



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Management práce sestry v septické ortopedii

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jana Hrachová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kimmerová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Management práce sestry v septické ortopedii* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 5. 2023

.....

Bc. Jana Hrachová

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Kimmerové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem nemocnicím, které se zapojily do dotazníkového šetření. Respondentům a participantům za jejich ochotu a čas věnovaný mé práci. Ráda bych touto formou poděkovala i panu Mgr. Tomáši Zdražilovi za statistické zpracování dat ke kvantitativnímu výzkumu, paní Mgr. Evě Mínařikové za překlad do anglického jazyku a také knihovně NCO NZO v Brně za vypracování rešerší k této práci. V neposlední řadě děkuji svému partnerovi a rodině za podporu během celého studia i života.

Management práce sestry v septické ortopedii

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje managementu práce sestry v septické ortopedii z pohledu sestry a pacienta jakožto příjemce péče. Vzhledem k tomu, že operativa všeobecně jde velmi rychle dopředu a operuje se v různém terénu, mnohdy i v infikovaném nebo potenciálně infikovaném, může dojít k tomu, že se operační rána infikuje vlivem mikroorganismů zvenčí nebo zevnitř. Proto je nezbytné, aby sestry, které pracují s takovými pacienty, znaly management práce o pacienta s infekční komplikací.

Cílem práce je zmapovat management práce sestry v septické ortopedii. Pro jeho dosažení byly stanoveny 3 hypotézy a 4 výzkumné otázky.

K naplnění cíle byl využit kvantitativní výzkum, který probíhal formou dotazníků pro sestry, které se při své práci setkávají s pacienty se septickou diagnózou či komplikací. Do výzkumu bylo zařazeno 365 dotazníků. Kvalitativní výzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů s 9 participanty, kteří splnili kritéria pro zařazení do výzkumu.

Můžeme říci, že ač s pacienty ze septické ortopedie přicházejí sestry do kontaktu ve všech typech nemocnic napříč celou republikou, nelze říci, že existuje jednotný model v poskytování péče. Pravdou zůstává, že při poskytování péče záleží na vzdělání, délce praxe sester, ale i na typu nemocnice kde je pacient hospitalizovaný. Z kvalitativního výzkumného šetření nám vyplynulo zjištění, že u pacientů největší roli nehraje způsob poskytování péče, ale lidský přístup k nim, komunikace s nimi a čas, který je personál ochotný jim věnovat. Spokojenějším pacientem je ten, kterému se personál věnuje. Závěrem bychom rády řekly, že septická ortopedie z pohledu managementu práce sestry je málo diskutovaná a bylo by vhodné toto změnit.

Klíčová slova

Septická ortopedie; management práce; sestra; pacient; holismus; ošetřovatelství

Nurse Work Management in Septic Orthopedics

Abstract

Abstract The diploma thesis deals with the work management of the nurse in septic orthopaedics from the point of view of the nurse and patient as the recipient of care. Since the operative medicine goes generally very fast ahead and surgeries are performed in different terrain, often in infected or potentially infected areas, the surgical wound can be infected by microorganisms from outside or inside. Therefore, it is essential that nurses working with such patients should know the management of the work on the patient with infectious complications.

The aim of the work is to map the management of the nurse's work in septic orthopaedics. To achieve this, 3 hypotheses and 4 research questions were set. To achieve the aim, quantitative research was used in the form of questionnaires for nurses who encounter patients with septic diagnosis or complications in their work. 365 questionnaires were included in the research. The qualitative research was conducted in the form of semi-structured interviews with 9 participants who met the inclusion criteria.

It can be said that although septic orthopaedic patients come in contact with nurses in all types of hospitals across the republic, it cannot be said that there is a single model in the provision of care. The truth is that the provision of care depends on the education, the length of the nurse's practice, but also on the type of hospital where the patient is hospitalized. A qualitative research survey found that the most important factor for patients is not the way of providing care, but the human approach to them, communication with them and the time that the staff is willing to devote to them. A happier patient is the one to whom the staff is dedicated. In conclusion, we would like to say that septic orthopaedics from the perspective of the nurse work management is under-discussed and it would be advisable to change this.

Keywords

Septic orthopaedics; work management; nurse; patient; holism; nursing

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Ortopedie.....	9
1.1.1 Diagnostika v ortopedii.....	9
1.1.2 Léčba v ortopedii	12
1.1.3 Septická ortopedie.....	12
1.2 Infekce spojené se zdravotní péčí	16
1.2.1 Mikrobiologie	16
1.2.2 Management infekcí spojených se zdravotní péčí	16
1.3 Management práce sestry v septické ortopedii	20
1.3.1 Příjem pacienta	20
1.3.2 Předoperační péče	22
1.3.3 Pooperační péče	24
1.3.4 Pooperační komplikace.....	25
1.3.5 Péče o ránu.....	26
1.3.6 Výživa nemocného	30
1.3.7 Pohybový režim včetně rehabilitace nemocného.....	31
1.3.8 Imobilizační syndrom	32
1.3.9 Péče o vstupy	35
1.3.10 Základní charakteristiky používaných léčiv	39
1.3.11 Propuštění + překlád pacienta.....	40
1.3.12 Úmrtí pacienta.....	41
2 Cíl práce a hypotézy	44
2.1 Cíl práce:	44
2.2 Hypotézy:	44
2.3 Výzkumné otázky:	44
2.4 Operacionalizace pojmů.....	44
3 Metodika.....	46
3.1 Design kvantitativní části výzkumného šetření.....	46
3.2 Statistické zpracování dat.....	47
3.3 Design kvalitativní části výzkumného šetření.....	47
3.4 Charakteristika výzkumných souborů.....	48

3.5	Limitace výzkumů.....	48
4	Výsledky výzkumného šetření a jejich analýza	50
4.1	Výsledky kvantitativního výzkumného šetření.....	50
4.2	Statistické vyhodnocení dat.....	105
4.2.1	Hypotéza 1	105
4.2.2	Hypotéza 2	109
4.2.3	Hypotéza 3	110
4.3	Výsledky kvalitativního výzkumného šetření.....	112
5	Diskuse.....	136
6	Závěr	147
7	Seznam literatury	150
8	Seznam příloh	160
9	Seznam zkratk.....	188
	Seznam grafů	191
	Seznam tabulek	193
	Seznam schémat.....	194
	Seznam cizích slov.....	195

Úvod

„Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky.“

Fjodor Michajlovič Dostojevskij

Pro každého člověka je hospitalizace velmi náročná zkušenost, která by ale díky empatickému chování zdravotníků, měla být pro pacienta zvládnutelná co nejlépe, bez negativních emocí. Prací sestry, potažmo celého zdravotnického týmu je, aby pacientovi kromě špičkové ošetrovatelské a lékařské péče zajistil také péči lidskou. Jenže vzhledem k velmi náročné a namáhavé práci se to mnohdy nedaří, a to je myslíme škoda. Minimálně pro naše pacienty, kteří se svou septickou diagnózou nebo septickou komplikací budou v nemocnici trávit poměrně hodně času, protože léčba takovýchto onemocnění není krátkodobá, ale jedná se o běh na dlouhou trať s velkým množstvím překážek a možných komplikací, které celý proces léčby mohou vrátit opět na začátek.

Proto jsme se rozhodly napsat diplomovou práci, která má za cíl *zmapovat management práce sestry v septické ortopedii*. Tento cíl nám dá přehled o organizaci práce sestry u takovýchto pacientů, ale chtěly jsme znát i názor pacientů a zjistit, jak se cítí a zda by pro zlepšení mohli zdravotníci něco udělat a proto jsme se rozhodly, že do výzkumu zapojím i pacienty, kteří nám řeknou svůj subjektivní názor na poskytovanou péči a zda je něco, co by u zdravotníků ocenili, kdyby dělali jinak nebo za co by je naopak pochválili a přáli by si, aby to tak bylo ve všech nemocnicích. A jedině tak si myslím, že dojde k plnohodnotnému naplnění vize celé mé práce.

Diplomová práce se bude skládat ze dvou částí, teoretické a empirické. V teoretické části se budeme zabývat ortopedií, infekcemi spojenými s poskytováním zdravotní péče a managementem práce sestry v septické ortopedii. Empirická část nám dá přehled o výsledcích kvantitativního výzkumu, který proběhne se sestrami a výsledcích výzkumu kvalitativního, který bude zacílen na pacienty.

1 Současný stav

1.1 Ortopedie

Vzhledem k tomu, že celá tato práce bude pojednávat o ortopedické léčbě, bylo by vhodné uvést alespoň hrubý obraz historie tohoto velmi zajímavého oboru. Ortopedie se skládá ze dvou řeckých slov *orthos* (=nepřítomnost deformity) a *pais* (=dítě). Takového pojmenování dal ortopedii Nicolas André v roce 1741 (Gallo et al., 2011). Nýdrle (2017, s. 128) používá pro definování oboru tento popis: „*Ortopedie se zabývá léčením vad a úrazů pohybového ústrojí.*“ Ortopedie se v průběhu historie vyvíjela stejně jako jiné obory, někdy pomaleji, jindy naopak velmi rychle až skokově. Vezměme si starý Egypt, kde už bylo možno nalézt známky správného postupu léčby zlomenin anebo reliéfy původních nástrojů, které tehdejší lékaři používali k chirurgickým zákrokům. Po dlouhou dobu se rozvíjela pouze chirurgie a o ortopedii nebyla ani zmínka. Jako první průkopník v oblasti ortopedie se v roce 1660 v Holandsku stává počín otevření vůbec prvních lůžek pro léčbu ortopedického charakteru, a to pro léčbu skoliózy. Tento počín byl první a poslední vlaštovkou na následujících skoro sto let. Dalším oddělením podobného typu byla léčebna v Anglii pro onemocnění zvané *ekvinovarus* a *skolióza*. Nyní již docházelo k rozmachu na poli léčby ortopedických onemocnění, a proto se otvírají další oddělení a nemocnice pro léčbu ortopedických pacientů po celé Evropě (Dungl et al., 2014). V roce 1900 došlo k rozdělení chirurgie na dva samostatné obory – chirurgii a ortopedii. Prvními ortopedy byli chirurgové, kteří změnili svůj obor zájmu. Stejně tak dochází okolo tohoto roku k velkému rozvoji ortopedie a dalších chirurgických oborů, v důsledku zavedení *asepse*, anestezie a RTG záření (Dungl et al., 2014). Za rozvoj naší ortopedie vděčíme profesoru Zahradníčkovi a profesoru Frejkovi, kteří se inspirovali ve Francii, a ta se zase inspirovala vzorem z Ameriky. A také spoustě dalším úspěšným lékařům (Čech, 2009).

1.1.1 Diagnostika v ortopedii

K tomu, abychom mohli stanovit správnou diagnózu, potřebujeme provést důkladné vyšetření pacienta (Dungl et al., 2014). Anamnéza je úplně prvním krokem při vyšetřování pacienta. Pokud se anamnéza odebere důkladně, je pro lékaře cenným zdrojem informací, ze kterých může čerpat i během dalších vyšetření (Slaninka a Šmajkal, 2015). První, co nás zajímá, je anamnéza osobní (Rozkydal a Chaloupka, 2012). Další údaj, o kterém bychom měli vědět, jsou sklony

k trombózám, plicním emboliím, popřípadě jiným poruchám krevní srážlivosti (Dunzl et al., 2014), ale i předešlé operace a infekční onemocnění (Libová et al., 2019). Pokud máme pacientku ženu, vždy zjišťujeme její gynekologickou anamnézu (Rozkydal a Chaloupka, 2012). Dále sem patří i anamnéza farmakologická (Slezáková et al., 2019). Dále zjišťujeme alergickou anamnézu, ve zdravotnictví nás zajímají zejména alergie na antibiotika, dezinfekční roztoky, náplasti, léky, kontrastní látky, ale i na kovy. Další částí je rodinná anamnéza. Přes tu se plynule přesuneme k anamnéze sociální. Tady míříme přímé dotazy na rodinný stav a bydlení (Douša et al., 2021). V případě, že se o pacienta nemá kdo postarat, je dobré o tom vědět včas, abychom mohli nabídnout nějakou formu ústavní péče nebo nějakou podobnou službu (Rozkydal a Chaloupka, 2012). Dále se budeme zajímat i o pracovní zařazení pacienta, tedy pracovní anamnézu (Páral et al., 2020). K pracovní anamnéze můžeme přiřadit ještě dotaz na trávení volného času (Dunzl et al., 2014). Můžeme se setkat i osobami s tělesným postižením, potom nás zajímá, jestli potřebují nějakou asistenci (Rozkydal a Chaloupka, 2012). Podstatnou součástí anamnézy každého pacienta je epidemiologická anamnéza, kdy zjišťujeme možnost kontaktu s infekčními nemocemi (Rozkydal a Chaloupka, 2012). Nyní nastává chvíle pro konkrétní popis problému, nynějšího onemocnění, se kterým pacient přichází k lékaři (Páral et al., 2020). Objektivně bychom měli posoudit, zda pacient popisuje svůj problém přiměřeně, příznaky onemocnění potlačuje nebo naopak zveličuje (Rozkydal a Chaloupka, 2012). Od anamnézy se přesuneme ke klinickému vyšetření, kdy je důležité postupovat od celkového vyšetření k vyšetření místnímu (Gallo et al., 2011). Základem klinického vyšetření je žádost, aby se pacient svlékl pouze do spodního prádla (Dunzl et al., 2014), pouze takto je možné správně vyšetřit všechny potřebné atributy v ortopedii (Gallo et al., 2011). Vyšetření začínáme pohledem (Slezáková et al., 2019), na které navazuje vyšetření pohmatem (Dunzl et al., 2014). Dále můžeme využít zbylých vyšetření z 5P (pohled, pohmat, poslech, poklep a per rectum) (Slezáková et al., 2019), které ale nemají takovou výpovědní hodnotu. Jako další diagnostický prvek můžeme použít i měření délky a obvodu končetiny (Rozkydal a Chaloupka, 2012). Měření neprovádíme pouze na postižené straně, ale i na straně zdravé, abychom mohli posoudit rozdíl (Dunzl et al., 2014). Další metodou, jak prověřit míru poškození kloubu je pomocí funkčního vyšetření, kdy se jedná o vyšetření, při kterém zjišťuje rozsah v kloubu, jak aktivní, tak i pasivní. Dále nás zajímá ztuhlost, stabilita kloubu a posouzení svalové síly

(Rozkydal a Chaloupka, 2012). Jako poslední může k upřesnění diagnózy pomoci i použití speciálních testů. Tyto testy se snaží navodit stejný pohyb, který nemocnému vyvolává bolest nebo nějaký jiný diskomfort (Gallo et al., 2011). U ortopedických pacientů se nabírají standardní laboratorní testy, což znamená hematologické, hemokoagulační a biochemické vyšetření krve (Douša et al., 2021). Dále se často nabírá revmatoidní panel, hladina kyseliny močové (Dungl et al., 2014), tumorové markery (Rozkydal a Chaloupka, 2012) a kostní metabolismus (Dungl et al., 2014). Dále se provádí vyšetření moče, kde nás zajímají hlavně výsledky kultivace a močového sedimentu, a to hlavně v předoperačním období (Douša et al., 2021). Zbývá nám hodnocení kloubního punktátu, které provádí rovnou tři laboratoře – biochemická, mikrobiologická a cytologická. Jeho správná interpretace je závislá na správném odběru, který se provádí za sterilních podmínek. Jeho výsledek můžeme odhadnout podle zbarvení punktátu, což je také důležité zapsat do dokumentace (Gallo et al., 2011).

Nyní se budeme věnovat zobrazovacím metodám, které mají svou nezastupitelnou úlohu v ortopedické diagnostice. První je RTG, který je nejlepší volbou v případě, že potřebujeme zobrazit kosti a klouby (Páral et al., 2020) nebo kloubní štěrbinu za pomoci kontrastní látky (Gallo et al., 2011). RTG snímky hojně nahrazuje CT (Dungl et al., 2014). Při využití CT potřebujeme zobrazit detailněji kostní tkáň a kloubní prostory. Pokud se rozhodneme pacienta objednat k CT vyšetření, měli bychom si zjistit, zda nemá nějaký kovový implantát v okolí snímkové plochy, protože to by mohlo vést k tomu, že nám znefunkční celý snímek (Gallo et al., 2011). CT vyšetření je vhodné provést před implantací kloubní náhrady (Rozkydal a Chaloupka, 2012). Magnetickou rezonanci (MR) používáme tehdy, pokud potřebujeme zhodnotit kosti, ale i měkké tkáně a poměry mezi nimi. Lze ji využít i u poruch prokrvení kostí či zánětů. Nevýhodou MR je přítomnost cizího kovového předmětu kdekoli v těle (Gallo et al., 2011). Kloubní náhrady a kovové stenty do MR můžou po konzultaci s provádějícím pracovištěm. Stejně tak je to i s kardiostimulátory, vždy je nutná konzultace s provádějícím pracovištěm (Vančura a Rokyta, 2019). Další metodou, kterou můžeme v ortopedii použít, je ultrazvukové vyšetření (Repko et al., 2012), pro zobrazení svalů a šlach a volné tekutiny nebo zánětu v kloubech (Páral et al., 2020). Další je radionuklidové vyšetření (Gallo et al., 2011), tento typ vyšetření se v ortopedii moc nevyužívá, ale své místo má při podezření na kostní nádory nebo metastázy,

zánětlivé onemocnění v oblasti kostí a kloubů (Repko et al., 2012). Jako další vyšetření můžeme zařadit angiografii, flebografii, artrografii nebo perimyelografii (Dungl et al., 2014).

1.1.2 Léčba v ortopedii

Ortopedie jako součást operačních oborů, se zabývá léčbou operační, ale nutno podotknout, že jako základní pilíř léčby používá metodu konzervativní. Operuje pouze v případě, že konzervativní terapie je neúčinná nebo nemá pro pacienta požadovaný výsledek (Repko et al., 2012). V oblasti konzervativní léčby se uplatňují fyzikální metody, jako je aplikace chladu, magnetoterapie, fototerapie, elektroterapie, aplikace ultrazvuku a vodoléčby (Dungl et al., 2014). Dále se využívá fixace pomocí dlah, sádrových obvazů a ortéz. A nesmíme opomenout v dnešní době je stále populárnější využití tejpů, jako podpůrné léčby. Samozřejmě do konzervativní terapie zařazujeme i léčbu pomocí aplikace opichů nebo užívání léků, které zmírňují bolest, potlačují zánět, chondroprotektiva, nesteroidní antirevmatika, dále to mohou být antibiotika či chemoterapeutika (Repko et al., 2012). Ale využívá se i léčba správným pohybem a fyzioterapie. Do konzervativní léčby můžeme zavzít i využití ergoterapie a protetiky (Dungl et al., 2014). Operační léčba obvykle navazuje na léčbu konzervativní. Podle Galla et al. (2011) můžeme rozdělit výkony, které provádíme v rámci operační léčby, na výkony mimo kloub, na kloubu a výkony, které postižený kloub odstraňují. Pokud ale nebudeme dělit výkony podle Galla et al. (2011), ale rozdělíme si je jinak, jako je například rozděluje Repko et al. (2012) ve své publikaci, budeme se bavit o výkonech endoprotetických, artroskopických či miniinvazivních, dále ještě o výkonech onkoortopedických či revmatochirurgických.

1.1.3 Septická ortopedie

Pod pojem septická ortopedie můžeme zařadit veškerá infekční onemocnění kostí a kloubů a jiná zánětlivá onemocnění související s ortopedickou problematikou, které se u pacienta mohou vyskytnout (Janiček et al., 2012). Pro lepší pochopení celé této skupiny onemocnění si postupně charakterizujeme jednotlivé diagnózy, které sem patří. Mezi velmi časté problémy, které se v ortopedii mohou vyskytnout, jsou záněty kostí a kostní dřene, odborně nazývané *osteomyelitidy* (Janiček et al., 2012). Osteomyelitidy můžeme rozdělit na akutní a chronické (Dungl et al., 2014). Oliphant (2015) přidává časové dělení, pro akutní osteomyelitidy do dvou týdnů a za chronické považuje

osteomyelitidy po uplynutí šesti týdnů od diagnostiky a jejich relaps. Léčba spočívá v podávání vysokých dávek antibiotik v řádu několika týdnů až měsíců intravenózní formou nebo formou lokální aplikace pomocí laváží. Pokud nastavená léčba nereaguje, je nutné zdroj chirurgicky ošetřit, v případě recidiv, může dojít i k amputaci. Z režimových opatření přichází na řadu klid na lůžku, léčba souvisejících projevů, kterými může být septická horečka, nechutenství, ztráta tekutin v důsledku pocení, bolesti a stabilizace postižené končetiny (Janíček et al., 2012). Dále můžeme mezi infekční onemocnění zařadit *artritidu*, kdy se jedná o zánět kloubu. Základ léčby je na imobilizaci kloubu, podávání nesteroidních antirevmatik, pokud nám laboratorní a zobrazovací metody neukáží přímo na zánět kloubu, provedeme punkci a následně i drenáž s laváží kloubu (Dungl et al., 2014) a antibiotickou terapií až několik měsíců (Janíček et al., 2012). Dále se provádí imobilizace kloubu a jeho chirurgické ošetření (Závitkovský a Včelák, 2014). Komplikací proběhlé artritidy může být poničení kloubní chrupavky, které do budoucna povede nejspíše k náhradě kloubu, kloubem umělým (Janíček et al., 2012). Dalším zánětlivým onemocněním, které může postihovat ortopedické nemocné je *kostní a kloubní tuberkulóza*. Nejčastější oblastí, kde se TBC vyskytuje je spongiózní kost, kloubní výstelka nebo šlachy (Dungl et al., 2014). Léčba spočívá v léčbě základního onemocnění, kterým je v tomto případě TBC. Dále se jedná o znehybnění postižené kosti či kloubu, klid na lůžku (Janíček et al., 2012). V případě, že došlo k nevratnému poškození kloubu, nastupuje na řadu artrodéza nebo totální náhrada postiženého kloubu (Dungl et al., 2014). Podstatnou část pacientů v péči septické ortopedie tvoří *pacienti po náhradách kloubů* (Vavřík, 2019), které se nějakým způsobem kolonizovaly mikroorganismy a způsobily komplikované hojení a přihojení implantátu k fyziologické kosti pacienta (Gallo, 2012). A opravdu se tak stane asi ve dvou procentech (Dungl et al., 2014). Jak sám Gallo (2012) uvádí, nejedná se pouze o zátěž pro pacienta, ale i pro nemocnici, respektive pro zdravotní pojišťovny, které musejí vynaložit značnou finanční částku na léčbu takovýchto komplikací. Gallo (2012, s. 118) tvrdí, že: „*Na vzniku infekce kloubní náhrady se tedy obecně podílí bakterie, implantát a hostitel.*“ Adámková et al. (2016, s. 149) uvádí, že při infekci kloubní náhrady dochází k: „*Růstu a množení bakterií na povrchu implantátu nebo v jeho okolí, přičemž dochází k poškozování tkání hostitele.*“ Příčinu těchto stavů můžeme podle Vavříka (2019) hledat hlavně ve dvou až třech příčinách, tou první je zavlečení infekce do kloubu během operace, druhou můžeme hledat v průběhu hojení rány a poslední možnou cestou je hematogenní přenos. Dungl et al. (2014) ale uvádí

možné řešení, které by mohlo přispět k eliminaci zavlečení infekce do kloubu během operačního výkonu. A tím podle něj jsou: „*Operování na superseptických sálech s horizontálním laminárním prouděním sterilního vzduchu, operování ve skafandrech s odvodem vydechovaného vzduchu, antibiotická profylaxe a režimová opatření upravující provoz na operačních sálech.*“ (2014, s. 791). Na co ale upozorňuje Gallo (2012), je vznik biofilmu na kloubu, který je pro léčbu infekčních komplikací po náhradách kloubů, celkem příznačný, ale zároveň velmi nežádoucí, protože je velmi odolný k léčbě antibiotiky i dezinfekčními přípravky. V souvislosti s tím Vavřík (2019) upozorňuje na možnost vzniku septického šoku a s tím spojené ohrožení života nemocného. Gallo říká, že: „*Infekci kloubních náhrad můžeme definovat jako replikaci bakterií na povrchu implantátu nebo v jeho okolí, která vede k poškození tkáně hostitele infekční zánětlivou reakcí a k odloučení endoprotézy.*“ (Dungl et al., 2012, s. 127). Propuknutí infekce můžeme rozdělit do dvou skupin, a to na komplikace časně a pozdní, přičemž u časných je doba od operace krátká, řády týdnů až měsíců. U pozdních komplikací se doba prodlužuje klidně i na roky (Jahoda et al., 2008). Léčba infekčních komplikací kloubních náhrad spočívá v podávání vysokých dávek antibiotik v dlouhém časovém intervalu a samozřejmě i v odstranění náhrady jako takové nebo její části (Gallo, 2012). Jahoda et al. (2008) ve své publikaci hovoří i o možnosti samostatné léčby pouze za užití antibiotické terapie, což ale úplně nedoporučuje nebo jen v případě, že je pacient neschopný operačního výkonu. Podle výzkumu Uçkay (2009) je ale nutné dbát na to, aby při používání ATB lékaři jejich užití konzultovali se specialisty pro antibiotickou terapii, kteří mohou snížit užívání ATB a doporučit pouze ty, která jsou pro daného pacienta vhodná. Další možností léčby je zavedení laváže, ale zároveň upozorňuje i na její limitaci. Pokud se operatér rozhodne pro operační řešení infektu, může provést pouze debridement s následnou antibiotickou léčbou nebo jednodobou reimplantaci, která spočívá v tom, že se během jedné operace vyjme poškozená kloubní náhrada a zároveň se aplikuje náhrada nová. Anebo můžeme použít dvoudobou reimplantaci náhrady kloubu, která spočívá minimálně ve dvou operacích, kdy je pacient v mezidobí kryt antibiotickou terapií. Literatura uvádí minimální dobu mezi operacemi kolem šesti týdnů. Do prostoru po odstraněné náhradě se může aplikovat spacer. Jako málo využívaná je třídobá reimplantace u pacientů, u kterých se nepodaří provést z jakéhokoliv důvodu reimplantace dvoudobá. Tato léčba je spojena s antibiotickou terapií až půl roku a operací odloženou až na jeden rok od začátku léčby (Jahoda et al., 2008). U většiny ortopedických operací se doporučuje využít

antibiotickou profylaxi jako prevenci infekce kloubů a kostí. Jako krajní řešení lze uvést resekční aloplastiku (Dungl et al., 2014), kdy se postižená končetina se nechá zhojit pakloubem, který ale v budoucnosti bude pacienta nějakým způsobem limitovat v pohybu. Dále arthrodezu kloubu nebo amputaci postižené končetiny (Jahoda et al., 2008). Podtlakovou terapii (NPWT) uvádí ve své publikaci Šimek et al. (2013) jako další a novější metodu léčby infikované rány po infekční komplikaci endoprotézy nebo výše zmiňované osteomyelitidy. Brabcová (2021, s. 35) o podtlakové terapii říká, že je to: „*Mechanická léčebná metoda, která k podpoře a urychlení hojení rány používá subatmosférický tlak.*“ A uvádí i jinou zkratku, pod kterou je možné se s podtlakovou terapií setkat a to: TNP (topical negative pressure). Stryja et al. (2016) doplňuje další užívané zkratky pro podtlakovou terapii ran, a těmi jsou: NPT (Negative Pressure Therapy), VST (Vacuum Sealing Technique) a technologie T.A.R.C (terapeutické, regulované a přesné péče). V mnohých zdrojích se setkáme i s označením V.A.C. (Vacuum Assisted Clonpwtsure), ale jedná se o firemní značku jednoho vyráběného přístroje, který je určen k NPWT. Největší výhodou odborníci spatřují v možnosti trvalého odvodu sekretu z rány, bez nutnosti častého převazování a tím pádem vzniká uzavřené prostředí bez možnosti kolonizace mikroorganismy z okolí, dále zkrácení celkové léčby defektu z důvodu urychlené tvorby granulací tkáně (Pokorná, 2012), Brabcová (2021) doplňuje, že se při použití NPWT snižuje i množství podaných antibiotik u pacienta a pro nemocnice se jedná taktéž o výhodnou metodu léčby, protože celkově dojde ke snížení nákladů na léčbu takového pacienta. NPWT využívá dvou režimů: stálý a přerušovaný. Podle studií je nejvhodnějším podtlakem 125mmHg (Pokorná, 2012). Stejnou hodnotu podtlaku uvádí i Smola (2013), který ještě hovoří o ideálním rozmezí od 75 mmHg do 120 mmHg. Brabcová (2021) udává jako vhodnou a terapeuticky účinnou hodnotu podtlaku v rozmezí 90 – 120 mmHg. Další možností rozšířené této terapie je doplnění podtlaku o proplach, který nám prodlouží dobu mezi jednotlivými převazy a zároveň umožňuje snadnější očistu rány od mikrobiálního osídlení (Stryja, 2013). Na co si ale musíme při užití NPWT jsou stavy, při kterých se podtlaková terapie nesmí použít nebo je její užití na zvážení ošetřujícího lékaře. V zásadě se jedná o stavy, kdy v ráně probíhá maligní proces nebo se jedná o suchou gangrénu. Situace, kdy je nutné pečlivé zvážení přiložení NPWT, jsou následující: píštěle, odhalené cévy a orgány, poruchy koagulace, tkáně poničené radioterapií, ale můžeme sem zařadit i nespolečnosti ze strany pacienta (Stryja et al., 2016).

