatečného příjmu tekutin, tvorbou močových kamenů, s nedostatečným vyprazdňováním močového měchýře, inkontinencí moče či s psychickými potížemi souvisejícími s nutností vyprazdňovat moč na podložní míse (3).

Imobilizací je také ohrožena funkce kožního systému. Vlivem imobility postupně dochází k atrofii pokožky, ke snížení kožního turgoru, tvorbě otlaků a proleženin na predilekčních místech (3,12).

Nedostatek pohybové aktivity také nepříznivě ovlivňuje psychickou stránku klientky/pacientky. Nemožnost se pohybovat může způsobit zhoršení nálady, smutek až depresi, což se může negativně podepsat na procesu uzdravování klientky/pacientky (3,12).

Mezi preventivní opatření v boji proti imobilizačnímu syndromu tedy patří časné pooperační vstávání z nemocničního lůžka, vhodné polohování, systematicky prováděná rehabilitace zaměřená na prevenci poruch pohybového, respiračního a kardiovaskulárního systému, kterou provádí nejen fyzioterapeut/ka nebo ergoterapeut/ka, ale je i součástí práce všeobecné sestry a porodní asistentky v rámci rehabilitačního ošetřování, jak bylo již dříve zmíněno.

1.5 Předoperační rehabilitační příprava

Předoperační rehabilitační příprava je nedílnou součástí přípravy ženy na velkou gynekologickou operaci, která bude prováděna cestou břišní či vaginální.

Cílem předoperační rehabilitační přípravy je především zabránit vzniku pooperačních komplikací, prohloubit plicní ventilaci, povzbudit krevní oběh a peristaltiku, zlepšit prokrvení malé pánve se snahou urychlit hojení operačního pole, posílit břišní svaly po operacích prováděných přístupem abdominálním a zlepšit celkovou psychickou i fyzickou kondici (5).

V předoperační době má sestra/porodní asistentka za úkol naučit ženu z oblasti rehabilitace dechovou gymnastiku, odkašlávat sekret z dýchacích cest s přidržením operační rány, nacvičit základní pohybové dovednosti, které jsou spjaté s časnou pooperační dobou, naučit cévní gymnastiku k prevenci tromboembolické nemoci (8) a zvedat se na podložní mísu.

1.5.1 Prevence pooperačních respiračních komplikací

Pooperační respirační komplikace (laryngotracheitida, edém plic, plicní záněty a jiné jsou stavy, se kterými se v pooperačním období setkáváme velmi často. Mezi hlavní predisponující faktory pro vznik pooperačních respiračních komplikací patří bezesporu celková anestezie vyžadující intubaci trachey a svalovou relaxaci, která vyřazuje obranné reflexy dýchacích cest a způsobuje tím stagnaci hlenu v dýchacích cestách. Mezi další faktory vzniku respiračních komplikací patří chronické onemocnění průdušek a plic zejména u starších pacientek, nedostatečná plicní ventilace a to zejména v časně pooperační periodě, neschopnost odkašlávat bronchiální sekret po operaci pro bolesti i celkovou ochablost. Abychom předešli vzniku pooperačních respiračních komplikací je třeba mimo jiné naučit ženu v předoperačním období dechová cvičení (33).

1.5.1.1 Nácvik dechových cvičení

Hypoaktivita, imobilita vede ke značnému snížení plicní ventilace, a proto dechová cvičení mají pro hypoaktivní, imobilní klientku/pacientku důležitý preventivní význam (9). Dechová gymnastika je soubor cviků, při kterých jsou dechové pohyby řízeny vědomě. Cílem dechových cvičení je zlepšit plicní ventilaci a usnadnit tak vykašlávání sekretu z dýchacích cest jako prevenci dechových komplikací, prevenci obstrukce a ovlivnění metabolismu (urychlit regeneraci tkání a zlepšit fyzickou kondici (26).

Dechová cvičení můžeme rozdělit na dynamická dechová cvičení, kdy se při cvičení zapojují končetiny, a statická dechová cvičení bez zapojení pohybu s končetinami (26). *Dynamická dechová cvičení* jsou cviky se zapojením končetin a trupu, které jsou doprovázeny koordinovaným dýcháním ve správném rytmu. Při vykonávání dechového cvičení je nutné správně držet tělo a správně používat bránici. Pohyby, kdy se končetiny od trupu vzdalují, jsou prováděny vdechem (upažení, vzpažení, natažení dolních končetin). Přiblížení končetin k trupu je prováděno výdechem (připažení, zkřížení horních končetin na hrudníku, přitažení dolních končetin

k břichu) (9). V sesterské praxi se může uplatnit *statické dýchání*, které je časově nenáročné. Při větrání pokojů vyzve sestra, porodní asistentka klientky/pacientky k prohloubenému dýchání a k statickým dechovým cvičením naučeným v předoperační přípravě. Efektivní je také dýchání proti odporu – bublání hadičkou do láhve s vodou a vydechování vzduchu s našpulenými rty se syčením. Při *statickém hrudním dechovém cvičení*, kdy je klientka/pacientka na zádech, jsou dolní končetiny mírně pokrčeny, horní končetiny v upažení s dlaněmi nahoru, nebo v tzv. „svícnu“. *Statické dýchání břišní* (brániční), které je hodně využíváno v rehabilitaci po gynekologických operacích, se provádí v poloze vleže na zádech či na boku s dolními končetinami mírně pokrčenými a rukami lehce položenými na břicho (9,5).

Nácvik dýchání v předoperační době probíhá tak, že instruovaná sestra, porodní asistentka vysvětlí klientce/pacientce důvody a způsoby provádění dechových cvičení a naučí ženu vždy alespoň 2-3 cviky. Poučí ženu, že před každou dechovou gymnastikou je důležité mít řádně průchodně dýchací cesty, žena se musí vysmrkat a odkašlat si, pokud je k tomu důvod. Klientka/pacientka bude cviky provádět 2x denně v délce 5-10 minut v pomalém tempu, za kontroly sestry/porodní asistentky, která bude sledovat nejen správnost prováděných cviků, ale i zdravotní stav klientky/pacientky (26).

Sestra/porodní asistentka v předoperační době nacvičuje s klientkou/pacientkou, která podstoupí abdominální operaci cviky v poloze vleže na zádech a v poloze se vzpřímeným sedem a dolními končetinami spuštěnými z okraje lůžka. Pokud bude žena operována cestou vaginální, vynechává se nácvik cviků se vzpřímeným sedem (tlak na operační jizvu během sezení by mohl způsobit její dehiscenci). Velice významnou roli hraje i nácvik abdominálního dýchání. Příkladem nácviku *v poloze vleže na zádech* mohou být cvičení, kdy má klientka/pacientka ruce podél těla a dolní končetiny natažené nebo pokrčené: s vdechem skrčí připažmo (ruce na ramena) a s výdechem připaží, či při nádechu upaží a při výdechu připaží, nebo s nádechem vzpaží a s výdechem připaží, či s nádechem předpaží a s výdechem připaží. *V poloze se vzpřímeným sedem a dolními končetinami spuštěnými z okraje lůžka* si klientka/pacientka položí ruce na ramena, při nádechu zvedá lokty a při výdechu jdou

lokty nazpět. Dále má horní končetiny opřeny o ruce, nadechne se a zvedne pravé koleno. S výdechem se koleno vrací do původní polohy. Totéž opakuje, ale s levým kolenem. (26). *Nácvik abdominálního dýchání probíhá tak*, že se žena položí do lůžka na záda, dolní končetiny má pokrčené, chodidla opřená o postel, ruce si lehce položí na břicho a při nádechu nosem se břicho vyklenuje a s výdechem vtahuje dovnitř. Žena si tak uvědomí cílení dechu (příloha 4, obr.6) (5). V pooperačním období se může uplatnit i předem nacvičené *hluboké hrudní dýchání*: jde o cvičení, kdy si klientka/pacientka přiloží dlaně na dolní hranici hrudního koše a vdechuje pomalu přes nos do té doby, dokud nedosáhne nejvyšší expanze hrudníku (příloha č.4, obr.5). Zadrží dech na 2 - 3 sekundy, poté pomalinku vydechuje ústy až do dosažení maximální kontrakce hrudníku (13). Sestra předvede a naučí klientku/pacientku i jednoduché statické dýchání, které bude moci klientka/pacientka provádět hned po probuzení z narkózy, tj. prohloubený nádech a výdech, dlouhý vdech a krátký prudší výdech, krátký vdech a dlouhý výdech, normální vdech a výdech proti odporu – nafukování míče (příloha 4, obr.4), nebo bublání brčkem do sklenice s vodou (9).

Do dechového cvičení patří také *nácvik kašlání a vykašlávání*. Cvičení se začíná hlubokým nádechem nosem, poté klientka/pacientka na 2-3 sekundy zadrží dech a pomalu vydechuje ústy. Na konci výdechu 1-2x zakašle. Pokud je klientka/pacientka po operaci prováděné abdominální cestou, je nutné zabránit vzniku bolesti v operační jizvě při kašlání. Pomyslnou incizi si klientka/pacientka chrání tím, že položí jednu ruku na druhou v místě incize a zakašle, nebo si místo incize chrání pevně sepnutými horními končetinami okolo polštáře přiloženého na břicho a zakašle (příloha č.4, obr.7).

1.5.2 Prevence komplikací z hypomobility

Časné pooperační období s sebou nese nutnost dočasného upoutání na nemocniční lůžko – dočasnou imobilitu. Pooperační pohybový režim se řídí stavem klientky/pacientky, druhem, velikostí a délkou operačního zákroku a komplikacemi, které vznikly v bezprostředním pooperačním období (24).

Pokud časné pooperační období probíhá bez větších komplikací a anestézie odezní, je nutné, aby se žena začala co nejdříve obracet z boku na bok a umožňovala tak střídání maximální expanze poloviny plic, která je právě v horní poloze. V další fázi pooperačního období je důležité včasné vstávání z nemocničního lůžka a chůze, kterými se předchází vzniku dýchacím, oběhovým, močovým a gastrointestinálním komplikacím (33).

1.5.2.1 Nácvik základních pohybových dovedností

Pomáhat klientce/pacientce při znovuzískávání základních pohybových dovedností a při včasném vstávání z lůžka je důležitou součástí pooperační péče sestry, porodní asistentky. Pohyb podporuje dýchání, podporuje odstraňování sekretů z dýchacích cest a okysličování organismu, zlepšuje se funkční reziduální kapacita plic, zvyšuje prokrvení tkání, dále snižuje hromadění krve v žilách, čímž se snižuje riziko vzniku trombů a plicní embolie, snižuje se ochabování svalů a snižuje se možnost vzniku psychického neklidu, kterým by mohly být pocity beznaděje, deprese a ztráta kontroly (22).

V předoperačním období je předmětem nácviku základních pohybových dovedností připravit klientku/pacientku na pohyb, který bude v pooperačním období ztížen pooperačním stavem a bolestí, která je největší prvních 12-36 hodin po operaci (33). Cílem je tedy získat maximálně možnou soběstačnost při uspokojování základních potřeb.

Vlastní nácvik pohybových dovedností v předoperačním období probíhá tak, že sestra/porodní asistentka požádá klientku/pacientku, aby si lehla do lůžka a postupně si společně předvedou a nacvičí jednotlivé prvky pohybu na lůžku. *Nácvik posouvání na lůžku* sestra instruuje tak, že klientka/pacientka pokrčí dolní končetiny v kolenou, nadzvedne pánev, zapře se o chodidla, sestra jí vsune jednu ruku pod pánev a druhou pod záda a ve stejnou dobu se pacientka/klientka posune v lůžku nahoru. Pokud žena chce, může se chytit za hrazdu. *Při obracení se na lůžku* nemocná uchopí nejlépe rukou postranici a postupně otočí hlavu, ramena, trup a dolní končetiny. *Posadit se v lůžku*

s nataženými dolními končetinami si klientka/pacientka nacvičí tak, že uchopí hrazdičku, uzdičku, nebo žebříček a posadí se. Sestra při tomto pohybu zvedne podpěru lůžka do přibližně 35-45°, podloží nemocné kolena molitanovým válcem a event. zapře nohy bedničkou. Velice důležitým prvkem v nácviku pohybových dovedností pro pooperační období je *posazování se na lůžku s dolními končetinami spuštěnými z okraje lůžka*. V gynekologickém ošetrovatelství je používaná metoda, kdy se klientka/pacientka musí otočit na bok, vzepře se na horní končetině, ke které je přivrácený bok a posadí se (příloha 4, obr.8). Tato metoda se využívá z důvodu menšího napínání břišních svalů a tudíž i menší bolestivosti. Posazování na lůžku v časné pooperační době je zakázáno u žen, které byly operovány vaginální cestou. Zabrání se tak možnosti vzniku komplikací (dehiscenci) operační rány. V pozdějším období se žena smí posadit na podložní kruh, který umožňuje sezení bez tlaku na operační jizvu. *Nácvik stoje* u žen po velké břišní operaci je pokračováním předtím nacvičeného posazování se na lůžku se spuštěnými dolními končetinami. Poté, co žena bezpečně sedí na okraji lůžka se spuštěnými dolními končetinami, dokončí stoj. Nácvik stoje u žen po vaginální operaci spočívá v tom, že sestra upozorní klientku/pacientku, že při vertikalizaci v pooperačním období se vynechává fáze sedu, aby se zabránilo tlaku na operační jizvu s následnou možností dehiscence rány. Nácvik probíhá tak, klientka/pacientka pokrčí dolní končetiny v kolenou, nadzvedne pánev a posune se ke straně lůžka, otočí se na bok, spustí dolní končetiny z lůžka a pomocí horní končetiny, ke které je přivrácený bok dokončí stoj (26).

1.5.2.2 Nácvik posazování na podložní mísu

Zvýšený tonus sympatiku při a po operaci, operační trauma v blízkosti močového měchýře, snížená senzibilita stěny močového měchýře vlivem přetrvávajícího účinku anestetik a podaných analgetik, poloha v leže, strach z bolesti při užití břišního lisu, psychické zábrany a mnohé jiné stavy mohou být příčinou poruchy močového systému – retence moče (26,32) Tato porucha se po gynekologických operacích vyskytuje velmi často, a je tak velice pravděpodobné, že klientka/pacientka

bude potřebovat pomoc při posazování na podložní mísu. Nácvik posazování na podložní mísu by neměl být nikdy opomíjen a měl by být součástí předoperační rehabilitační přípravy. Vlastní nácvik posazování se na podložní mísu probíhá tak, že sestra požádá klientku, aby si lehla do lůžka, chytla se za hrazdičku, pokrčila nohy v kolenou, zapřela se o chodidla a nadzvedla sedací část. Při tomto pohybu umístí sestra ruku dlaní nahoru pod klientku/pacientku křížovou oblast, loktem se opře o matraci a předloktí použije jako páku. Tento manévr pak umožní, aby klientka/pacientka nemusela tolik namáhat břišní svaly. Potom druhou rukou vloží podložní mísu užším koncem po hýždě a požádá klientku/pacientku, aby se pohodlně posadila (13).

1.5.3 Prevence TEN

Prevence vzniku flebotrombóz, tromboflebitidy a jejich nejobávanější komplikace embolie, má být součástí pravidelné předoperační přípravy každé klientky/pacientky. Zvláštní pozornost se musí věnovat zejména ženám s rizikovými faktory, mezi které patří např. věk nad 40 let, výskyt trombózy v anamnéze, diabetes mellitus, obezita nebo kachexie, oběhové poruchy, varikózní komplex atd. Jelikož na vzniku trombóz se podílejí tři základní faktory, kterými jsou porucha toku cévami, porucha srážlivosti krve a poškození cévní stěny (tzv. Virchowova trias), směřuje prevence k jejich vyloučení. Předoperační prevence spočívá nejen v aplikaci léků snižujících nitrožilní koagulaci (např. nízkomolekulární Heparin), v přikládání elastických obinadel či punčoch na dolní končetiny v případě, že má žena žilní městky, ale i v předoperačním nácviku pohybu s dolními končetinami – cévní gymnastice. Cévní gymnastika je důležitá především v časně pooperační periodě. Velice důležité je také ženu poučit o tom, aby dolní končetiny v pooperačním období ukládala pokud je to jen trochu možné do zvýšené polohy a zlepšila tak drenáž žil a zabránila městnání krve v žilním systému. V neposlední řadě je samozřejmě nutná včasná pooperační mobilizace klientky/pacientky a dostatečná hydratace (33).

1.5.3.1 Návčik cévní gymnastiky

Jak již bylo výše popsáno, ke vzniku tromboembolických komplikací přispívá velmi významným způsobem stáza v krevním řečišti. Základní fyzikální metodou prevence tromboembolické nemoci je polohování klientky/pacientky, její mobilizace a zlepšování návratu žilního proudu cvičením. Již pouhá elevace může zrychlit průtok žilním řečištěm až o 40%. Také plantární a dorzální flexe průtok krve žilním řečištěm několikanásobně zvyšuje. Sestra v předoperační přípravě klientce/pacientce doporučí, aby s končetinami začala pohybovat již po probuzení se z narkózy. Cvičení by mělo trvat nejméně 1 minutu a žena by ho měla opakovat každou hodinu (25).

Návčik plantární a dorzální flexe chodidel (příloha 4, obr.3) se provádí tak, že se klientka/pacientka položí na lůžko do polohy na zádech a obě dolní končetiny natáhne, obě paže jsou podél těla. Následně začne provádět plantární a dorzální flexi chodidel. Toto cvičení je také možné označit jako pumpování lýtek, protože se lýtka střídavě kontrahují a relaxují (13). Návčik lze doplnit o kroužení nohou v kotnících vpravo a vlevo a o natahování a ohýbání prstů nohou (5). Dalším cvikem, který patří do cévní gymnastiky je střídavé *pokrčování a natahování dolních končetin*. Návčik se provede tak, že klientka/pacientka leží na zádech, horní končetiny má volně podél těla, pokrčí a poté natáhne dolní končetiny v kolenou a jejich zadní část pak přitlačuje k posteli za současné dorzální flexe chodidel (příloha 4, obr.1). Posledními prvky návčiku jsou cvičení, kdy klientka/pacientka leží na zádech, horní končetiny má podél těla, dolní končetiny má natažené a střídavě je zvedá mírně do zvýšené polohy a pokládá zpět na lůžko (příloha 4, obr.2). V pooperačním období se při rehabilitačním cvičení také uplatní předem nacvičené střídavé unožování do strany (5).