1.2 Infekce spojené se zdravotní péčí

1.2.1 Mikrobiologie

Jedná se o lékařský obor, který se zabývá bakteriemi, viry, plísněmi a parazity. Na této struktuře oboru se shoduje ve své publikaci Drnková (2019) a Schindler (2014), který ji ještě obohatil o skupinu hub a prvoků. Podstatou mikrobiologie není jen stanovení a ozřejmění původce onemocnění, ale také výzkum vzájemného působení spolu s látkami, které jejich růst a množení potlačují (Schindler, 2014). Celkově můžeme mikroorganismy rozdělit do dvou velkých skupin, podle toho, jak moc je pro jejich život a množení důležitý nebo naopak nedůležitý kyslík. A to na aerobní a anaerobní a tyto dvě skupiny můžeme ještě obohatit o fakultativně anaerobní a mikroaerofilní. Jako další dělení používá Drnková (2019) ve své publikaci dělení podle teploty prostředí, ve které se mikroorganismům daří. Velmi odolným mikroorganismem je spora, což je mikroorganismus, který se díky nepříznivým podmínkám opouzdřil a částečně proměnil a stal se tak odolnější vůči vnějším vlivům a může takto přežívat i dlouhé roky. Pro všeobecné sestry, je nejpodstatnější klinická mikrobiologie a epidemiologie. Přičemž klinická mikrobiologie nám poskytuje popis mikroorganismů. A epidemiologie zkoumá způsoby šíření infekčních agens a tím pádem nám pomůže nastavit různá bariérová opatření, pokud je to potřeba (Schindler, 2014). Pro to, abychom mohli určit, o jaký mikroorganismus se jedná, je nutné provést laboratorní diagnostiku odebraného vzorku, kterým může být krev, punktát, stěr z rány apod. (Drnková, 2019). Poté, co víme, s jakým mikroorganismem pracujeme, můžeme nasadit správnou léčbu. Přičemž jejich citlivost musíme předem otestovat (Drnková, 2019). U člověka asi nejčastěji vykultivujeme *S. epidermidis*, *S. aureus* a *S. pyogenes* (Schindler, 2014) a Drnková (2019) ve své publikaci uvádí, že *S. epidermidis* a *S. aureus*, bývají často v hojné míře fyziologicky na kůži člověka, proto se může stát, že je nalezneme i v kultivaci v případě špatné techniky odběru.

1.2.2 Management infekcí spojených se zdravotní péčí

Pokud chceme infekci označit opravdu jako nozokomiální (=nemocniční) podle původního a stále zažitého označení, nebo budeme-li používat zkratku HAI (=nákaza související s poskytováním zdravotní péče), což je překlad z anglického názvu Hospital Acquired Infections (Rozsypal, 2015), nebo ještě přesnější označení HCAI (=Healthcare associated infection), musíme splnit několik kritérií (Šrámová et al., 2013).

„Nozokomiální infekce je přenosné onemocnění vnitřního nebo vnějšího původu, které vzniklo v příčinné souvislosti s pobytem osob ve zdravotnickém zařízení.“ (Sedlářová, 2011, s. 50). Jako první a nejdůležitější je, že muselo dojít se kontaktu pacienta s poskytovatelem zdravotní péče. U hospitalizovaných pacientů musí splnit podmínku, že od jejich přijetí k léčbě uplynulo alespoň čtyřicet osm hodin (Drnková, 2019), Rozsypal (2015) tento časový úsek rozšiřuje na sedmdesát dva hodin. U pacientů, kteří již byli propuštěni do domácí péče, musí být taktéž splněna podmínka čtyřiceti osmi hodin od propuštění (Šrámová et al., 2013), pokud dojde k infekci v místě chirurgického výkonu, může tuto dobu prodloužit až na jeden měsíc (Rozsypal, 2015). Komplikace spojené s HAI pro pacienty znamená: delší pobyt v nemocnici (Rozsypal, 2015), v horším případě i vyšší úmrtnost (Drnková, 2019), dále i zhoršení celkového stavu buď na přechodnou dobu, nebo doživotně (Jindrák et al., 2014). Pokud budeme HAI zkoumat z hlediska nákladovosti pro poskytovatele zdravotní péče, bude to znamenat zvýšené náklady na péči o takovéto pacienty (Drnková, 2019) a jejich výskyt lze považovat za jistý ukazatel prestiže (Rozsypal, 2015) a kvality poskytované péče (Kozáková, 2019). V případě pacientů se septickou ortopedickou diagnózou je výskyt HAI méně častý, ale několikanásobně horší. A to proto, že se jedná o pacienta, který má za sebou již prodělanou léčbu několika různými druhy ATB, a tak se může stát, že k nim bude více rezistentní než jiní pacienti. A hlavně jsou u nich daleko častěji pozorovány recidivy (Uçkay et al, 2013).

Jako všechno, tak i HAI se dají různě kategorizovat a rozdělit. Vzhledem k tomu, že patogeny budou zkoumat v mikrobiologické laboratoři, tak rozdělení máme jasné na bakterie, viry, plísňe a parazity (Drnková, 2019). Dále budeme zkoumat, jestli je to mikroorganismus, který je specifický pro dané prostředí, ve kterém se pacient nachází, v tom případě jej označíme jako exogenní (Lidická, 2018). Nebo se jedná o mikroorganismus, který se běžně vyskytuje v mikroflóře člověka, ale v tuto danou chvíli jsme ho kultivovali jinde, než by se měl fyziologicky nacházet. A to hovoříme o nákaze endogenního původu (Kapounová, 2020). Dále HAI můžeme dělit na specifická a nespecifická infekce. U specifické infekce musíme dodržet pravidlo, že k muselo dojít nějakým zákrokem nebo výkonem, který není běžným životě reálný. Oproti tomu nespecifická infekce je taková, která se vyskytuje i mimo nemocniční zařízení a nesouvisí s žádným výkonem, který byl pacientovi proveden. A v posledním dělení nám pomůže anatomie, protože bude infekce popisovat podle jednotlivých

orgánových systémů. Kapounová (2020) ještě hovoří o kolonizaci, což znamená, že pacient vyjde laboratorně pozitivní, ale nebude mít žádné příznaky onemocnění. Vstupními místy mikroorganismů do těla pacienta patrně najdeme souvislost s operačním výkonem, zavedeným katétrem (Drnková, 2019), popřípadě připojením pacienta k nějakému přístroji nebo aplikace cizího materiálu do těla (Rozsypal, 2015). Co nám ale určitě zvýší pravděpodobnost vzniku jakékoliv infekce, je oslabení pacienta ve smyslu poruchy imunity nebo zhoršení svého původního onemocnění (Drnková, 2019), ale nezapomínejme ani na věk, kde platí, že jsou rizikovější malé děti a starší jedinci (Šrámová et al., 2013). Vnímavost pacienta k HAI ovlivní i oddělení, kde je hospitalizovaný, délka pobytu pacienta na daném oddělení (Rozsypal, 2015). O tom, jestli vznikne HAI do jisté míry rozhoduje i ošetřovatelský personál, který je s pacientem v každodenním styku. „*Nozokomiální infekce jsou nevyhnutelnou, ale ovlivnitelnou komplikací zdravotní péče.*“ (Rozsypal, 2015, s. 528). Proto se klade velký důraz na hygienu rukou ošetřovatelského personálu (Lidická, 2018). Při práci v septické ortopedii bychom měli počítat s tím, že u některého z pacientů můžeme ve stěru nebo punktátu nalézt mikroorganismus, který bude odolný neboli rezistentní vůči některému z druhů antibiotik, nejčastěji to asi bude MRSA. Proto by měla zde pracující sestra vědět, jak se k takovému pacientovi chovat, popřípadě jak zabránit šíření na ostatní pacienty (Göpfertová et al., 2013). Jako účinná prevence se jeví bariérová ošetřovatelská péče, která se zakládá na používání jednorázových pomůcek a individualizaci pomůcek pro každého pacienta. Důkladném úklidu nejen okolí pacienta, ale i celého oddělení, správné manipulaci s prádlem a odpady (Lidická, 2018). Dále dbát na důkladnou hygienu rukou ošetřující personálu včetně úpravy nehtů a užívání šperků, stejně tak jako dodržování hygienicko-epidemiologického režimu (Streitová et al., 2015). Ale jako preventivní opatření může považovat zapojení managementu dané nemocnice do politiky prevence HAI a to tím, že vypracují standardy péče, dezinfekční řády, kontrolní komise apod. Pokud se již HAI na ošetřovací jednotce vyskytne, nezbyvá nám nic jiného než začít pracovat s pacientem jako s infekčním, to znamená, že zařídí izolační pokoj nebo alespoň bariérový systém ošetřování. Lékaři mezitím tuto skutečnost nahlásí nemocničnímu epidemiologovi. A provedeme důkladnou dezinfekci v okolí výskytu pacienta, popřípadě vyšetříme ostatní pacienty, jestli se od pacienta nenakazili (nemusí se jednat pouze o HAI spojenou se septickou komplikací) a po konzultaci s ATB střediskem lékař určí podávaná ATB a sestra je podává přesně podle jeho ordinace (Göpfertová et al., 2013).

Ale přesuneme se opět k tomu, že se nacházíme v operačním oboru, a proto asi nejčastější HAI budou infekce ran nebo katétrů. Abychom mohli infekci klasifikovat v kategorii HAI musí vzniknout do třiceti dní od operace, pokud má pacient v ráně implantát, tak to jednoho roku.

Jak můžeme, ale vzniku infekce předejít? Pacienta přijmeme v co nejkratší době před operací (pokud se jedná o plánovaný výkon), důkladná příprava pacienta, odstranění zánětu z těla (sestra zajistí odběry na vyšetření, předá lékaři a následně podává pacientovi léčbu – ATB), dodržování asepse během převazů (Göpfertová et al., 2013), bariérové ošetřování pacienta (Lidická, 2018). Šrámová et al. (2013) dodává, že součástí prevence HAI je i příprava operační pole z pohledu holení, kde by měla sestra použít holicí strojek ne žiletku, v ideálním případě clipper (Kapounová, 2020) a důkladná hygiena pacienta před operací za užití baktericidního mýdla a užití čistého nemocničního prádla. Po opuštění operačního sálu je opět prevence na sestře z oddělení, to znamená, že sestra se stará nejen o operační ránu, jak uvádí Göpfertová et al. (2013), ale i o převazový vozík, kdy zajišťuje jeho čistotu, doplněný materiál a správné uložení pomůcek (Šrámová et al., 2013). Co se týká katérových infekcí, jedná se o dodržování asepse během zavádění katétru a šetrná péče o něj podle standardu (Göpfertová et al., 2013). Šrámová et al. (2013) doplňuje, že je nezbytné dodržovat i péči o ruce personálu, což je dáno vyhláškou MZ ČR č. 306/2012 Sb. resp. 244/2017 Sb. (Kapounová, 2020), užívat jednorázové pomůcky a respektovat pokyny výrobce antiseptik (Šrámová et al., 2013).

Jak již bylo výše zmíněno, i přes veškerá preventivní opatření se výskyt HAI může objevit, a proto by tedy sestra měla vědět, jak připravit izolaci. V první řadě se jedná o vyčlenění pokoje, kam se pacient s HAI umístí, jeho označení, např. *Zvýšený hygienický režim, Izolace* apod. (Kapounová, 2020). Před pokoj se umístí osobní ochranné pracovní pomůcky (ústenka, empír, čepice, rukavice, návleky na obuv), dezinfekci na ruce. Zajistí umístění speciálních odpadkových košů na infekční odpad a kontaminované prádlo, jednorázové pomůcky, které předpokládá, že bude při ošetřování pacienta potřebovat, dále teploměr, tonometr, fonendoskop, podložní mísu, močovou lahev a nezapomene ani na osobní prádlo (noční košile, pyžamo) a lůžkoviny. Dále na pokoji připraví dezinfekční roztok na použité nástroje (Šrámová et al., 2013). Jídlo se pacientovi podává v jednorázovém balení (Kapounová, 2020) a likviduje se ihned na izolačním boxu. Dokumentace nemocného se na pokoj nenosí nebo podle

jiných standardů se naopak z pokoje nevynáší a zůstává tam po celou dobu hospitalizace nemocného (Kozáková, 2019). Dále je pro pacienta v izolaci vyčleněn personál, který v ideálním případě chodí pouze k němu, ale obvykle to nejde takto striktně dodržet. Veškeré úkony u pacienta se plánují na konec programu. Pokud dojde k propuštění či překladu pacienta je nezbytné, aby pokoj, kde byl pacient hospitalizovaný prošel řádným úklidem (Kapounová, 2020). Nebo se využije druhá metoda „izolace“ a tou je bariérové ošetřování pacienta. Podmínkou pro to, aby bylo možné tento způsob praktikovat, je nutné, aby nedošlo ke kontaminaci okolí pacienta, personálu ani jeho spolupacientů. Jinak se jedná o zásady aseptického ošetřování pacienta a vytvoření překážky pro přestup infekce od pacienta dál, to zajistíme užíváním osobních ochranných pracovních pomůcek, správnou hygienou rukou, nakládáním s odpady a prádlem (Lidická, 2018).

Další informace k této problematice jsem uváděla ve své bakalářské práci *Management ošetrovatelské péče o pacienta s MRSA* (Hrachová, 2020).

1.3 Management práce sestry v septické ortopedii

V této kapitole jsme se pokusily shrnout podstatu práce sestry v septické ortopedii, kterou tvoří veškerá péče o pacienta od příjmu přes veškeré činnosti, které u pacienta bude sestra během jeho hospitalizace vykonávat, těmito činnostmi může například být péči o žilní vstupy, podávání léků, zajištění rehabilitační péče, péče o pacienty podstupující operační řešení onemocnění, péče o rány, výživu a další, až po propuštění pacienta.

1.3.1 Příjem pacienta

Pro pacienta vše začíná na ambulanci či centrálním/urgentním příjmu, kde je formálně přijat k hospitalizaci (Jirkovský et al., 2012). Pokud se jedná o pracujícího pacienta, je mu vystavena pracovní neschopnost (PN) (Wirthová, 2011), pokud jí nemá již od praktického lékaře, v tom případě se pouze převezme a vede se dále ve zdravotnickém zařízení, kde se pacient bude léčit (Rozsypalová et al., 2009). Během příjmu na ambulanci je pacientovi vystaven a vytištěn chorobopis a dekurz (Wirthová, 2011). Poté pacient zamíří na lůžkovou stanicí, kde bude hospitalizovaný. V tuto chvíli již pacienta čeká příjem v rámci lůžkového oddělení. Je to proces, který nám napomáhá k navázání pozitivního vztahu mezi sestrou a pacientem (Jirkovský et al., 2012).

Vzhledem k tomu, že můžeme předpokládat, že pacient na naší lůžkové stanici bude trávit poměrně dlouhou dobu, měli bychom dbát na to, aby první setkání bylo v pozitivním duchu, bez časové tísně a pro obě strany co nejvíce příjemné (Rozsypalová et al., 2009). Sestra, která pacienta přijímá, se pacientovi představí, sdělí mu svou funkci a roli v péči o něj. Odvede pacienta na pokoj, kde ho představí ostatním pacientem a ukáže mu jeho lůžko, stolek (Jirkovský et al., 2012), pokud to nemocnice umožňuje, tak i jeho šatní skříň na pokoji, pokud ne, požádá ho, aby se převlékl do pyžama a věci, které si svlékl, sestra sepíše a uloží do šatny (Wirthová, 2011). Dále pacienta informuje o umístění toalety a koupelny, signalizačním zařízením. Identifikuje pacienta a seznámí ho s režimem oddělení (Jirkovský et al., 2012). Pokud to oddělení a stav pacienta dovoluje, odvede si pacienta na vyšetřovnu, kde s ním provede sesterský příjem, pokud to stav nedovoluje, příjem provede na pokoji, kde buď požádá ostatní pacienty, aby z pokoje odešli, nebo se pokusí jinak zachovat intimitu pacienta (Rozsypalová et al., 2009). Sestra od pacienta odebere anamnézu, kde se zajímáme o informace o stavu pacienta před hospitalizací a co ho k nám přivedlo, jaký je jeho současný stav, na co si během ošetřování máme dát pozor (Jirkovský et al., 2012). Zajímají nás hlavně alergie, dále soběstačnost pacienta, bolest, sociální podmínky, dietní omezení, léky, které užíval v domácím prostředí, nějaké nedostatky v komunikaci či v orientaci v prostoru, vyprazdňování, přítomnost kompenzačních pomůcek a invazivních vstupů, kontakt s rodinou (Rozsypalová et al., 2009). Anamnézu by měla sestra odebrat do dvaceti čtyř hodin od příjmu pacienta (Wirthová, 2011), pokud to jeho stav dovoluje a zapsat jí do předem připraveného formuláře či do počítače. Formulář nezapomene označit datem, časem a svým jménem včetně podpisu svého i pacientova (Rozsypalová et al., 2009). Dále musí sestra během příjmu pacienta upozornit na jeho práva, kterých se samozřejmě i morální vymahatelkou (Wirthová, 2011). K tomu, aby se jimi mohli pacienti lépe zabývat, slouží buď v tištěné formě etický kodex Práva pacientů, nebo na různých webových stránkách, v ČR jsou platné od roku 1992 (Plevová et al., 2019). Další, co by měla sestra zkontrolovat je podepsání informovaného souhlasu s hospitalizací, operací apod. oběma stranami (Plevová, 2012). Celý tento dokument je součástí chorobopisu pacienta (Haškovcová, 2002). S čím je pacient seznámen ihned po přijetí je Řád oddělení či nemocnice, podobně jako Práva pacientů, tak i tento dokument musí být v tištěné podobě (Jirkovský et al., 2012). Poslední dokument, který je závazný pro sestru, ale pacient jej může považovat

za závazný, je Etický kodex sester. Tento kodex vznikl v roce 1953 z iniciativy Mezinárodní rady sester (Plevová et al., 2019).

1.3.2 Předoperační péče

Pokud se nejedná o život ohrožující stav, kdy je veškerá práce omezena jen na to nejnnutnější, tak by měl pacient podstoupit standardní předoperační vyšetření (Jirkovský et al., 2012). Předoperační přípravu můžeme rozdělit na tři období, přičemž v každém období se zaměřujeme na jiné potřeby nejen pacienta, ale i zdravotnického personálu, který se bude o pacienta starat.

První je období *dlouhodobé předoperační přípravy*, které může být dlouhé týden až měsíc, záleží na stavu pacienta a požadavcích zdravotnického zařízení (Janíková et al., 2013). Cílem předoperačního vyšetření je podle Kotíka (2019) stanovení míry rizikovosti pacienta nejen v průběhu operace, ale i v pooperačním období. Předoperační vyšetření by měl provádět lékař se způsobilostí na interní lékařství s následnou konzultací specialisty, pokud to zdravotní stav pacienta vyžaduje. Anesteziolog si provádí své vlastní hodnocení zdravotního stavu pacienta na základě vyšetření internisty. Jedná se o posouzení anesteziologického rizika, asi nejznámější je hodnotící škála ASA 1-5 (Americká anesteziologická společnost) (Veverková, 2019). Stupnice 1-2 jsou převážně nekomplikovaní pacienti. Od stupně 3-4 se jedná o pacienty s vyšším rizikem operace, ale operaci pacient zvládne a jako poslední stupeň č. 5, který říká, že je operace možná pouze z vitální indikace, což znamená, že pacient bez operace zemře (Kotík, 2019). Janíková et al. (2013) ještě dodává, že ASA klasifikaci lze rozšířit o 2 stupně čili na 1-7 bodovou škálu, přičemž nadstavbová stupnice 6-7 zahrnuje akutní stavy. Stupeň 6 tedy zahrnuje akutní stavy u stupně 1 – 3 klasické ASA klasifikace, viz výše. A 7. stupeň zahrnuje akutní stavy u stupně 4 - 5 v klasické ASA klasifikaci. Samozřejmě existují i jiné škálovací systémy, ale v českých nemocnicích se nejčastěji setkáme právě s ASA klasifikací a proto by se v ní měla alespoň orientačně vyznat každá sestra, která pracuje s pacienty v před a pooperačním období (Kotík, 2019). Pokud je naší pacientkou žena měla by v rámci předoperační přípravy navštívit svého gynekologa (Janíková et al., 2013). Úlohou sestry je pacienta na daná vyšetření připravit, pokud na ně půjde pacient ještě před nástupem do nemocnice, tak vystavit poukazy a objednat ho na dané pracoviště. Pokud se bude jednat o vyšetření za hospitalizace je povinností sestry zajistit všechna potřebná vyšetření dle ordinace

lékaře nebo podle zvyku pracoviště. Nicméně u každého pacienta před operací dochází k laboratornímu vyšetření krve a moče (krevní obraz, biochemické vyšetření – ionty, CRP, jaterní testy, glykémie, ledvinový soubor, vyšetření hemokoagulace, moč + sediment), krevní tlak (TK) + pulz (P), tělesná teplota (TT), dechové frekvence (D), elektrokardiografie (EKG) srdce a pokud je indikováno, tak rentgen (RTG) srdce a plic, popřípadě další vyšetření podle přidružených onemocnění pacienta. Na všechna tato vyšetření musí být sestra schopna pacienta připravit a popřípadě je provést nebo u nich asistovat lékaři. U laboratorní diagnostiky musí sestra znát správný postup odběru, tzv. preanalytickou fázi. U EKG musí znát přesné umístění svodů na těle pacienta. Pokud bude nutný RTG srdce a plic, sestra musí zajistit, aby pacient na sobě neměl žádné kovové předměty, knoflíky či cokoli, co by mohlo vytvořit artefakt na snímku. V případě, že pacient užívá antikoagulační léčbu, dbá na její vysazení a převedení pacienta na nízkomolekulární hepariny aplikované injekční formou dle ordinace lékaře (Janíková et al., 2013). Pokud máme pacienta s diabetem, měla by sestra vědět, že je nutná úprava podávání inzulínu 1-3 dny před operací, tím je myšleno vysazení perorálních antidiabetik a převedení na krátkodobě působící inzulin (Janíková et al., 2013).

Krátkodobá předoperační příprava znamená pro sestru příjem pacienta k hospitalizaci, alespoň dvacet čtyři hodin před operací (Slezáková et al., 2019). Během této doby musí zkontrolovat, jestli má k dispozici veškeré požadované výsledky, pokud ne, tak je doplnit, v případě, že zjistí nějakou abnormalitu, musí jí řešit s lékařem a pacienta k výkonu dle ordinace lékaře zkompenzovat (Janíková et al., 2013). Jedná se také o období, kdy za pacientem přijde anesteziolog, který povede anestezii, aby se pacientovi představil a nastavil večerní i ranní premedikaci (Veverková, 2019). Dále by se za pacientem měl přijít podívat lékař – operatér, aby mohl pacientovi poskytnout potřebné informace (Libová et al., 2019). Povinností sestry je pacienta upozornit na nutnost lačnění, připravit operačního pole, zajistit invazivní vstupy podle svých kompetencí, případně asistovat u jejich zavádění, podat premedikaci a jiné léky dle ordinace lékaře. Na co ale sestra nesmí zapomenout je psychická příprava pacienta, kdy se snaží o jeho uklidnění a zodpovězení všech jeho dotazů v rámci svých kompetencí (Slezáková et al., 2019). Může se také jednat o vhodnou dobu k nácvičku pooperační péče (Janíková et al., 2013).

Poslední fází předoperační přípravy je *příprava bezprostřední*, která zahrnuje období jedné až dvou hodin před výkonem, kdy sestra zajišťuje kompletnost dokumentace a výsledků pacienta, kontroluje zavedené vstupy, kontroluje a zapisuje vitální funkce (Janíková et al., 2013). Sestra zkontroluje oholení operačního pole, zajistí hygienu pacienta včetně odlakování nehtů (Veverková, 2019). Pokud se bude pacient překládat po operaci na jiné oddělení, zajistí sbalení a sepsání věcí ještě před odjezdem na operační sál (Janíková et al., 2013). Přiloží bandáže na dolní končetiny (neoperovaná strana) jako prevence TEN (Veverková, 2019). Vyjme zubní náhrady, naslouchátka a další kompenzační pomůcky včetně šperků. Aplikuje premedikaci dle ordinace lékaře (Slezáková et al., 2019). V rámci komunikace se snaží o zajištění psychické pohody pacienta. Těsně před odjezdem na operační sál sestra zkontroluje správnost všech identifikačních údajů, lačnění, požádá pacienta, aby se došel vymočit, vysvlékl se a svlečené prádlo si uložil. Pacienta odveze na operační sál, kde ho předá anesteziologické sestře či lékaři spolu s dokumentací a všemi potřebnými informacemi (Janíková et al., 2013).

1.3.3 Pooperační péče

Nastává ve chvíli, kdy se pacient probírá z anestezie (Veverková, 2019), což znamená, že začne spontánně ventilovat, odkašle (Slezáková et al., 2019), má obranné reflexy, vyhoví žádosti (Janíková et al., 2013). Jedná se o velmi rizikové období, které trvá dvacet čtyři hodin od ukončení operace (Vrabelová, 2018). V tomto období i sestry využijí znalost ASA klasifikace, protože nám říká, co můžeme u pacienta v rámci pooperačního období očekávat za komplikace a máme možnost se na jejich výskyt připravit. Jednou z možností může být rozhodnutí o umístění pacienta po operaci. Jako první možnost se jeví standardní lůžkové oddělení (Janíková et al., 2013), druhá možnost je standardní lůžkové oddělení s pobytem na dospávacím pokoji (pár hodin po výkonu) a poslední možností je umístění pacienta do péče intenzivní medicíny (ARO, JIP) (Slezáková et al., 2019). V případě, že pacient půjde rovnou na standardní lůžkové oddělení, musí být plně při vědomí a kardiopulmonálně kompenzován. A prací sestry, která si ho z operačního sálu přebírá, je, aby zkontrolovala nejen kompletnost dokumentace, ale i to, že je pacient schopný být na standardním oddělení (Jirkovský et al., 2012). V rámci pooperační péče sestra monitoruje celkový stav pacienta. Podle ordinace lékaře monitoruje fyziologické funkce, zejména TK + P podle stavu pacienta (Slezáková et al., 2019). Dále kontroluje odpady z drénů, pokud jsou

zavedeny, operační ránu, bilanci tekutin (Janíková et al., 2013), bolest a její tlumení dle ordinace lékaře, polohu pacienta, pokud je vyžadována nějaká speciální, jinak jako prevence dekubitů, močení. Dále zajistit hydrataci perorální cestou, pokud to stav dovoluje, pokud ne zajistit infuzní terapii, dále se sleduje nevolnost a pooperační zvracení. A v neposlední řadě dbá na prevenci tromboembolické nemoci (Slezáková et al., 2019). Pokud je u pacienta ordinováno nějaké vyšetření, sestra zajistí jeho provedení (Jirkovský et al., 2012). Aplikace léků dle ordinace lékaře je nedílnou součástí práce sestry v pooperačním období, stejně jako zajištění komfortu pacienta ve smyslu tepla, intimity, ale i hygieny, péče o kůži, psychického stavu a pohybového režimu (Janíková et al., 2013). Co bychom ale při sledování pacienta neměli opomenout je sledování psychického stavu pacienta (Jirkovský et al., 2012). Vraťme se ale k bolesti, protože ta je jednou z nejtěživějších problémů pacienta v nemocnici (Streitová et al., 2015). „*Bolest je subjektivně vnímaným nepříjemným sensorickým a emočním prožitkem vyvolaným skutečným či potenciálním poškozením tkáně nebo psychologickými faktory.*“ (Veverková, 2019, s. 68). Když hovoříme o pooperační péči, budeme se bavit o bolesti akutní, která je spojena se samotnou operací a neměla by trvat déle než tři měsíce, pokud se tak stane, budeme hovořit o bolesti chronické. Naší snahou by tedy mělo být její intenzitu minimalizovat. Protože, když se nám to podaří, dosáhneme celkově lepší spolupráce pacienta (Streitová et al., 2015). Pracujeme s pacientem, u kterého se dá nějaká zkušenost s bolestí již předvídat a proto i jeho reakce budou jiné, ale celkové hodnocení bolesti bude lokalizované a slovně popsitelné, proto abychom mohli slovní vyjádření pacienta převést do tabulek, slouží nám k tomu pomocné škály jako je VAS (vizuální analogová škála bolesti) – hodnocení pomocí čísel na úsečce, dále pak mapa bolesti – zakreslí se místo bolesti a její intenzita, obličejová škála bolesti – hodnocení podle výrazu obličeje (Vrabelová et al., 2018).

1.3.4 Pooperační komplikace

Sestra by neměla zapomínat na možnost vzniku pooperačních komplikací a v rámci svých kompetencí by jim měla předcházet. Jirkovský et al. (2012, s. 137) říká, že: „*Pooperační komplikace vznikají nejčastěji v prvních hodinách po operaci.*“ Slezáková et al. (2019, s. 40) je definuje takto: „*Ovlivňují normální pooperační průběh a vznikají v souvislosti s anestezií a/nebo s operačním výkonem.*“ V souvislosti s pooperačními komplikacemi můžeme také hovořit o pooperační nemoci, což je soubor příznaků, které vyplývají z celkového průběhu operace. U pacientů se nemusí

vyskytnout žádná komplikace nebo se může vyskytnou jedna či více komplikací naráz (Slezáková et al., 2019). Pokud budeme možné pooperační komplikace hodnotit podle orgánových soustav, půjdeme v pozorování pacienta od hlavy k patě. Jako první se zaměříme na *nervovou soustavu a psychický stav pacienta*: poruchy vědomí, zmatenost, dezorientaci, agresi, emoční změny, pozor na spánkovou apnoei, cévní mozkovou příhodu, poruchy termoregulace (Janíková et al., 2013). Dále na hypoglykemii, dehydrataci, vznik deprese (Slezáková et al., 2019). V oblasti *dýchací soustavy* bychom si měli dávat pozor na vznik pneumonie, atelektáz, edému plic, dušnosti, embolie (Janíková et al., 2013), aspirace, ale i laryngotracheitidy (Slezáková et al., 2019). K těmto komplikacím může dojít buď to ihned po operaci nebo za dva až tři dny po operaci. Z *kardiovaskulárního systému* se jako nejčastější komplikace jeví hypovolemický šok, změny TK a P, tromboembolická nemoc, tromboflebitida, flebotrombóza, selhání levého nebo pravého srdce (Slezáková et al., 2019), poruchy srážení krve (Janíková et al., 2013), které Slezáková et al. (2019) doplňuje o možnost vzniku anemie a rozvoje DIC (=diseminovaná intravaskulární koagulopatie). *Močový systém* je nejvíce ohrožen poruchou mikce ve smyslu močové retence, zánětů močových cest a poruch funkce ledvin. U *zažívacího traktu* můžeme pozorovat bolestivé nebo nepříjemné polykání, parézu střev až ileus, škytavku (Janíková et al., 2013) poruchy funkce jater, atonii žaludku, vznik stresového vředu, ale i zánět průušní žlázy uvádí Slezáková et al. (2019) jako další možné komplikace na zažívacím traktu. A asi nejobávanější komplikace jsou *komplikace v operační ráně*, kdy se jedná především o zánět, krvácení a dehiscenci rány (Janíková et al., 2013), ke kterým ještě můžeme připojit nekrózu rány a jiné záněty v jejím okolí (Slezáková et al., 2019). Jirkovský et al. (2012) uvádí, že vznik jakýchkoli pooperačních komplikací zvyšuje náklady na léčbu, a proto je důležité jim předcházet. Dále uvádí i vhodnou prevenci, za kterou považuje: správnou předoperační přípravu, dokonale provedený chirurgický zákrok a vhodnou anestezii. Nicméně zdůrazňuje, že v pooperačním období musí celý ošetřovatelský i lékařský tým spolupracovat na co nejrychlejší mobilizaci pacienta a prevenci všech komplikací v důsledku zavedených vstupů.

1.3.5 Péče o ránu

Podle Vytečkové et al. (2015, s. 199) je rána definována jako: „*Ztráta či porušení integrity kožního krytu (popř. sliznice) vznikající v důsledku mechanického, fyzikálního a chemického působení nebo patofyziologického procesu.*“ S touto definicí souhlasí

i Brabcová (2021, s. 16). Oproti ní Pejznochová (2010, s. 8) uvádí definici rány poněkud stručněji: „*Otevřená rána (kožní defekt) znamená jakékoliv narušení celistvosti kožního krytu.*“ Brabcová (2021, s. 16) ještě říká, že „*se jedná o jakékoli poškození anatomických či fyziologických funkcí kůže.*“ Pro rozdělení ran, můžeme použít několik faktorů, podle kterých je můžeme snáze rozdělit a nastavit tak vhodnou léčbu. Prvním a tím nejčastějším je dělení ran akutní a chronické. Přičemž *akutní ránu* označíme jako důsledek řezu, odření, poleptání či popálení nebo omrznutí. Tyto rány se obvykle dobře hojí. Oproti tomu rány *chronického typu*, jako jsou dekubity, bércové vředy, diabetické nohy, potřebují ke svému zhojení daleko více času, hovoříme o léčbě v trvání měsíců a déle (Vytejková et al., 2015). Podle Janíkové (2013) se rána za chronickou považuje až od šesti týdnů hojení, k čemuž se připojuje i Pokorná (2012). Nicméně Brabcová (2021) tvrdí, že za chronickou ránu může považovat ránu takovou, která nevykazuje známky hojení déle jak čtyři týdny. Dalším dělením ran, je hojení *per primam* a *per secundam*. V prvním případě je jedná o ideální a žádaný způsob hojení rány, kdy dochází k zacelení kožního krytu bez komplikací. Při druhém způsobu hojení je tento proces komplikován infekcí a dehiscencí rány. Rána se musí revidovat a hojí se až na podruhé (Vytejková et al., 2015). V některé literatuře se ještě hovoří o terciálním hojení rány, kterou lze charakterizovat jako způsob hojení rány za podpory granulace s tím, že rána zůstává otevřena bez sešití, ke kterému dochází až po několika dnech (Janíková et al., 2015). Další dělení může být podle rozsahu poškození a míry kontaminace rány choroboplodnými zárodky (Brabcová, 2021). Abychom mohli poskytovat kvalifikovanou péči o rány, měli bychom znát i faktory, které nám její hojení mohou zkomplikovat, v našem případě se bude zejména jednat o: vyšší věk, přidružená onemocnění, způsob stravování jedince v předoperačním i pooperačním období spolu s příjmem tekutin, cizí materiál v ráně, motivace k léčbě ze strany nemocného, používaný materiál k ošetření rány apod. (Vytejková et al., 2015), Janíková (2013) ještě přidává několik rizikových faktorů, ke kterým patří nedostatek vitamínů A a C a stopových prvků jako je železo a zinek a nedostatek bílkovin ve stravě. Pokorná (2012) ještě doplňuje, že možnými rizikovými faktory jsou i užívané léky, kouření, ale třeba i umístění rány, její velikost a okolí, dále to mohou být i faktory, které s hojením rány nemají na první pohled nic společného a tím jsou například návštěvy pacienta, schopnost sebezpeče, jeho časové nastavení apod. Rizikové faktory známe, a proto bychom se je měli snažit eliminovat, což znamená, že se budeme snažit, aby pacient dostatečně pil, věděl, jak postupuje jeho léčba, popřípadě se přidali do jeho

jídelníčku doplňky stravy, dbali na to, aby jeho chronická onemocnění byla kompenzována. Dále by se mělo jednat o edukaci pacienta, aby dostatečně spal, nekouřil, pokud bude mít bolesti, aby to nahlásil a mohla se zajistit adekvátní léčba dle ordinace lékaře. A jakou může sestra hrát roli v podpoře správného hojení rány? V první řadě se jedná o oblast edukace pacienta, dále to jsou šetrné a sterilní převazy a pravidelné sledování rány včetně jejího popisu, v případě, že sestra ránu zhodnotí jako nehojící se nebo jsou patrné známky infekce, měla by vždy tyto skutečnosti konzultovat s lékařem, dále by měla kontrolovat celkový stav pacienta a podporovat ho v pohybové aktivitě. Během převazu lze provést odběr materiálu k mikrobiologickému vyšetření, což pro sestru znamená, znát správný postup odběru a transportu (Janíková et al., 2013). Pokud budeme pečovat o ránu hojící se per primam, postačí nám obvykle obvazový materiál, jako jsou sterilní čtverce, tampony, náplasti, obinadla a dezinfekce (Janíková et al., 2013). U ran, kde je hojení komplikované, bychom měli volit materiál podle fáze hojení rány tzv. moderní hojení ran, příklady moderního hojení v jednotlivých fázích léčby rány viz Příloha 6 a 7 (Janíková et al., 2013). Tento způsob hojení ran má bezesporu několik výhod, k nim například patří: méně časté převazy, větší komfort pro nemocného, zkrácení doby léčby a vzniku infekce (Brabcová, 2021). Výjimkou není ani užití negativního tlaku v ráně neboli podtlaku k léčbě infikovaných nebo chronických ran. Principem je zachování vlhkého prostředí v ráně a eliminace převazů a s tím spojenou traumatizací tkání. Povinností sestry je, aby pacienta připravila k nasazení této terapie včetně edukace a vysvětlení principu léčby společně s lékařem a později se o pacienta a podtlakovou terapii starala (Vytejková et al., 2015). Nasazení NPWT se nejčastěji provádí na operačním sále nebo na vyšetřovně za dodržení aseptických podmínek (Stryja et al., 2016). Z péče o pacienta s NPWT se hlavně jedná o kontrolu správného podtlaku v ráně, dostatečné přilnavosti folie, která překrývá pěnu a zajištění kontinuity odvodu sekretu z rány (Vytejková et al., 2015), což zahrnuje i kontrolu sběrné nádoby, popř. její výměnu (alespoň jednou za týden) (Stryja et al., 2016) a sledování vzhledu sekretu. A samozřejmě okolí rány, celkové příznaky infektu, bolest pacienta a jeho spolupráci (Vytejková et al., 2015). Dle standardu FN Plzeň, který zpracovala Žmijáková et al. (2020) do práce sestry u pacienta s podtlakovou terapií patří i dezinfekce přístroje a kontrola nabití baterie přístroje. A pokud pracujeme s podtlakovou terapií s proplachem, tak by měla sestra pečovat i o něj (KCI Licensing, Inc., 2019). Podle studie Newmana et al. (2018) využití podtlakové terapie výrazně napomáhá snížení možných komplikací u pacientů

po náhradách kloubů. Každá operační rána využívá nějaký mechanismus vylučování sekretu, buď to přirozenou cestou nebo pomocí drénů (Fraško, 2011). „*Drén je zdravotnický prostředek vkládající se do ran, který slouží k odvodu fyziologických či patologických sekretů z těla.*“ (Veverková, 2019, s. 117). V případě, že je do rány vložen drén, sestra musí vědět, o jaký druh drénu se jedná a znát způsob a práci s použitým drenážním systémem. V našem případě budeme pracovat s vnější drenáží, což znamená odvod sekretu z tělních dutin na povrch přes kůži (operační ránu) za pomoci drénu (Vytejšková et al., 2015). Odvod sekretu může být buď pod tlakem, nebo jen na spád, v ortopedii bude častěji užívaný drén podtlakový (Jirkovský et al., 2012). Drén může být trubicový, rukavicový, Penrose a další (Vrabelová, 2018). Práce sestry spočívá v edukaci pacienta, jak se k drénu a drenážnímu systému chovat (Vytejšková et al., 2015) a dále v kontrole funkčnosti drénu, monitoraci množství a charakteru odpadu ve sběrné nádobě či v obvazech, dodržování antiseptických postupů při péči o drény (Vrabelová, 2018), samozřejmě, pokud se jedná o spádovou drenáž myslí i na umístění sběrné nádoby pod úroveň rány, ze které je sekret odváděn (Vytejšková et al., 2015). Sestra zapisuje do dokumentace pacienta celkové množství odpadu v drénech za dvacet čtyři hodin včetně popisu charakteru sekretu (Libová et al., 2019). Může se stát, že pacient bude mít více drénů současně, a proto by sestra neměla opomenout viditelně označit každý drén (Vrabelová, 2018). Při převazu rány dbáme na prevenci vytažení drénu, dále dbáme na dodržování asepse a prevenci otlaku na kůži či zalomení drénu (Libová et al., 2019), přičemž provádíme nástřih ve tvaru písmene Y do sterilního čtverce pod špendlík nebo okolo trubicového drénu. V případě, že drén je veden pouze do obvazů, přikládáme silnou vrstvu sterilních čtverců, aby sekret neprosakoval (Vytejšková et al., 2015). Drén se odstraňuje na základě indikace lékaře, tento výkon provede buď sestra, nebo lékař za její asistence. Dle indikace můžeme konec drénu poslat na mikrobiologické vyšetření (Vrabelová, 2018). Pacienta o tomto záměru poučíme a připravíme ho na výkon, po výkonu přiložíme na místo po drénu silnější vrstvu sterilních čtverců a zalepíme, pacienta opět edukujeme v péči o ránu a dalším režimu (Vytejšková et al., 2015). Samozřejmě veškerá naše snaha v péči o ránu, ať se týká znalostí v oblasti rizikových faktorů, které znesnadňují hojení rány nebo v péči o rány a užití nejnovějších způsobů hojení ran, ne vždy se nám podaří vyhnout se infekci. Infekce v ráně mohou být způsobeny různými mikroorganismy, které nám mohou léčbu nejen zkomplikovat a prodloužit, ale i vést k rozvoji septického stavu, který pacienta ohrožuje na životě. Proto by měla sestra být schopná rozpoznat

počínající zánět v ráně, jedná se tedy o bolest, zarudnutí, otok, zvýšení lokální teploty, jak uvádí Pejznochová (2010), ale upozorňuje i a to, že se nesmíme zaměřit pouze na ránu, ale na pacienta jako celek a dát si do souvislostí vše co o pacientovi zjistíme.

1.3.6 Výživa nemocného

„Výživa je jedním z hlavních faktorů vnějšího prostředí uplatňujících se při vzniku, prevenci a léčbě onemocnění. Považujeme ji za základní potřebu člověka.“ (Sedlářová, 2011, s. 168). Jak už jsme se výše zmiňovali, je nutné dbát na správnou výživu pacienta, a to nejen v předoperačním období, ale i v období pooperačním. Nutnost pravidelného a důsledného hodnocení výživového stavu pacienta, o to pečlivěji, pokud máme pacienta s chronickou ránou, potvrzuje i Pokorná (2012). Hojení ran nám podporuje dostatek vitamínu A a C, stejně tak dostatek železa, zinku a bílkoviny. Grofová (2012) ještě k důležitým složkám výživy u léčby ran přidává vitamín E a minerální látky. Ale nesmíme opomenout ani důležitou roli dostatečné hydratace pacienta (Janíková et al., 2013). Jak uvádí Grofová (2012) tak bez toho, aniž bychom se zaměřili na výživu, nemůžeme hojení rány považovat za komplexní. K základnímu hodnocení stavu výživy je již při příjmu zjišťován BMI (body mass index) (Kelnarová et al., 2011) a vyplňován nutriční screening (Vrabelová, 2018), přičemž Sedlářová (2011) uvádí dvě škály, které lze k hodnocení využít: Nutritional Risk Screening (NRS) a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Podle studie Grolimund Berseta et al. (2019) má nastavení a důsledné sledování nutriční politiky v nemocnicích význam na zlepšení stavu pacienta, ale i pro podporu hojení rány. Dále ve výzkumu upozorňují na to, že pacient s vysokým BMI může trpět podvýživou úplně stejně jako kdokoli jiný. Pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje, dbáme na to, aby jedl nejlépe celé porce, které mu budou podávány. V případě, že je pacient nějakým způsobem limitovaný nebo prostě nesní celou porci, je na místě do jídelníčku zařadit speciální přípravek k sippingu (Vrabelová, 2018) nebo pudink či krém (Pokorná, 2012) anebo modulární dietetikum jako prášek k rozpuštění ve vodě, v těchto případech se jedná převážně o doplnění bílkovin a sacharidů (Sedlářová, 2011). Někteří pacienti nemusí tyto doplňky úplně tolerovat a zároveň jim nemusí ani chutnat, proto je dobré, když se podávají chlazené, ideálně po jídle a ne z lahvičky, ale např. ve sklenici, dále z nich můžeme pacientovi udělat koktejl apod. Dále bychom měli u pacienta zavést bilanční list příjmu tekutin (Vrabelová, 2018), protože tekutiny jsou základní podmínkou pro nastartování správného hojení rány (Grofová, 2012). Když tady celou dobu hovoříme o nutnosti

doplnění bílkovin a dalších tělu prospěšných látek, bylo by dobré, aby sestra věděla, kde se nacházejí. Bílkovina se nachází v mase, rybách, vejcích, mléce a jeho výrobcích, ale i v luštěninách a sóje, což ocení i vegetariáni. Důležitá pro hojení je i aminokyselina arginin, vyskytující se v ořechách, sýrech, lososu a kuřecím mase. Dalším na řadě je zinek, který nalezneme jak jinak než v mase a sýrech. A hned po něm přichází selen, který najdeme v čočce, vejcích, rybách a chřestu. Z vitamínů nás zajímá hlavně vitamín A, který se vyskytuje v játrech, špenátu, mrkvi a kapustě. Výborným zdrojem vitamínu C je ovoce, rakytník, fenykl, zelenina, ale třeba i brambory a zelí. A poslední do skupiny vitamínů, které napomáhají k hojení ran, patří vitamín E, který má nejvyšší obsah v ořechách, klíčcích, vejcích a mléce, ale třeba i v celozrnných potravinách. Měli bychom si také dát pozor na úpravu pokrmů, které by neměly být snažené. Co by ale mělo sestru zajímat u pacienta s rozsáhlou ránou je hodnota celkové bílkoviny a albuminu, popřípadě hodnoty železa a zinku (Grofová, 2012). Nicméně ani dokonalé sledování pacienta po výživových stránkách nám nemusejí vždy přinést vytoužený výsledek, pokud si s pacientem nepohovoříme a nezjistíme, proč například nedojídá maso, jí malé porce, nejí některé druhy potravin a nepokusíme se ke všemu najít řešení. Odpověď může být naprosto jednoduchá, například špatná zubní protéza nebo její chybění, bolestivost při polykání, náboženské vyznání, alergie, nesnášenlivost částí potravy, nedostatek pohybu, nechut' k jídlu, krmení druhou osobou, nesoběstačnost a mnoho dalších (Pokorná, 2012).

1.3.7 Pohybový režim včetně rehabilitace nemocného

„Pohyb a aktivita jsou jedním z ukazatelů zdraví jedince, jednou ze základních potřeb člověka.“ (Holubová, 2011, s. 78). Pohybový režim pacienta se řídí podle jeho zdravotního stavu, ale obecně platí, že pacient nikdy nezůstane ležet na lůžku bez rehabilitace nebo nějakého pohybu. Hlavním úkolem sestry je ihned při přijetí pacienta stanovit jeho možnosti pohybu a popřípadě mu doporučit kompenzační pomůcky. K tomu, abychom mohli správně posoudit stav pacienta v oblasti sebeobslužných činností, můžeme použít například Test všedních denních činností (ADL, Barthelové test) nebo Test instrumentálních denních činností (IADL) (Pokorná, 2012). Pokud víme, že pacient půjde na operaci, měla by sestra nebo lékař vypsát pacientovi poukaz na rehabilitace ještě v předoperačním období, aby bylo možné s pacientem nacvičit základní sebeobslužné činnosti a sed, vstávání z lůžka, stoj, chůzi v pooperačním období za pomoci berlí a holí. Zaměřit bychom se měli i na dechovou gymnastiku

a nácvik správného odkašlávání (Kapounová, 2020). V pooperačním období se sestra věnuje především polohování pacienta s důrazem na bezpečnost operované končetiny, což obnáší i edukaci pacienta, v manipulaci s operovanou končetinou (Vavřík et al., 2005). Dále správné využití addukčních klínů a antirotačních bot. V prvních dnech je cvičení zaměřeno převážně na dechová cvičení a na izometrická cvičení svalových skupin na lůžku (Holubová, 2011), později se přidávají sed na lůžku a stoj u lůžka společně s nácvikem správného opouštění a znovuulehání do lůžka (období prvních 2. - 5. pooperačních dnů) (Kapounová, 2020). Pokud pacient tyto prvky rehabilitace zvládl, je možné přistoupit k nácviku samotné chůze, během které nesmí zatěžovat nemocnou končetinu a měl by využívat berle (Vavřík et al., 2005). Postup správné chůze o berlích je následující, první jde zdravá končetina, poté postižená/operovaná končetina a jako poslední berle (Kapounová, 2020). Když se pacient rozchodí, může si po pokoji či oddělení chodit sám za předpokladu, že dodrží potřebná nařízení (období okolo 5. pooperačního dne). Spolu s fyzioterapeutem si pacient nacvičuje chůzi po schodech (cca 10. pooperační den), ale i běžné činnosti jako je usedání na toaletu, vstupování do sprchy či vany apod. (Vavřík et al., 2005). Pokud pacient bude chodit po schodech, je vhodné, aby měl s sebou doprovod, který by ho jistil. Při chůzi ze schodů jde doprovod, berle, postižená/operovaná končetina a jako poslední zdravá končetina (Kapounová, 2020). Nutná je edukace a motivace jak ze strany sestry, tak i fyzioterapeuta, a to ve smyslu, že cvičení je nezbytné k jeho uzdravení, a proto by měl podle svého stavu věnovat většinu volného času cvičení (Vavřík et al., 2005). Samozřejmě zde byl popsán postup rehabilitace u pacientů s operovanými dolními končetinami, nicméně u pacientů s operovanou horní končetinou je postup obdobný, jen se dbá na postupné zapojování ne dolní, ale horní končetiny. Po zvážení celkového zdravotního stavu je pacient propuštěn buď do domácí péče, nebo na oddělení rehabilitační, kde se pokračuje v rozcvičování postižené končetiny (Vavřík et al., 2005).

1.3.8 Imobilizační syndrom

Pejznochová (2010, s. 43) uvádí definici imobilizačního syndromu jako: „*Stav, kdy je jedinec ohrožen poškozením různých tělesných systémů následkem léčbou vynucené nebo nevyhnutelné imobilizace.*“ První patrné známky imobilizačního syndromu, nebo jinak syndromu z inaktivity nebo ještě jinak jako hypokinetický syndrom, se objevují již v prvních čtyřiceti osmi hodinách po ulehnutí na lůžko, do pěti dnů se rozvinou plně (Jirkovský et al., 2012). Veverková (2019, s. 51) říká, že se imobilizační syndrom

„rozvíjí jako celková odezva organismu na klidový režim pacienta“ a dále říká, že „k patologickým změnám dochází již v průběhu sedmi dnů.“ Dosbaba et al. (2021, s. 18) definuje imobilizační syndrom poměrně stručně a to jako: „*Souhrn negativních důsledků klidového režimu.*“ S tím že rozvoj imobilizačního syndromu se pohybuje v řádu hodin až týdnů, což se neshoduje s tvrzením Veverkové (2019). Imobilizační syndrom se projeví na všech orgánových soustavách včetně psychiky pacienta. Proto si pojďme projít jednotlivé soustavy, ať víme, na co se zaměřit v péči o pacienta.

Začneme *kůží*, která je v době imobility velmi namáhaná. Může se jednat o vznik dekubitů, kterým ale můžeme předejít správnou péčí o pacienta, což znamená dostatečnou hydrataci, správnou výživu, polohování pacienta v pravidelných intervalech, ale i hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (viz Příloha 4) (Jirkovský et al., 2012). Druhou možnou škálou je Skóre Bradenové (viz Příloha 3), jak uvádí Plevová et al. (2019) a dále přidává další neméně důležitou složku prevence dekubitů a tou je edukace personálu, v oblasti používání antidekubitních pomůcek a značení pacientů s rizikem vzniku dekubitů, který se o pacienta stará. Vznik dekubitů je spolu se vznikem HAI stále jednou z nejčastějších nežádoucích událostí, které zdravotnická zařízení postihují, proto je důležité cílit na vědomosti sester a ostatních NLZP, aby dbali na jejich prevenci (Hommel et al., 2019). Dalším možným poškozením kůže v důsledku nemožnosti pohybu jsou opruzeniny, které jsou pro pacienta velmi nepříjemné. Nutné je, aby sestra během hygienické péče dbala na důkladné vysušení všech záhybů kůže, popřípadě je ošetřila vhodnou kosmetikou nebo metodami moderního hojení ran (Jirkovský et al., 2012). Možná i predisponujícími faktory pro vznik dekubitů a opruzenin mohou být změny ve výživě, pitném režimu, ale i probíhající infekce, snížení kožního turgoru a vymizení elasticity kůže (Dosbaba et al., 2021). *Kardiovaskulární systém* je velmi ohrožen komplikacemi, a to zejména tromboflebitidami, tromboembolická nemoc, ale co je možná ještě horší, je vznik plicní embolie nebo cévní mozkové příhody (Jirkovský et al., 2012). V pozdější době, kdy se budeme snažit pacienta postavovat, může dojít ortostatické hypotenzi, což znamená, že dojde k rychlému poklesu krevního tlaku v důsledku změny polohy z horizontální do vertikální (Veverková, 2019). Prevencí komplikací na kardiovaskulárním systému může být polohování, pasivní i aktivní cvičení na lůžku, včasná mobilizace, dostatek tekutin, kompresivní punčochy eventuálně bandáže, ale i aplikace nízkomolekulárního heparinu (Kvasnička, 2011). Další, co může pacienta postihnout, bude onemocnění

plicní tkáně, jako je pneumonie a atelektázy v důsledku neprovzdušnění plic ve všech jejich částech (Veverková, 2019). Co můžeme udělat jako prevenci? Na první místo zařadíme opět polohování, dechovou rehabilitaci a podporu vykašlávání (Kapounová, 2020). Při upoutání pacienta na lůžko dochází i k omezení funkce *zažívacího traktu*. Pacient bude mít pocit, že nepotřebuje přijímat tolika potravy, protože leží a nepohybuje se, což povede k nedostatečné saturaci základními živinami nutnými pro hojení ran (Kapounová, 2020), ale další důsledek imobility budou i změny ve vyprazdňování stolice ve smyslu zácpy (Veverková, 2019). Proto by měla sestra věnovat pozornost frekvenci vyprazdňování a problémům pacienta, které ho mohou provázet (Jirkovský et al., 2012). Pacienta, který bude dlouhou dobu upoután na lůžko, může v důsledku neefektivního vyprazdňování postihnout ileus (Dosbaba et al., 2021). Od problémů s vyprazdňováním stolice se můžeme přesunout k problematice *vyprazdňování močového měchýře*. V tomto případě se může jednat o snížený objem vylučované moči nebo až úplnou zástavu močení. Další možnost je močová inkontinence v důsledku povolení svalů dna pánevního (Jirkovský et al., 2012). Ale pokud moč bude zůstávat v močovém měchýři, dojde k pomnožení bakterií a vzniku infekce (Veverková, 2019). Jako preventivní opatření lze uvést monitoraci příjmu a výdeje tekutin, polohování, pokud má pacient zavedený PMK, tak dbát o důslednou hygienu a výměnu (Jirkovský et al., 2012). Další systém, který je ohrožen během upoutání pacienta na lůžko je *kosterní a svalový systém*. Tento systém je ohrožen úbytkem svalové hmoty, zkrácením šlach, ztuhnutím kloubů, ale i úbytkem kostní hmoty (Veverková, 2019). Jako účinnou prevencí se jeví rehabilitace a polohování (Jirkovský et al., 2012). Ale také motivace ke spolupráci pacienta (Veverková, 2019). Jak je zmíněno výše, tak u pacienta s osteoporózou musíme být velmi opatrní při manipulaci, protože v takovémto terénu snadno dojde k patologické zlomenině (Dosbaba et al., 2021). Na co ale nesmíme zapomínat je *psychika* pacienta, která možná v některých případech trpí daleko více než jakýkoliv jiný systém. V této chvíli je pacient přecitlivělý na veškeré výrazy, které se i jen nepřímo vztahují k jeho osobě. Je bezmocný a nedovede si představit budoucnost. Sestra by měla v této chvíli zajistit co největší podporu pacientovi, komunikovat s ním, podporovat ho a dát mu naději a motivaci. Nicméně by neměla zapomínat na výraz a intonaci s jakou s pacientem hovoří (Jirkovský et al., 2012). Pacienti, kteří jsou delší dobu hospitalizováni, trpí obavami, že přidělávají pouze práci a nejsou ničím užiteční. Všechny tyto skutečnosti mohou vyústit až v agresi pacienta (Dosbaba et al., 2021).

Dále se problémy s psychickým stavem pacienta mohou manifestovat zmateností, neklidem a narušením vnímání vlastního těla pacientem (Veverková, 2019).