2 CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

C1: Zjistit, zda sestry na odděleních operační gynekologie provádějí u klientek, které podstoupí gynekologickou operaci, nácvik prvků pooperační rehabilitace.

C2: Zjistit, zda klientky po gynekologické operaci umí používat v pooperační rehabilitaci předem nacvičených prvků

2.2 Hypotézy práce

H1: Sestry na oddělení operační gynekologie neprovádí s klientkami nácvik prvků pooperační rehabilitace

H2: Důvodem nepoužívání pooperační rehabilitace klientkami je její nenacvičení v době předoperační přípravy

3 METODIKA

3.1 Použití metodiky

Ke zpracování práce byla použita v rámci kvantitativního výzkumu metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazníky byly určené pro sestry pracující na odděleních operační gynekologie a pro klientky/pacientky, které podstoupily velkou gynekologickou operaci. Dotazníky byly anonymní. Respondentky měly dostatek času na jeho vyplnění.

Dotazník A (příloha 5) pro sestry pracující na odděleních operační gynekologie byl sestaven z 20 otázek. Otázky byly uzavřené, polouzavřené a otevřené. V úvodu byly otázky identifikační, dále otázky týkající se rehabilitačního ošetřování a předoperační rehabilitační přípravy.

Dotazník B (příloha 6) pro ženy po velké gynekologické operaci byl sestaven ze 17 otázek. Otázky byly uzavřené, polouzavřené a otevřené. Na začátku byly otázky identifikační, dále zaměřené na operační výkon a předoperační rehabilitační přípravu.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

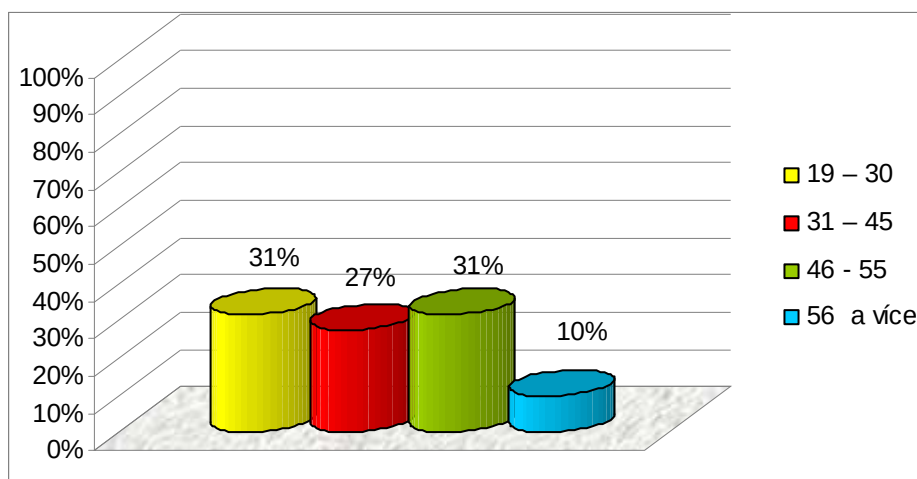
Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na odděleních operační gynekologie z Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Písek a.s., Okresní nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s. a Nemocnice Strakonice a.s. a klientky/pacientky, které v těchto nemocnicích podstoupily v období od 10. února do 30. března 2008 velkou gynekologickou operaci.

Celkem bylo rozdáno 156 dotazníků, přičemž sestrám bylo rozdáno 56 dotazníků a ženám po velké gynekologické operaci bylo rozdáno 100 dotazníků. Navrátilo se 139 dotazníků. Návratnost byla 89 %. Konečným souborem řádně a správně vyplněných dotazníků vhodných k výzkumu bylo 51 (100 %) sesterských a 81 (100 %) od klientek/pacientek.

4 VÝSLEDKY

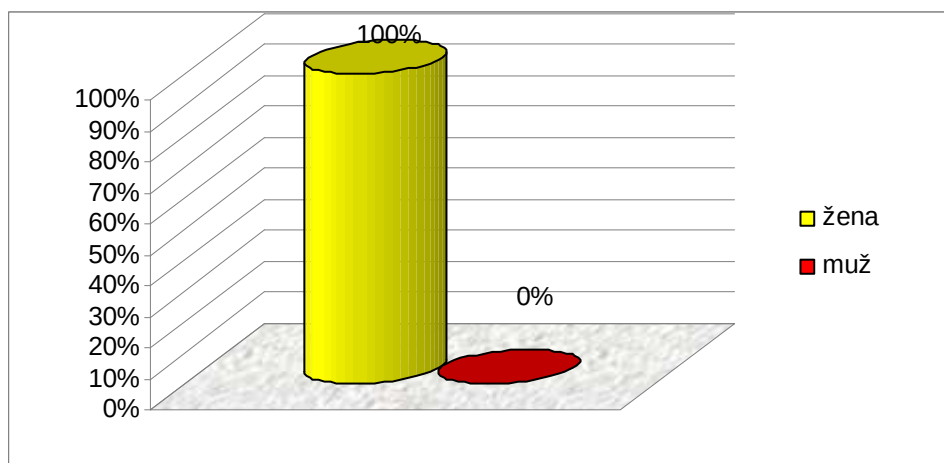
4.1 Výsledky dotazníku pro sestry

Graf 1A Pohlaví



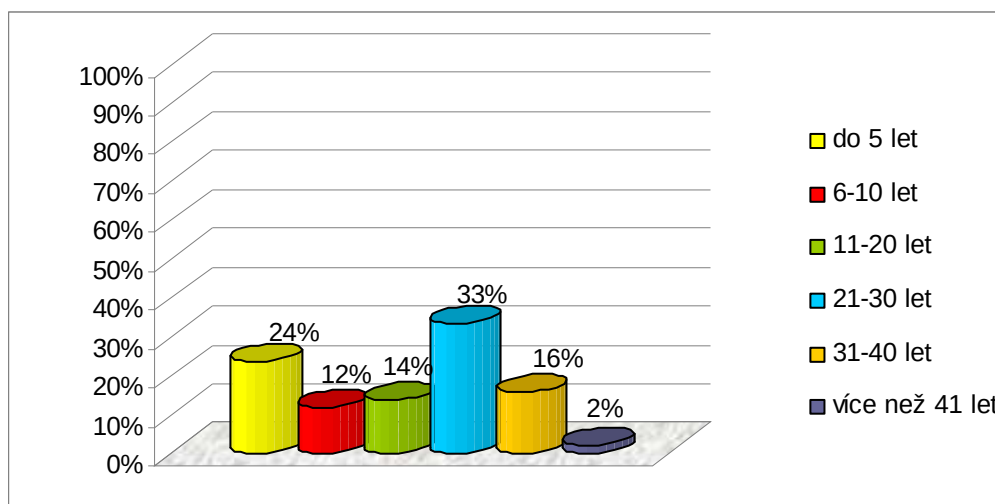
Z celkového počtu 51 respondentů (100 %) bylo 51 žen (100 %), žádný respondent nebyl muž (0 %).

Graf 2A Věk sester



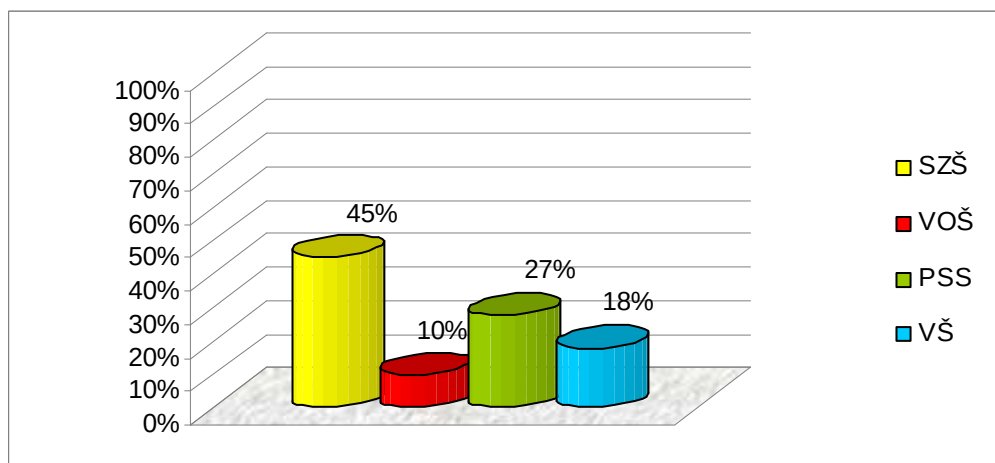
Věk v rozmezí mezi 19-30 roky uvedlo 16 sester (31 %), 14 sestrám (27 %) bylo 31-45 let, 16 sester (31 %) uvedlo věk mezi 46-55 roky a 5 sestrám (10 %) bylo 56 let a více.

Graf 3A Délka odborné praxe



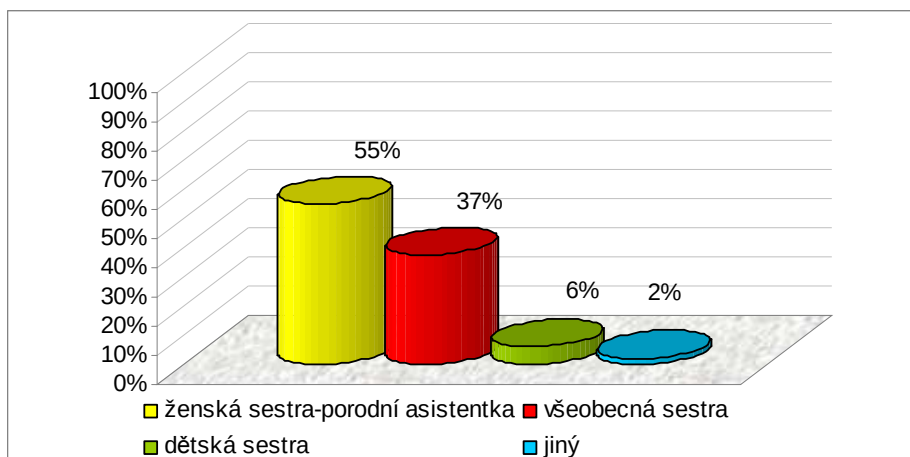
Délku odborné praxe do 5 let má 12 sester (24 %), 6 sester (12 %) uvedlo délku praxe 6–10 let, 7 sester (14 %) mělo délku praxe 11–20 let, možnost délky praxe 21–30 let uvedlo 17 sester (33 %), 31- 40 let uvedlo 8 sester (16 %), 1 sestra (2 %) měla délku odborné praxe delší než 41 let.

Graf 4A Nejvyšší dosažené vzdělání



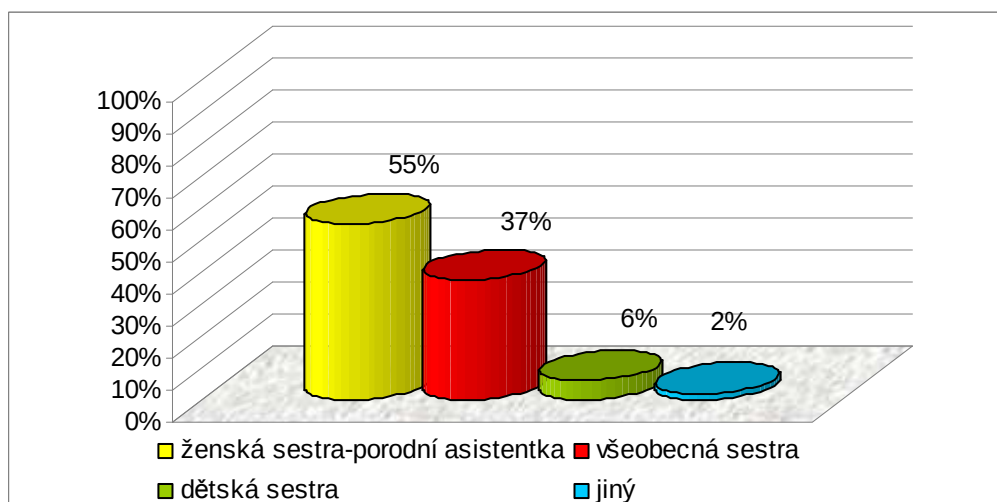
SZŠ uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání 23 sester (45 %), ukončené studium na vyšší odborné škole uvedlo 5 sester (10 %), pomaturitní specializační studium ukončilo 14 sester (27 %) a možnost vysoké školy označilo 9 (18 %) dotazovaných sester.

Graf 5A Vystudovaný obor



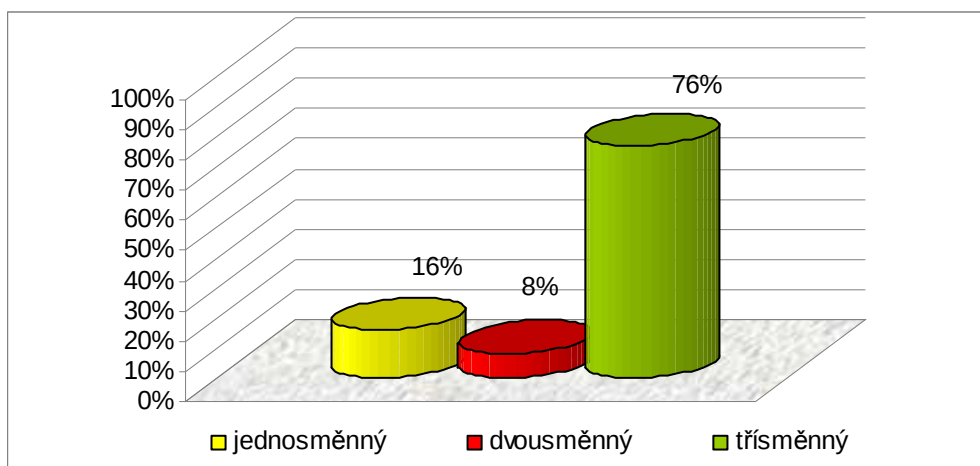
28 sester (55 %) vystudovalo obor ženská-sestra/porodní asistentka, 19 sester (37 %) vystudovalo obor všeobecná sestra, 3 sestry (6 %) uvedly možnost dětské sestry a v možnosti jiné uvedla 1 sestra (2 %), že je všeobecná sestra – instrumentářka.

Graf 6A Pracovní pozice sestry



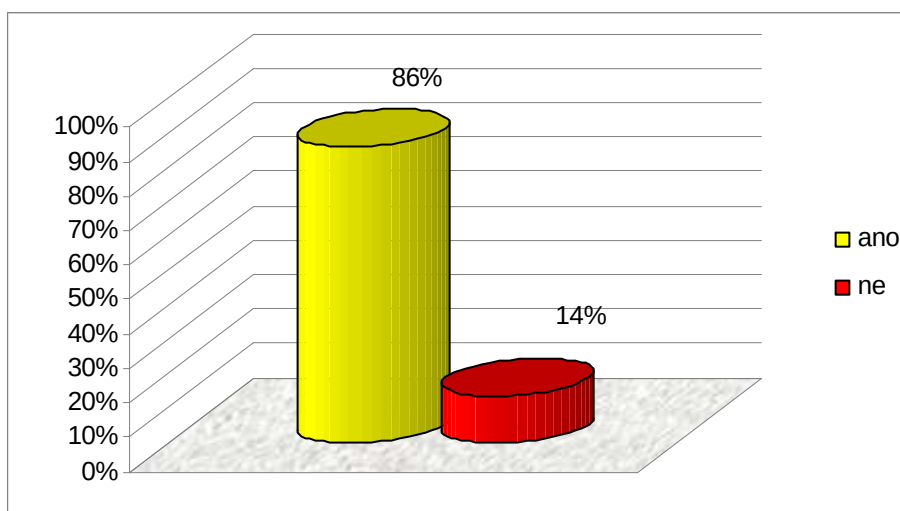
Dotazník vyplnilo 48 sester (94 %) pracujících v pozici u lůžka, 3 sestry (6 %) pracují jako staniční sestry, respondentkou nebyla vrchní sestra (0 %).

Graf 7A Pracovní provoz sestry



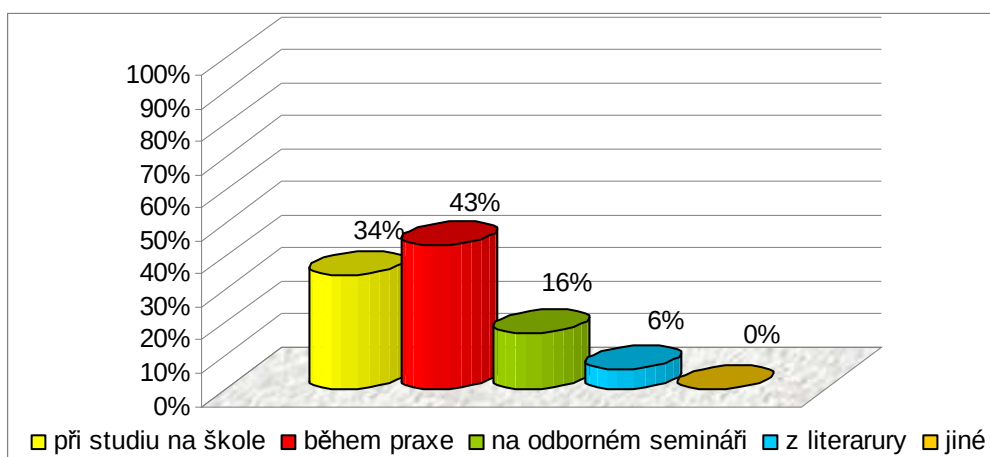
V jednosměnném provozu pracuje 8 sester (16 %), 4 sestry (8 %) pracují v dvousměnném provozu a 39 sester (76 %) pracuje v třisměnném provozu.

Graf 8A Znalost termínu „Rehabilitační ošetřování“



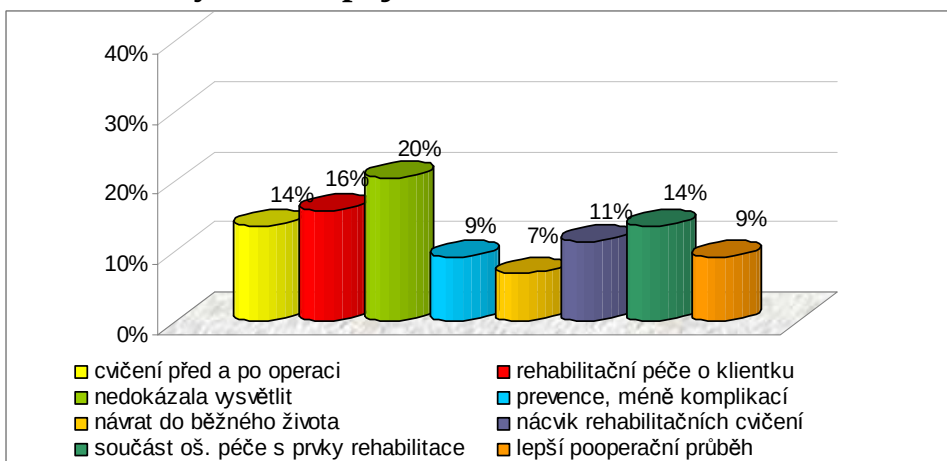
44 sester (86 %) termín rehabilitačního ošetřování znalo, 7 sester (14 %) uvedlo neznalost termínu (14 %).

Graf 9A První setkání s termínem rehabilitační ošetřování



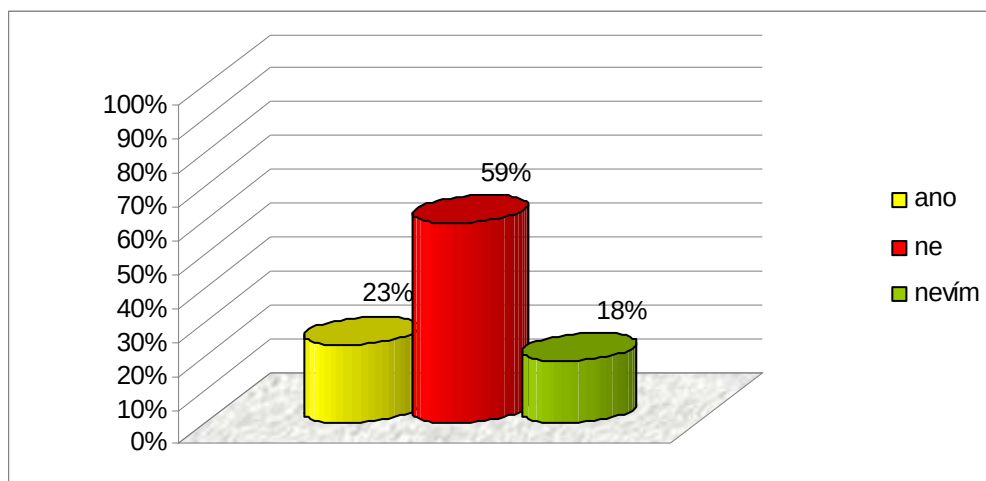
Ze 44 sester (86 %) které znaly termín rehabilitační ošetřování, se 23 sester (34 %) poprvé setkala s termínem rehabilitační ošetřování při studiu na škole, setkání během praxe udalo 29 sester (43 %), odborný seminář uvedlo 11 sester (16 %), literaturu uvedly 4 sestry (6 %) a jinou možnost neoznačila žádná respondentka (0 %). Respondenty uvedly celkem 67 odpovědí.

Graf 10A Vysvětlení pojmu rehabilitační ošetřování



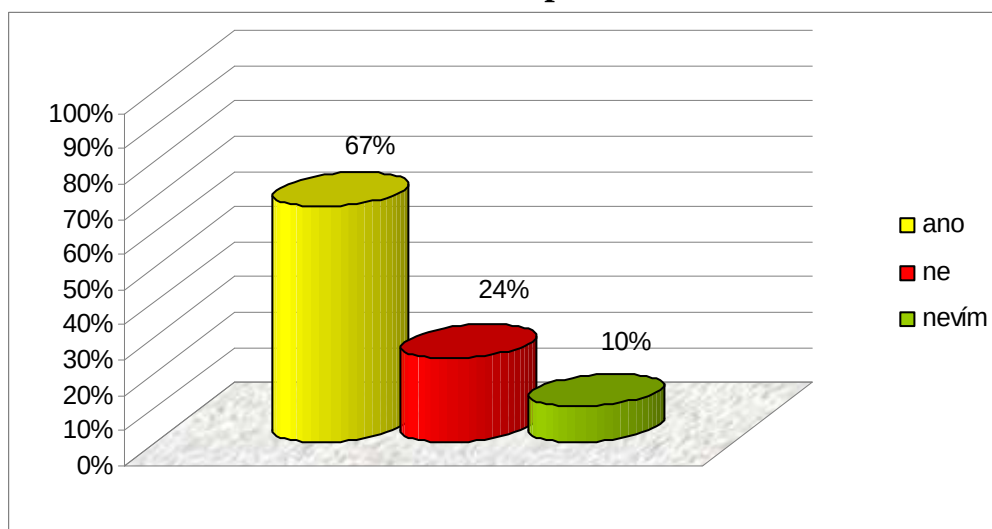
Pojem rehabilitační ošetřování si 6 sester (14 %) vysvětluje jako cvičení před a po operaci, 3 sestry se domnívají, že tento pojem znamená návrat do běžného života, 7 sester (16%) uvedlo pojem jako rehabilitační péče o klientku, 9 sester (20%) pojem nedokázalo vysvětlit, 4 sestry (9 %) se domnívají, že rehabilitační ošetřování je prevence; méně komplikací, 5 sester (11 %) si myslí, že jde o nácvik rehabilitačního cvičení, 4 sestry (9 %) si pojem vysvětlují jako lepší pooperační průběh a 6 sester (14 %) vysvětluje rehabilitační ošetřování jako součást ošetřovatelské péče s prvky rehabilitace. Tento graf znázorňuje odpovědi 44 sester (86 %), které znají termín rehabilitační ošetřování.

Graf 11A Názor na vlastní dostatečnost informací o rehabilitačním ošetřování



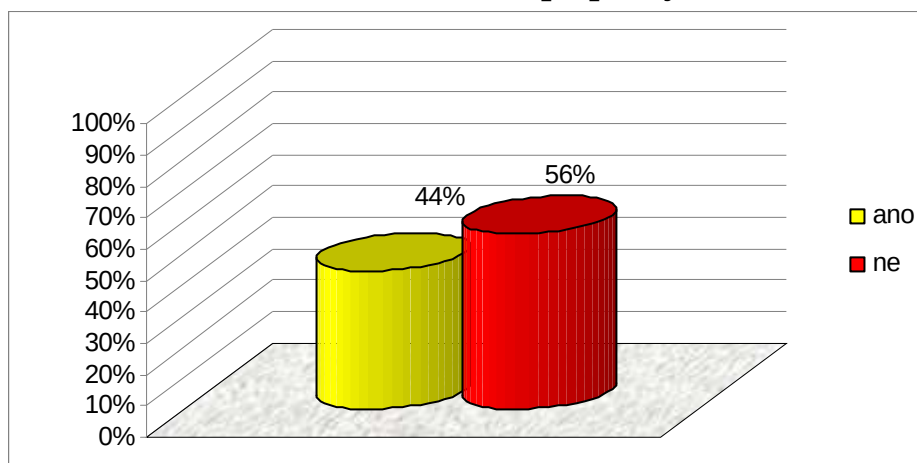
Ze 44 sester (86 %), které znají termín rehabilitační ošetřování, má 10 sester (23 %) pocit dostatečné informovanosti o rehabilitačním ošetřování, 26 sester (59 %) nemá pocit dostateku informací a 8 sester (18 %) neví, zda má dostatek informací.

Graf 12A Existence standardů oš. péče



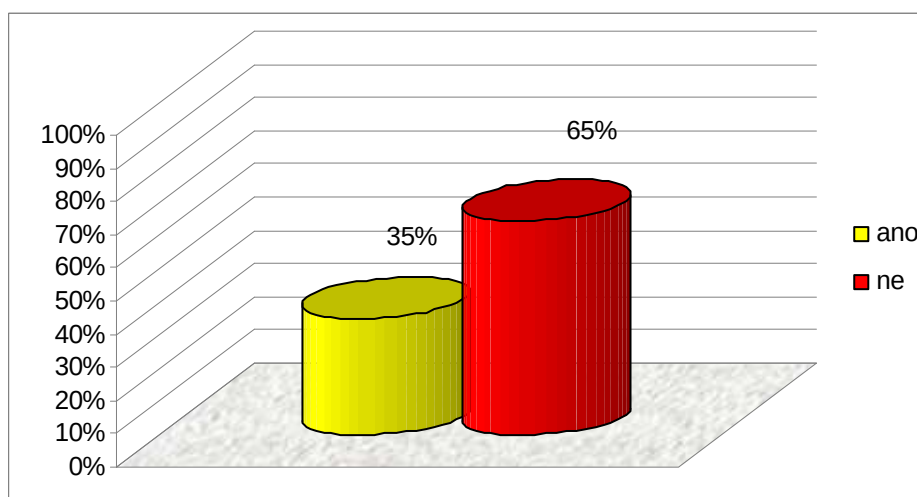
Existenci standardů ošetřovatelské péče zaměřených na předoperační přípravu uvedlo 34 sester (67%), 12 sester (24 %) existenci standardů na oddělení nepotvrdilo a 5 sester (10%) nevědělo, zda na oddělení jsou standardy k dispozici.

Graf 13A Existence rehabilitační přípravy ve standardu



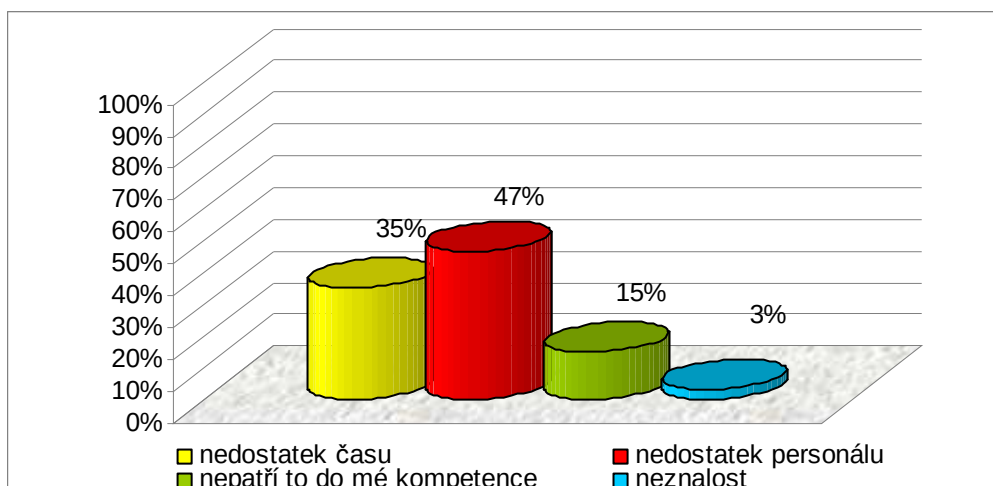
Ze 34 sester (67 %), které udaly existenci standardů předoperační přípravy na oddělení, jich 15 (44 %) uvedlo, že součástí tohoto standardu je i rehabilitační příprava a 19 sester (56 %) odpovědělo, že předoperační rehabilitační příprava není součástí standardu oš. péče zaměřeného na předoperační přípravu.

Graf 14A Provádění předoperační rehabilitační přípravy sestrou



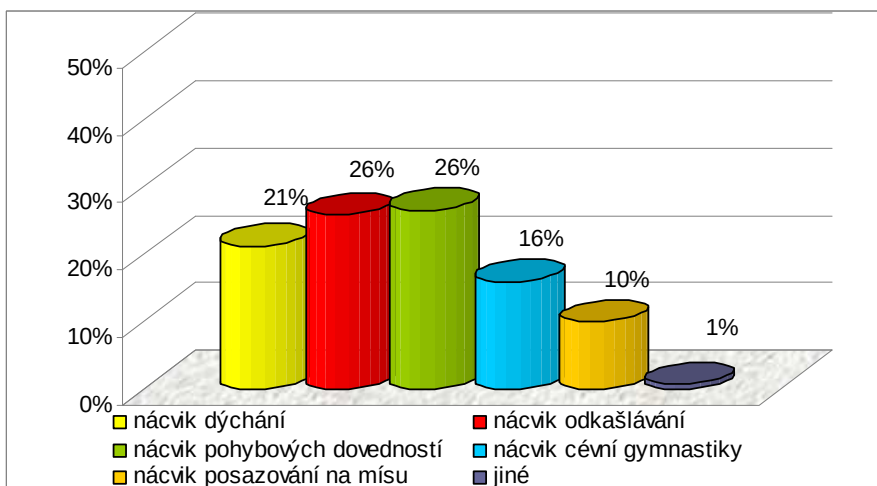
18 sester (35%) udalo, že předoperační rehabilitační přípravu s klientkami/pacientkami provádí a 33 sester (65 %) odpovědělo, že rehabilitační přípravu v předoperačním období neprovádí.

Graf 15A Důvod absence předoperační rehabilitační přípravy



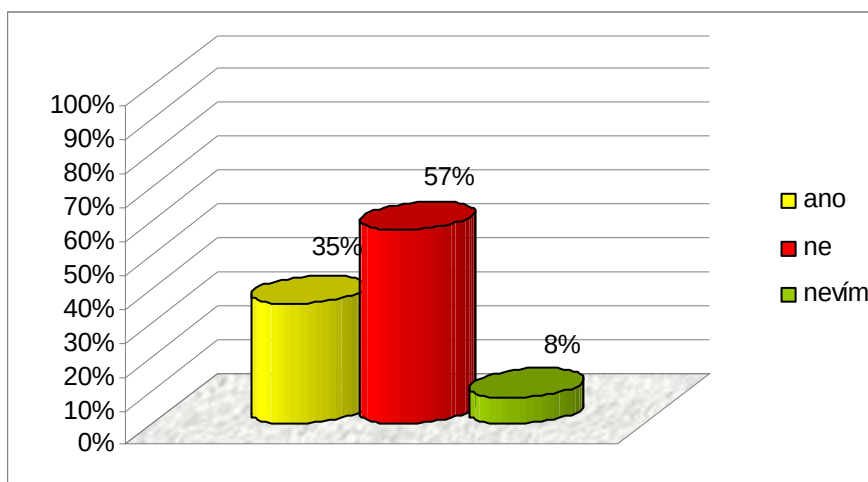
Ze 33 sester (65 %), které rehabilitační přípravu neprovádí, jich 21 (35 %) označilo jako důvod nedostatek času, 28 sester (47 %) uvedlo nedostatku personálu, 9 sester (15 %) uvedlo jako důvod absence nekompetentnost k provádění této činnosti a 2 sestry (3 %) uvedly neznalost rehabilitačních postupů. Respondenty odpověděly v tomto grafu 60 možnostmi.

Graf 16A Důležité prvky předoperační rehabilitační přípravy



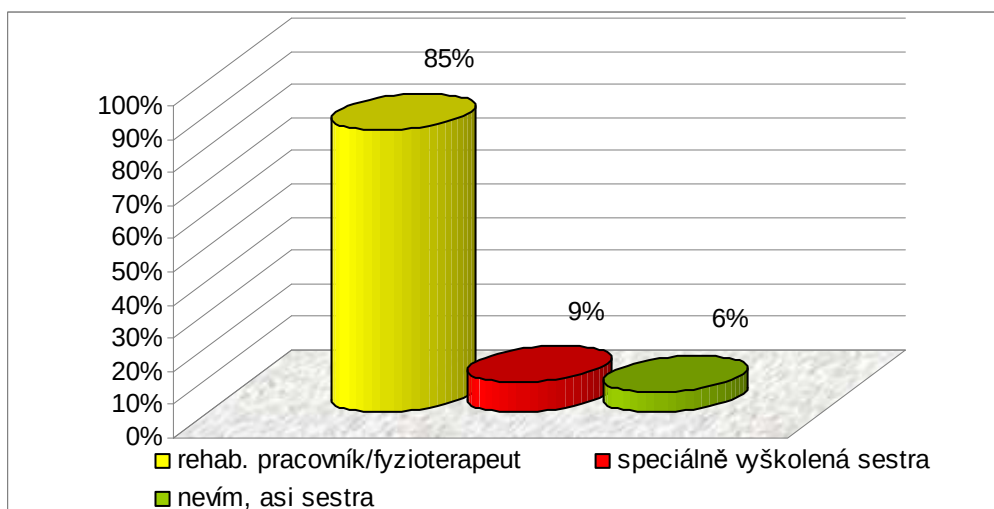
32 sester (21 %) se domnívá, že pro předoperační přípravu je důležitý nácvik dýchání, 39 sester (26 %) udalo nácvik odkašlávání, 40 sester (26 %) do předoperační rehabilitační přípravy zařadilo nácvik základních pohybových dovedností, 24 sester (16 %) uvedlo nácvik cévní gymnastiky, 15 sester (10 %) uvedlo jako důležitý nácvik posazování na podložní mísu, 1 sestra (1%) uvedla v možnosti jiné nácvik uroodynamiky.