1.3.9 Péče o vstupy

Vzhledem k tomu, že se nacházíme v operačním oboru, budeme hovořit o několika možných invazivních vstupech, asi nejčastějším vstupem, se kterým se setkáme, budou žilní vstupy. A vzhledem k tomu, že pacienti se septickou diagnózou bývají léčeni vysokými dávkami antibiotik, tak by sestra měla vědět, jak se o žilní vstupy starat, aby nebyly pro pacienta zdrojem infekce. Ale nesmíme opomíjet ani ostatní vstupy, se kterými můžeme pacienta na oddělení mít. I zde je nutné, aby sestra znala zásady péče o ně a tyto zásady následně aplikovala do každodenní péče. Jako první, co nás asi napadne, jsou vstupy do cévního řečiště, budeme se zmiňovat o těch nejčastěji používaných, jako jsou periferní žilní kanyly (PŽK), centrální žilní kanyly (CŽK) (Vytejková et al., 2015), dlouhodobé CŽK - PICC katétrů a implantabilní venózní porty (Kapounová, 2020). Dalším možným vstupem je přístup do močových cest, zde se budeme zajímat o permanentní močové katétrů (PMK). Dále samozřejmě drény a drenážní systémy, o kterých jsme se zmiňovali v kapitole Péče o rány, kap. č. 1.3.5 (Vytejková et al., 2015). Periferní žilní katétr se zavádí (venepunktuje) nejčastěji do žilního systému na horní končetině pacienta, začínáme na dorsu ruky a pokračuje směrem k loketní jamce (Neoral a Klos, 2011). K tomu, abychom zavedli kanylu do žilního řečiště, musíme nejprve zvolit vhodnou velikost kanyly a znát důvod jejího použití, velikosti se pohybují od G 14 do G 24, což značí její průsvit, přičemž čím vyšší číslo, tím je průsvit kanyly menší (Vytejková et al., 2015). Kapounová (2020) a Veverková (2019) ještě velikosti kanyl doplňují o G 26, což je úplně nejmenší kanyla na trhu. Pokud zavádíme PŽK, jedná se obvykle o krátkodobé (přibližně 5 dní) podávání infuzní terapie, hrazení složek krve, aplikace diagnostických látek (kontrastní látka) nebo léčebných látek (analgetika, antibiotika, anestetika apod.), zajištění parenterální výživy (Veverková, 2019). Úkolem sestry je kanylu nejen zavést, ale i se o ní v průběhu celé doby starat a následně ji i odstranit. Před zavedením kanyly je na místě edukace pacienta a domluva, kam by bylo vhodné kanylu zavést (dominantní končetina, parézy, plegie, zvyklosti oddělení) (Jirkovský et al., 2012). Poté přichází na řadu samotné provedení výkonu, ke kterému si sestra připraví potřebné pomůcky (dezinfekce na kůži, turniket, kanylu (alespoň 2 velikosti), injekční stříkačku s fyziologickým roztokem, propláchnutou spojovací hadičku napojenou na stříkačku,

sterilní tampónky, zátku na uzavření kanyly, lepení na kanylu, náplast, podložku pod ruku nemocného, rukavice a dezinfekci na ruce, kontejner na ostrý odpad a emitní misku), sestra si před výkonem odezinfikuje ruce, nasadí rukavice a začne provádět samotný výkon, přičemž po celou dobu komunikuje s pacientem a dává pokyny, jak se má chovat (Veverková, 2019). Po zavedení kanyly ověří její funkčnost, kanylu zalepí a popíše datem a časem zavedení a nezapomene připojit svůj podpis. O celém výkonu provede záznam do dokumentace pacienta, kam uvede datum, čas a místo zavedení, velikost použité kanyly a označí svým podpisem včetně razítka (Vytejšková et al., 2015). Kanylu kontroluje podle využívané Maddonovy stupnice (viz Příloha 1) alespoň jednou za dvacet čtyři hodin (nejlépe každá směna), záleží na použitém krytí (sterilní, transparentní), což zaznamená do dokumentace, dbá na pravidelné převazy kanyly dle standardu ošetrovatelské péče dané nemocnice. Kapounová (2020) doplňuje možnost hodnocení o VIP skóre podle Jacksona (viz Příloha č. 2). Pokud se kanyla jeví jako nefunkční nebo je v okolí patrna známka infekce sestra ihned kanylu odstraní a tuto skutečnost zaznamená (Veverková, 2019). Pomůcky k odstranění kanyly jsou: dezinfekce, sterilní tampóny, náplast, podložka pod ruku, emitní miska, dezinfekce na ruce, rukavice a eventuálně benzín na odstranění zbylého lepidla z náplastí (Vytejšková et al., 2015). Ve chvíli, kdy víme, že léky nebo parenterální výživu budeme podávat delší dobu (Kapounová, 2020), nebo ve chvíli, kdy pacient nemá žíly v dobrém stavu k zavedení PŽK, mělo by se přistoupit k zavedení centrálního žilního katétru (Neoral a Klos, 2011). Postup je trochu odlišný od zavedení PŽK, mimo jiné i tím, že s tímto výkonem musí pacient podepsat informovaný souhlas. Sestra s pacientem komunikuje a v rámci svých kompetencí ho provede celým výkonem, připraví pomůcky: sterilní stůl, 2x neperforovaná sterilní rouška, centrální žilní katétr, šicí materiál, jehlu, jehelec, skalpel, nůžky, peán, sterilní čtverce a tampóny, sterilní perforovanou roušku, sterilní stříkačku (objemy podle zvyku 10, 20 ml), jehlu, koncovku k uzavěru katétru, sterilní rukavice, lepení na CŽK, fyziologický roztok, lokální anestetikum, dezinfekci na kůži, empír, 2x čepici, ústenku, rukavice, emitní misku, kontejner na ostrý odpad (Vytejšková et al., 2015), popřípadě sonograf a sonografický gel (Chovanec, 2016). Pokud je to nutné, před výkonem pacientovi oholí ochlupení (clipperem), zajistí Trendeleburgovu polohu s otočením hlavy na druhou stranu, než bude lékař provádět kanylaci (Kapounová, 2020), u nápichu a. femoralis bude poloha anti-Trendeleburgova (Jirkovský et al., 2012). Během výkonu asistuje lékaři i komunikuje s pacientem, monitoruje fyziologické funkce (Vytejšková et al.,

2015). Po výkonu přelepí CŽK a otře pacienta od přebytečné dezinfekce. Je-li to lékařem indikováno (vždy) doprovodí pacienta na RTG (Veverková, 2019). CŽK lze začít používat až po schválení lékařem a písemném záznamu v chorobopisu pacienta. Sestra zapíše datum, čas a místo zavedení CŽK a způsob ošetření (podle toho se budou odvíjet intervaly převazů), stejně jako u PŽK, tak i zde alespoň jednou za dvacet čtyři hodin hodnotíme okolí zavedeného CŽK a zaznamenáváme do dokumentace (Kapounová, 2020). Celková péče o CŽK probíhá za dodržení aseptických podmínek. Výhodou CŽK je i možnost provedení odběru krve na vyšetření, což PŽK neumožňuje. Pokud budeme CŽK odstraňovat, vždy musíme myslet na to, že je obvykle stehy fixovaný ke kůži pacienta, tudíž nejprve musíme odstranit stehy a poté až odstranit samotný CŽK, během odstraňování dbáme na to, abychom se koncem CŽK nedotkli okolí pacienta, protože se obvykle posílá na mikrobiologické vyšetření (dle standardu dané nemocnice) a vzniklou ránu komprimujeme sterilním čtvercem a širokým lepením. Pomůcky: empír, čepice, ústenka (Vytejšková et al., 2015), rukavice, dezinfekce na kůži, peán, nůžky, sterilní zkumavka, náplast, sterilní čtverce a tampóny, emitní miska (Veverková, 2019). Dalším možným centrálním žilním vstupem, se kterým se můžeme setkat, je zavedený port. Port jako takový se zavádí na specializovaných pracovištích, ale používat ho mohou i jiná pracoviště standardního typu. Doba jeho používání se bude pohybovat v rozmezí tří měsíců až pěti let (5000 vpichů). Po jeho zavedení je nutné provedení RTG a ujištění o správném zavedení (Kapounová, 2020). Místem, kde ho budeme hledat je přední strana hrudníku v okolí klíční kosti (Vytejšková et al., 2015). Základem aplikace do portu je zavedení Huberovy jehly (její zavedení je kolem pěti dní), kterou může provádět pouze proškolená osoba a její zajištění proti vysunutí mimo port (Lisová, 2016). Aplikace do portu se smí provádět pouze sterilními stříkačkami o objemu minimálně 10 ml za dodržení aseptických podmínek (Veverková, 2019). Péče o pacienta s portem není nijak jiná než o pacienta s PŽK či CŽK, jen je nutné pamatovat na výměnu jehly jednou týdně a podávání objemů alespoň 10 ml. O zavedeném portu se vede záznam nejen v chorobopisu pacienta, ale i v kartičce, kterou pacient má u sebe a zaznamenávají se tam veškeré nápichy portu (Kapounová, 2020). Stejně jako u CŽK lze z portu provádět i odběry krve (Vytejšková et al., 2015). Jako další možnost zajištění žilního systému jsou dlouhodobé CŽK. PICC katétr, který obvykle najdeme (stejně jako port) u pacientů, kteří procházejí onkologickou léčbou, doba jeho zavedení je cca jeden rok (Vytejšková et al., 2015). Zavedení opět spadá pod specializovaná pracoviště, ale vstupovat do něj smějí všechna

jiná pracoviště. Zásady užívání jsou v podstatě obdobné jako u portů (Kapounová, 2020). O PICC katétru vedeme záznam v chorobopisu pacienta. Tento katétr budeme hledat na pažích, kde je důkladně fixován speciální náplastí. Může sloužit nejen pro aplikaci léků, ale i pro odběry krve. Doba jeho použití bude kolem pěti měsíců (Kapounová, 2020). S tímto vstupem by pacient neměl koupat/namočit ho (Lisová, 2016). Pokud opustíme žilní vstupy, může přejít k dalšímu častému vstupu vzhledem k imobilizaci pacienta a tím je permanentní močový katétr. Indikací k jeho zavedení může být již zmíněná imobilita nebo inkontinence, nemožnost spontánního močení (překážky v močové trubici, pooperační období) (Kapounová, 2020). Jedná se o zavedení katétru do močového měchýře (Jirkovský et al., 2012). Zavedení PMK u ženy spadá do kompetence sestry, u muže do kompetence lékaře nebo sestry se specializací (Kapounová, 2020). Po operaci je nutné, aby se pacient vymočil do osmi hodin (Slezáková et al., 2019), pokud se tak nestane, můžeme využít různé metody k podpoře močení, pokud ale ani ty nezafungují, přichází na řadu buď jednorázové cévkování, nebo zavedení permanentního močového katétru (Jirkovský et al., 2012). K zavedení PMK přistupujeme nejen pro močovou retenci, ale i z jiných důvodů, ale vždy po edukaci pacienta, kdy mu vysvětlíme celý postup a důvod zavedení. Pacientovi zajistíme dostatek soukromí a sestra si připraví potřebné pomůcky (sterilní tampóny, dezinfekci na sliznice, sterilní permanentní cévku vhodné velikosti a podle pohlaví, sterilní injekční stříkačku s roztokem k naplnění balónku, sterilní rukavice, sterilní lubrikant, emitní misky, sběrný močový sáček s háčkem na zavěšení, podložku pod nemocného), pokud se jedná o muže, ještě připojujeme peán nebo pinzetu (Veverková, 2019). Kapounová (2020) ještě do pomůcek k zavedení PMK doplňuje 2x empír a nesterilní rukavice pro sestru, která bude katétr zavádět. Samotné zavedení může být pro obě pohlaví nepříjemné, a proto je důležité s pacientem během výkonu mluvit a říkat, co se budeme dělat. Po zavedení PMK je nutné, aby napojený sběrný sáček byl pod úroveň močového měchýře, ale zároveň, aby se nedotýkal podlahy (Veverková, 2019). Pacienta upozorníme, že pokud by opouštěl lůžko, musí myslet na to, že má PMK zaveden a brát s sebou vždy i sběrný sáček (Jirkovský et al., 2012). Práci sestry je provést záznam do dokumentace (datum, čas, velikost, jmenovka a podpis sestry), hodnotit množství a vzhled odváděné moče a dbát na důslednou hygienu v okolí zavedeného PMK, dbát na pravidelnou výměnu PMK (dle standardu a pokynů výrobce) (Veverková, 2019). V této kapitole jsme se věnovali pouze nejčastěji užívaným vstupům v ortopedii, což neznamená, že pacient nemůže mít

například zavedenou ještě nasogastrickou sondu, arteriální katétr nebo epidurální katétr apod.

1.3.10 Základní charakteristiky používaných léčiv

Vzhledem k tomu, že sestra během péče o pacienta aplikuje spoustu lékových skupin, je nezbytné, aby věděla, který lék do jaké skupiny patří a tím pádem jakým způsobem ovlivňuje činnost organismu pacienta. Pojdme si tedy ty nejčastěji používané skupiny charakterizovat. Analgetika jsou léčiva, která tlumí bolest, některá snižují tělesnou teplotu a jiná mají i spasmolytický efekt (Martínková et al., 2018). Další skupinu léčiv, které jsou hlavně pro septickou ortopedii typické, jsou antibiotika, což je souhrnný název pro léčiva s antimikrobiálním účinkem, která můžeme rozdělit do dvou skupin, první skupinou jsou léčiva, která zastavují růst bakterií a druhá skupina bakterie ničí (Votava a Slíva, 2021). Pro laika naprosto shodnou skupinou jsou chemoterapeutika, která odpovídají i definici antibiotik, liší se pouze v systému výroby (Schindler, 2014). Na co by si ale měla každá sestra dát pozor je vznik antibiotické rezistence. Pokud hovoříme o antibiotické rezistenci, jedná se především o odolnost nějakého mikroorganismu vůči působení antibiotika jako takového následkem podávání ATB (Drnková, 2019). Vzhledem k tomu, že se stále více mikroorganismů stává odolnými vůči ATB, tím nám přímo úměrně klesá i škála použitelných antibiotik či chemoterapeutik, což je celosvětovým problémem, jak uvádí Schindler (2014), stejně tak neopomíjí i fakt, že pacient, u kterého se projeví rezistence vůči ATB, je daleko déle hospitalizovaný a jeho léčba je i finančně nákladnější. Stále častěji se setkáváme s multirezistentními mikroorganismy. Podle studie Li a Webstera (2018) je pro pacienty se septickou diagnózou typické, že se u nich projeví rezistence na ATB, a proto je nezbytné, aby se nastavila celosvětová politika pro potlačování rezistencí a snížil se tím počet neúčinných ATB. Dále říkají, že u těchto pacientů jsou nejčastějšími patogeny *S. aureus* a *koaguláza negativní stafylokoky*. Rezistence vůči ATB patří ke sledovaným faktorům v rámci poskytování péče (Schindler, 2014). Jindrák et al. (2014) se ještě zmiňuje o panrezistenci, což znamená, že na daný mikroorganismus je rezistentní vůči všem známým antibiotikům, která jsou na trhu. Abychom předešli, vzniku rezistencí, měli bychom se důsledně věnovat antibiotické politice, což je: „*Souhrn opatření, jejichž cílem je vysoká kvalita používání antibiotik ve smyslu účinné, bezpečné a nákladově efektivní léčby a profylaxe, která současně omezuje riziko vzestupu antibiotické rezistence.*“ (Jindrák et al., 2014, s. 387). Antidota jsou léčiva, která ruší účinek jiné

léčivé látky. Pro naši potřebu nás budou zajímat antidota opioidů - Naloxon, dále antikoagulancia Warfarinu – Kanavit, heparinu –Protamin a benzodiazepinů – Anexate (Kociánová et al., 2007). V pooperačním období jsou pro sestru důležitá léčiva, která ovlivňují a hlavně minimalizují nevolnost a zvracení, tzv. antiemetika (Martínková et al., 2018). Pak jsou to antikoagulancia, která zabraňují tvorbě a narůstání trombů, čímž ovlivňují proces srážlivosti krve. V případě, že pacient má teploty, sestra podává antipyretika. Antiseptika nemohou chybět na žádné ambulanci ani lůžkové stanici, protože se jedná o látku, která má antimikrobiální účinek a používá se k dezinfekci kůže, sliznic nebo rány (Kociánová et al., 2007). Pokud chceme pacienta ochránit před vznikem vředové choroby, nebo eliminovat její dopady, podáváme antiulcerózní látky. Dále se budou v ordinacích objevovat diuretika, a to u pacientů, kteří mají malý výdej moči nebo dochází k otokům, popřípadě jako prevence srdečního selhání (Martínková et al., 2018). V přípravě operace hraje nemalou roli jeho zlidnění a navození klidného spánku, k čemuž nám velmi dobře poslouží hypnotika a anxiolytika, která oslabují strach a úzkost pacienta a tím pádem podporují i lepší spánek. V důsledku hospitalizace může mít pacient problém se stolicí ve smyslu zácpy, tento problém nám pomohou vyřešit laxancia. A další užívané léky pacientem v rámci chronické medikace (Votava a Slíva, 2021).

1.3.11 Propuštění + překlád pacienta

Pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, je možné přistoupit k propuštění pacienta do ambulantní péče. Jinou situací je, když o propuštění požádá sám pacient, ale lékař s tím nesouhlasí, v tom případě se jedná o revers, odmítnutí péče (Jirkovský et al., 2012). Jedná se pro pacienta o náročnou situaci, protože v nemocničním zařízení trávil poměrně dost času a nedovede si představit, jak to bude doma zvládat. Proto je důležité, aby sestra s pacientem komunikovala, vše mu vysvětlila a potřebné věci zajistila (Rozsypalová et al., 2009). Jedná se hlavně o zajištění odvozu z nemocnice (rodina nebo sanitní doprava), oznámení úmyslu propuštění z nemocnice rodině, zavolání na sanitní dopravu a objednání sanity na určitý čas a adresu (Jirkovský et al., 2012). Sestra by měla zajistit přípravu pacienta na odjez, to znamená, že pacienta edukuje o domácí péči, návštěvě svého praktického lékaře nejlépe do 3 dní od propuštění, kontrolách v odborných ambulancích (ortopedie) (Jirkovský et al., 2012). Zeptá se, zda má dostatek všech užívaných léků, pokud ne, tak zajistí zásobu na 3 dny (do návštěvy praktického lékaře) a předá mu propouštěcí zprávu (Wirthová, 2011). Pokud má

předepsané jiné léky, může mu ošetřující lékař v nemocnici vystavit na ně recept (Jirkovský et al., 2012). Dále pacientovi přinese jeho osobní věci, a pokud je to nutné, tak mu pomůže s oblékáním (Rozsypalová et al., 2009). Potom, co pacient opustí oddělení, je nutné, aby sestra pacienta odepsala ze stavu hospitalizovaných, dokončí a uzavře chorobopis pacienta, odstraní ho z tabule hospitalizovaných a informuje o tom při předání služby své kolegyně/kolegy (Jirkovský et al., 2012). Nutné je také, aby se postarala o přípravu lůžka a pokoje pro dalšího pacienta (svlečení ložního prádla, dezinfekce lůžka a nočního stolku, povlečení lůžka čistým prádlem a zakrytí před příchodem jiného nemocného). V neposlední řadě se postaráme o veškeré pomůcky, které pacient využíval (Rozsypalová et al., 2009).

Druhou možností, propuštění pacienta, ne v pravém slova smyslu, je jeho překlad na jiné oddělení, většinou se bude jednat o následnou, rehabilitační nebo intenzivní péči buď v rámci jedné nemocnice, nebo do úplně jiného zdravotnického zařízení (Jirkovský et al., 2012). I s tímto krokem jsou spojeny kroky sestry, které je nutné udělat. Většina je shodných s kroky, které jsou nutné provést při propuštění pacienta. To znamená, že je nutné informovat o tomto záměru pacienta, příslušné oddělení, kam pacienta budeme překládat (domluvit se na dnu i hodině překlady) (Wirthová, 2011). Sestra by měla pacienta předat potřebné dokumenty (překladovou zprávu jak lékařskou, tak i sesterskou, pracovní neschopnost) a objednat sanitu, pokud je to nutné (Jirkovský et al., 2012). Dále je podstatná komunikace s pacientem, vysvětlit důvody překlady, jak to tam bude probíhat apod. (Wirthová, 2011). Po překlady pacienta sestra zajistí všechny potřebné kroky, ohledně dokumentace, lůžka a pomůcek, jako při propuštění (Rozsypalová et al., 2009).

1.3.12 Úmrtí pacienta

Umírání je těžkou životní situací nejen pro pacienta, ale i pro zdravotníky, kteří o umírajícího pečují. Z lékařského pohledu se jedná o terminální stav, kdy postupně dochází k nenávratnému poškození všech orgánových struktur s důsledkem vymizení všech vitálních funkcí, což znamená pro organismus smrt (Haškovcová, 2002). Veverková a Svoboda (2019, s. 129) definují smrt jako: *„Ireverzibilní poškození mozku a jeho funkcí, včetně mozkového kmene, bez ohledu na přetrvávající funkce kardiovaskulárního systému a jiné orgánové funkce.“* Svým způsobem můžeme říci, že umírání a smrt jsou také diagnózy, se kterými se musí

pacient vyrovnat. Znamená to tedy to, že může procházet různými fázemi smířování se s tím. K tomu nám mohou pomoci fáze smířování se s diagnózou od E. Kübler Ross (viz Příloha č. 5). Ale měli bychom mít na paměti, že ne vždy je pacient a jeho rodina ve stejné fázi prožívání (Kelnarová et al., 2010). Pacient může fáze různě střídat nebo se vracet do již proběhlé fáze (Veverková a Svoboda, 2019).

Umírání můžeme rozdělit na tři období: *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Kapounová, 2020). *Pre finem* je zahájeno sdělením, že stav pacienta nepovede k úzdavě, ale ke smrti. V tomto období se nejvíce uplatní pomoc psychologa, nemocničního kaplana, rodiny a citlivého přístupu sestry (Veverková a Svoboda, 2019). V tomto období pečuje sestra především o psychickou pohodu pacienta, bolest, vyprazdňování, příjem potravy a tekutin, co největší soběstačnost a nezávislost pacienta, ale i spánek a odpočinek. *In finem* je asi nejtěžší období pro pacienta i pro sestry (Kapounová, 2020), dochází totiž k postupnému vyhasínání sil pacienta včetně fyziologických funkcí, obranných mechanismů a nástupu agonie, po které přichází samotná smrt. Lékař by měl na začátku této fáze oznámit rodině, že pacient umírá a jestli se chtějí přijet rozloučit a trávit s ním poslední hodiny (Veverková a Svoboda, 2019). Sestra by se měla pokusit zajistit umírajícímu samostatný pokoj nebo alespoň dostatek soukromí, popř. i pro rodinu. Pokud nemůže být rodina přítomna, tak by jejich společnost měla zajistit sestra, aby umírající nebyl v poslední fázi života sám (Kapounová, 2020). Pokud sestra nalezne pacienta bez známek života, musí neodkladně zahájit kardiopulmonální resuscitaci a přivolat lékaře (jedinou výjimku tvoří terminální stavy, kdy je v chorobopisu pacienta uvedeno DNR = do not resuscitate = neresuscitovat (Kapounová, 2020), nebo dříve vyslovené přání pacienta (Veverková a Svoboda, 2019). Pokud se ani po resuscitaci nepodaří obnovit životní funkce, lékař stanoví čas úmrtí pacienta (Kapounová, 2020). Poslední fází umírání je období *post finem*. Nyní přichází na řadu péče o tělo zemřelého, kdy sestra s dalším zdravotníkem zajistí soukromí pro úpravu těla a před převozem do márnice (Veverková a Svoboda, 2019). Následující postupy se mohou různit podle poskytovatelů zdravotní péče. Uvádíme ty, které obecně vycházejí z literatury, ale nejsou závazné. Tělo po domluvě s lékařem zbaví zavedených katétrů, přístrojového vybavení, náplastí a obvazů, popřípadě konce katétrů zašle na mikrobiologické vyšetření (Kapounová, 2020). Lůžko uvede do vodorovné polohy, odstraní z něj veškeré lůžkoviny a zemřelého vyslečeme (Veverková a Svoboda, 2019). Provedeme hygienickou péči, při které nezapomínáme na dutinu ústní, ke může být ještě zubní

protéza, kterou odstraníme. Poté sejmeme všechny šperky, které zemřelý měl na těle a uložíme je k cennostem, pokud nejdou odstranit, musí to lékař zapsat do Protokolu o prohlídce zemřelého (Vytejková et al., 2013). Zemřelému zavřeme oči, zavřeme ústa a ruce položíme podél těla. Tělo zemřelého označíme dle zvyku oddělení, popřípadě připevníme cedulku na palec dolní končetiny se shodnými údaji, jako jsou na stehně pravé dolní končetiny (Kapounová, 2020). A poté tělo přesuneme do vaku, ve kterém bude transportováno do márnice po dvou hodinách od konstatování smrti (Vytejková et al., 2013). Kapounová (2020) se zmiňuje o ponechání těla zabaleném pouze v prostěradle, nikoli ve vaku na zemřelé jako Vytejková et al. (2013). Následuje sepsání věcí zemřelého, opět ve dvou zdravotnících. Soupis se provádí do formuláře k tomu určeného, nesmíme opomenout zapsat i sebemenší věc, kterou měl zemřelý s sebou v nemocnici. Zvláště důležité je sepsání cenností – šperky, hodinky, mobil, nabíječku, holicí stojek, rádio, notebook, počítač, ale i klíče, kreditní karty, občanský průkaz apod. Sepsané věci uložíme na oddělení a předáme je rodině, která si je proti podpisu přebere (Vytejková et al., 2013). Dále sestra zemřelého odepíše ze stavu oddělení a uzavře chorobopis (Kapounová, 2020). Mezitím, co obvykle sestry pečují o tělo zemřelého, lékař sepíše Prohlídku těla zemřelého a o úmrtí informuje kontaktní osobu, která je uvedena v chorobopisu zemřelého. Když si rodina přijde vyzvednout osobní věci zemřelého, vždy s nimi jednáme s úctou a soucítíme s nimi, poskytneme důležité informace ohledně zařízení pohřbu, popřípadě kontakt na psychologa (Vytejková et al., 2013). Nezapomínáme ani na informaci, že zemřelý měl u sebe cennosti nebo hotovost ve vyšší hodnotě a tyto věci jsou uloženy v nemocničním trezoru (Kapounová, 2020).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce:

Zmapovat management práce sestry v septické ortopedii.

2.2 Hypotézy:

1. Existuje statisticky významný vztah mezi typem nemocnice (fakultní, krajská, okresní) a managementem práce sestry v septické ortopedii.
2. Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a znalostmi v oblasti moderního hojení ran.
3. Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a zkušenostmi s péčí o pacienta se septickou komplikací po ortopedickém výkonu.

2.3 Výzkumné otázky:

1. Jak pacienti vnímají sdělování informací o následujících krocích léčby od zdravotníků?
2. Jak pacienti vnímají komunikaci se členy zdravotnického týmu?
3. Jak pacienti vnímají bariérový/izolační režim?
4. Jak pacienti vnímají režim dne v nemocnici?

2.4 Operacionalizace pojmů

Management má několik definic a možných vysvětlení. Asi nejčastější definice je: „*Management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů.*“ (Plevová et al., 2012, s. 11). Další definici, kterou lze použít uvádí Bělohlávek et al. (2006, s. 7): „*Proces systematického plánování, organizování, vedení lidí a kontrolování, který směřuje k dosažení cílů organizace.*“ Jak dále uvádí Plevová, tak základem zdravotnického managementu je poskytnutí nejkvalitnější a nejlepší péče pacientům s efektivním využitím všech možností (materiální i personální). Pokud se podíváme na všechny složky, které budou ovlivňovat výsledek našeho snažení, jakožto „řadové sestry“, musíme jít po vrstvách, které nás regulují. První, kdo nás svým způsobem usměřňuje je staniční sestra, která se nachází na pozici liniového manažera, tudíž má za úkol každodenní kontakt se zaměstnanci a jejich případné vedení a kontrolu v běžném provozu. Staniční sestra se zodpovídá sestře vrchní, která už patří do střední manažerské

linie, což znamená, že organizuje činnosti oddělení v dlouhodobějším horizontu a rozpracovává cíle, která má organizace (zdravotnické zařízení) ve své dlouhodobé strategii, poté jednotlivé dílčí cíle ze strategie deleguje na sestry staniční. A jako poslední jsou manažeři vrcholoví, kteří řeší politiku organizace na nejvyšší úrovni a dlouhodobé strategii a cíle kvality, patří sem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči či hlavní sestry (Plevová et al., 2012). Pro lepší pochopení této práce *Management práce sestry v septické ortopedii*, jsme se rozhodly, že uvedeme definici managementu, jak ji chápeme my, pro potřeby této práce. V práci se nebudeme zabývat managementem v ošetrovatelství, což znamená vedení a organizování na jednotlivých úrovních, jak bylo popsáno výše, ale budeme pracovat s pojmem ošetrovatelský management, který přesně značí to, co je pro tuto práci podstatné a tím je řízení a organizování ošetrovatelského procesu na úrovni nelékařských zdravotnických pracovníků (Jarošová, 2006) podle zákona č. 201/2017 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v péči o nemocného. „*Sestra musí mít předem stanovenou osu – průběh ošetrovatelských činností a určit si následný postup k dosažení cíle v dané oblasti. Při výkonu svého povolání musí mít schopnosti řešit problémy, propojovat dílčí znalosti do celku, vytvořit strategii postupu (analytické a komplexní myšlení), být členem týmu a kooperovat na společných činnostech.*“ (MZ ČR, 2021, s. 17).