Graf 17A Rehabilitační příprava a kompetence sestry



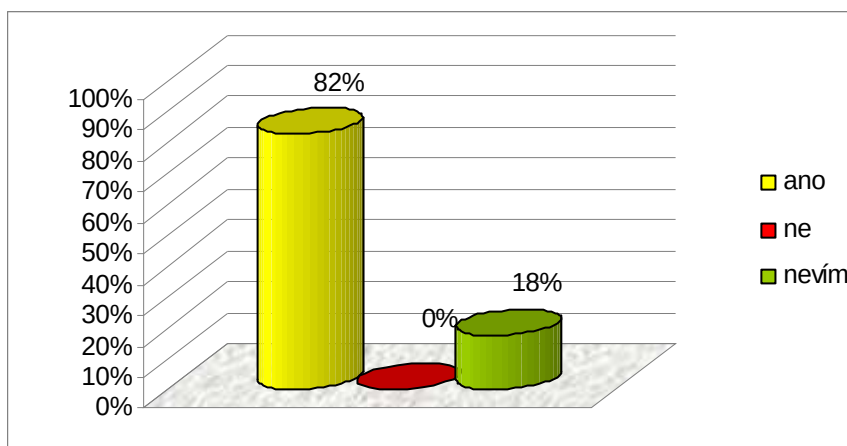
18 sester (35 %) se domnívá, že předoperační rehabilitační příprava náleží do kompetencí sestry, 29 sester (57 %) se domnívá, že předoperační rehabilitační příprava není v kompetenci sestry a 4 sestry (8 %) neví, zda je rehabilitační příprava v kompetenci sestry.

Graf 18A Kompetentnost k provedení rehabilitační přípravy



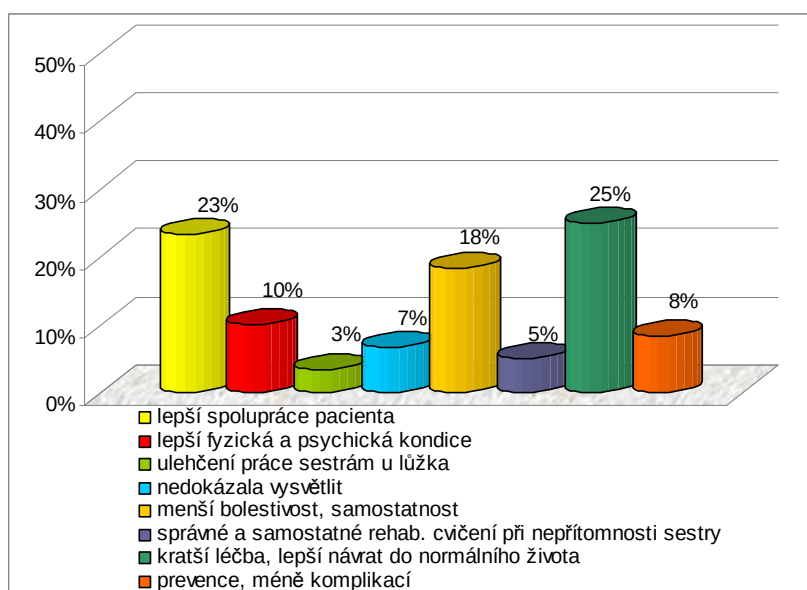
Ze 33 sester (65 %), které si myslí, že rehabilitační příprava nepatří do kompetence sestry, či neví, za je to v její kompetenci, si jich 8 (85 %) myslí, že předoperační rehabilitační příprava je v kompetenci rehabilitačního pracovníka/fyzioterapeuta, 3 sestry (9 %) uvedly, že by předoperační přípravu měla provádět speciálně vyškolená sestra a 2 sestry (6 %) odpověděly nevím, asi sestra.

Graf 19A Přínos rehabilitační přípravy pro pooperační stav



Rehabilitační přípravu jako přínosnou pro pooperační období označilo 42 sester (82 %), 9 sester (18 %) nevědělo, zda je přínosná, žádná respondentka (0 %) si nemyslí, že předoperační příprava není přínosem pro pooperační období.

Graf 20A Náзор na přínos pro pooperační stav

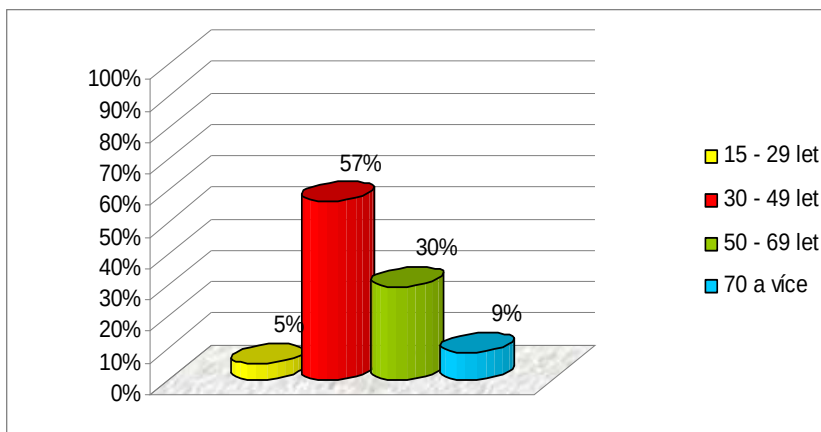


Ze 42 sester (82 %), které se domnívají, že rehabilitační příprava je pro pooperační období přínosná, uvedlo 14 sester (23%) názor lepší spolupráci v pooperačním období, lepší fyzickou a psychickou pohodu v pooperačním období udalo 6 sester (10 %), 2 sestry (3 %) uvedly v odpovědích, že předoperační rehabilitační

příprava je ulehčením v práci sester, 4 sestry (7 %) neměly názor na přínos, 11 sester (18 %) uvedlo ve své odpovědi menší bolestivost a samostatnost v pooperačním období, 3 sestry (5 %) udaly, že rehabilitační příprava v předoperačním období je důležitá pro správné a samostatné cvičení při nepřítomnosti sestry, 15 sester (25 %) uvedlo v odpovědi kratší léčbu a lepší návrat do normálního života a 5 sester (8 %) udalo prevenci, méně pooperačních komplikací. Celkem uvedly 60 odpovědí (100 %).

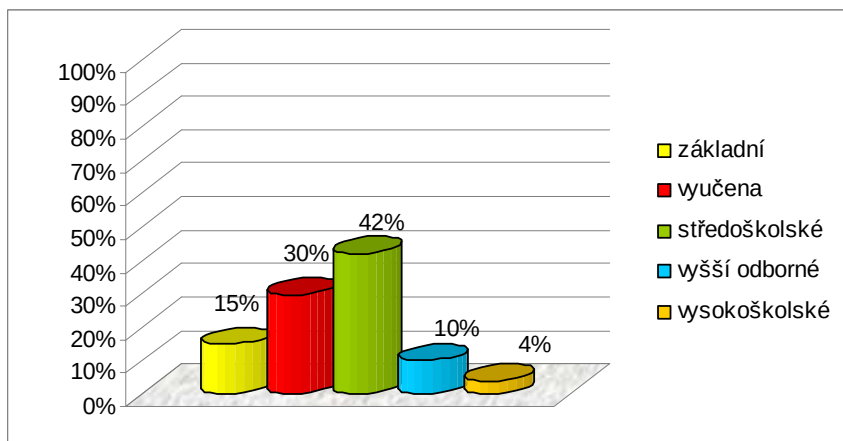
4.2 Výsledky dotazníku pro ženy po operaci

Graf 1B Věk dotazovaných respondentek



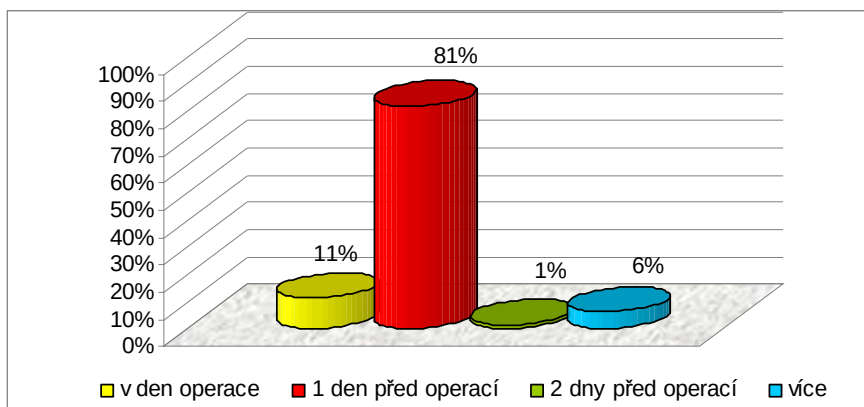
Z celkového počtu 81 respondentek (100 %) byly 4 ženy (5 %) ve věkové kategorii 15–29 let, 46 ženám (57 %) bylo 30–49 let, 24 žen (30 %) bylo ve věku mezi 50-69 let a věk 70 a více let uvedlo 7 žen (9 %).

Graf 2B Nejvyšší dosažené vzdělání



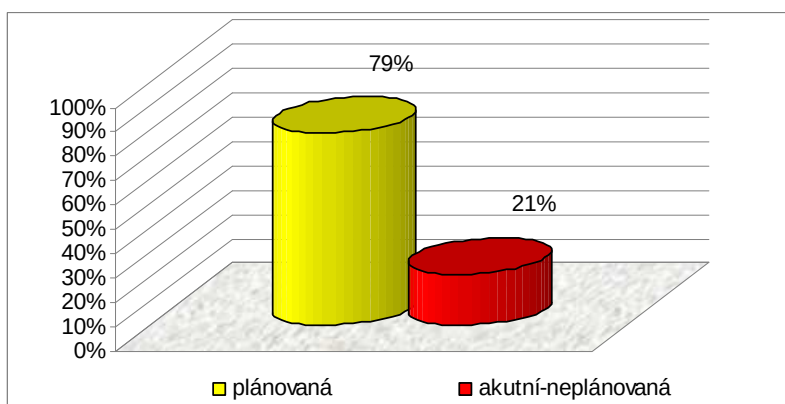
12 žen (15 %) mělo ukončené základní vzdělání, 24 žen (30 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vyučení, 34 žen (42 %) mělo středoškolské vzdělání, 8 žen (10 %) vyšší odborné vzdělání a 3 ženy (4 %) byly vysokoškolsky vzdělané.

Graf 3B Den přijetí k operaci



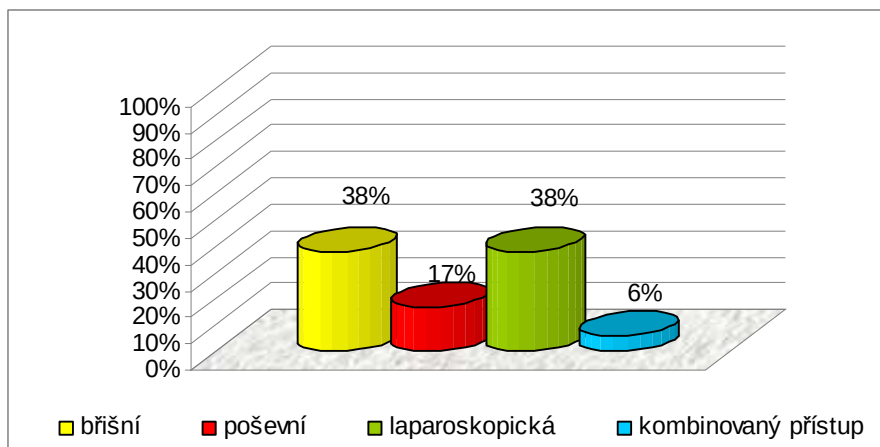
V den operace bylo přijato 9 žen (11 %), 66 žen (81 %) uvedlo přijetí 1 den před operací, 2 dny před operací byla přijata 1 žena (1 %) a více strávených dní v nemocnici před operací uvedlo 5 žen (6 %).

Graf 4B Naléhavost operace



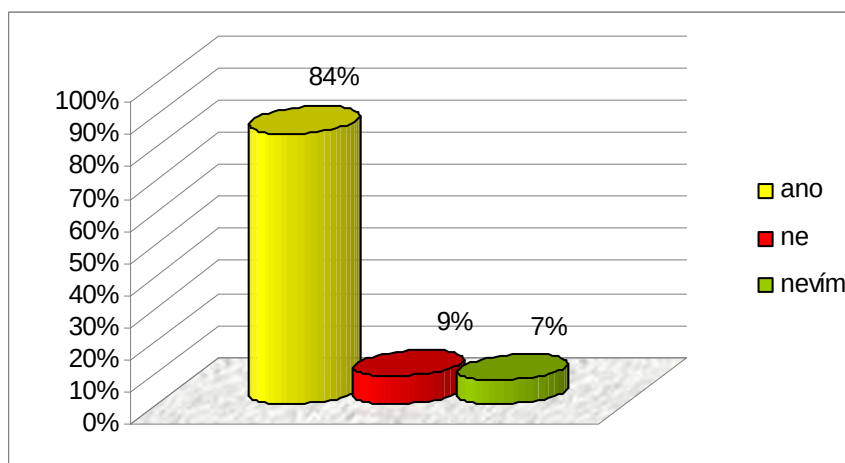
64 žen (79 %) podstoupilo operaci plánovanou, 17 žen (21 %) mělo operaci akutní, neplánovanou.

Graf 5B Druh operace podle operačního přístupu



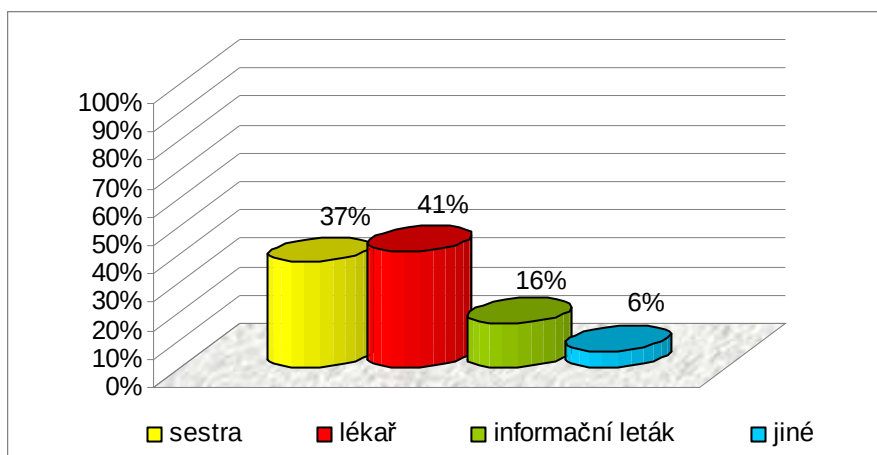
Operaci břišní cestou podstoupilo 31 žen (38 %), 14 žen (17 %) bylo operováno cestou poševní, 31 žen (38 %) bylo na operaci laparoskopické a 5 ženám (6 %) byla provedena operace kombinovaným přístupem.

Graf 6B Dostatečnost poučení o pooperačním režimu



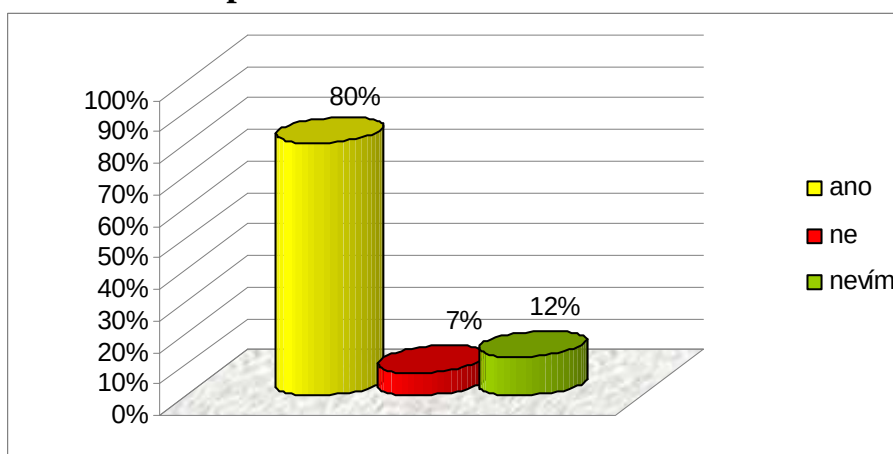
68 žen (84 %) uvedlo, že bylo o pooperačním režimu dostatečně poučeno, 7 žen (9 %) se domnívá, že nebylo dostatečně poučeno a 6 žen (7 %) uvedlo, že neví, zda bylo dostatečně poučeno o pooperačním režimu.

Graf 7B Zdroje poučení o pooperačním režimu



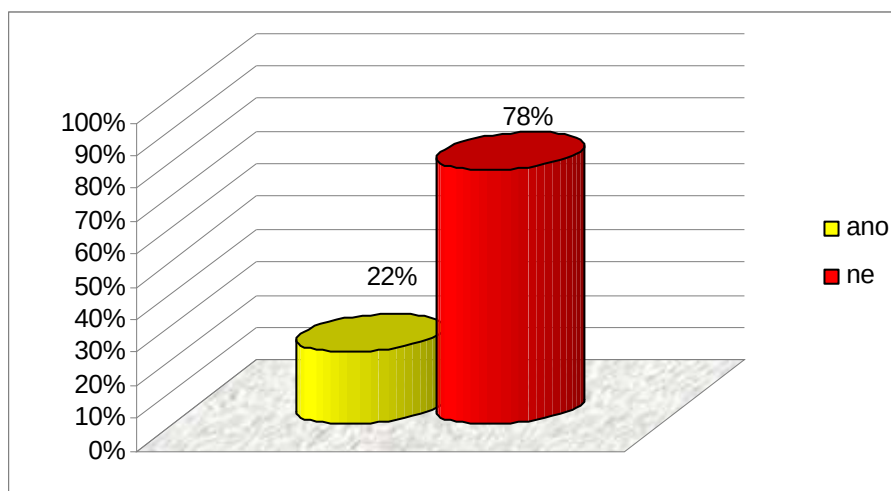
50 žen (37 %) poučila o pooperačním režimu sestra, 55 žen (41 %) poučil lékaře, 21 žen (16 %) uvedlo za zdroj poučení informační leták a možnost jinou uvedlo 8 žen (6 %), přičemž 3 ženy uvedly jako zdroj internet, 3 ženy spolupacientku a 2 ženy rodinu. Respondentky odpověděly na dotaz celkem 134 odpověďmi.