3 Metodika

K napsání této diplomové práce s názvem *Management práce sestry v septické ortopedii* jsme se rozhodly využít obou metod výzkumného šetření, což znamená jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum, a to z důvodu, abychom lépe porozuměly dané problematice.

3.1 Design kvantitativní části výzkumného šetření

Jako první jsme začaly pracovat na výzkumu kvantitativním, který byl koncipován jako nestandardizované dotazníkové šetření, které prošlo pilotní studií mezi kolegyněmi na autorčině pracovišti. Na základě jejich výsledků, byl poté dotazník dopracován a připraven k distribuci mezi ostatní respondenty. Všichni respondenti v úvodu dotazníku byli seznámeni s anonymitou celého dotazníkového šetření, cílem práce, ale i s principem práce s dotazníkem. Dotazník se skládal ze dvou částí: obecná část obsahovala identifikační údaje (pohlaví, věk, vzdělání, specializace, délka praxe, pracoviště, pracovní pozice, zřizovatel zdravotnického zařízení a statut zdravotnického zařízení), druhá, specifická část už se týkala naší problematiky septické ortopedie. Celkový počet otázek v dotazníku činil 43, z čehož otázky 1 – 9 patřily k obecné části dotazníku, otázky 10 – 41 nám odpověděly na hlavní záměr našeho výzkumu, předposlední otázka 42 byla zaměřena na možné připomínky respondentů k dotazníku jako takovému, ale i k samotné problematice a v poslední otázce 43 měli respondenti možnost uvést, zda si přejí být o výsledcích výzkumu informováni prostřednictvím emailu. Dotazník jsme se rozhodly rozšířit pomocí internetu a sociálních sítí (Ošetrovna od Ošetrovatelství.info, Ošetrovatelství. info, Facebook, Přiznání zdravotnictví), přes aplikaci Click4survey.cz, ale i formou tištěných dotazníků přímo v nemocnicích, kde byl výzkum schválen zodpovědnou osobou (souhlasy k nahlédnutí u autorky práce). Sběr dat probíhal v průběhu dubna a května 2022, kdy na konci měsíce byl sběr dat ukončen a připraven k vyhodnocení. Celkový počet rozdaných dotazníků v tištěné podobě činil 750 a jejich návratnost byla 426, z nich do práce bylo použito 330 a k tomu se ještě připojilo 320 vyplněných dotazníků (v aplikaci se ukázal počet otevřených dotazníků) ze sociálních sítí, u nichž bylo k zařazení do práce použito celkem 35. Celkem bylo rozdáno 1070 dotazníků včetně dotazníku online, z nichž návratnost činila 746 a do práce bylo po odstranění nevyhovujících dotazníků (nevyplněné odpovědi, zvoleno více možností, než bylo povoleno, nedoplněné údaje u otázek s otevřenou odpovědí, vynechané odpovědi u otázek s podotázkami) zařazeno 365 dotazníků.

Návratnost papírových dotazníků činila 56,8 % a použitelnost byla 44 %. Z online dotazníků uvedeme použitelnost a ta činí 10,9 %. Celý dotazník najdete v práci jako Přílohu 8. Dotazníky byly po shromáždění očíslované a data zpracována ve formě grafů s popisy. Zpracování dat proběhlo za účasti statistika.

3.2 *Statistické zpracování dat*

Data byla testována podle chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce, testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace, Mann-Whitneyho testu a Kruskal-Wallisova testu. Pro další zpracování dat bylo využito programu TIBCO STATISTICA. Hladina významnosti činila 5 % ($p = 0,05$).

3.3 *Design kvalitativní části výzkumného šetření*

Druhou metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, které byly nahrávány na diktafon, poté přepsány a kódovány, data pak kategorizována. V úvodu rozhovorů byla participantům ozřejmena naše vize výzkumu a celé práce, dále byli informováni o zachování jejich anonymity při publikaci zjištěných výsledků. V úvodu rozhovorů zazněla od autorky prosba o schválení možnosti nahrávání rozhovoru na diktafon, anebo přímý přepis jejich odpovědí do MS Word na místě rozhovoru. Délka rozhovorů se pohybovala okolo 30 - 60 minut, v závislosti na stavu participanta a jeho ochotě ke spolupráci. Jejich výsledek posloužil k doplnění celkového obrazu práce sestry v septické ortopedii. Rozhovory proběhly bez nutnosti návštěvy nemocnic autorkou. Rozhovory se uskutečnily online formou, telefonickým rozhovorem nebo formou osobního setkání s participanty po propuštění z nemocnice. Participanti se ozývali po přečtení výzvy na sociálních sítích (Facebook, Sestřičky, Ošetřovna od Ošetřovatelství.info) nebo jsme na ně dostaly kontakt od známých. Výběr participantů probíhal metodou sněhové koule (snowball sampling). Kritéria pro zařazení do výzkumu byla: septická diagnóza nebo infekční komplikace související s tématem naší práce (osteomyelitidy, artritidy, infekce po TEP), aktuální hospitalizace či doba od propuštění maximálně do dvou měsíců, ochota podělit se o své zkušenosti z hospitalizace. Sběr dat pro tuto část výzkumného šetření probíhal v období od března do nasycení souboru, nejpozději však do konce dubna 2023, z důvodu kompletnosti práce před odevzdáním. Kódování dat probíhalo metodou tužka a papír. Podle výzkumných otázek jsme si poté data kategorizovaly do kategorií a podkategorií, které jsou pro nás důležité a pomohou nám odpovědět si na výzkumné otázky. Každá výzkumná otázka

má jednu myšlenkovou mapu, kde je přehledně vidět, o jaké kategorie a podkategorie jsme se během rozhovorů zajímaly. Pro lepší představu o našich participantech je do práce ještě doplněna tabulka, která popisuje věk, pohlaví, vzdělání, typ nemocnice, typ hospitalizace a dobu hospitalizace jednotlivých participantů.

3.4 Charakteristika výzkumných souborů

Kvantitativní výzkumné šetření, které bylo určeno všem nelékařským zdravotnickým pracovníkům pracujícím v České republice na pozici sestry (praktická, všeobecná), jejichž místem výkonu práce je septická ortopedie, chirurgie nebo v intenzivní péči, respondentům byla ponechána i možnost jiného oddělení s tím, že respondent doplní místo svého výkonu práce, kde pečují o nemocné se septickou komplikací nebo diagnózou. Účast v dotazníkovém šetření byla pro respondenty zcela dobrovolná a anonymní. Kvantitativního výzkumného šetření se zúčastnilo 92,1 % žen a 7,9 % mužů. Věkové zastoupení bylo ve všech kategoriích, které jsme se stanovily, přibližně stejné. Našeho výzkumu se účastnilo nejvíce respondentů se středoškolským vzděláním a bez jakékoliv specializace. Nejčastěji uváděným pracovištěm bylo chirurgické oddělení.

Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo s participanty, kteří prodělávali léčbu v České republice. Našimi participanty byli pacienti, kteří právě prodělávali nebo byli čerstvě (max. 2 měsíce) po určení diagnózy, která spadá pod septickou ortopedii či po komplikaci s ní spojenou. Všichni participanty měli možnost volby, zda se výzkumu zúčastní či nikoli. Do výzkumu byli zařazeni všichni participanty, kteří se nám buď ozvali sami na výzvu na Facebooku nebo jsme na ně dostaly kontakt. Našimi participanty byli v 77,8 % muži a ve 22,2 % ženy. Jejich věk se pohyboval v rozmezí 42 – 83 let, vzdělání bylo různorodé od základní školy po vysokou školu a jejich hospitalizace trvala od týdne po šest týdnů.

3.5 Limitace výzkumů

Pro kvalitativní výzkumné šetření bychom uvedly obavy participantů ze zveřejnění osobních informací, které ale byly vyvráceny a objasněn princip fungování takového výzkumu. Jako další limitaci bychom uvedly určitou neochotu zdravotnických zařízení schvalovat tento druh výzkumu a v neposlední řadě to byl i zdravotní stav jednotlivých participantů.

Pro kvantitativní výzkumné šetření bychom jako limitaci uvedly malé množství respondentů z fakultních a soukromých nemocnic, tyto nemocnice pak byly následně z testování vyřazeny a pracovalo se pouze s daty krajských a okresních nemocnic.

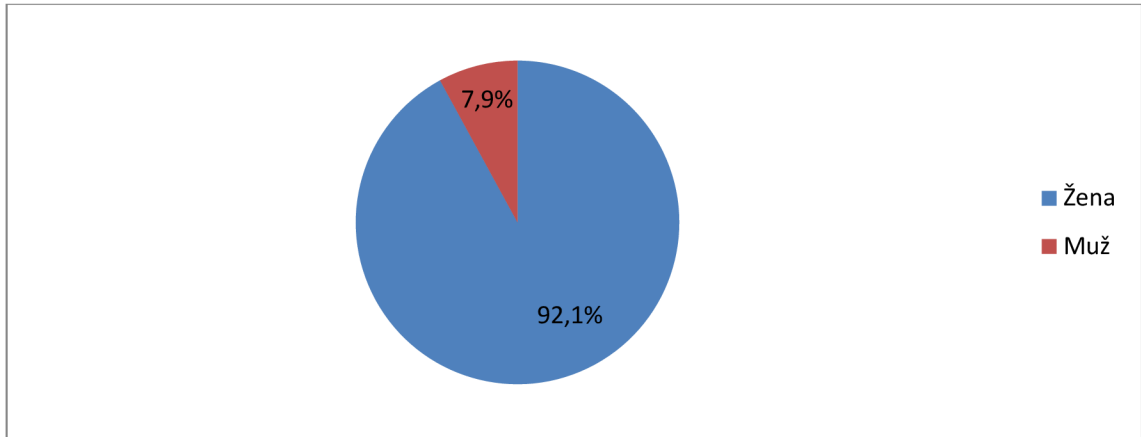
Celé téma septické ortopedie z pohledu sestry je velmi rozsáhlé a jeho podrobná analýza by byla nad rámec této práce. I přesto, že jsme se snažily vybrat to nejdůležitější, má práce větší rozsah, což je mimo jiné dáno i tím, že jsme pro lepší zmapování této problematiky zvolily kombinaci obou typů výzkumů a z obou nám vzešlo velké množství dat.

4 Výsledky výzkumného šetření a jejich analýza

4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

Graf 1 Pohlaví

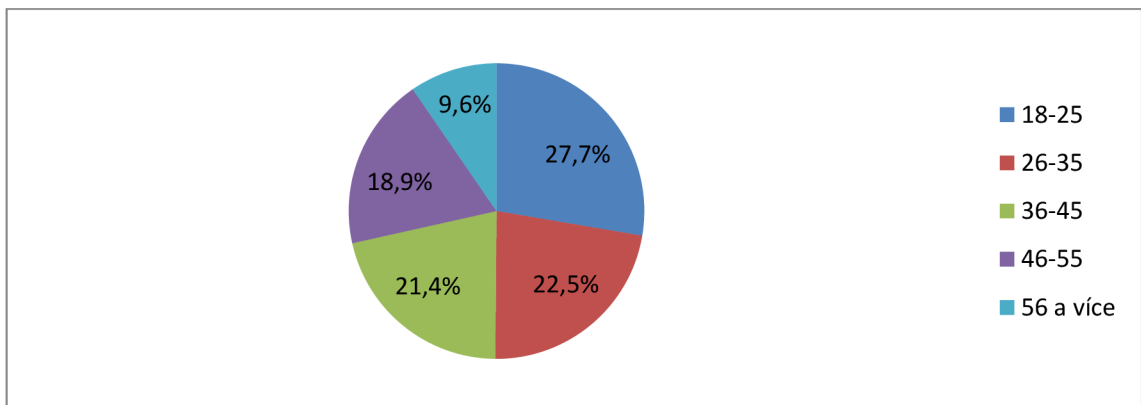
(n=365)



Graf 1 prezentuje rozložení respondentů dle pohlaví. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 336 (92,1 %) žen a 29 (7,9 %) mužů.

Graf 2 Věk

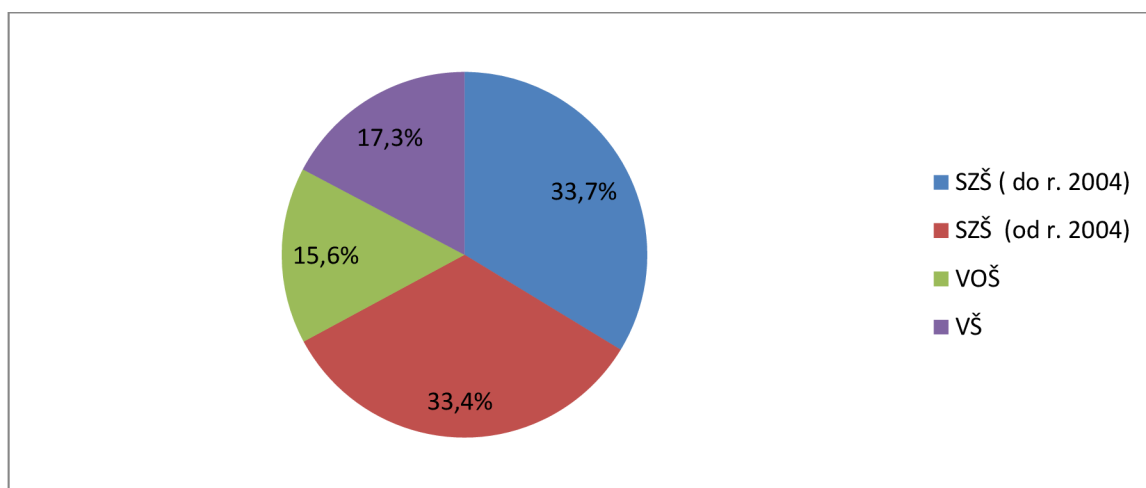
(n=365)



Graf 2 prezentuje rozložení respondentů dle věkových kategorií. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 101 (27,7 %) respondentů z věkové skupiny 18-25 let, 82 (22,5 %) respondentů ve věku 26-35 let, 78 (21,4 %) respondentů tvořilo věkovou skupinu 36-45 let, ve věkové skupině 46-55 let jsme získaly 69 (18,9 %) respondentů a pro poslední skupinu 56 let a více se vyjádřilo 35 (9,6 %) respondentů.

Graf 3 Vzdělání

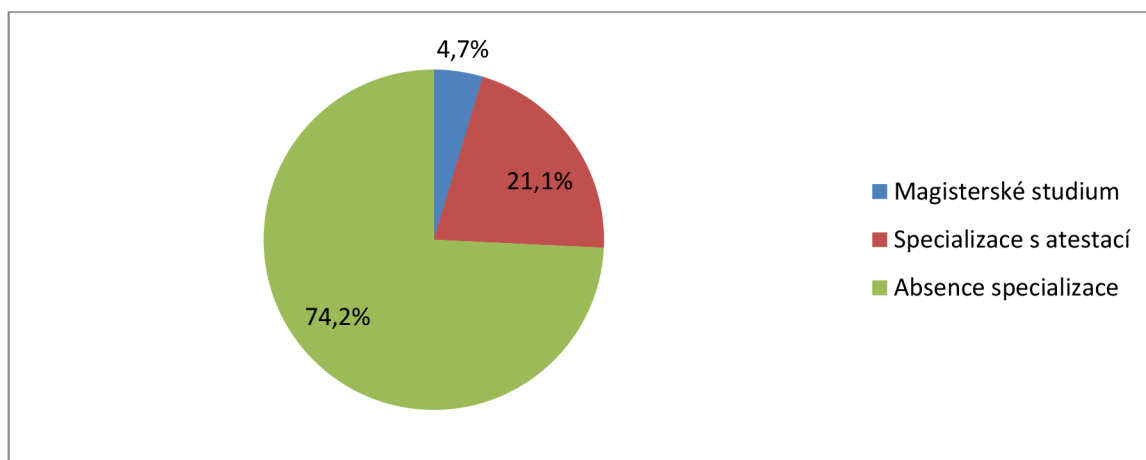
(n=365)



Graf 3 prezentuje rozložení respondentů dle dosaženého vzdělání. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 123 (33,7 %) respondentů se SZŠ do r. 2004, čili všeobecné sestry, 122 (33,4 %) respondentů se SZŠ v režimu od r. 2004, čili zdravotnický asistent, později praktická sestra. 57 (15,6 %) respondentů uvedlo VOŠ a 63 (17,3 %) ze všech respondentů uvedlo VŠ.

Graf 4 Specializace

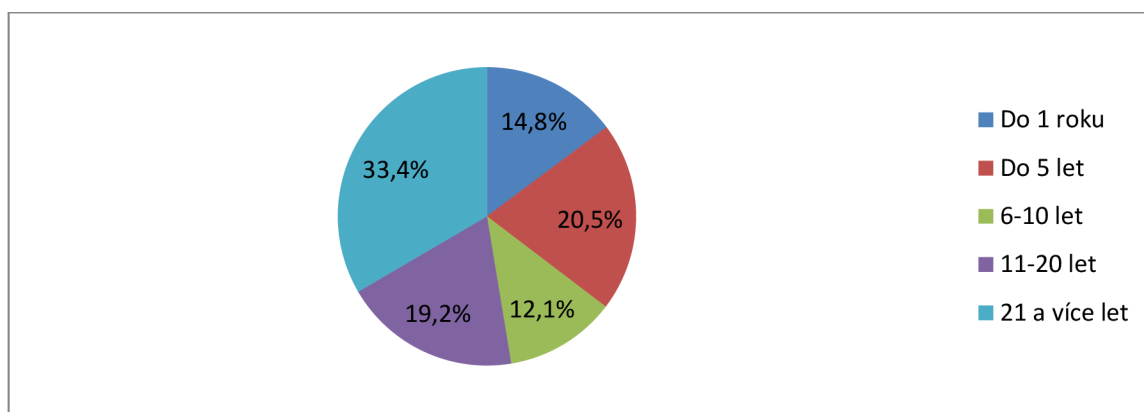
(n=365)



Graf 4 prezentuje rozložení respondentů dle získání specializace v rámci svého oboru. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 17 (4,7 %) respondentů s magisterským studiem, dále 77 (21,1 %) respondentů se specializací s atestační zkouškou a 271 (74,2 %) respondentů, kteří uvedli, že nemají v rámci svého oboru žádnou specializaci

Graf 5 Délka praxe

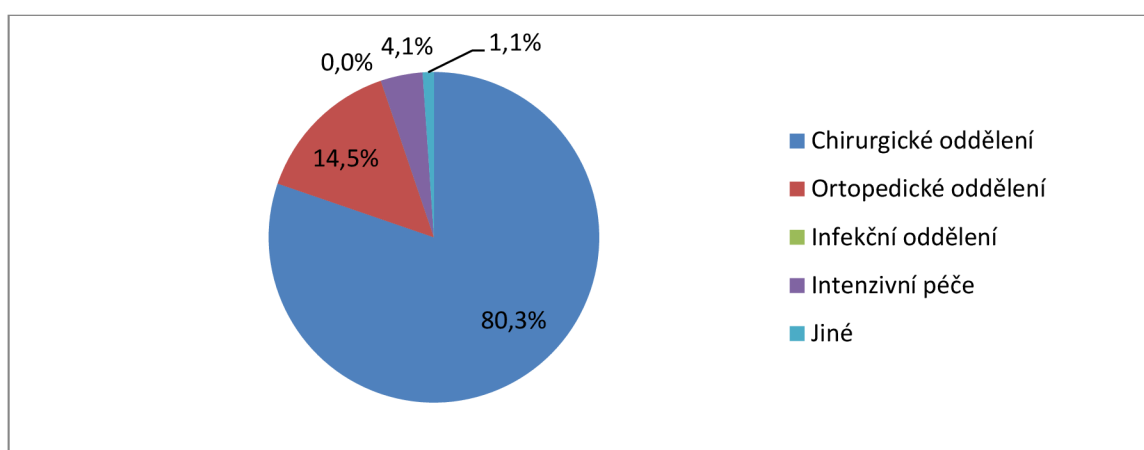
(n =365)



Graf 5 prezentuje rozložení respondentů dle délky praxe, kterou mají respondenti ve zdravotnictví. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 54 (14,8 %) respondentů s praxí do 1 roku, 75 (20,5 %) respondentů s praxí do 5 let, dále 44 (12,1 %) s praxí 6-10 let, pak 70 (19,2 %) respondentů, kteří mají praxi 11-20 let a poslední nejpočetnější skupinu 122 (33,4 %) tvoří respondenti, kteří mají praxi 21 let a více.

Graf 6 Pracoviště

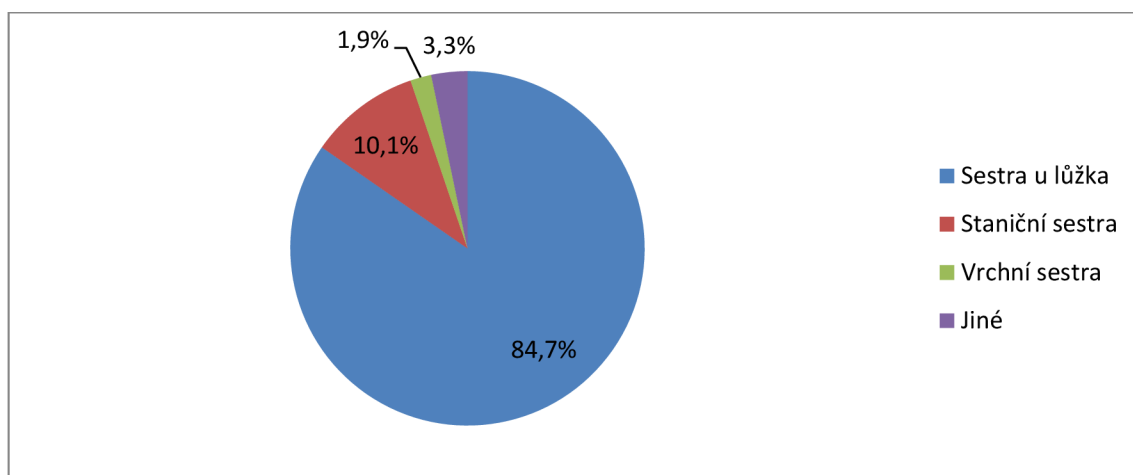
(n=365)



Graf 6 prezentuje rozložení respondentů dle místa výkonu práce v současné době. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 293 (80,3 %) respondentů, kteří pracují na chirurgickém oddělení, dále 53 (14,5 %) respondentů pracujících na ortopedickém oddělení a 15 (4,1 %) na oddělení intenzivní péče. Možnost infekčního oddělení nevyužil žádný respondent (0 %) a variantu jiné zvolili 4 (1,1 %) respondenti.

Graf 7 Pracovní pozice

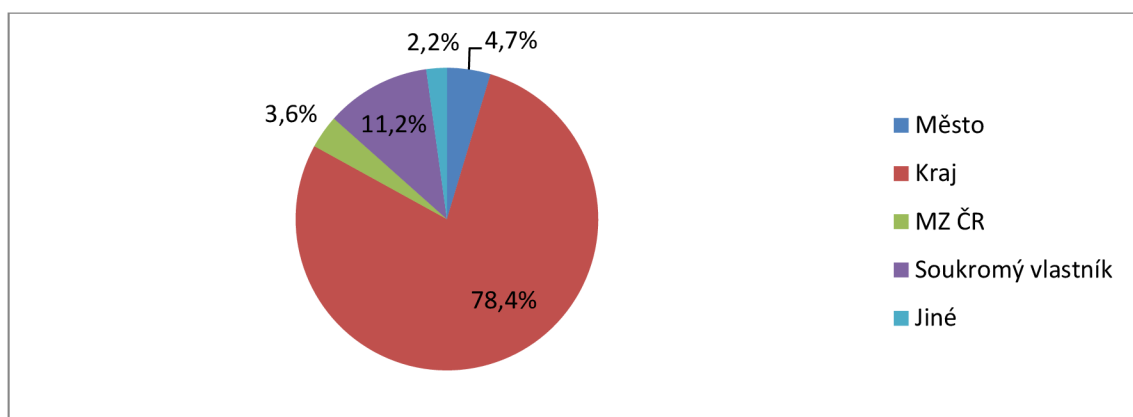
(n=365)



Graf 7 prezentuje rozložení respondentů dle pracovní pozice, kterou respondenti zastávají na svém pracovišti. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 309 (84,7 %) respondentů z řad sester pracujících u lůžka pacientů, 37 (10,1 %) staničních sester, 7 (1,9 %) respondentů uvedlo jako svou pozici vrchní sestru a 12 (3,3 %) uvedlo jiné pracovní zařazení.

Graf 8 Zřizovatel zdravotnického zařízení

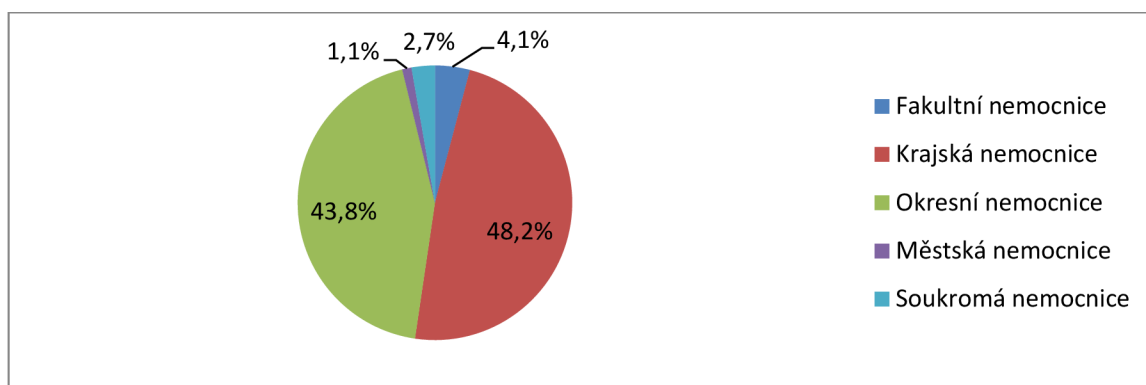
(n=365)



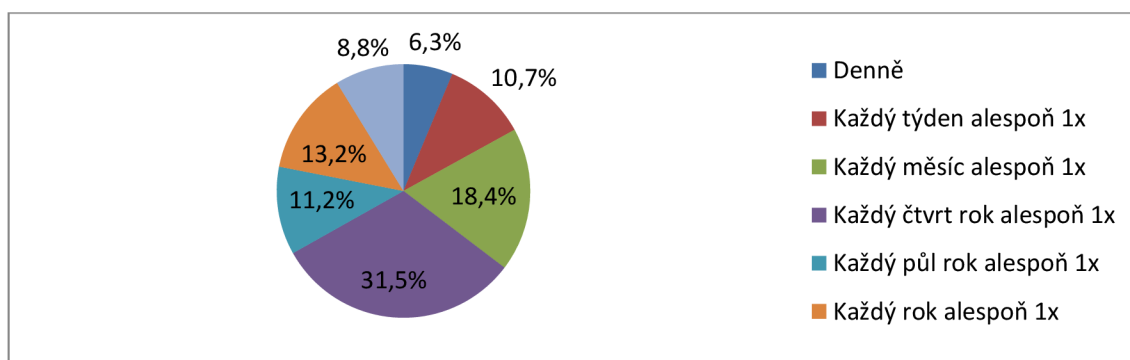
Graf 8 prezentuje rozložení respondentů dle zřizovatele zdravotnického zařízení, kde respondenti pracují. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 17 (4,7 %) respondentů uvedlo, že zřizovatelem je město, 286 (78,4 %) uvedlo, že kraj, 13 (3,6 %) uvedlo jako svého zřizovatele ministerstvo zdravotnictví, 41 (11,2 %) respondentů se vyjádřilo pro soukromého vlastníka a 8 (2,2 %) respondentů zvolilo možnost jiné.