Graf 8B Pocit srozumitelnosti možných pooperačních komplikací



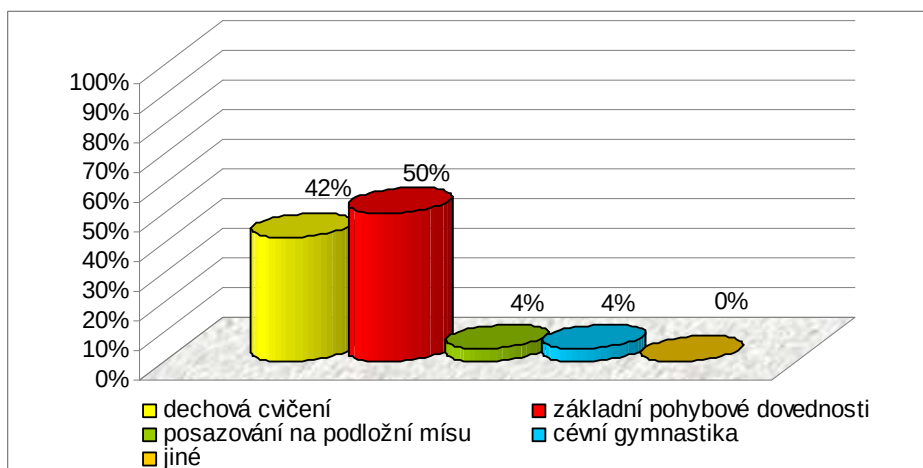
65 žen (80 %) se domnívá, že jim byly dobře a srozumitelně popsány všechny možné pooperační komplikace, 6 žen (7 %) uvedlo, že nemá pocit srozumitelně popsaných možných pooperačních komplikací a 10 žen (12 %) nevědělo, zda jim byly srozumitelně popsány všechny pooperační komplikace.

Graf 9B Předvedení prvků pooperační rehabilitace



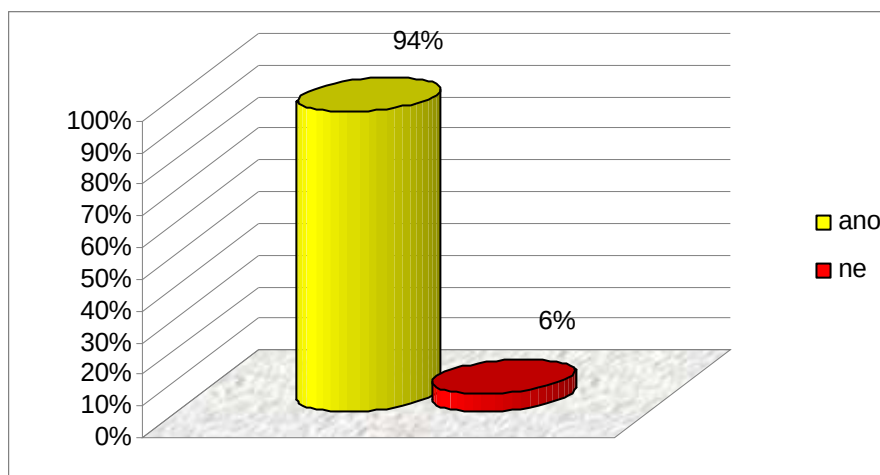
Z celkového počtu 81 respondentek (100 %) uvedlo 18 žen (22 %), že jim byly v předoperačním období předvedeny prvky pooperační rehabilitace, 63 žen (78 %) udalo nepředvedení prvků pooperační rehabilitace.

Graf 10B Výčet nacvičených prvků



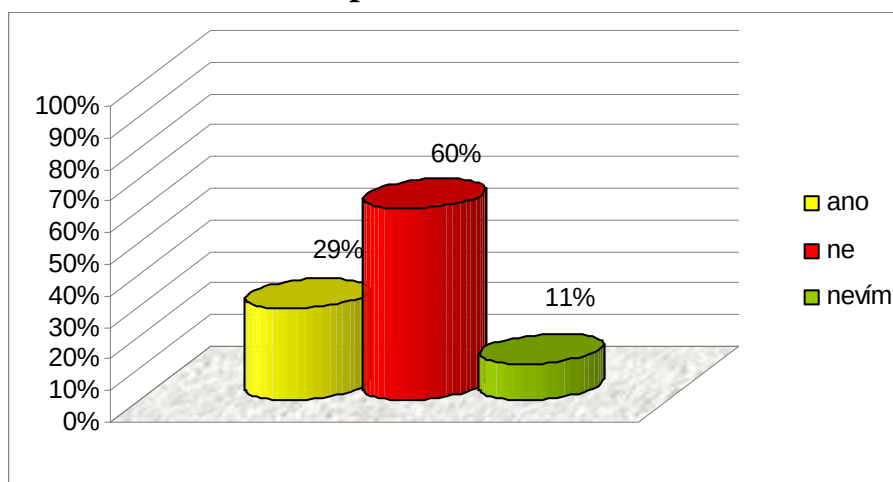
Z 18 respondentek (22 %), kterým byly předvedeny prvky rehabilitace jich 10 (42 %) nacvičovalo se setrou dechová cvičení, 12 žen (50 %) uvedlo nácvik základních pohybových dovedností, 1 žena (4 %) uvedla, že nacvičovala posazování na podložní mísu a 1 žena (4 %) nacvičovala cévní gymnastiku. Jiné prvky respondenty neuvedly (0 %). Celkem uvedly 24 odpovědí.

Graf 11B Uplatnění nacvičených prvků



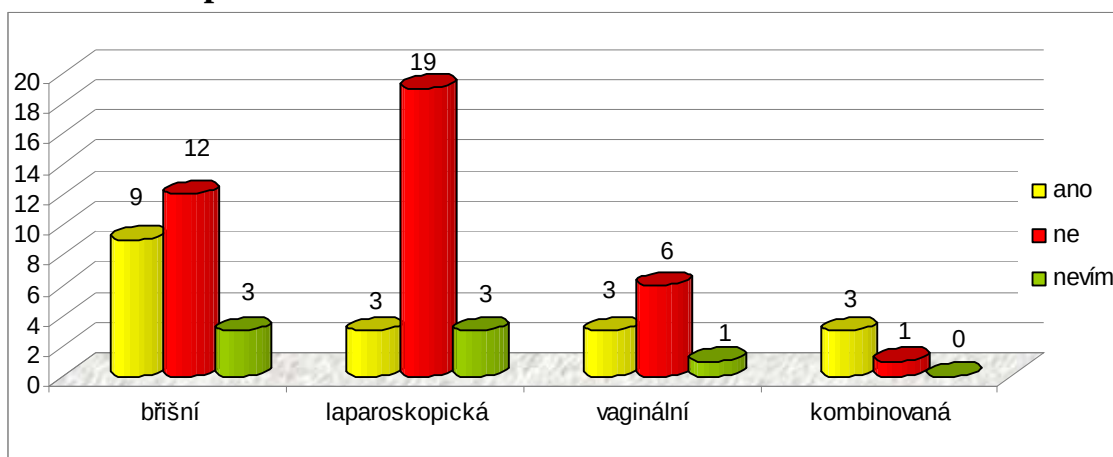
17 respondentek (94 %) v pooperačním období uplatnilo předem nacvičených prvků rehabilitace, 1 žena (6 %) nacvičené prvky v pooperačním období neuplatnila. Graf je výpovědí 18 žen (22 %), které nacvičovaly pooperační rehabilitaci.

Graf 12Ba Obtížnost provádění rehabilitace bez nácviku



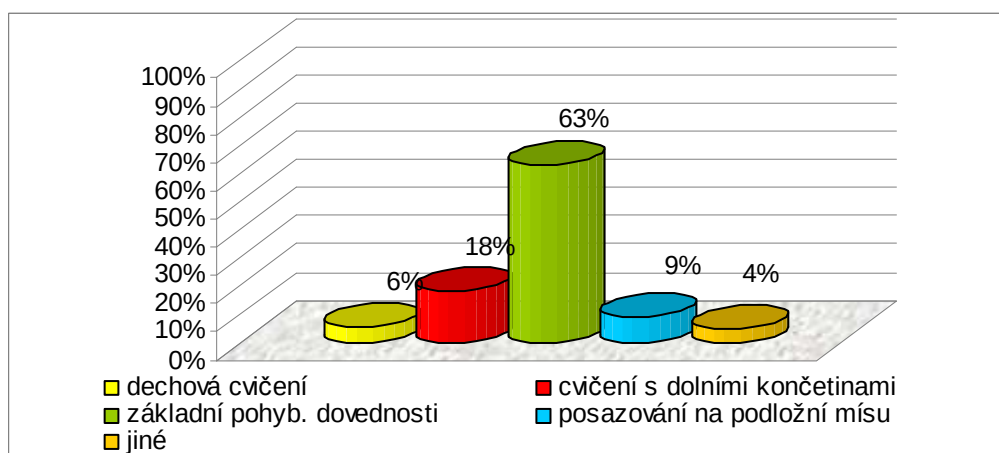
Z 63 respondentek (78 %), které nácvik neprováděly jich 18 (29 %) uvedlo, že provádět pooperační rehabilitaci v pooperačním období bylo obtížné, 28 žen (60 %) uvedlo, že nemělo potíže s prováděním pooperační rehabilitace a 7 žen (11 %) umělo popsat, zda provádění pooperační rehabilitace bylo obtížné.

Graf 12Bb Obtížnost pooperační rehabilitace podle druhu operace



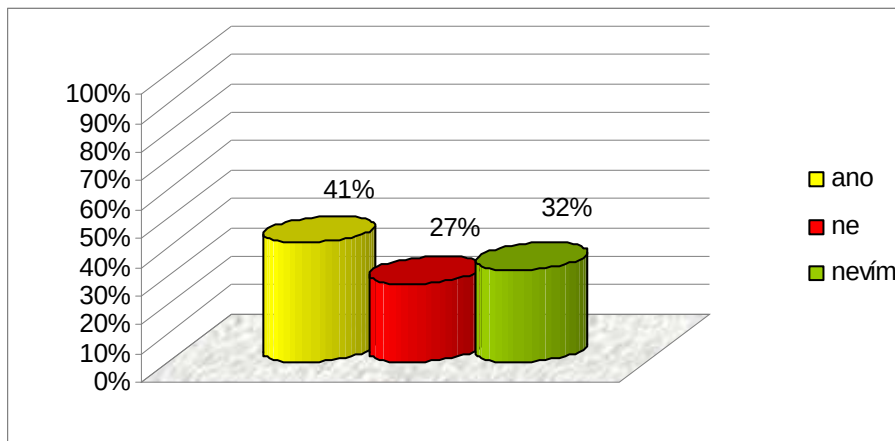
Provádět pooperační rehabilitaci bylo obtížné pro 9 žen po břišní operaci, pro 3 ženy po laparoskopické operaci, pro 3 respondentky po vaginální operaci a pro 3 ženy po operaci prováděné kombinovaným přístupem. 12 žen po břišní operaci, 19 žen po laparoskopické operaci, 6 žen po vaginální operaci uvedlo, že provádět pooperační rehabilitaci obtížné nebylo. 3 respondentky po břišní operaci, 3 po laparoskopické a 1 žena po vaginální operaci neuměly popsat, zda pro ně bylo či nebylo obtížné pooperační rehabilitaci provádět.

Graf 13B Nejobtížnější prvky pooperační rehabilitace



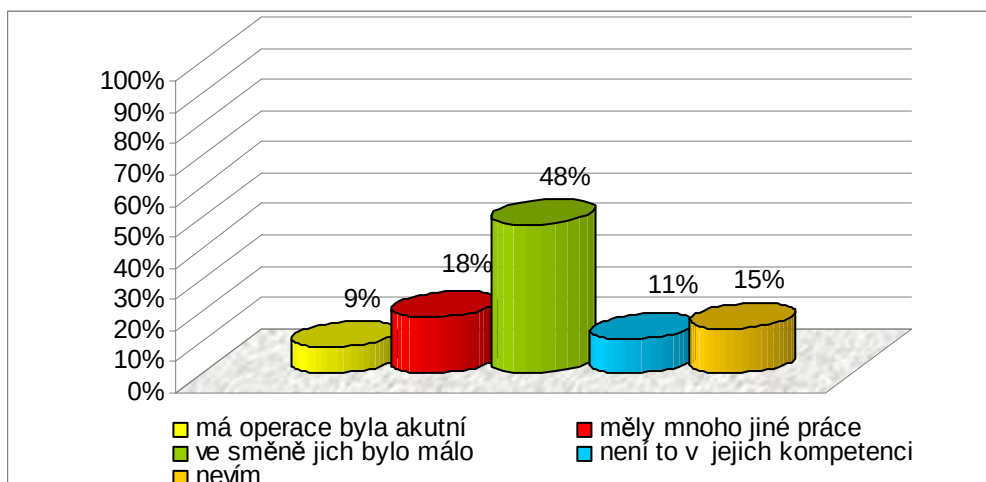
Graf je výčtem 89 odpovědí od klientek, které nácvik neprováděly (63). 5 žen (6 %) uvedlo za nejtěžší prvek v pooperační rehabilitaci dechová cvičení, 16 žen (18 %) uvedlo za obtížnou cévní gymnastiku, 56 ženám (63 %) se nejhůře v pooperační rehabilitaci prováděly základní pohybové dovednosti, 8 žen (9 %) se nejobtížněji posazovalo na podložní mísu a možnost jiné uvedly 4 ženy (4 %), přičemž odpověděly, že ani jeden prvek rehabilitace pro ně nebyl obtížný.

Graf 14B Přání nácviku rehabilitace před operací



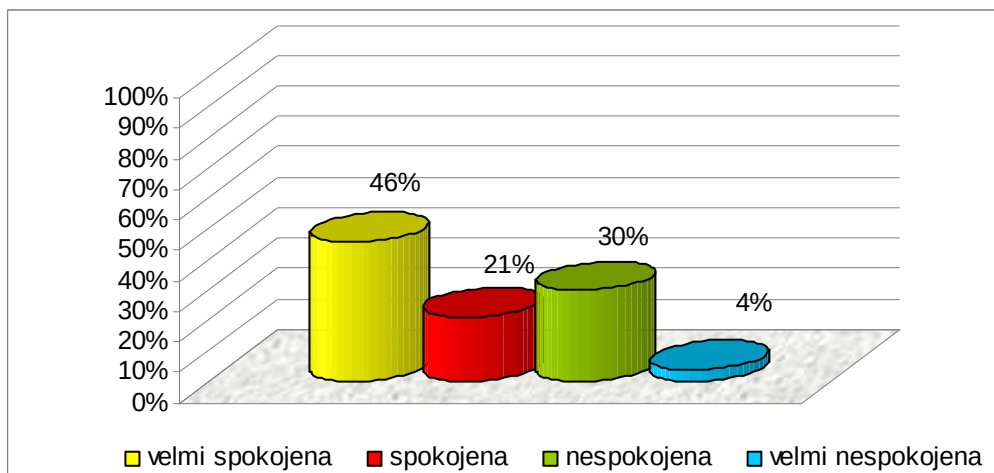
26 žen (41 %) by nácvik uvítalo, 17 (27 %) žen by nácvik neuvítalo a 20 žen (32 %) nevědělo, zda by při možnosti nácviku chtělo nácvik provádět.

Graf 15B Názor na důvod neprovedení nácviku sestrou



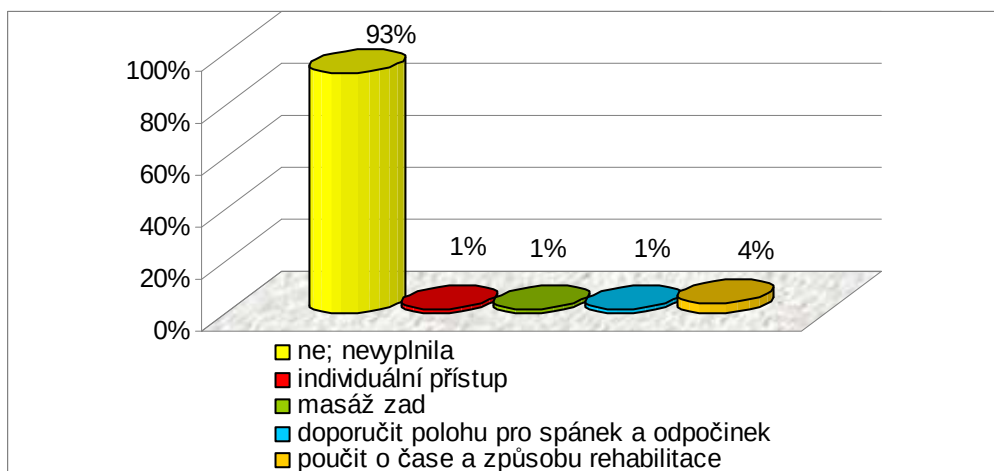
Ze 63 respondentek, které nácvik neprováděly se jich 10 (9 %) domnívá, že nácvik pooperační rehabilitace nebyl proveden z důvodu jejich akutní operace, 21 žen (18 %) uvedlo, že sestry měly mnoho jiné práce, 56 žen (48 %) se domnívá, že ve směně pracuje málo sester, 13 žen (11 %) si myslí, že nácvik nepatří do kompetence sestry a 17 žen (15 %) odpovědělo, že neví důvod nenacvičení pooperační rehabilitace. Respondenty uvedly celkem 117 odpovědí.