Graf 9 Statut zdravotnického zařízení

(n=365)



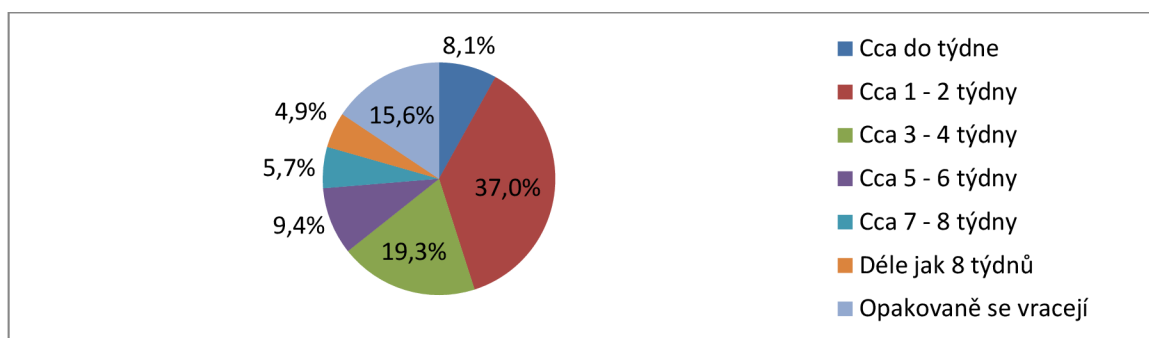
Graf 9 prezentuje rozložení respondentů dle statutu zdravotnického zařízení, ve kterém pracují. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 15 (4,1 %) respondentů z fakultní nemocnice, 176 (48,2 %) respondentů z krajské nemocnice, 160 (43,8 %) z okresní nemocnice, 4 (1,1 %) z městské nemocnice a ze soukromých nemocnic se do výzkumu zapojilo 10 (2,7 %) respondentů.

Graf 10 Četnost kontaktu s nemocným s infekční ortopedickou diagnózou (n=365)

Graf 10 prezentuje rozložení respondentů dle četnosti kontaktu sester s pacientem s infekční ortopedickou diagnózou. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 23 (6,3 %) respondentů, kteří uvedli, že se s pacientem s infekční ortopedickou diagnózou setkávají každý den, 39 (10,7 %) respondentů, kteří uváděli, že se s takovýmto pacientem setkají alespoň 1x týdně, 67 (18,4 %) jich uvedlo kontakt alespoň 1x měsíčně, 115 (31,5 %) respondentů uvedlo že takového nemocného na svém oddělení mají alespoň 1x za čtvrt roku, půlroční interval uvedlo 41 (11,2 %) respondentů, roční frekvenci uvedlo 48 (13,2 %) respondentů a možnost jiné zvolilo 32 (8,8 %).

Graf 11 Délka hospitalizace

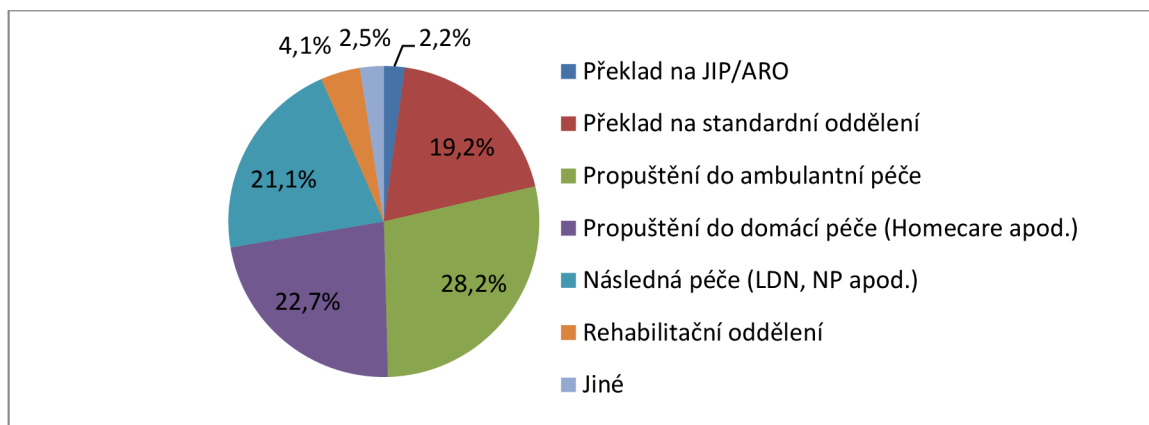
(n=384)



Graf 11 prezentuje rozložení odpovědí dle délky pobytu nemocného se septickou diagnózou na oddělení našich respondentů. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 31 (8,1 %) odpovědí, které zobrazovaly, že pacienti tráví na oddělení dobu do 1 týdne, 142 (37,0 %) odpovědí zobrazovalo, že doba pobytu je 1-2 týdny, 74 (19,3 %) říkalo, že tato doba se pohybuje v rozmezí 3-4 týdnů, 5-6 týdnů se v odpovědích vyskytlo v 36 (9,4 %) případech, 7-8 týdnů se vyskytlo ve 22 (5,7 %) případech, delší pobyt než 8 týdnů jsme zaznamenaly v 19 (4,9 %) odpovědích a poslední možnost opakovaně se vracení jsme zaznamenaly v 60 (15,6 %) případech.

Graf 12 Ukončení hospitalizace

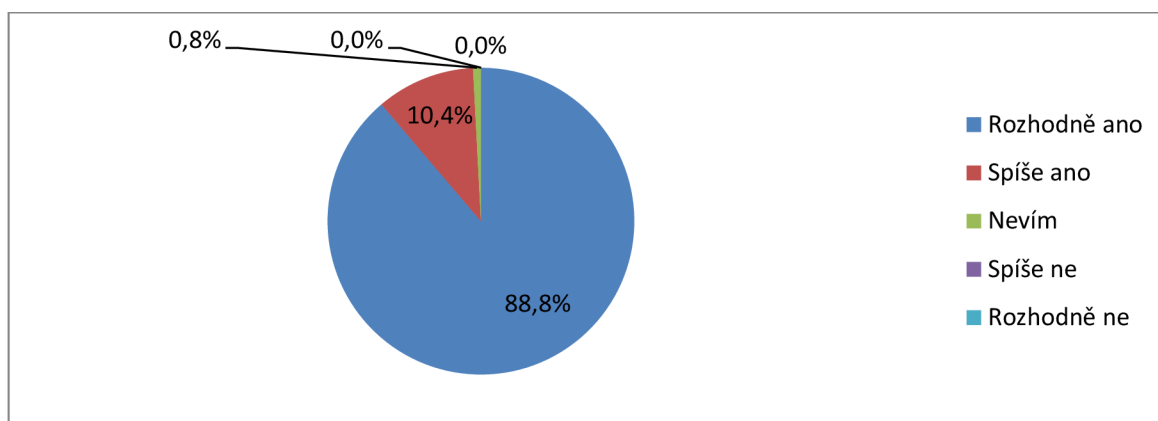
(n=365)



Graf 12 prezentuje rozložení respondentů dle způsobu ukončení hospitalizace nemocného na oddělení našich respondentů. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 8 (2,2 %) respondentů, kteří uvedli, že nejčastěji překládají nemocné na JIP/ARO, 70 (19,2 %) respondentů uvedlo *překlad na standardní oddělení*, 103 (28,2 %) uvedlo *propuštění do ambulantní péče*, 83 (22,7 %) *propuštění do domácí péče*, 77 (21,1 %) uvádělo *překlad na lůžka následné péče*, 15 (4,1 %) na rehabilitační oddělení a možnost jiné zvolilo 9 (2,5 %) respondentů.

Graf 13 Monitorace bolesti

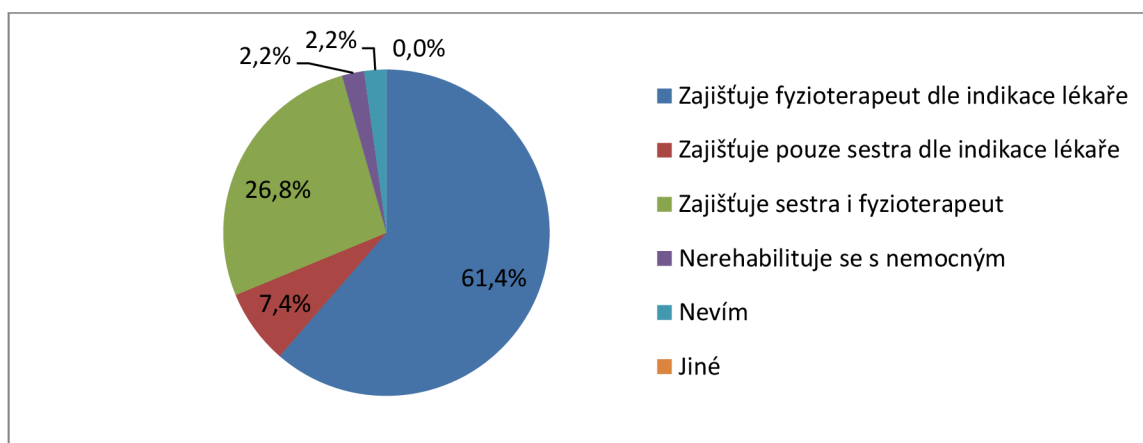
(n=365)



Graf 13 prezentuje rozložení respondentů dle monitorace bolesti na oddělení u našich respondentů. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 342 (88,8 %) respondentů, kteří odpověděli, že bolest u pacientů rozhodně monitorují, 38 (10,4 %) respondentů uvedlo, že bolest spíše monitorují, možnost *nevím* využili 3 (0,8 %) respondenti. Nikdo si nevybral možnost *spíše ne* a *rozhodně ne*.

Graf 14 Zajištění rehabilitační péče

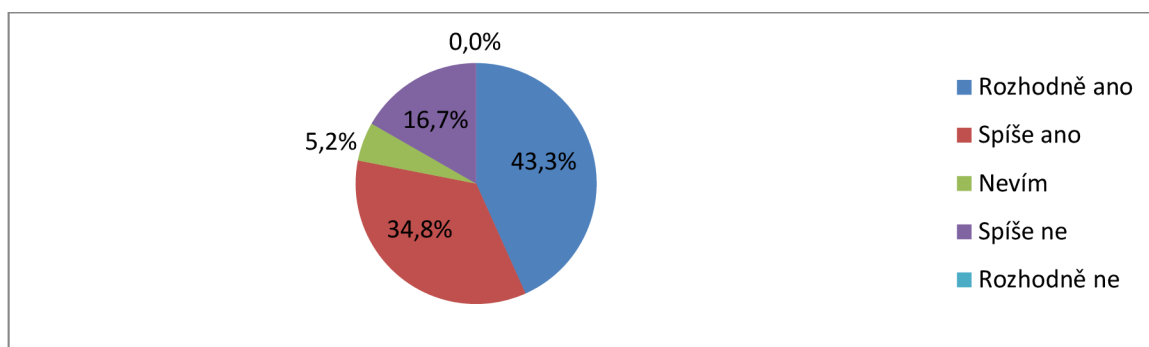
(n=365)



Graf 14 prezentuje rozložení respondentů dle způsobu zajištění rehabilitační péče na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 224 (61,4 %) respondentů, kteří tvrdí, že rehabilitace zajišťuje pacientům pouze fyzioterapeut, 27 (7,4 %) uvedlo, že rehabilituje pouze sestra, 98 (26,8 %) respondentů uvedlo, že rehabilitaci zajišťuje sestra i fyzioterapeut, 8 (2,2 %) uvedlo, že s pacienty nerehabilitují vůbec, 8 (2,2 %) uvedlo, že neví a nikdo si nevybral možnost *jiné*.

Graf 15 Zvláštní opatření u nemocných se septickou komplikací

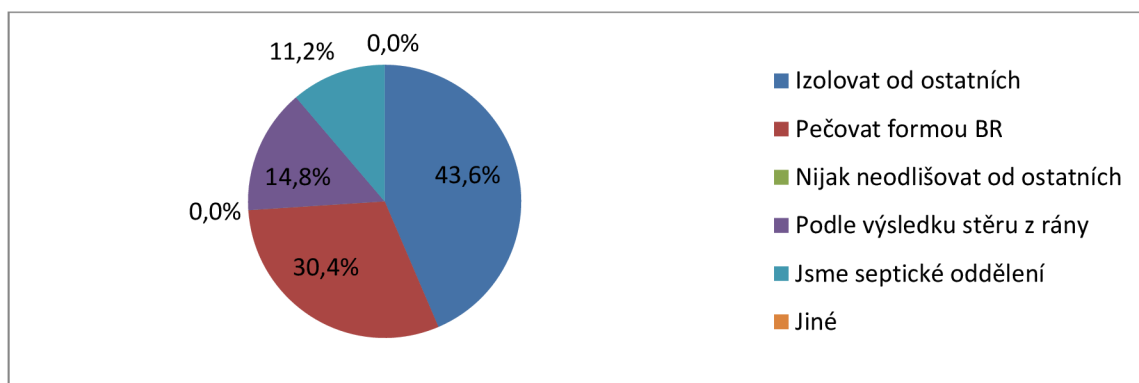
(n=365)



Graf 15 prezentuje rozložení respondentů dle užívání nějakých zvláštních opatření u pacientů se septickou komplikací na oddělení našich respondentů. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 158 (43,3 %) respondentů, kteří odpověděli, že *rozhodně ano*, 127 (34,8 %) uvedlo, že *spíše ano*, možnost *nevím* využilo 19 (5,2 %) respondentů, 61 (16,7 %) uvedlo, že *spíše ne* mají žádná zvláštní opatření. Možnost *rozhodně ne* nikdo nevyužil.

Graf 16 Přístup k nemocnému se septickou komplikací

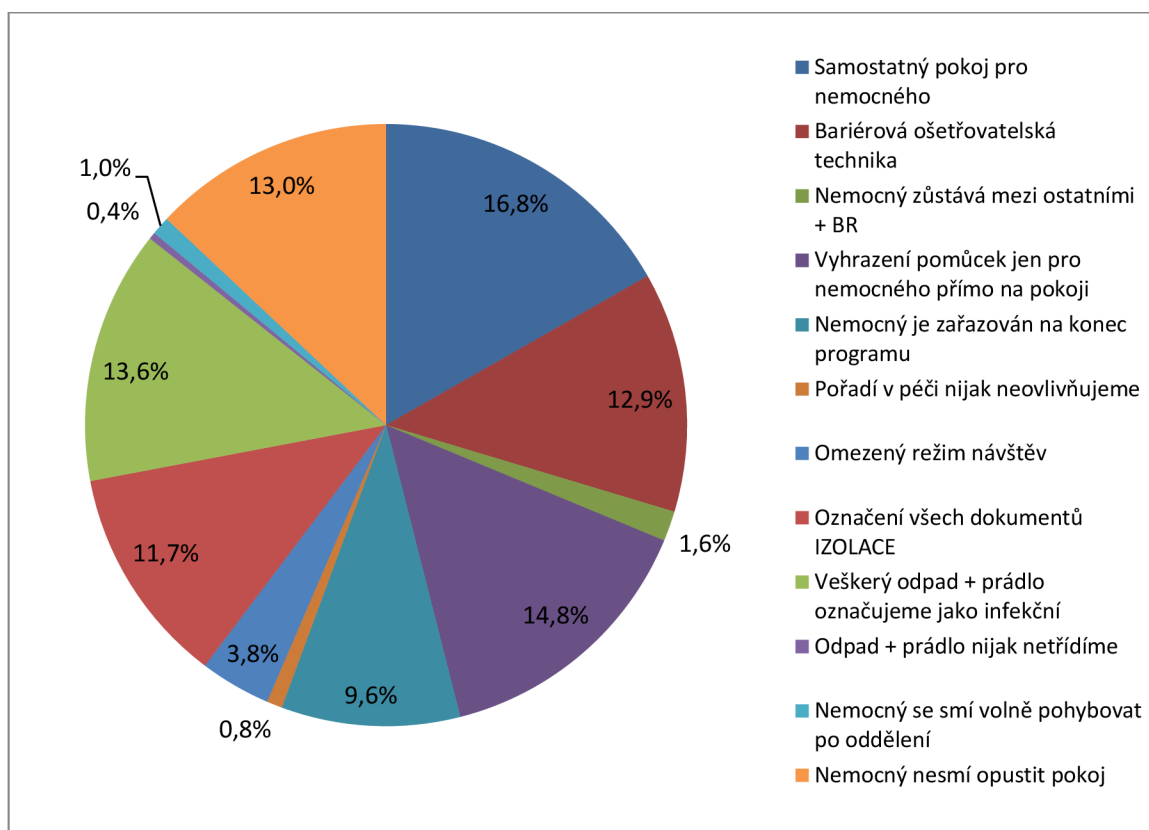
(n=365)



Graf 16 prezentuje rozložení respondentů dle přístupu k nemocnému se septickou komplikací. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 159 (43,6 %) respondentů, kteří uvedli, že nemocného izolují na samostatný pokoj, 111 (30,4 %) uvedlo, že využívají bariérový systém ošetřování, 54 (14,8 %) uvedlo, že k nemocnému přistupují podle výsledků ze stěrů a 41 (11,2 %) respondentů uvedlo, že jsou oddělením pouze pro septické pacienty. Možnost *jiné*, a že nemocné nijak neodlišují od ostatních, si nevybral žádný respondent.

Graf 17 Zásady péče o nemocné v izolaci

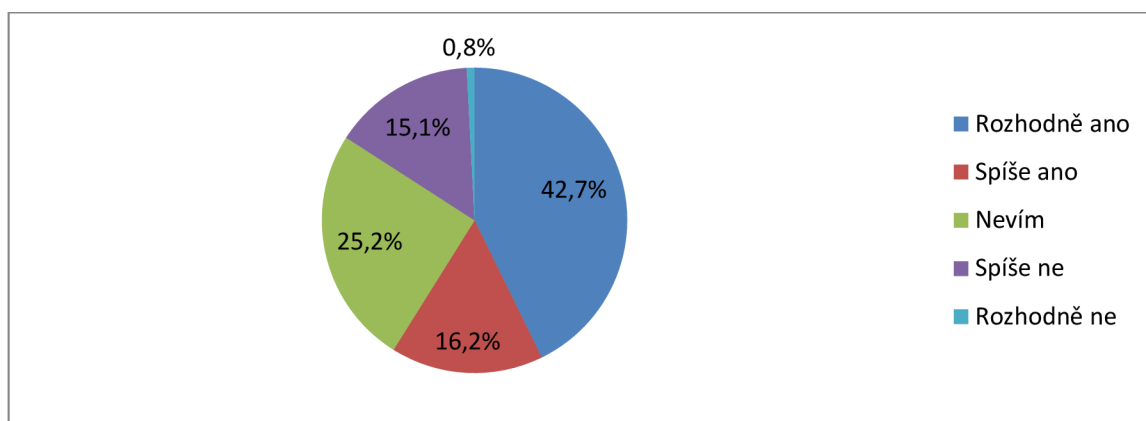
(n=1916)



Graf 17 prezentuje rozložení odpovědí dle zásad péče o nemocné v izolaci, které dodržují u nich na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 321 (16,8 %) odpovědí, kde respondenti zvolili možnost, že mají *pro nemocného samostatný pokoj*, 247 (12,9 %) odpovědí obsahovalo *bariérovou formu ošetřování*, z 31 (1,6 %) odpovědí jsme se dozvěděly, že *nemocného ponechají mezi ostatními nemocnými a využijí bariérovou ošetrovací techniku*, 283 (14,8 %) *vyhrazují pomůcky jen pro nemocného přímo na pokoji*, 184 (9,6 %) odpovědí uvedlo, že *pacient je zařazován na konec programu*, naopak 16 (0,8 %) odpovědí uvedlo, že *pořadí v péči nijak neovlivňují*. 73 (3,8 %) odpovědí znamenalo *omezený režim návštěv*, 225 (11,7 %) *označení všech dokumentů IZOLACE*, 261 (13,6 %) *označení veškerého odpadu a prádla jako infekčního*, naopak 7 (0,4 %) odpovědí říkalo, že *odpad ani prádlo se nijak speciálně netřídí*. V 19 (1,0 %) odpovědích jsme se dozvěděly, že se *nemocný smí volně pohybovat po oddělení* a v 249 (13,0 %) odpovědích *nemocný nesmí opustit pokoj*.

Graf 18 Rozdíl mezi izolací a bariérovým režimem

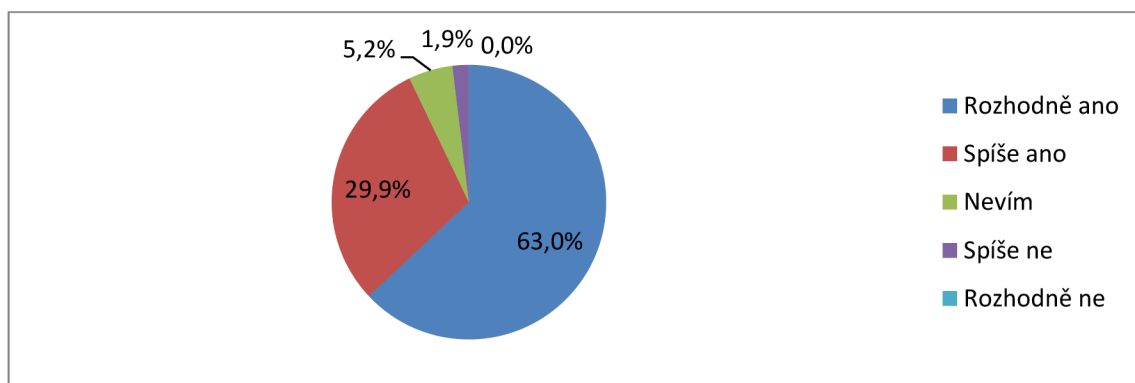
(n=365)



Graf 18 prezentuje rozložení respondentů dle znalostí rozdílů mezi izolačním režimem a poskytováním péče formou bariérové ošetrovací techniky. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 156 (42,7 %) respondentů, kteří si myslí, že rozdíl rozhodně znají, 59 (16,2 %) kteří si myslí, že rozdíl spíše znají, možnost nevím využilo 92 (25,2 %) respondentů, 55 (15,1 %) respondentů si myslí, že rozdíl spíše nezná a možnost, že rozhodně rozdíl nezná, si vybrali 3 (0,8 %) respondenti.

Graf 19 Dodržování zásad izolace nebo bariérového ošetřování

(n=365)



Graf 19 prezentuje rozložení respondentů dle dodržování zásad izolačního nebo bariérového režimu u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 230 (63,0 %) respondentů, kteří uvedli, že zásady rozhodně dodržují, 109 (29,9 %) kteří uvedli, že zásady spíše dodržují, 19 (5,2 %) respondentů neví a 7 (1,9 %) si myslelo, že zásady spíše nedodržují. Možnost *rozhodně ne* si nevybral žádný respondent.

Tabulka 1 Sesterské záznamy

(n=365)

V tabulce je uváděna absolutní a relativní četnost.

	Nepoužíváme nikdy	Spíše nepoužíváme	Nevím	Spíše používáme	Používáme vždy
Oš. anamnéza (20.1)	4; 1,1 %	1; 0,3 %	8; 2,2 %	7; 1,9 %	345; 94,5 %
Edukační karta (20.2)	73; 20,0 %	13; 3,6 %	60; 3,6 %	26; 7,1 %	193; 52,9 %
Záznam FF (20.3)	7; 1,9 %	4; 1,1 %	34; 1,1 %	17; 4,7 %	303; 83,0 %
Záznam měření GLY (20.4)	27; 7,4 %	13; 3,6 %	76; 20,8 %	30; 8,2 %	219; 60,0 %
Nutriční screening (20.5)	29; 7,9 %	15; 4,1 %	48; 13,2 %	32; 8,8 %	241; 66,0 %
Hodnocení BMI (20.6)	13; 3,6 %	17; 4,7 %	10; 2,7 %	42; 11,5 %	283; 77,5 %
Barthelův test (20.7)	42; 11,5 %	2; 0,5 %	29; 7,9 %	25; 6,8 %	267; 73,2 %
IADL (20.8)	191; 52,3 %	49; 13,4 %	64; 17,5 %	2; 0,5 %	59; 16,2 %
Maddonova klasifikace (20.9)	123; 33,7 %	26; 7,1 %	40; 11,0 %	56; 15,3 %	120; 32,9 %
Dekubity dle Nortonové (20.10)	13; 3,6 %	7; 1,9 %	37; 10,1 %	27; 7,4 %	281; 77,0 %
Dekubity dle Bradenové (20.11)	213; 58,4 %	27; 7,4 %	25; 6,8 %	23; 6,3 %	77; 21,1 %
Dekubity dle jiné (20.12)	270; 74,0 %	7; 1,9 %	8; 2,2 %	24; 15,3 %	56; 15,3 %
Vyhodnocení rizik pádu (20.13)	10; 2,7 %	0; 0,0 %	19; 5,2 %	17; 4,7 %	319; 87,4 %
Bolest dle VAS (20.14)	69; 18,9 %	12; 3,3 %	24; 6,6 %	24; 6,6 %	236; 64,7 %
Bolest dle Melzacka (20.15)	265; 72,6 %	11; 3,0 %	26; 7,1 %	4; 1,1 %	59; 16,2 %
Bolest – numerická škála (20.16)	90; 24,7 %	10; 2,7 %	25; 6,8 %	30; 8,2 %	210; 57,5 %
Hodnocení stavu nemocného (20.17)	25; 6,8 %	0; 0,0 %	17; 4,7 %	7; 1,9 %	316; 86,6 %
Oš. problémy (20.18)	47; 12,9 %	10; 2,7 %	30; 8,2 %	25; 6,8 %	253; 69,3 %
Záznam péče o rány (20.19)	31; 8,5 %	3; 0,8 %	42; 11,5 %	41; 11,2 %	248; 67,9 %
Polohovací záznam (20.20)	48; 13,2 %	22; 6,0 %	74; 20,3 %	28; 7,7 %	193; 52,9 %
Hodnocení stavu kůže (20.21)	71; 19,5 %	13; 21,1 %	77; 21,1 %	43; 11,8 %	161; 44,1 %

GCS (20.22)	54; 14,8 %	35; 9,6 %	58; 15,9 %	14; 3,8 %	204; 55,9 %
Příjem a výdej tekutin (20.23)	16; 4,4 %	11; 3,0 %	93; 25,5 %	47; 12,9 %	198; 54,2 %
Sesterská zpráva P+P (20.24)	4; 1,1 %	14; 3,8 %	24; 6,6 %	17; 4,7 %	306; 83,8 %
Přístrojové vybavení (20.25)	39; 10,7 %	13; 3,6 %	58; 15,1 %	55; 15,1 %	200; 54,8 %
IS s poskytováním informací (20.26)	15; 4,1 %	5; 1,4 %	3; 0,8 %	27; 7,4 %	315; 86,3 %
IS s hospitalizací (20.27)	6; 1,6 %	0; 0,0 %	4; 1,1 %	18; 4,9 %	337; 92,3 %

Zdroj: vlastní

20.1 prezentuje rozložení respondentů dle užívání ošetrovatelské anamnézy. Do výzkumného souboru byli zařazeni 4 (1,1 %) respondenti, kteří tento záznam *nepoužívají vůbec*, 1 (0,3 %) respondent si vybral možnost *spíše nepoužívají*, 8 (2,2 %) zvolilo možnost *nevím*, 7 (1,9 %) zvolilo možnost *spíše nepoužíváme* a 345 (94,5 %) respondentů, kteří odpověděli, že tento záznam *používáme vždy*.

20.2 prezentuje rozložení respondentů dle užívání edukační karty. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 73 (20,0 %) respondentů, kteří edukační kartu *nepoužívají vůbec*, 13 (3,6 %) zvolilo, že *spíše nepoužívají*, 60 (16,4 %) zvolilo možnost *nevím*, pravděpodobnost *spíše používáme*, zvolilo 26 (7,1 %) respondentů a možnost, že edukační kartu *používají vždy*, zvolilo 193 (52,9 %) respondentů.

20.3 prezentuje rozložení respondentů dle užívání záznamu fyziologických funkcí. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 7 (1,9 %) respondentů, kteří záznam fyziologických funkcí *nepoužívají vůbec*, 4 (1,1 %) zvolili možnost, že záznam *spíše nepoužívají*, 34 (9,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše nepoužívají*, zvolilo 17 (4,7 %) respondentů a možnost, že záznam fyziologických funkcí *používají vždy*, zvolilo 303 (83,0 %) respondentů.

20.4 prezentuje rozložení respondentů dle užívání záznamu měření glykémie. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 27 (7,4 %) respondentů, kteří záznam měření glykémie *nepoužívají vůbec*, 13 (3,6 %) zvolilo možnost, že *spíše používají*, 76 (20,8 %) zvolilo možnost

nevím, možnost *spíše nepoužívají*, zvolilo 30 (8,2 %) respondentů a možnost, že záznam měření glykémie *používají vždy*, zvolilo 219 (60,0 %) respondentů.