Graf 16B Spokojenost s přístupem sester k nácviku



Z celkového počtu 81 respondentek (100 %) vyjádřilo 37 žen (46 %) velkou spokojenost s přístupem sester k nácviku pooperační rehabilitace, 17 žen bylo spokojeno (21 %), 24 žen (30 %) bylo s přístupem sester k nácviku nespokojeno a 3 ženy (4 %) byly velmi nespokojeny.

Graf 17B Potřeba v souvislosti s rehabilitační ošetrovatelskou péčí



76 žen (93 %) nevyplnilo či se nevyjádřilo k existenci něčeho, co by mohlo souviset s rehabilitační péčí poskytované sestrou, 1 žena (1 %) uvedla nutnost individuálního přístupu, 1 žena (1 %) chtěla masáž zad, 1 žena potřebovala doporučit pooperační polohu pro spánek a odpočinek a 3 ženy (4 %) vyjádřily potřebu poučení o čase a způsobu rehabilitace.

5 DISKUSE

Výzkumná práce s názvem „Předoperační rehabilitační příprava poskytovaná sestrou“ byla prováděna pomocí dvou dotazníků. Dotazník A byl určen sestrám pracujícím na oddělení operační gynekologie v nemocnici v Táboře, Českých Budějovicích, Písku, Strakoniciích a Českém Krumlově. Druhý dotazník B byl určený klientkám/pacientkám, které ve výzkumném období absolvovaly v těchto nemocnicích velkou gynekologickou operaci (viz kap. 1.1.1). Výzkumný soubor tvořilo 51 sester a 81 klientek/pacientek.

Dotazník pro sestry byl sestaven z 20 otázek a dotazník pro klientky/pacientky byl sestaven ze 17 otázek. Dotazníky obsahovaly jak otázky vztahující se ke stanoveným hypotézám, tak také otázky obecného charakteru, které s hypotézami nesouvisí, ale jsou podstatné pro identifikaci výzkumného vzorku. V dotazníku pro sestry je to otázka týkající se pohlaví respondentů (graf 1A), ve kterém je znázorněné 100% zastoupení ženské populace. Dále pak otázka týkající se věku respondentek (graf 2A), kdy každá nabídnutá možnost byla využita, přičemž největší zastoupení sester (31 %) je ve věkové kategorii 19-30 a stejný počet ve věkové kategorii 46-55 let. Nejméně je sester ve věku 56 a více let, což jistě souvisí s dřívější možností odchodu do důchodu. Otázka délky odborné praxe znázorňuje, že nejvíce sester (33 %) má délku praxe v rozmezí 21-30 let, 24 % sester má praxi do 5 let a jedna sestra (2 %) má praxi delší než 41 let, což je obdivuhodné. Ostatní sestry si jiné možnosti délky praxe rozdělily v poměrně stejném procentuelním zastoupení (graf 3A). Domnívám se, že různý věk sester na oddělení a různá délka odborné praxe je výhodná, protože starší sestry mohou těm mladším poskytovat cenné rady a zkušenosti a naopak mladší sestry mohou předávat své vědomosti, v tomto případě z rehabilitačního ošetřování, těm starším. Zkušenosti a vědomosti pak mohou společně uplatnit v ošetrovatelské praxi.

Největší počet odpovídajících respondentek 28 (55 %) vystudovalo obor ženská sestra/porodní asistentka (graf 4A), což se dalo předpokládat, protože v současné době má péči na gynekologicko-porodnickém oddělení provádět odborník s předepsaným vzděláním – ženská sestra, diplomovaná porodní asistentka a porodní sestra bakalářka (21). Na druhé straně ani počet sester /23/, které vystudovaly jiný obor, není

zanedbatelný a tvoří 45 %. Je tedy zřejmé, že ženských sester/porodních asistentek je málo a musí být nahrazovány neodborně připravenými sestrami. Tento poznatek ale nikterak neovlivňuje problematiku předoperační rehabilitační přípravy, protože rehabilitační ošetřování je náplní studijních programů.

SZŠ jako nejvyšší dokončené vzdělání (graf 5A) uvedlo 23 sester (45%), vysokoškolsky vzdělaných je 9 respondentek (18 %). Respondentkami vyplňujícími dotazníky byly z 94 % (48 sester) sestry pracující u lůžka (graf 6A). 39 sester (76 %) pracuje v třísměnném provozu (graf 7A), což opět nemá vliv na zkoumanou problematiku.

V dotazníku pro klientky/pacientky jsou identifikační otázky znázorněny v grafech 1 a 2B. Velkou gynekologickou operaci (graf 1B) podstoupilo 46 žen (57 %) žen ve věku 30-49 let a 24 žen (33 %) ve věku 50-69 let. Ve věku 70 a více let bylo 7 žen (9 %) a ve věku 15-29 let byly 4 ženy (5 %). Zde je zřejmé, že operační výkon podstoupily ženy všech věkových kategorií. Je všeobecně známo, že riziko vzniku komplikací stoupá s věkem, ale Skalická (23) ve své knize píše, že věk sám o sobě není jednoznačně spojen s výskytem komplikací, ale že jde spíše o běžnou koincidenci věku se svými fyziologickými aspekty (stárnutím organismu) a s ním souvisejícími přidruženými onemocněními (ICHS, hypertenzní nemoc, CHOPN a DM), s čímž jistě lze jen souhlasit.

Graf 2B znázorňuje nejvyšší dokončené vzdělání operovaných žen. Z odpovídajících respondentek bylo nejvíce středoškolsky vzdělaných (42 %), nejméně bylo vysokoškolsky vzdělaných žen (4 %). Dle mého názoru nezáleží na tom, jaké vzdělání klientka má, ale na roli sestry edukátorky, v tomto případě v oblasti rehabilitační přípravy, na jejím umění vysvětlit a naučit ženy efektivně a správně provádět pooperační rehabilitaci.

Stěžejní otázku pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č.1 ukazuje graf č. 14A . Na otázku, zda-li sestry provádějí v předoperačním období nácvik prvků pooperační rehabilitace, odpovědělo kladně pouze 18 sester (35 %) a 33 sester (65 %) nácvik prvků neprovádí, čímž se hypotéza č.1 potvrdila a cíl č.1 byl splněn. 33 sester (65 %) pak odpovídalo na důvody absence předoperační rehabilitační přípravy v jejich činnosti.

Důvody byly různé a jsou zaznamenány v grafu č. 15A. Sestry měly možnost odpovědět několika nabídnutými možnostmi, celkem odpověděly 60 odpověďmi. Ruku v ruce jde nedostatek času na provádění této činnosti, který uvedlo 21 sester (35 %) a nedostatek ošetřujícího personálu, který uvedlo 28 sester (47 %). Tyto výsledky nejsou překvapující a spíše se daly předpokládat (viz text níže), 9 sester (15 %) uvedlo, že tato činnost nepatří do jejich kompetencí a 2 sestry (3 %) uvedly jako důvod absence předoperační rehabilitační přípravy neznalost rehabilitačních postupů. V tomto případě je povinností fyzioterapeuta školit zdravotnické pracovníky způsobilé poskytovat samostatně ošetrovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetřování, jak uvádí § 22, vyhlášky 424/2004l (18).

Na otázku, zda-li sestry v předoperačním období prováděly nácvik pooperační rehabilitace, jak poukazuje graf 9B, 63 respondentek (78 %) uvedlo, že nácvik prvků rehabilitace neprovádělo a 18 ženám (22 %) prvky rehabilitace předvedeny byly. Na důvody absence odpovídalo 63 žen (78 %) (graf 15B). Byly to ženy, které nácvik neprováděly. Měly opět možnost uvést více odpovědí a celkem odpověděly 117 možnostmi. 10 z nich (9 %) se domnívá, že předoperační rehabilitační přípravu nemělo, protože jejich operace byla akutní, 21 (18 %) si myslí, že sestry měly mnoho jiné práce a 56 žen (48 %) se domnívá, že ve směně bylo málo sester, 13 žen (11 %) se domnívá, že rehabilitační příprava nepatří do kompetence sestry a 17 z nich (15 %) neumělo odůvodnit absenci rehabilitační přípravy. Tento graf znázorňuje vlastní názor klientek a proto především oblast, kdy 56 žen odpovědělo možnostmi nedostatku sester ve směně je velice zajímavá. Vždyť i sestry v grafu 15A uvedly v největším procentu odpovědí právě tento nedostatek sester ve směně. Je to skutečnost, nebo jen jejich subjektivní pocit? Odpověď lze možná nalézt v článku Mikulášové (17), ve kterém řeší problematiku legislativy týkající se stanovení počtu personálu. Legislativa je v současné době obsažena ve vyhlášce MZ ČR č. 493/2005 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů. Zmíněný dokument obsahuje požadavek nepodkročitelného počtu úvazků zdravotnického personálu na stanovený počet lůžek v různých odbornostech a naplnění požadavku je podmínkou pro vznik a trvání smlouvy mezi poskytovatelem péče a zdravotní

pojišťovnou. Je tedy velice pravděpodobné, že na oddělení pracuje takový počet sester, aby zdravotnické zařízení splnilo dané podmínky.

K tomu, aby mohly sestry provádět rehabilitační ošetřování včetně předoperační rehabilitační přípravy, je třeba rehabilitační ošetřování znát, proto jsem do dotazníku pro sestry tuto problematiku zařadila. Vypovídají o tom grafy 8-11A. Graf 8A znázorňuje znalost termínu „rehabilitační ošetřování“. Rehabilitační ošetřování zná 44 sester (86 %). Zajímavý je údaj druhý, v němž 7 sester (14 %) uvedlo, že termín nezná. Je to zjištění velmi překvapující, zvláště pak v době, kdy se rehabilitační ošetřování považuje za součást komplexní ošetrovatelské péče a v rámci ošetrovatelského procesu se provádí na pooperačních odděleních denně. Zde možná hraje roli vzdělání a věk sester, ale tyto proměnné ve vztahu k rehabilitačnímu ošetřování nebyly výzkumem porovnávány. Ze 44 sester (76 %), které rehabilitační ošetřování znají, se největším procentuelním zastoupením s termínem rehabilitační ošetřování poprvé setkala 23 sester (34 %) při studiu na škole a 29 sester (43 %) pak během praxe. Je to pochopitelné, vždyť i já jsem o rehabilitačním ošetřování během studia ve škole slyšela, a co jsem si nezapamatovala, to jsem znovu zjistila během praxe. Pocit dostatečné informovanosti o rehabilitačním ošetřování je vyjádřen v grafu 11A, kde se ze 44 sester (76 %) pouze 10 sester (23 %) domnívá, že má informací dostatek a 26 sester (59 %) se cítí být nedostatečně informováno. 8 sester (18 %) neví, zda má dostatek informací. Graf 10A velice úzce koresponduje s grafem 11A, kde v otevřené otázce mělo 44 sester (76 %), které znaly termín „rehabilitační ošetřování“, vlastními slovy pojem vysvětlit. Překvapivý je počet sester /9/, které nedokázaly pojem vysvětlit, ostatní sestry v odpovědích uvedly v největším procentuelním zastoupení rehabilitační péči o klientku a cvičení před a po operaci, 14 % sester /6/ pojem vysvětlilo jako součást ošetrovatelské péče s prvky rehabilitace. Zajímavá je také odpověď 3 sester (9 %), které si pojem vysvětlují jako lepší pooperační průběh. Z výsledů grafů 8-11A je tedy zřejmé, že znalosti nejsou uspokojující a proto se domnívám, že výsledky těchto grafů by mohly být důvodem pro uspořádání semináře, týkajícího se problematiky rehabilitačního ošetřování.

Základním cílem současného ošetrovatelství je kvalitní ošetrovatelská péče. Kvalitu ošetrovatelské péče určují ošetrovatelské standardy, které zároveň stanovují její měřitelná kritéria. Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality (20). Ošetrovatelské standardy se mimo jiné týkají i pracovních postupů, a proto bylo mou povinností zeptat se v dotazníku sester, zda sestry mají na oddělení k dispozici standardy ošetrovatelské péče zaměřené na předoperační přípravu (graf 12A). 67 % sester uvedlo, že tento standard má na oddělení k dispozici, 24 % sester uvedlo, že standard předoperační přípravy nemá k dispozici a 10 % nevědělo, zda-li je tento standard k dispozici. V grafu 13A jsem se ptala, zda je součástí standardu předoperační přípravy i rehabilitační příprava. Na dotaz odpovídalo 34 sester (67 %), které uvedly, že standard předoperační přípravy mají na oddělení k dispozici. V odpovědích 15 sester uvedlo, že rehabilitační příprava je součástí standardu a 19 sester tuto skutečnost nepotvrdilo. Musím však uvést, že tyto údaje, znázorněné v grafech 12A a 13A, nejsou zcela objektivní. Při vyhodnocování jednotlivých dotazníků jsem zjistila, že se sestry pracující na jednom oddělení jedné nemocnice nedokáží shodnout, zda standard k dispozici mají či nemají a zda je či není jeho součástí rehabilitační příprava. K výsledkům grafu 13A musím uvést příklad, kdy kolektiv autorů (30) velmi pěkně a bohatě vytvořil standard předoperační přípravy a pooperační péče na všech operačních odděleních nemocnice. Ale zmínku o předoperační rehabilitační přípravě zde nenajdeme. Na gynekologickém oddělení je zmíněn nácvik pooperační rehabilitace až 1.den po operaci, což je určitě pozdě. Zeman (33) uvádí, že zahájení rehabilitace v předoperačním období patří k obecným principům předoperační přípravy a dále poukazuje na to, že předoperační trénink se lépe vysvětluje a učí snadněji než bezprostředně po operaci, s čímž se nedá nesouhlasit.

Další otázkou dotazníku byl názor sester, zda provádění předoperační rehabilitační přípravy patří do kompetence sester (graf 17A). Odpovědi ne a nevím uvedlo dohromady 33 sester (65 %), 18 sester (35 %) se domnívá, že sestry jsou kompetentní k provádění předoperační rehabilitační přípravy. Vyhláška 424/2004 Sb., § 4,5 (příloha č.1), kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti jasně uvádí, že rehabilitační ošetrování jsou činnosti, které sestra

i porodní asistentka má v kompetenci a tudíž je má provádět. 33 sester (65 %) se pak na otevřenou otázku, komu tedy kompetentnost v předoperační přípravě náleží, vyjádřilo v grafu 18A. Drtivá většina 28 sester (85 %) se domnívá, že předoperační rehabilitační příprava patří do kompetence fyzioterapeuta, 3 sestry (9 %) si myslí, že by měla nácvik provádět speciálně vyškolená sestra a 2 sestry (6 %) uvedly možnost nevím („asi tedy sestra“). Zde se opět ukazují nedostatečné znalosti v rehabilitačním ošetřování (graf 10A) a ke kompetenci rehabilitační přípravy sestry tudíž považují fyzioterapeuta za většího odborníka, než jsou ony samy.

Názor sester na přínos předoperační rehabilitační přípravy je znázorněn v grafu 19A. Žádná sestra (0 %) neuvedla, že by předoperační rehabilitační příprava neměla mít pro pooperační stav přínos, naopak 42 sester (82 %) se domnívá, že rehabilitační příprava v předoperačním období je přínosem a 9 sester (18 %) nevědělo, zda má příprava přínos. 42 sester (82 %) pak na otevřenou otázku názoru na přínos odpovědělo vlastními slovy, které jsem se snažila roztřídit a znázornit v grafu 20A. Odpověděly celkem 60 možnostmi. 14 sester se domnívá, že předoperační rehabilitační příprava se odrazí v lepší spolupráci klientky, kratší léčbu a lehčí návrat do života uvedlo 15 sester, menší bolestivost a samostatnost uvedlo 11 sester a lepší fyzickou a psychickou kondici udalo 6 sester, prevenci; méně pooperačních komplikací uvedlo 5 sester, odpověď, že předoperační rehabilitace ulehčí práci sestrám udaly 2 sestry, možnost správného a samostatného rehabilitačního cvičení uvedly 3 sestry, 4 sestry možnost vlastního názoru nevyužily. Myslím si, že všechny možnosti uvedené sestrami (kromě možnosti bez názoru) jsou správné. Výsledky grafů 19A a 20A mě příjemně potěšily, protože je patrné, že si sestry uvědomují důležitost rehabilitační přípravy. Na druhou stranu si ale myslím, že důležitost sama nestačí a je třeba prvky ošetrovatelských intervencí v rámci rehabilitační přípravy zapojit, což se neděje, vzhledem k výsledkům výzkumu znázorněných v grafech týkajících se znalostí rehabilitačního ošetřování (8A,10A,11A) a provádění rehabilitační přípravy (14A,15A) včetně názoru na kompetentnost (17A, 18A).

V grafu 16A sestry zařazovaly do předoperační rehabilitační přípravy prvky cviků, které se jim zdály pro pooperační období důležité. Měly možnost odpovědět více

možnostmi a uvedly 151 odpovědí. Nejvíce sester /40/ se domnívá, že pro pooperační období je důležitý nácvik pohybových dovedností a téměř stejný počet sester /39/ zařadilo do přípravy nácvik odkašlávání, 32 sester uvedlo nácvik dýchání a 24 sester cévní gymnastiku, jen 15 sester uvedlo, že důležitým prvkem nácviku je naučit ženu posazovat se na podložní mísu, 1 sestra uvedla v možnosti jiné nácvik uroodynamiky. Všechny uvedené oblasti jsou velice důležité a je jen s podivem, že sestry neuvedly více možností. Cévní gymnastiku považuje za důležitou jen 24 sester, což je podle mého názoru málo, vždyť pooperační tromboembolické komplikace jsou jedny z nejzávažnějších pooperačních komplikací a mohou klientku/pacientku ohrozit na životě. Graf 10B znázorňuje, které cviky sestry s klientkami provedly a pouze 1 z 18 žen uvedla, že jí byly předvedeny prvky cévní gymnastiky.

Plánované operace dovolují pečlivou přípravu klientky z hlediska komplikujících onemocnění, operačního výkonu i volby anestézie (23), u urgentních mnohdy čas na přípravu nezbývá. Výsledky v grafech 4B a 3B znázorňují, že většina žen přichází k hospitalizaci na plánovanou operaci, jeden den před samotným operačním výkonem. Z hlediska času se zdá být časová jednotka jednoho dne velice krátkým obdobím, vezmu-li v úvahu, jaké procedury a vyšetření musí žena po přijetí do nemocnice absolvovat (viz kap.1.2). Pak ani není divu, že na předoperační rehabilitační přípravu ženy nezývá mnoho času (graf 15A). Holčík (6) ve své knize uvádí, že obsahem primární péče jsou základní zdravotnické služby orientované na zdravotní výchovu a rozvoj zdraví, prevenci, diagnostiku, terapii ošetřování a rehabilitaci a já zde spatřuji velkou možnost role sestry edukátorky v primární péči, jak ženy naučit prvky rehabilitace ještě před hospitalizací.

Výsledek z grafu 5B vypovídá o tom, že stejnému procentu žen byla provedena operace břišní (38 %) a stejnému procentu operace laparoskopická (38 %). Menšímu procentu žen pak byla provedena operace poševní a kombinovaným přístupem. Samotný operační přístup se pak odráží ve výsledcích znázorněných v grafech 12Ba a 12Bb (viz níže v textu).

Pozitivní výsledky výzkumu můžeme spatřit v grafu 6B, kdy 68 žen (84 %) uvedlo, že bylo v předoperačním období dostatečně poučeno o pooperačním režimu

a v grafu 8B, kdy srozumitelně popsané pooperační komplikace se zdály být 65 dotazovaným ženám (80 %). Souhlasím se Zemanem (33), který uvádí ve své knize, že žena, která je seznámena s podstatou své choroby, s principy jejího překonání, s podstatou operace a nepříjemností ji provázející, s významem časně a intenzivní rehabilitace, má aktivní přístup a právě aktivní přístup je pak v algoritmu léčebných kroků nenahraditelný. Zde se domnívám, že výsledky z grafu 17A a 18A pak s tímto nekorespondují a sestry by si měly uvědomit své kompetence a použít je ve svých ošetrovatelských intervencích.

Zdroje poučení o pooperačním režimu popisuje graf 7B. Není překvapením, že nejvíce informací poskytli lékař a sestra.

Cílem č.2 bylo zjistit, zda klientky po gynekologické operaci umí používat v pooperační rehabilitaci předem nacvičených prvků a tedy i efektivnosti ošetrovatelských intervencí. Při vyhodnocování dotazníků jsem zjistila, že jsem k danému cíli v dotazníku neuvedla otázku. Ale vyhodnocením odpovědí znázorněných v grafu 11B jsem došla k závěru, že drtivá většina žen, kterým byly předvedeny prvky pooperační rehabilitace, uplatnila v pooperačním období prvky rehabilitace a tudíž je uměly použít. Jen jedna (4 %) z 18 klientek (96 %) nácvik prvků neuplatnila.

V grafu 10B je pak znázorněn výčet odpovědí, týkající se nacvičených výkonů. 18 klientek uvedlo pouze 24 odpovědí, což není překvapující vzhledem k tomu, že 63 sester (78 %) nácvik neprovádí (graf 14A).

Pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č.2 „Důvodem nepoužívání pooperační rehabilitace klientkami je její nenacvičení v době předoperační přípravy“ je důležitý výsledek z grafu 12Ba, který je přímo závislý na grafu 11B. Z 63 klientek (78 %), které nácvik neprováděly (graf 11B) jich na otázku týkající se toho, zda-li bylo pro ně obtížné v pooperačním období provádět rehabilitační cvičení, větší část - 38 žen odpovědělo záporně, jen 18 žen uvedlo, že pro ně bylo v pooperační rehabilitace obtížná a 7 respondentek nedokázalo obtížnost pooperační rehabilitace posoudit. A tento fakt pak hypotézu č.2 nepotvrzuje, ale naopak vyvrací. Toto zjištění je pro mě velice překvapující a vůbec jsem jej nepředpokládala. Proto jsem k tomuto výsledku vytvořila graf č.12Bb, ve kterém jsem rozdělila respondentky podle druhu operace a zjišťovala,

pro jakou skupinu respondentek je pooperační rehabilitace méně obtížná. Z tohoto výsledku je zcela patrné, že pooperační rehabilitace je náročnější pro ženy, které podstoupily břišní laparotomickou operaci než operaci laparoskopickou, vaginální či operaci kombinovaným přístupem. Zde se ukázalo, že břišní laparotomická operace je invazivnějším výkonem (viz kap. 1.1.1) a pro operovanou ženu je pooperační období náročnější, ohrožující ji rizikem vzniku pooperačních komplikací spojených s inaktivitou. Domnívám se tedy, že předoperační rehabilitační příprava má právě zde své opodstatnění.

Výčet nejobtížnějších prvků pooperační rehabilitace (graf 13B) jednoznačně ovládly základní pohybové dovednosti – vstávání z lůžka. V předoperačním období bychom tedy měly největší časový úsek věnovat nácviku základních pohybových dovedností, posléze i těm ostatním. Samotnou možnost nácviku předoperační přípravy by uvítalo 26 klientek (41 %), neuvítalo 17 klientek (27 %). Nerozhodných zůstalo 20 (32 %) (graf 14B).

V dotazníku jsem se také musela zeptat, jak byly klientky spokojeny s přístupem sester v oblasti nácviku pooperační rehabilitace (graf 16B). Odpovědi byly překvapivé a donutily mě zamyslet se nad tím, z jakého důvodu asi klientky označily tu či onu možnost. Velmi spokojeno bylo 37 sester (46 %) a spokojeno 17 (21 %). Tento výsledek vůbec nekoresponduje s tím, kolik klientek bylo seznámeno s prvky pooperační rehabilitace (graf 9B). Domnívám se, že možná klientky špatně pochopily otázku, nebo měly prostě strach uvést jinou možnost, než dobrou či podstoupily v minulosti operaci, se kterou měly možnost přístup sester k nácviku porovnávat, ale tato proměnná nebyla sledována. Pouze 27 žen (34 %) uvedlo, že bylo s přístupem sester k nácviku nespokojeno či velmi nespokojeno.

Poslední dotaz se týkal něčeho, co by po operaci klientky podle zkušenosti potřebovaly z oblasti rehabilitační péče. Ačkoliv to byla otázka otevřená s možností vlastního vyjádření, tak většina klientek 75 (93 %) tuto možnost nevyužila. 3 klientky (4 %) by potřebovaly poučit o čase a délce trvání rehabilitace, 1 (1 %) potřebovala doporučit polohu pro spánek a odpočinek v pooperačním období, 1 (1 %) považuje za důležitý individuální přístup a 1 klientka (1 %) potřebovala masáž zad. Bez ohledu

na minimum připomínek je vidět, že často stačí jen drobnost k uspokojení potřeb nezávisle na náročnosti výkonu.

6 ZÁVĚR

Předoperační rehabilitační příprava je nedílnou součástí přípravy klientky k operaci. Představuje nácvik prvků pooperační rehabilitace za účelem snížení výskytu pooperačních komplikací vznikajících z inaktivity, která pooperační období doprovází.

Bakalářská práce na téma „Předoperační rehabilitační příprava poskytovaná sestrou“ měla výzkumný charakter a měla 2 cíle. Cíl č.1 měl zjistit, zda sestry na odděleních operační gynekologie provádějí u klientek, které podstoupí gynekologickou operaci nácvik prvků pooperační rehabilitace a cíl č.2 zjistit, zda klientky po gynekologické operaci umějí používat v pooperační rehabilitaci předem nacvičených prvků. Oba cíle byly splněny.

K daným cílům byly stanoveny 2 hypotézy. Hypotéza č.1: „Sestry na oddělení operační gynekologie neprovádí s klientkami nácvik prvků pooperační rehabilitace“ se potvrdila, neboť 65 % sester uvedlo, že nácvik neprovádí. Stěžejní pro toto zjištění byla otázka vyjádřená v grafu 14A. Důvody byly různé, přičemž vévodí nedostatek času, ošetřujícího personálu i neznalost kompetence a přesvědčivé nejsou ani znalosti rehabilitačního ošetřování, které jsou pro provádění rehabilitační přípravy důležité. Hypotéza č.2: „Důvodem nepoužívání pooperační rehabilitace klientkami je její nenacvičení v době předoperační přípravy“ se výzkumem nepotvrdila, neboť pro většinu klientek (60 %), které nácvik prvků v pooperačním období neprováděly, nebylo obtížné pooperační rehabilitaci provádět, což je patrné v grafu 12Ba.

Z neuspokojivých výsledů výzkumu vyplývá více doporučení. Možností, jak zkvalitnit předoperační rehabilitační přípravu, by mohlo být zapojení sestry primární péči do role sestry edukátorky v předoperační přípravě. V nemocnici pak pro sestry uspořádat seminář, který umožní zvýšení informovanosti o rehabilitačním ošetřování a rehabilitačních postupech. Dalším doporučením je zaměřit se v předoperační rehabilitační přípravě na klientky, které podstoupí invazivnější gynekologickou operaci, protože právě ony mají více obtíží pooperační rehabilitaci provádět.

Byla bych velice ráda, kdyby tato práce a výsledky výzkumného šetření byly použity v praxi a přispěly ke zlepšení předoperační péče na gynekologických odděleních.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BOUŠKOVÁ, M. *Předoperační ošetrovatelská péče na gynekologicko-porodnickém oddělení*, České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2006. 97 s. Vedoucí práce PhDr. Vlasta Koudelková
2. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vydání, dotisk. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0 (Galén), ISBN 80-246-0318-7 (Karolinum)
3. DOENGES, E. M., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0 (Galén), ISBN 80-246-0318-7 (Karolinum)
4. *Gynekologické operace*. (online) Platný. Dostupné z: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/52_1795.html, [cit. prosinec 8, 2008]
5. HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Základy fyzioterapie*. 1. vydání, dotisk. Jihlava: Nakladatelství H&H Vyšehradská, s.r.o, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5
6. HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2005, 186 s. ISBN 80-7013-417-8
7. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané Kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vydání, České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X

8. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vydání, Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9
9. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8
10. KOBILKOVÁ J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, 2005. 368 s. ISBN 80–7262-315X
11. KOBILKOVÁ, J., ŽIVNÝ, J., BOCHMAN, J. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 283 s. ISBN 80–7169-494–0
12. KOLÁŘÍKOVÁ, A. a kol. *Základy asistencie a ošetrovania*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2003. 254 s. ISBN 80-8063-125-5
13. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ., G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vydání. Martin: Osveta 1995. 756 s. ISBN 80-217-0528-0
14. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovateľské techniky*. 2. přepracované a doplněné vydání. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2
15. MACKŮ, F., ČECH, E. *Gynekologie*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. 171 s. ISBN 80–7333-001–6

16. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II.* aktualizované a doplnené vydání. Praha: Grada Publishing. 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4
17. MIKULÁŠOVÁ, D. *Počty ošetrovateľského personálu očima sestry z praxe.* Florence. Praha:2008, roč. IV., č.3, s.106. ISSN 1801-464X
18. MZ. *Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, část 2. – Činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti, §4,5,22 (online) Platný.* Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/sb139-04.pdf>, [cit. březen 13, 2008]
19. *Operace.* (online) Platný. Dostupné z: <http://gyn.cz/tree.php?up=4>, [cit. prosinec 8, 2008]
20. POCHYLÁ, K. *České ošetrovateľství 1.* Koncepte českého ošetrovateľství. Základní terminologie. 2. přepracované vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8
21. REPKOVÁ, A. a kol. *Gynekologické ošetrovateľstvo.* 1.vydání. Martin: Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7
22. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry.* 1.české vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5

23. SKALICÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření*. 1.vydání. Praha: Grada Publishung, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2
24. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. 1: vydání. Praha: Grada, 2007. 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2
25. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
26. ŠUSTEROVÁ, M. *Standard ošetrovatelské péče č.33. Rehabilitační ošetrování*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice 2003, 20 s.
27. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání, dotisk. Brno: IDVPZ, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
28. VAŇKOVÁ, M. *Předoperační ošetrovatelská péče*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha:2006, roč. 2, č.9, s. 343-345. ISSN 1801-1349
29. VOMELA, J. a kol. *Chirurgie pro sestry 1.část*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 210 s. ISBN 80 -7013-262-0
30. VONKE, I., OTÁSKOVÁ J., KULTOVÁ, A. *Standard ošetrovatelské péče č.32. Předoperační příprava a pooperační péče o nemocné*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice 2003, 143 s.

31. VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 1997, 139 s.
ISBN 80-7184-385-7
32. VYHNÁLEK, F. a kol. *Chirurgie I*. 2. přepracované vydání. Praha: Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9
33. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Gynekologie - Gynaecology

Klientka/pacientka – Client/patient

Nácvik - Practice

Operace - Surgery

Předoperační příprava - Preoperative preparation

Rehabilitační ošetřování - Rehabilitation treatment

Sestra/porodní asistentka - Nurse/midwife

9. PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1 Vyhláška 424/2004 Sb., část 2., § 4,5,22

Příloha 2 Komplikace z imobility

Příloha 3 Dělbá práce mezi sestrou a fyzioterapeutem

Příloha 4 Ukázky nácviku rehabilitačních cvičení

Příloha 5 Dotazník A Pro sestry

Příloha 6 Dotazník B Pro ženy

Příloha 1 Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, část 2. – Činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti (§ 4,5,22)

§ 4 Činnosti všeobecné sestry

Částka 139	Sbírka zákonů č. 424 / 2004	Strana 8099
§ 4 Všeobecná sestra (1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy), b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry, c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta, d) zajišťuje herní aktivity dětí, e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky), f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost, g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy, h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility, i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti, j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály, k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních, l) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů, m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje		
péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta, n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek¹³⁾, (dále jen „léčivé přípravky“) a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu, o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu. (2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměřením, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i). (3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména a) podává léčivé přípravky¹³⁾ s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak, b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odbírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické, d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drenů, e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře, f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanaly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií, g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let. (4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty¹⁵⁾, b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹⁶⁾ a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.		

Zdroj: <http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/sb139-04.pdf>

§ 5 Činnosti porodní asistentky

§ 5

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- a) poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,
- b) provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,
- c) podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikací,
- d) diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- e) sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,
- f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

- g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky,
- h) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků¹³⁾, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
- i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

- a) asistuje při komplikovaném porodu,
- b) asistuje při gynekologických výkonech,
- c) instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

(4) Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i).

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotných a rodících žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

§ 22 Činnosti fyzioterapeuta

§ 22

Fyzioterapeut

(1) Fyzioterapeut vykonává činnosti podle § 3 odst. 2 a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu v souladu s diagnózou lékaře, případně v souladu s doporučeným postupem lékaře, pokud je stanoven, a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace fyzioterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem. Přitom zejména

- a) provádí vyšetření, která jsou nutná pro stanovení dalšího postupu ve fyzioterapii, zejména zjišťování anamnézy, vyšetření postury, pohybového systému, vyšetření jednotlivých tělesných segmentů, vyšetření dechových funkcí, a to zejména pomocí manuálních postupů, měření, specifických testů a přístrojových diagnostických metod,
- b) provádí komplexní kineziologické vyšetření včetně diagnostiky funkčních poruch pohybového systému, diagnostiku bolestivých a spouštěvých bodů, algeziologické vyšetření, škálové hodnocení spasticity a dalších neurologických projevů,
- c) provádí analýzu běžných denních aktivit z hlediska fyzioterapie,
- d) provádí cílené ergonomické vyšetření vzhledem ke stavu pacientů,
- e) na základě fyzioterapeutické diagnózy stanoví individuální fyzioterapeutický krátkodobý a dlouhodobý plán se znalostí patofyziologie onemocnění, vady nebo poruchy,
- f) aplikuje podle aktuálního stavu pacientů fyzioterapeutické a kinezioterapeutické metody, například manuální a přístrojové, provádí interpretaci a korekci funkčních poruch pohybového systému, zejména poruch postury, lokomoce, hybnosti, fyzioterapeutickými a reedukačními metodami,
- g) prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických metod cíleně ovlivňuje funkce dalších systémů, včetně psychických funkcí,
- h) doporučuje kompenzační pomůcky dle stavu pacientů,
- i) aplikuje metody fyzikální terapie a balneologické procedury,
- j) hodnotí výsledný efekt fyzioterapeutické péče.

(2) Fyzioterapeut bez odborného dohledu a bez indikace

- a) provádí prevenci, edukaci a poradenství za účelem udržení nebo obnovení pohybových funkcí,
- b) školí zdravotnické pracovníky způsobilé poskytovat samostatně ošetrovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství, především v prevenci imobilizačního syndromu,
- c) doporučuje ergonomické úpravy bydliště a pracoviště pacientů v rámci prevence poruch pohybového systému,
- d) seznamuje pacienty s možnostmi sociální péče, podílí se na sociální rehabilitaci osob se zdravotním postižením,
- e) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků¹³⁾, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
- f) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(3) Fyzioterapeut bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

- a) provádí specializované diagnostické postupy pro vyšetření pohybového systému včetně přístrojových, například pozitronová elektromyelografie (PEMG), moire, posturografii,
- b) aplikuje fyzioterapeutické postupy u pacientů, kde je reálné riziko selhání životních funkcí.