20.5 prezentuje rozložení respondentů dle užívání záznamu nutričního screeningu. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 29 (7,9 %) respondentů, kteří nutriční screening *nepoužívají vůbec*, 15 (4,1 %) zvolilo možnost *spíše používají*, 48 (13,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše nepoužíváme*, zvolilo 32 (8,8 %) respondentů a možnost, že nutriční screening *používají vždy*, zvolilo 241 (66,0 %) respondentů.

20.6 prezentuje rozložení respondentů dle užívání záznamu hodnocení BMI. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 13 (3,6 %) respondentů, kteří BMI *nepoužívají vůbec*, 17 (4,7 %) zvolilo možnost *spíše používají*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 42 (11,5 %) respondentů a možnost, že BMI *používají vždy*, zvolilo 283 (77,5 %) respondentů.

20.7 prezentuje rozložení respondentů dle užívání záznamu hodnocení Barthelova testu. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 42 (11,5 %) respondentů, kteří Barthelův test *nepoužívají vůbec*, 2 (0,5 %) zvolili možnost, že *spíše používají*, 29 (7,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 25 (6,8 %) respondentů a možnost, že Barthelův test *používají vždy*, zvolilo 267 (73,2 %) respondentů.

20.8 prezentuje rozložení respondentů dle užívání záznamu hodnocení ADL. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 191 (52,3 %) respondentů, kteří záznam hodnocení testu instrumentálních denních činností *nepoužívají vůbec*, 49 (13,4 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 64 (17,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 2 (0,5 %) respondentů a možnost, že záznam hodnocení testu instrumentálních denních činností *používají vždy*, zvolilo 59 (16,2 %) respondentů.

20.9 prezentuje rozložení respondentů dle užívání Madonovy klasifikace. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 123 (33,7 %) respondentů, kteří Madonovu klasifikaci *nepoužívají vůbec*, 26 (7,1 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 40 (11,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 56 (15,3 %) respondentů a možnost, že Madonovu klasifikaci *používají vždy*, zvolilo 120 (32,9 %) respondentů.

20.10 prezentuje rozložení respondentů dle užívání vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 13 (3,6 %) respondentů, kteří vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové *nepoužívají vůbec*, 7 (1,9 %), zvolilo možnost *spíše používají*, 37 (10,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 27 (7,4 %) respondentů a možnost, že vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové *používají vždy*, zvolilo 281 (77,0 %) respondentů.

20.11 prezentuje rozložení respondentů dle užívání vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Bradenové. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 213 (58,4 %) respondentů, kteří vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Bradenové *nepoužívají vždy*, 27 (7,4 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 25 (6,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 23 (6,3 %) respondentů a možnost, že vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Bradenové *používají vždy*, zvolilo 77 (21,1 %) respondentů.

20.12 prezentuje rozložení respondentů dle užívání vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle jiné. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 270 (74,0 %) respondentů, kteří vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle jiné *nepoužívají vůbec*, 7 (1,9 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 8 (2,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 24 (6,6 %) respondentů a možnost, že vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle jiné *používají vždy*, zvolilo 56 (15,3 %) respondentů.

20.13 prezentuje rozložení respondentů dle užívání vyhodnocení rizika pádu. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 10 (2,7 %) respondentů, kteří vyhodnocení rizika pádu *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %) zvolilo *spíše nepoužívají*, 19 (5,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 17 (4,7 %) respondentů a možnost, že vyhodnocení rizika pádu *používají vždy*, zvolilo 319 (87,4 %) respondentů.

20.14 prezentuje rozložení respondentů dle užívání hodnocení bolesti – VAS. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 69 (18,9 %) respondentů, kteří hodnocení bolesti - VAS *nepoužívají vůbec*, 12 (3,3 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 24 (6,6 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 24 (6,6 %) respondentů a možnost, že hodnocení bolesti - VAS *používají vždy*, zvolilo 236 (64,7 %) respondentů.

20.15 prezentuje rozložení respondentů dle užívání hodnocení bolesti podle Melzacka. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 265 (72,6 %) respondentů, kteří hodnocení bolesti podle Melzacka *nepoužívají vůbec*, 11 (3,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 26 (7,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 4 (1,1 %) respondentů a možnost, že hodnocení bolesti podle Melzacka *používají vždy*, zvolilo 59 (16,2 %) respondentů.

20.16 prezentuje rozložení respondentů dle užívání numerické škály hodnocení bolesti. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 90 (24,7 %) respondentů, kteří numerickou škálu hodnocení *nepoužívají vůbec*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 25 (6,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 30 (8,2 %) respondentů a možnost, že numerickou škálu hodnocení bolesti *používají vždy*, zvolilo 210 (57,5 %) respondentů.

20.17 prezentuje rozložení respondentů dle užívání hodnocení stavu nemocného. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 25 (6,8 %) respondentů, kteří hodnocení stavu nemocného *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 17 (4,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 7 (1,9 %) respondentů a možnost, že hodnocení stavu nemocného *používají vždy*, zvolilo 316 (86,6 %) respondentů.

20.18 prezentuje rozložení respondentů dle užívání ošetrovatelských problémů, intervencí a jejich hodnocení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 47 (12,9 %) respondentů, kteří ošetrovatelské problémy *nepoužívají vůbec*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 30 (8,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 25 (6,8 %) respondentů a možnost, že ošetrovatelské problémy *používají vždy*, zvolilo 253 (69,3 %) respondentů.

20.19 prezentuje rozložení respondentů dle užívání záznamů péče o rány a dekubity. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 31 (8,5 %) respondentů, kteří záznamy péče o rány a dekubity *nepoužívají vůbec*, 3 (0,8 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 42 (11,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 41 (11,2 %) respondentů a možnost, že záznamy péče o rány a dekubity *používají vždy*, zvolilo 248 (67,9 %) respondentů.

20.20 prezentuje rozložení respondentů dle užívání polohovacího záznamu. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 48 (13,2 %) respondentů, kteří polohovací záznam *nepoužívají vůbec*, 22 (6,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 74 (20,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 28 (7,7 %) respondentů a možnost, že polohovací záznam *používají vždy*, zvolilo 193 (52,9 %) respondentů.

20.21 prezentuje rozložení respondentů dle užívání hodnocení stavu kůže. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 71 (19,5 %) respondentů, kteří hodnocení stavu kůže *nepoužívají vůbec*, 13 (3,6 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 77 (21,1 %) zvolilo možnost

nevím, možnost *spíše používají*, zvolilo 43 (11,8 %) respondentů a možnost, že hodnocení stavu kůže *používají vždy*, zvolilo 161 (44,1 %) respondentů.

20.22 prezentuje rozložení respondentů dle užívání GCS. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 54 (14,8 %) respondentů, kteří GCS *nepoužívají vůbec*, 35 (9,6 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 58 (15,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 14 (3,8 %) respondentů a možnost, že GCS *používají vždy*, zvolilo 204 (55,9 %) respondentů.

20.23 prezentuje rozložení respondentů dle užívání příjmu a výdeje tekutin. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 16 (4,4 %) respondentů, kteří příjem a výdej tekutin *nepoužívají vůbec*, 11 (3,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 93 (25,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 47 (12,9 %) respondentů a možnost, že příjem a výdej tekutin *používají vždy*, zvolilo 198 (54,2 %) respondentů.

20.24 prezentuje rozložení respondentů dle užívání sesterské P+P zprávy. Do výzkumného souboru byli zařazeni 4 (1,1 %) respondentů, kteří sesterské propouštěcí/překladové zprávy *nepoužívají vůbec*, 14 (3,8 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 24 (6,6 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 17 (4,7 %) respondentů a možnost, že sesterské propouštěcí/překladové zprávy *používají vždy*, zvolilo 306 (83,8 %) respondentů.

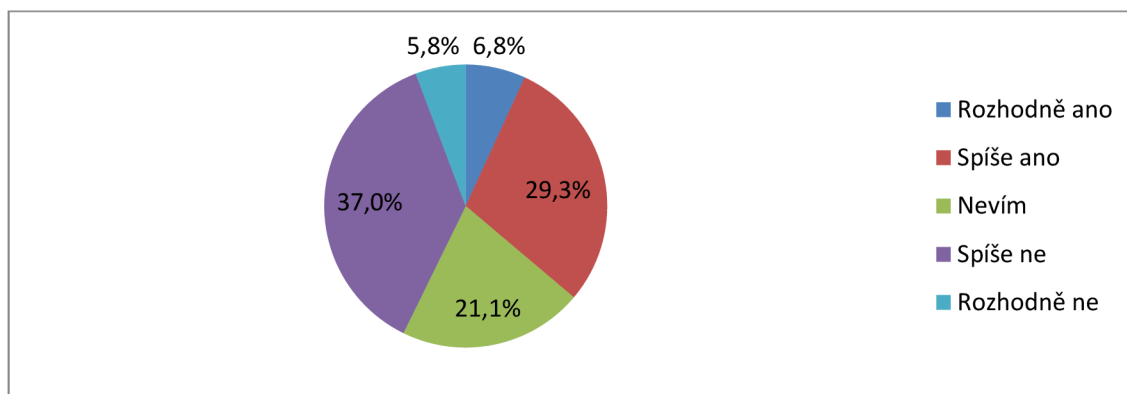
20.25 prezentuje rozložení respondentů dle užívání záznamů o přístrojovém vybavení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 39 (10,7 %) respondentů, kteří záznamy o přístrojovém vybavení *nepoužívají vůbec*, 13 (3,6 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 58 (15,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 55 (15,1 %) respondentů a možnost, že záznamy o přístrojovém vybavení *používají vždy*, zvolilo 200 (54,8 %) respondentů.

20.26 prezentuje rozložení respondentů dle užívání IS s poskytováním informací. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 15 (4,1 %) respondentů, kteří informovaný souhlas s poskytováním informací *nepoužívají vůbec*, 5 (1,4 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 3 (0,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 27 (7,4 %) respondentů a možnost, že informovaný souhlas s poskytováním informací *používají vždy*, zvolilo 315 (86,3 %) respondentů.

20.27 prezentuje rozložení respondentů dle užívání IS s hospitalizací. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 6 (1,6 %) respondentů, kteří informovaný souhlas s hospitalizací *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 4 (1,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 18 (4,9 %) respondentů a možnost, že informovaný souhlas s hospitalizací *používají vždy*, zvolilo 337 (92,3 %) respondentů.

Graf 20 Znalosti ze septické ortopedie

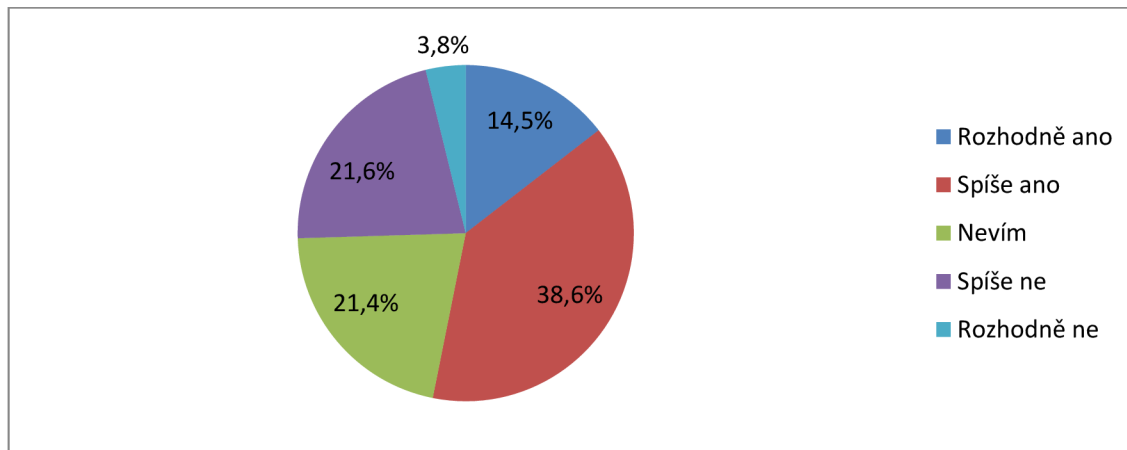
(n=365)



Graf 20 prezentuje rozložení respondentů dle subjektivního posouzení respondentů, zda si myslí, že mají dostatek znalostí ze septické ortopedie. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 25 (6,8 %) respondentů, kteří si mysleli, že znalosti rozhodně mají, 107 (29,3 %) kteří si mysleli, že znalosti spíše mají, kam se zařadit nevědělo 77 (21,1 %) respondentů, 135 (37,0 %) si jich myslelo, že znalosti spíše nemají a 21 (5,8 %) bylo přesvědčeno o tom, že znalosti rozhodně nemají.

Graf 21 Možnost vzdělávat se v septické ortopedii/chirurgii

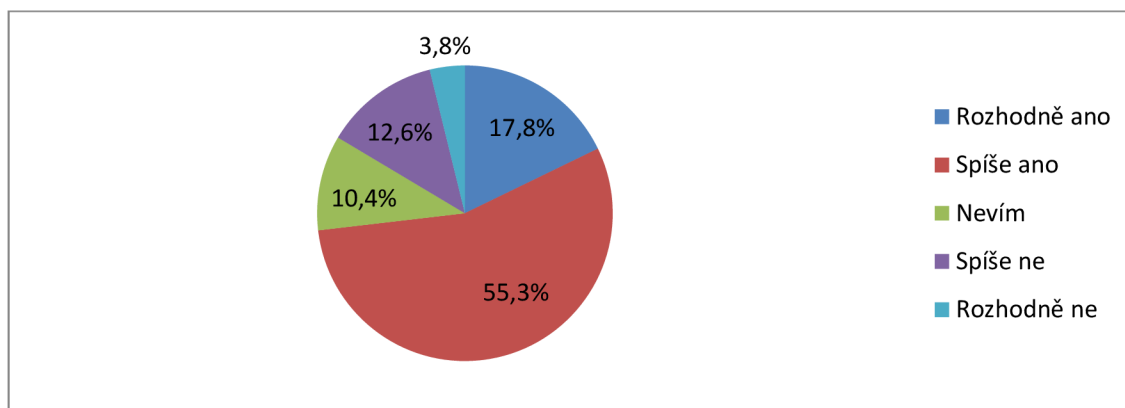
(n=365)



Graf 21 prezentuje rozložení respondentů dle možnosti respondentů vzdělávat se v septické ortopedii/chirurgii. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 53 (14,5 %) respondentů, kteří uvedli, že možnost rozhodně mají, 141 (38,6 %) kteří možnost spíše mají, neví 78 (21,4 %) respondentů, Spíše ne zvolilo 79 (21,6 %) respondentů a rozhodně ne 14 (3,8 %).

Graf 22 Ochota vzdělávat se i ve volném čase

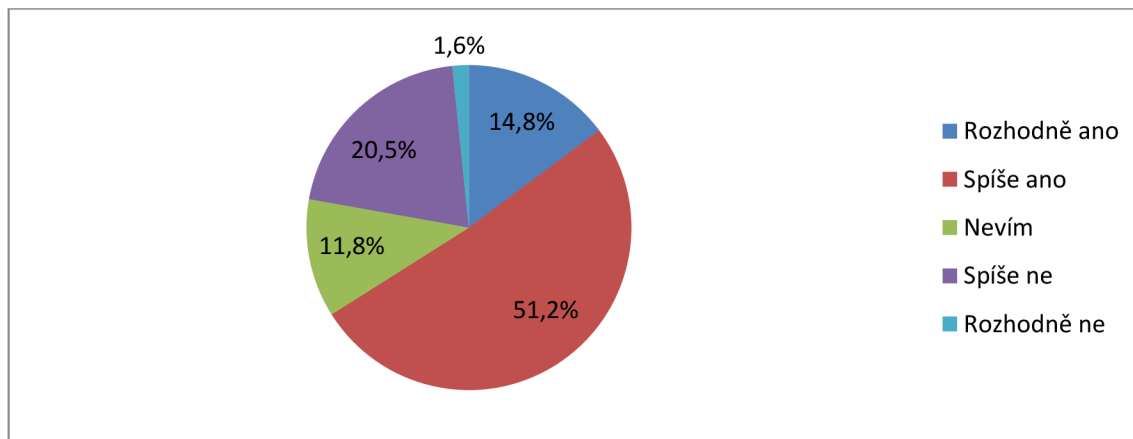
(n=365)



Graf 22 prezentuje rozložení respondentů dle ochoty věnovat se dalšímu vzdělávání v oblasti zdravotnictví i ve svém volném čase. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 65 (17,8 %) respondentů, kteří rozhodně byli ochotni se vzdělávat i ve svém volnu, 202 (55,3 %), kteří byli spíše ochotni, 38 (10,4 %) nevědělo, jaký postoj zaujmout, 46 (12,6 %) spíše vyjádřilo nesouhlas a 14 (3,8 %) se vyjádřilo rozhodně záporně ke vzdělávání ve svém volném čase.

Graf 23 Aktivní sledování novinek v oboru

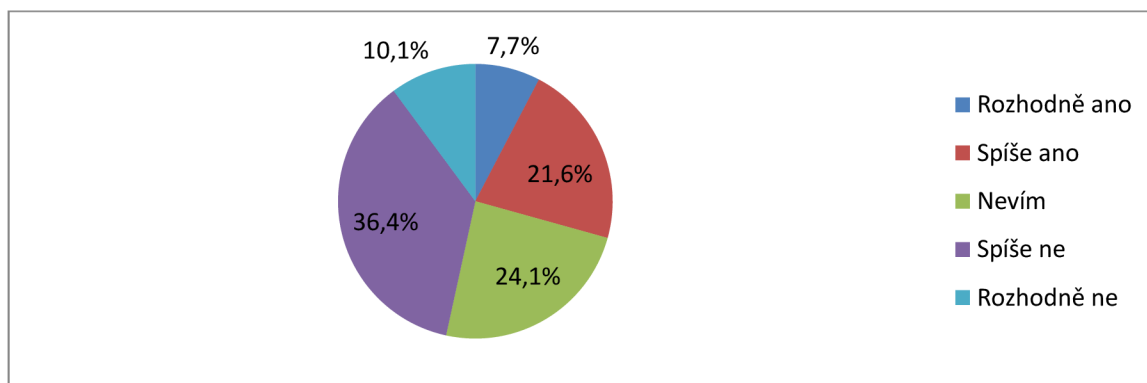
(n=365)



Graf 23 prezentuje rozložení respondentů dle ochoty aktivně sledovat novinky, které se dějí v jejich oboru. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 54 (14,8 %) respondentů, kteří uvedli, že novinky rozhodně aktivně sledují, 187 (51,2 %) novinky sleduje spíše aktivně, 43 (11,8 %) neví, 75 (20,5 %) aktivně novinky spíše nesleduje a 6 (1,6 %) je rozhodně nesleduje.

Graf 24 Pořádání odborných seminářů

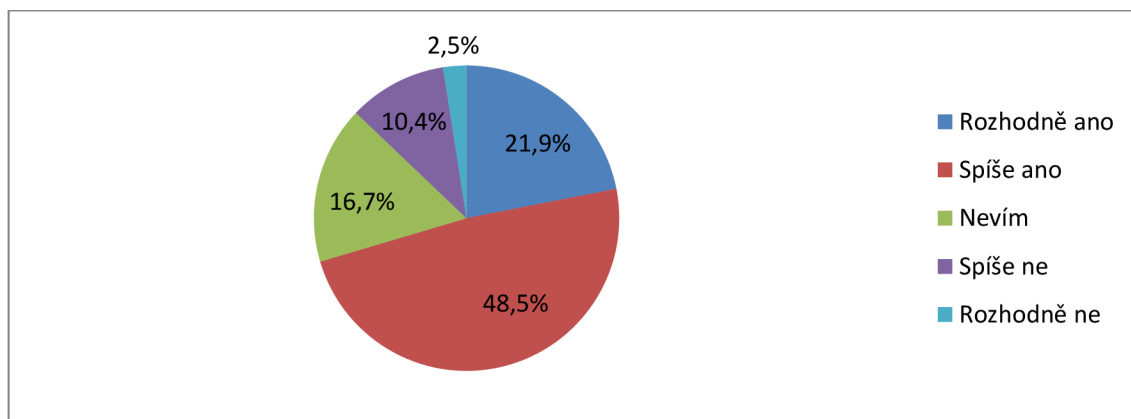
(n=365)



Graf 24 prezentuje rozložení respondentů dle pořádání odborných seminářů z oblasti novinek v septické ortopedii v rámci pracoviště, kde respondenti pracují. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 28 (7,7 %) respondentů, kteří uvedli, že takovou možnost rozhodně mají, 79 (21,6 %) uvedlo, že spíše mají, 88 (24,1 %) neví, 133 (36,4 %) si myslelo, že možnost pořádání seminářů spíše nemají a 37 (10,1 %) rozhodně tuto možnost nemá.

Graf 25 Podpora vedení k zavedení novinek a modernizací v oblasti hojení ran

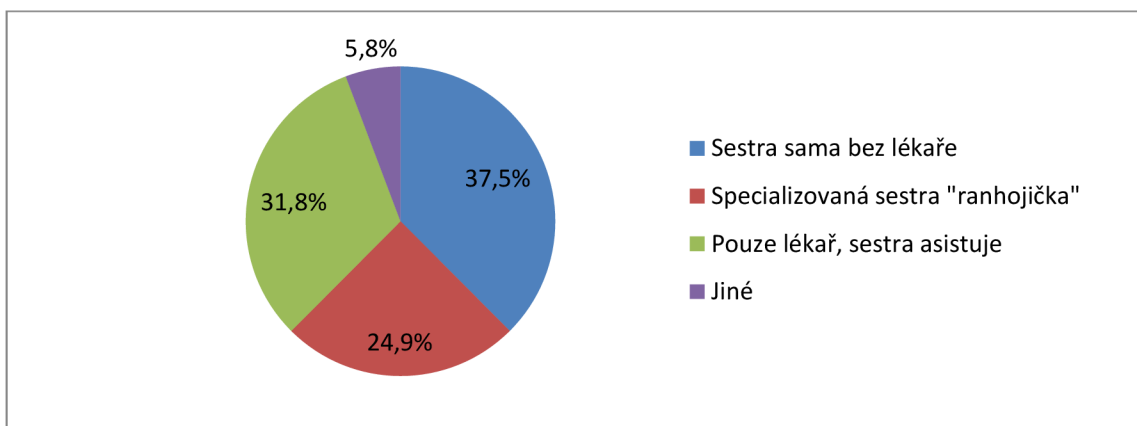
(n=365)



Graf 25 prezentuje rozložení respondentů dle subjektivního vnímání podpory vedení k zavedení inovací a novinek do praxe v oblasti hojení ran. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 80 (21,9 %) respondentů, kteří si mysleli, že podporu rozhodně mají, 177 (48,5 %) že podporu spíše mají, 61 (16,7 %) neví, 38 (10,4 %) si myslelo, že podporu spíše nemají a 9 (2,5 %) respondentů, že podporu rozhodně nemají.

Graf 26 Péče o rány

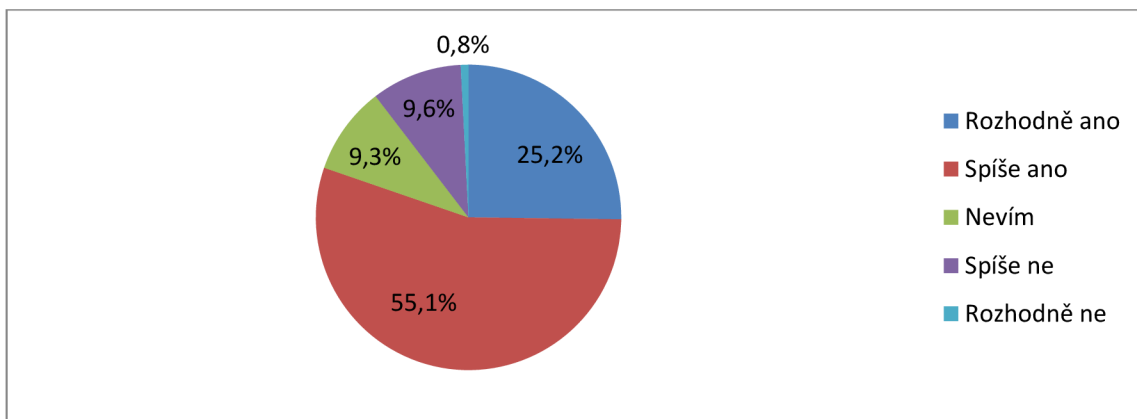
(n=365)



Graf 26 prezentuje rozložení respondentů dle způsobu, jakým pečují o rány u nich na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 137 (37,5 %) respondentů, kteří uvedli, že o rány pečuje sama sestra bez lékaře, v 91 (24,9 %) případech o rány pečuje specializovaná sestra „ranhojička“. 116 (31,8 %) respondentů uvedlo, že o rány primárně pečuje lékař a sestra mu asistuje. Pro možnost jiné se rozhodlo 21 (5,8 %) respondentů.

Graf 27 Moderní materiály a fáze hojení ran

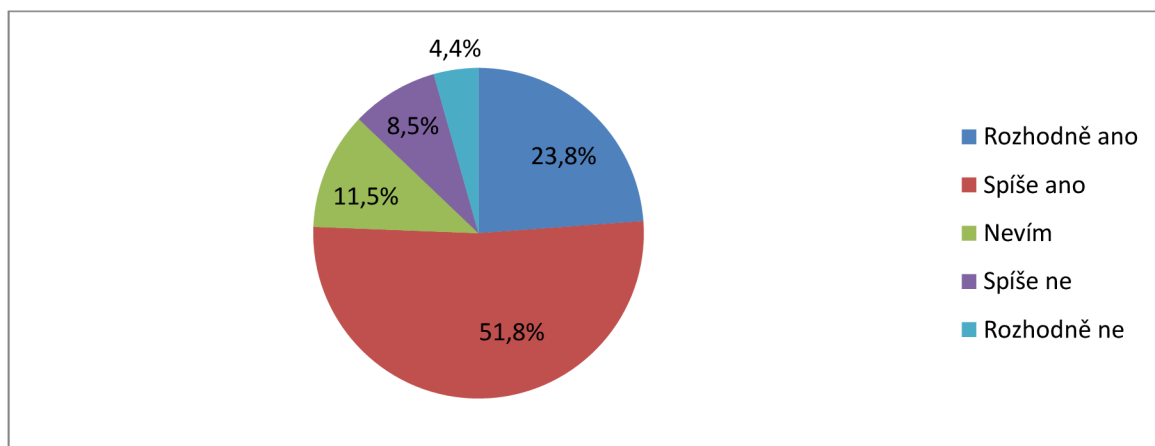
(n=365)



Graf 27 prezentuje rozložení respondentů dle používání moderních materiálů k hojení ran podle fází hojení rány. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 92 (25,2 %) respondentů, kteří tvrdili, že to u nich na oddělení rozhodně takto je, 201 (55,1 %) uvedlo, že to tak spíše je, 34 (9,3 %) nevědělo, 35 (9,6 %) uvedlo, že to tak spíše není a 3 (0,8 %) respondentů uvedlo, že to tak rozhodně není.

Graf 28 Použití moderních metod hojení rány

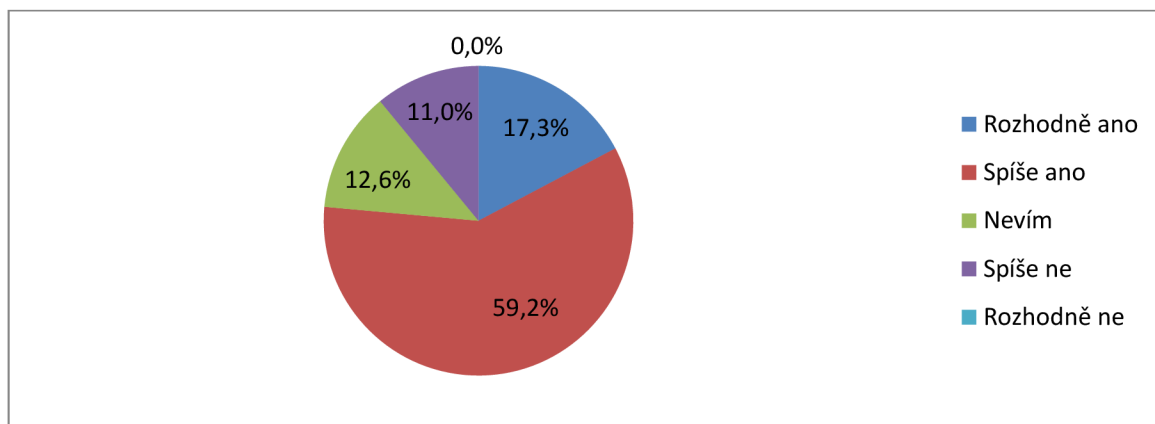
(n=365)



Graf 28 prezentuje rozložení respondentů dle používání moderních metod hojení rány u nich na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 87 (23,8 %) respondentů, kteří tvrdili, že moderní metody rozhodně využívají, 189 (51,8 %) kteří spíše využívají, 42 (11,5 %) nevědělo, 31 (8,5 %) si myslelo, že spíše tyto možnosti nevyužívají a 16 (4,4 %) rozhodně nevyužívá.