Zdroj: <http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/sb139-04.pdf>

Příloha 2 Komplikace z imobility

KOMPLIKACE Z IMOBILITY

Tabulka č. 1

	Příčina:		Následky:
respirační systém	nedostatečná ventilace plic, neschopnost vykašlávat	hromadění sekretu	pneumonie, atelektázy
kardiovaskulární systém	nehybnost dolních končetin, nedostatečný žilní návrat	žilní městnání, tromboflebitidy	embolie
zažívací trakt	snížená funkce střev, obtíže s defekací	obstipace	ileus
močový systém	nedostatečný odtok z močových cest, nedokonalé vyprazdňování močového měchýře	záněty, urolithiazy	septický stav
kůže	dlouhodobý tlak, trofické změny	ischemie v místě tlaku, dekubit, infikování	septický stav

SEKUNDÁRNÍ ZMĚNY Z IMOBILITY

Tabulka č. 2

	Příčina:		Následky:
pohybový systém	dlouhodobé flekční uložení končetin	zkrácení svalů, kontraktury	nepříznivé postavení kloubu, deformity, omezená hybnost až ankylozy
	dlouhodobé přetažení svalů, tlak na břiška svalů	rychlý nástup hypotrofie až atrofie	výrazné oslabení svalové síly až afunkce, mnohdy definitivní
	dlouhodobá nehybnost	endokrinní a metabolické změny	osteoporoza, lomivost kostí
psychika	nedostatek podnětů a sociálních kontaktů, strach, úzkost	změny chování (negativismus, regrese, agresivita, rezignace)	změna osobnosti, rozvoj, urychlení aterosklerozy

Zdroj: KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8

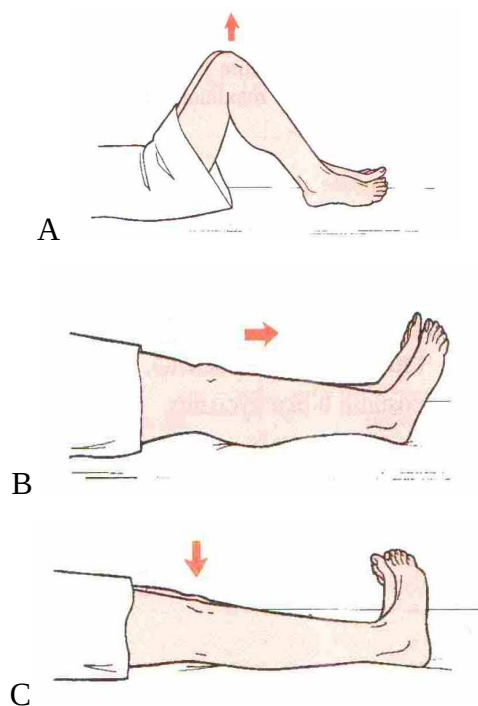
Příloha 3 Dělbá práce mezi sestrou a fyzioterapeutem

Zdravotní sestra	Výkon	Fyzioterapeut - ergoterapeut
změny poloh po 2 hodinách, preventivní polohování při počínajících sekundárních změnách dle pokynů fyzioterapeuta	POLOHOVÁNÍ	korekční polohování, instruktáže sester, určit přesnou polohu, čas a frekvenci během dne, poskytnout speciální pomůcky,
pasivní pohyby plegických částí při manipulaci s pacientem (hygienické úkony, oblékání, polohování)	PASIVNÍ POHYBY	maximální exkurze ve všech kloubech plegických částí, protahování zkrácených struktur
kontrola zadaných úkolů, motivovat k opakování dle instrukce fyzioterapeuta	KONDIČNÍ CVIČENÍ	aktivní cvičení zdravých a pohyblivých částí, zadání úkolů, nácvik mobility a stability dle stanovené zátěže
kontrola zadaných úkolů dle instrukcí fyzioterapeuta, dezinfekce pomůcek, hygiena dýchacích cest, manuální pomoc při vykašlávání, větrání, inhalace, statické dýchání v různých polohách	DECHOVÁ GYMNASTIKA	nácvik dechové gymnastiky, dynamická dechová cvičení, statické dýchání, lokalizované dýchání, speciální metodiky u respiračních chorob, instruktáže sester
vertikalizace na lůžku dle instruktáže fyzioterapeuta a technických možností, zajištění bezpečnosti při nejisté chůzi, dopomoc při přesezení (židle, křeslo, vozík)	LOKOMOCIE VERTIKALIZACE	přechod do stoje, nácvik přesunů, lokomoce na vozíku, nácvik chůze, zadat úkoly, vybavit technickými pomůckami
využívání zachovalých a obnovených funkcí při běžných denních činnostech	OBNOVENÍ POŠKOZENÝCH FUNKCÍ	posilování oslabených svalů, obnovení ztracených funkcí speciálními metodikami, informovat ZS o obnovených funkcích a schopnostech pacienta
vyžadování aktivity a spoluúčasti při všech výkonech, vést k samostatnosti - vytvořit podmínky, využívat kompenzační pomůcky	VÝCHOVA K SOBĚSTAČNOSTI	nácvik soběstačnosti, informovat ZS o nacvičených dovednostech, doporučit kompenzační pomůcky, naučit ZS využívat techniku a triky
spolu s lékařem užívání léků, ošetřování chronických defektů, otázky stravy, vyprazdňování, životosprávy	INFORMACE (ÚSTNÍ) PRO PACIENTY A RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY	denní pohybový režim, domácí rehabilitace, úprava pomůcek, prostředí, produktivní a přiměřená pomoc u trvale postižených, specifické informace a nácviky v poskytování produktivní pomoci

Zdroj: KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8

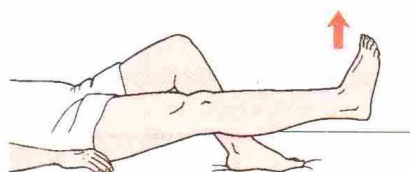
Příloha 4 Ukázky nácviku rehabilitačních cvičení

Obr. 1 Cévní gymnastika - Pokrčování a natahování kolen za současné flexe chodidel



Zdroj: KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovateľstvo* 2. 1. vydání. Martin: Osveta 1995. 756 s. ISBN 80-217-0528-0

Obr. 2 Cévní gymnastika - Střídaté zvedání dolních končetin



Zdroj: KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovateľstvo* 2. 1. vydání. Martin: Osveta 1995. 756 s. ISBN 80-217-0528-0

Obr. 3 Návuk cévní gymnastiky - Plantární a dorzální flexe



Zdroj: VAŇKOVÁ, M. *Předoperační ošetrovatelská péče*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha:2006, roč. 2, č.9, s. 343-345. ISSN 1801-1349

Obr. 4 Návuk dýchání proti odporu



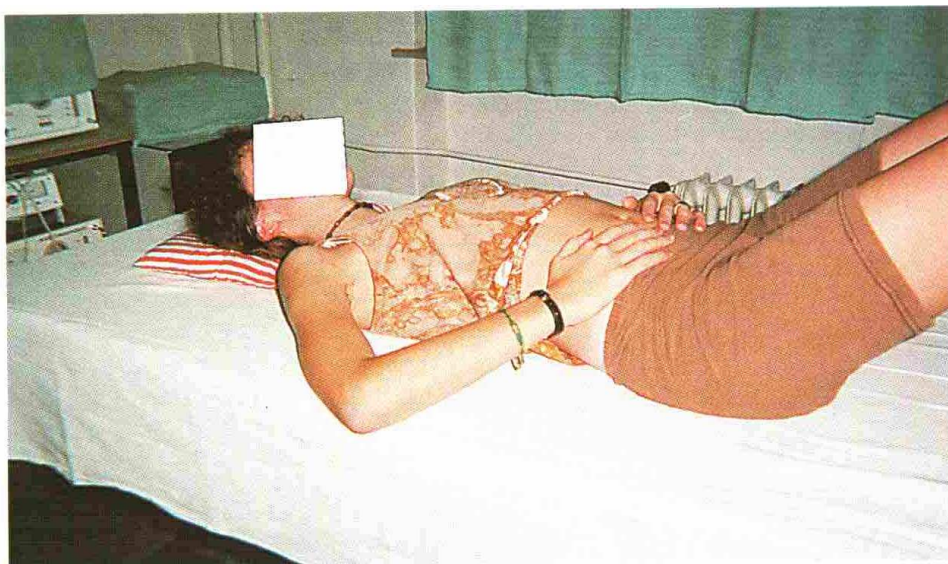
Zdroj: VAŇKOVÁ, M. *Předoperační ošetrovatelská péče*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha:2006, roč. 2, č.9, s. 343-345. ISSN 1801-1349

Obr. 5 Nácvik hlubokého hrudního dýchání



Zdroj: KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovateľstvo* 2. 1. vydání. Martin: Osveta 1995. 756 s. ISBN 80-217-0528-0

Obr. 6 Nácvik cíleného břišního dýchání



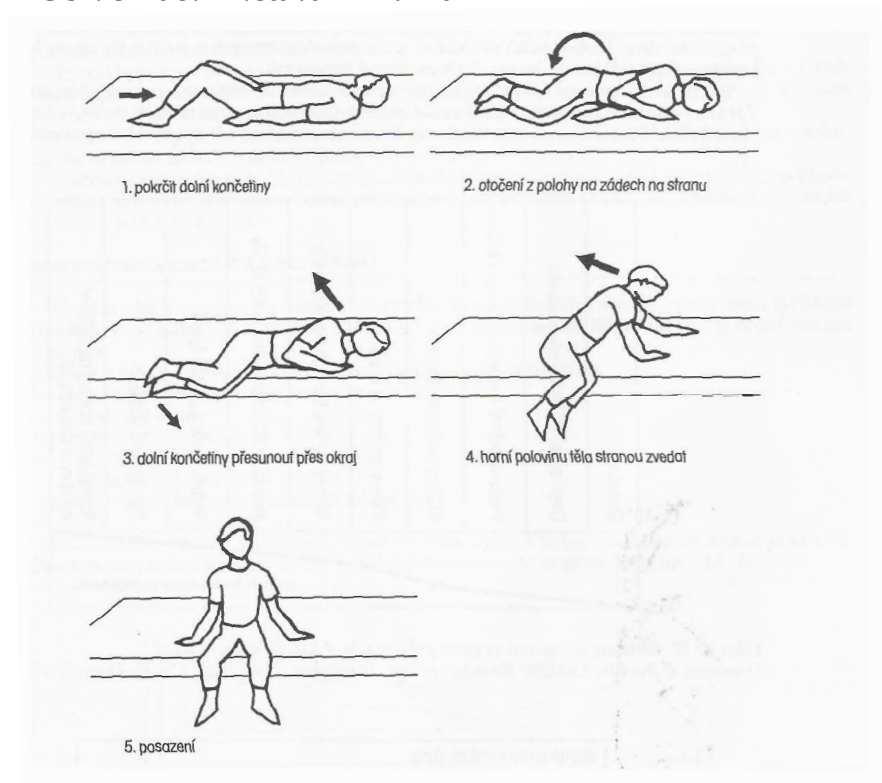
Zdroj: KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8

Obr. 7 NÁCVIK ODKAŠLÁVÁNÍ S PŘIDRŽENÍM OPERAČNÍ JIZVY



Zdroj: KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovateľstvo* 2. 1. vydání. Martin: Osveta 1995. 756 s. ISBN 80-217-0528-0

Obr. 8 Návuk vstávání z lůžka



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání, dotisk. Brno: IDVPZ, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

Příloha 5 Dotazník (A) pro sestry pracující na oddělení operační gynekologie

Dobrý den,

jmenuji se Pavla Soukupová a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Předoperační rehabilitační příprava poskytovaná sestrou“. Všechny údaje v dotazníku jsou důvěrné a budou sloužit pouze ke zpracování mé práce. U otázek prosím zaškněte křížkem jednu možnou odpověď, není-li uvedeno více možností, nebo napište vlastní názor.

Děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- ☐ žena ☐ muž

2. Kolik je Vám let?

- ☐ 19-30 ☐ 31-45 ☐ 46-55 ☐ 56 a více

3. Jaká je délka Vaší praxe?

- ☐ do 5let ☐ 6-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ více než 41 let

4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ SZŠ ☐ VOŠ ☐ PSS ☐ VŠ

5. Jaký je Váš obor?

- ☐ ženská sestra-porodní asistentka ☐ všeobecná sestra ☐ dětská sestra
☐ jiný (napište prosím jaký)

6. V jaké pracovní pozici pracujete?

- ☐ sestra u lůžka ☐ staniční sestra ☐ vrchní sestra

7. V jakém pracujete provozu?

☐ jednosměnný ☐ dvousměnný ☐ třisměnný

8. Znáte termín „rehabilitační ošetřování“ ?

☐ ano ☐ ne

Pokud jste odpověděl(a) **ne**, pokračujte prosím otázkou č.12

9. Kde jste se s tímto termínem poprvé setkala? (můžete zaškrtnout více možností)

☐ při studiu ve škole ☐ během praxe ☐ na odborném semináři ☐ z literatury
☐ jiné (napíšte prosím kde)

10. Co pro Vás pojem rehabilitačního ošetřování znamená?

.....
.....

11. Domníváte se, že máte dostatek informací o rehabilitačním ošetřování?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

12. Máte na Vašem oddělení k dispozici standardy oš. péče zaměřené na předoperační přípravu?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

Pokud jste odpověděl(a) možnostmi **ne nebo nevím**, pokračujte prosím ot.č. 14

13. Je v tomto standardu zahrnuta i předoperační rehabilitační příprava?

☐ ano ☐ ne

14. Provádíte na Vašem oddělení před operací nácvik rehabilitačních prvků důležitých pro pooperační období klientky?

☐ ano ☐ ne

Pokud jste odpověděl(a) **ano**, pokračujte prosím ot.č.16

15. Uveďte prosím důvod, proč neprovádíte v předoperačním období nácvik rehabilitačních prvků pooperačního režimu (můžete zaškrtnout více možností)

- ☐ nedostatek času ☐ nedostatek personálu ☐ nepatří to do náplně mé práce
☐ neznalost rehabilitačních postupů

16. Jaké důležité prvky by jste zařadil(a) do předoperační rehabilitační přípravy? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ nácvik dýchání ☐ nácvik odkšlívání ☐ nácvik pohybových dovedností
☐ nácvik cévní gymnastiky ☐ nácvik posazování na podložní mísu
☐ jiné (napíšte jaké)

.....

17. Myslíte si, že předoperační rehabilitační příprava patří do pracovní náplně sestry?

- ☐ ano ☐ ne ☐ nevím

Pokud jste na otázku odpověděl(a) **ano**, pokračujte prosím otázkou č.19

18. Kdo by měl podle Vás nácvik provádět?

.....

19. Je podle Vás předoperační rehabilitační příprava přínosem pro pooperační stav klientky?

- ☐ ano ☐ ne ☐ nevím

20. Pokud jste odpověděl(a) **ano**, jaký má podle Vás přínos?

.....

Děkuji za spolupráci

Příloha 6 Dotazník (B) pro ženy po velké gynekologické operaci

Dobrý den,

jmenuji se Pavla Soukupová a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Predoperační rehabilitační příprava poskytovaná sestrou“. Všechny údaje v dotazníku jsou důvěrné a budou sloužit pouze ke zpracování mé práce. U otázek prosím zaškněte křížkem jednu možnou odpověď, není-li uvedeno více možností, nebo napište vlastní názor.

Děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku.

1. Do jaké věkové skupiny patříte?

- ☐ 15-29 ☐ 30-49 ☐ 50-69 ☐ 70 a více

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ základní ☐ vyučena ☐ středoškolské ☐ vyšší odborné
☐ vysokoškolské

3. Kolik dní před operací jste byla přijata ?

- ☐ v den operace ☐ 1 den před operací ☐ 2 dny před operací
☐ více

4. Vaše operace byla?

- ☐ plánovaná ☐ akutní - neplánovaná

5. Napište prosím druh operace

- ☐ břišní ☐ poševní ☐ laparoskopická ☐ kombinovaný přístup

6. Domníváte se, že jste byla v předoperačním období dostatečně poučena o pooperačním režimu?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

7. Kdo Vás o pooperačním režimu poučoval? (můžete zaškrtnout více možností)

☐ sestra ☐ lékař ☐ informační leták

☐ jiné (např. známá, spolupacientka...)

.....

8. Byly Vám srozumitelně popsány všechny možné pooperační komplikace?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

9. Byly Vám v předoperačním období předvedeny prvky rehabilitace (cvičení, které jste prováděla v pooperačním období)?

☐ ano ☐ ne

Pokud jste odpověděla **ne**, pokračujte ot.č.12-15,16,17; pokud **ano**, pokračujte ot.č. 10,11 a 16,17

10. Které cviky jste se sestrou nacvičovaly? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

☐ dechová cvičení ☐ základní pohybové dovednosti (obracení na lůžku, zvedání z lůžka..)

☐ posazování na podložní mísu ☐ cévní gymnastiku

☐ jiné (napište prosím co jste nacvičovaly).....

.....

11. Uplatnila jste cviky předoperační rehabilitační přípravy v pooperačním období

☐ ano ☐ ne

12. Bylo pro Vás obtížné provádět v pooperačním období rehabilitační cvičení?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

13. Které rehabilitační cviky v pooperačním období byly pro Vás nejobtížnější?

(můžete zaškrtnout více možností)

- ☐ dechová cvičení ☐ cvičení s dolními končetinami ☐ vstávání z lůžka
☐ posazování na podložní mísu ☐ jiné (napište které)
.....

14. Uvítala by jste v době před operací možnost nácviku cvičení pro pooperační období?

- ☐ ano ☐ ne ☐ nevím

15. Zaškrtněte prosím možnost podle Vašeho názoru, proč s Vámi sestry neprovedly nácvik rehabilitačního cvičení pro pooperační období:

- ☐ má operace byla akutní ☐ měly mnoho jiné práce ☐ ve směně jich bylo málo
☐ není to v náplni jejich práce ☐ nevím

16. V oblasti nácviku pooperační rehabilitace jsem byla s přístupem sester (prosím doplňte):

- ☐ velmi spokojena ☐ spokojena ☐ nespokojena ☐ velmi nespokojena

17. Je po operaci něco, co by jste sama podle Vaší zkušenosti potřebovala z oblasti rehabilitační péče poskytované sestrou?

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

Děkuji za spolupráci