Graf 29 Materiální zabezpečení pro léčbu ran

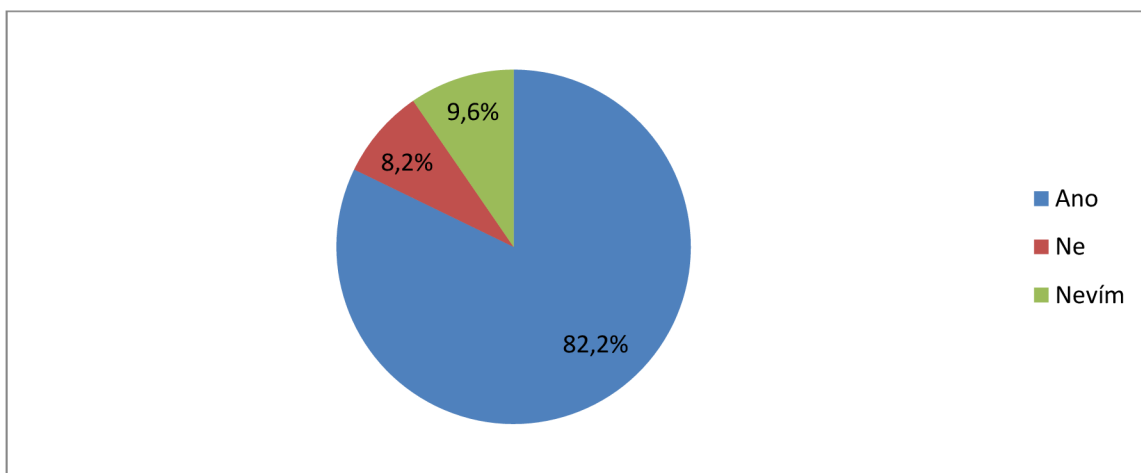
(n=365)



Graf 29 prezentuje rozložení respondentů dle subjektivního vnímání míry materiální zabezpečení pro léčbu ran v jakékoli fázi hojení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 63 (17,3 %) respondentů, kteří odpověděli rozhodně ano, 216 (59,2 %) spíše ano, 46 (12,6 %) odpovědělo, že neví, 40 (11,0 %) odpovědělo spíše ne a pro odpověď rozhodně ne se nevyjádřil žádný respondent.

Graf 30 Využití podtlakové terapie

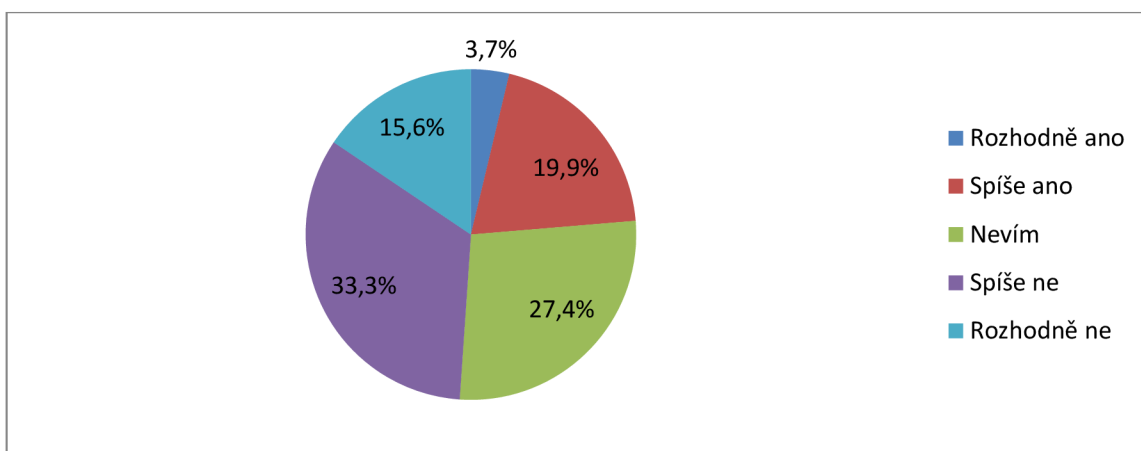
(n=365)



Graf 30 prezentuje rozložení respondentů dle využívání podtlakové terapie u nich na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 300 (82,2 %) respondentů, kteří s podtlakovou terapií na svém oddělení pracuje, 30 (8,2 %) respondentů, kteří uvedli, že s podtlakovou terapií nepracují a 35 (9,6 %) respondentů nevědělo.

Graf 31 Proplach u podtlakové terapie

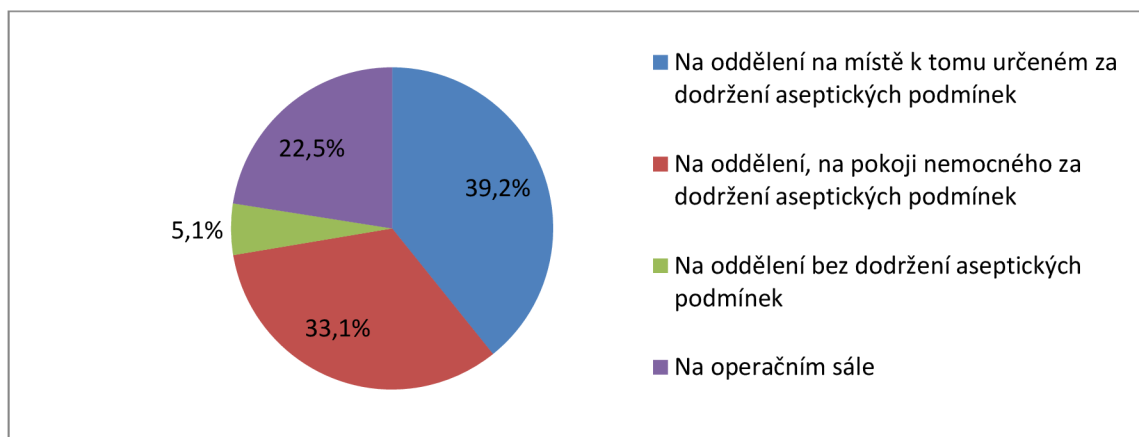
(n=321)



Graf 31 prezentuje rozložení respondentů dle využití možnosti proplachu u některých přístrojů k podtlakové terapii. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 12 (3,7 %) respondentů, kteří uvedli, že této možnosti využívají, 64 (19,9 %) odpovědělo, že spíše využívají, 88 (27,3 %) uvedlo, že neví, 107 (33,3 %) uvedlo, že této možnosti spíše nevyužívají a 50 (15,6 %) tuto možnost rozhodně nevyužívají.

Graf 32 Převaz podtlakové terapie

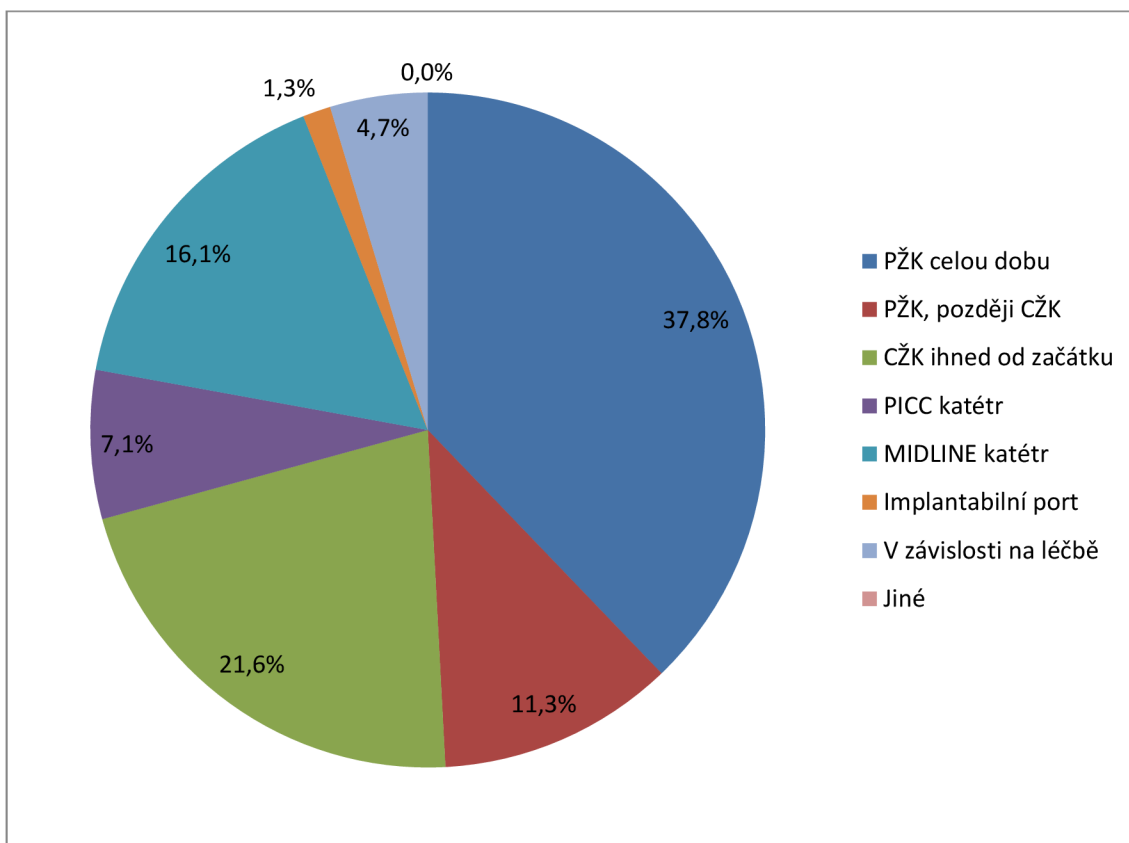
(n=311)



Graf 32 prezentuje rozložení respondentů dle místa, kde provádí standardně převaz podtlakové terapie. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 122 (39,2 %) respondentů, kteří převaz provádí na oddělení na speciálním místě za aseptických podmínek, 103 (33,1 %) uvedlo jako místo převazu pokoj nemocného za dodržení aseptických podmínek, 16 (5,1 %) uvedlo, že převaz provádí na oddělení bez dodržení aseptických podmínek a poslední možnost, operační sál, zvolilo 70 (22,5 %) respondentů.

Graf 33 Žilní vstupy

(n=899)



Graf 33 prezentuje rozložení odpovědí dle užívaných žilních vstupů během hospitalizace nemocného se septickou diagnózou. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 340 (37,8 %) odpovědí PŽK po celou dobu hospitalizace, 102 (11,3 %) PŽK na začátku léčby, později se zavede CŽK, 194 (21,6 %) odpovědí tvrdilo, že pacienti mají od začátku zaveden CŽK, 64 (7,1 %) uvedlo PICC katétr, 145 (16,1 %) MIDLINE katétr, 12 (1,3 %) uvedlo implantabilní port, 42 (4,7 %) odpovědí uvedlo, že žilní vstup volí podle léčby. A možnost jiné neobsahovala žádná odpověď.

Tabulka 2 Péče o žilní vstupy

(n=365)

V tabulce je uváděna absolutní a relativní četnost.

	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
Respektuji zásady při zavádění, včetně místa a velikosti vstupu (37.1)	274; 75,1 %	77; 21,1 %	0; 0,0 %	7; 1,9 %	7; 1,9 %
Dodržuji asepti (37.2)	328; 89,9 %	7; 1,9 %	11; 3,0 %	12; 3,3 %	7; 1,9 %
Nedodržuji asepti (37.3)	13; 3,6 %	12; 3,3 %	10; 2,7 %	23; 6,3 %	307; 84,1 %
Dodržuji délku zavedení a kontrol, převazů dle SOP (37.4)	206; 56,4 %	107; 29,3 %	20; 5,5 %	22; 6,0 %	10; 2,7 %
Dodržuji délku zavedení, ale nepřevazuji (37.5)	85; 39,7 %	145 39,7 %	10; 2,7 %	61; 16,7 %	64; 17,5 %
Vstup ponechávám než je infekce nebo si nemocný začne stěžovat (37.6)	24; 6,6 %	67; 18,4 %	5; 1,4 %	87; 23,8 %	182; 49,9 %
Známka zánětu – ihned odstráním + léčba (37.7)	302; 82,7 %	43; 11, 8%	16; 4,4 %	1; 0,3 %	3; 0,8 %
Známka zánětu – ihned odstráním + informuji lékaře (37.8)	217; 59,5 %	88; 24,1 %	4; 1,1 %	29; 7,9 %	27; 7,4 %
Péči o vstup zaznamenávám (37.9)	253; 69,3 %	73; 20,0 %	15; 4,1 %	12; 3,3 %	12; 3,3 %
Dezinfekce vstupu – postřikem (37.10)	220; 60,3 %	60; 16,4 %	16; 4,4 %	37; 10,1 %	32; 8,8 %
Dezinfekce vstupu – čtverec s dezinfekcí (37.11)	171; 46,8 %	44; 12,1 %	19; 5,2 %	81; 22,2 %	50; 13,7 %
Dezinfekce vstupu – žádná (37.12)	30; 8,2 %	37; 10,1 %	11; 3,0 %	33; 9,0 %	254; 69,6 %
Proplach vstupu START-STOP (37.13)	180; 49,3 %	75; 20,5 %	30; 8,2 %	31; 8,5 %	49; 13,4 %
Aplikace heparinové zátky (37.14)	20; 5,5 %	19; 5,2 %	27; 7,4 %	71; 19,5 %	228; 62,5 %
Při odstranění vstupu jej zasílám na mikrobiologii (37.15)	171; 46,8 %	72; 19,7 %	33; 9,0 %	54; 14,8 %	35; 9,6 %

Zdroj: vlastní

37.1 prezentuje odpověď – *při zavádění respektuji zásady výběru místa zavedení včetně velikosti kanyly* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 274 (75,1 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 77 (21,1 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 7 (1,9 %) respondentů a možnost *rozhodně ne*, zvolilo 7 (1,9 %) respondentů.

37.2 prezentuje odpověď – *při zavádění dodržuji aseptu* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 328 (89,9 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 7 (1,9 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 11 (3,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 12 (3,3 %) respondentů a možnost *rozhodně ne*, zvolilo 7 (1,9 %) respondentů.

37.3 prezentuje odpověď – *při zavádění na aseptu moc nedbám* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 13 (3,6 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 12 (3,3 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 23 (6,3 %) respondentů a možnost *rozhodně ne*, zvolilo 307 (84,1 %) respondentů.

37.4 prezentuje odpověď – *vždy dodržuji délku zavedení včetně převazů a kontroly* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 206 (56,4 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 107 (29,3 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 20 (5,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 22 (6,0 %) respondentů a možnost *rozhodně ne*, zvolilo 10 (2,7 %) respondentů.

37.5 prezentuje odpověď – *vždy dodržuji délku zavedení, ale nepřevazuji, pokud to není nutné* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 85 (23,3 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 145 (39,7 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 61 (16,7 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 64 (17,5 %) respondentů.

37.6 prezentuje odpověď – *vstup ponechávám do doby, než si nemocný začne stěžovat nebo jsou patrné známky infekce* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 24 (6,6 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 67 (18,4 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 5 (1,4 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 87 (23,8 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 182 (49,9 %) respondentů.

37.7 prezentuje odpověď – *pokud dojde dle hodnotící stupnice ke známce zánětu, vstup ihned odstráním a zahájím léčbu zánětu* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 302 (82,7 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 43 (11,8 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 16 (4,4 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolil 1 (0,3 %) respondent a možnost *rozhodně ne* zvolili 3 (0,8 %) respondenti.

37.8 prezentuje odpověď – *pokud dojde dle hodnotící stupnice ke známce zánětu, vstup ihned odstráním a informuji lékaře* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 217 (59,5 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 88 (24,1 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 29 (7,9 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 27 (7,4 %) respondentů.

37.9 prezentuje odpověď – *péči o vstupy pravidelně zaznamenávám do dokumentace* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 253 (69,3 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 73 (20,0 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 15 (4,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 12 (3,3 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 12 (3,3 %) respondentů.

37.10 prezentuje odpověď – *před aplikací vstup vždy odezinfikuji postříkem a nechám oschnout* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 220 (60,3 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 60 (16,4 %) zvolilo možnost *spíše ano*,

16 (4,4 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 37 (10,1 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 32 (8,8 %) respondentů.

37.11 prezentuje odpověď – *před aplikací vstup vždy odezinfikuji čtverečkem s dezinfekcí* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 171 (46,8 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 44 (12,1 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 19 (5,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 81 (22,2 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 50 (13,7 %) respondentů.

37.12 prezentuje odpověď – *před aplikací se vstupem nic nedělám, rovnou aplikuji* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 30 (8,2 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 37 (10,1 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 11 (3,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 33 (9,0 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 254 (69,6 %) respondentů.

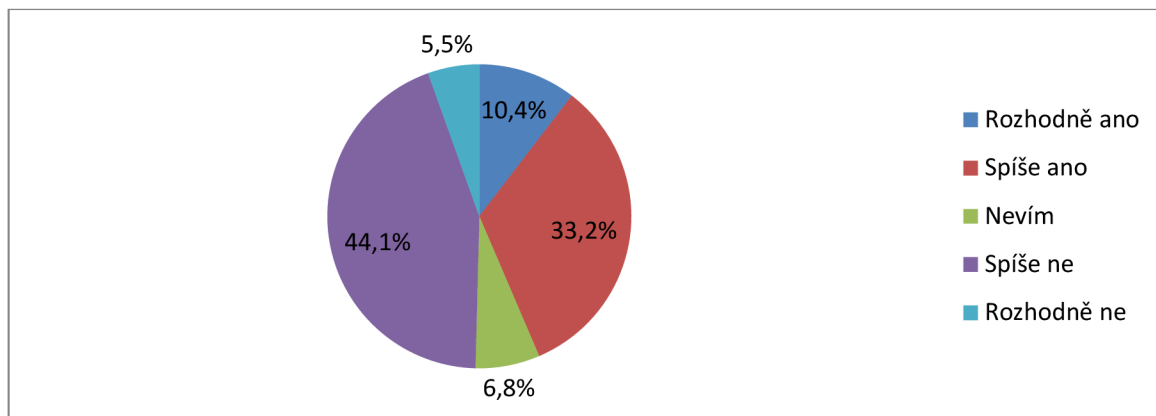
37.13 prezentuje odpověď – *pravidelně provádím proplach vstupu metodou START-STOP* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 180 (49,3 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 75 (20,5 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 30 (8,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 31 (8,5 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 49 (13,4 %) respondentů.

37.14 prezentuje odpověď – *do vstupů aplikuji heparinovou zátku u respondentů na oddělení*. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 20 (5,5 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 19 (5,2 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 27 (7,4 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 71 (19,5 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 228 (62,5 %) respondentů.

37.15 prezentuje odpověď – *při odstraňování dlouhodobého vstupu zasilám konec vstupu na mikrobiologické vyšetření* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 171 (46,8 %) respondentů, kteří odpověděli *rozhodně ano*, 72 (19,7 %) zvolilo možnost *spíše ano*, 33 (9,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše ne* zvolilo 54 (14,8 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* zvolilo 35 (9,6 %) respondentů.

Graf 34 Dostatek času na komunikaci

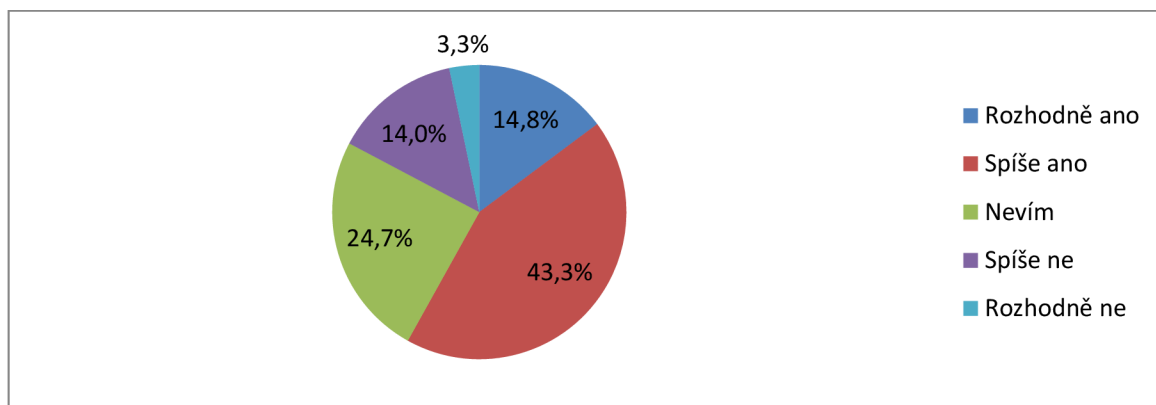
(n=365)



Graf 3 prezentuje rozložení respondentů dle subjektivního vnímání, zda mají dostatek času na komunikaci s nemocnými. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 38 (10,4 %) respondentů, kteří si mysleli, že rozhodně dostatek času na komunikaci mají, 121 (33,2 %) co si mysleli, že čas spíše mají, pro odpověď nevím se rozhodlo 25 (6,8 %) respondentů, s tvrzením spíše nesouhlasilo 161 (44,1 %) a rozhodně nesouhlasilo 20 (5,5 %) respondentů.

Graf 35 Komunikace personálu z pohledu nemocného

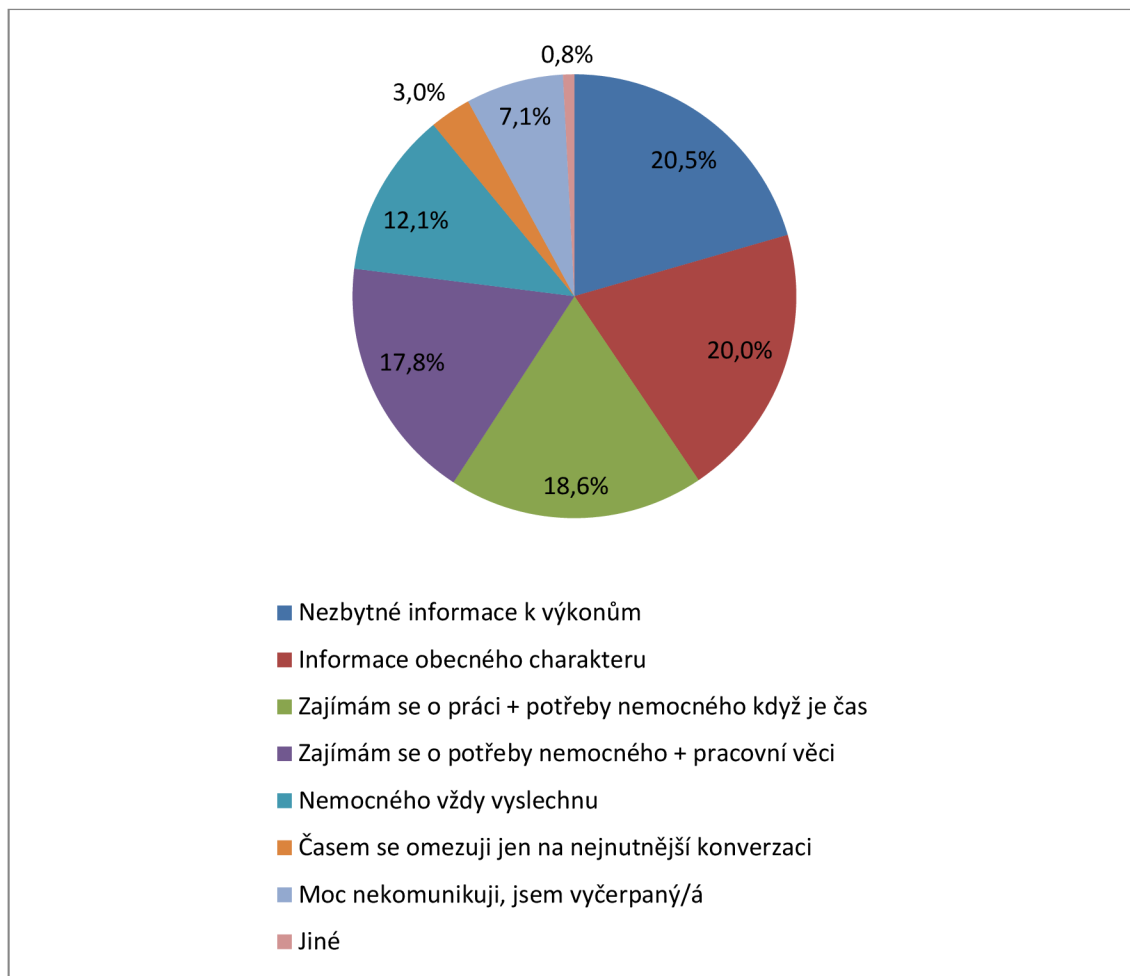
(n=365)



Graf 35 prezentuje rozložení respondentů dle subjektivního vnímání spokojenosti nemocných s mírou komunikace od sester. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 54 (14,8 %) respondentů, kteří jsou přesvědčení, že míra komunikace nemocným rozhodně vyhovuje, 158 (43,3 %) se jich domnívalo, že spíše vyhovuje, 90 (24,7 %) neví, 51 (14,0 %) si myslelo, že spíše nevyhovuje a 12 (3,3 %) že rozhodně nevyhovuje.

Graf 36 Téma rozhovorů

(n=365)



Graf 36 prezentuje rozložení respondentů dle nejčastějších témat rozhovorů, které sestry s nemocnými vedou. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 75 (20,5 %) odpovědí, že poskytují pouze nezbytné informace k výkonům, které budou následovat, 73 (20,0 %) se vyjádřilo, že se jedná o obecné informace k chodu oddělení a pracovní záležitosti, 68 (18,6 %) využilo odpověď, že se zajímá nejen o pracovní stránku komunikace, ale když je čas, tak i o potřeby nemocného, 65 (17,8 %) uvedlo, že sděluje jak pracovní záležitosti, tak se věnuje i potřebám nemocného, 44 (12,1 %) uvedlo, že nemocného vždy vyslechnu, i když to znamená nastavení další práce, 11 (3,0 %) se po nějaké době omezuje jen na nejnútnejší konverzaci, 26 (7,1 %) uvedlo, že se z nemocných cítí vyčerpano a proto moc nekomunikují a možnost jiné zvolili 3 (0,8 %) respondenti.

Tabulka 3 Management práce sestry v septické ortopedii

(n=365)

V tabulce je uváděna absolutní a relativní četnost.

	Nepoužíváme vůbec	Spíše nepoužíváme	Nevím	Spíše používáme	Používáme vždy
Příjem nemocného (41.1)	18; 4,9 %	0; 0,0 %	9; 2,5 %	39; 10,7 %	299; 81,9 %
P+P nemocného (41.2)	9; 2,5 %	0; 0,0 %	15; 4,1 %	39; 10,7 %	302; 82,7 %
Vyhodnocování testů (41.3)	5; 1,4 %	3; 0,8 %	4; 1,1 %	36; 9,9 %	317; 86,8 %
Edukace nemocného (41.4)	5; 1,4 %	7; 1,9 %	33; 9,0 %	53; 14,5 %	267; 73,2 %
Ošetrovatelské diagnózy (41.5)	39; 10,7 %	5; 1,4 %	14; 3,8 %	57; 15,6 %	250; 68,5 %
Ošetrovatelské intervence (41.6)	35; 9,6 %	2; 0,5 %	15; 4,1 %	56; 15,3 %	257; 70,4 %
Hodnocení oš. plánu (41.7)	35; 9,6 %	0; 0,0 %	25; 6,8 %	57; 15,6 %	248; 67,9 %
Zajištění žilních vstupů (41.8)	5; 1,4 %	0; 0,0 %	14; 3,8 %	55; 15,1 %	291; 79,7 %
Péče o žilní vstupy (41.9)	5; 1,4 %	0; 0,0 %	3; 0,8 %	40; 11,0 %	317; 86,8 %
Zajištění ostatních vstupů (41.10)	3; 0,8 %	5; 1,4 %	28; 7,7 %	26; 7,1 %	303; 83,0 %
Péče o ostatní vstupy (41.11)	12; 3,3 %	0; 0,0 %	14; 3,8 %	37; 10,1 %	302; 82,7 %
Péče o lůžko a lůžkoviny (41.12)	5; 1,4 %	9; 2,5 %	21; 5,8 %	33; 9,0 %	297; 81,4 %
Hygienická péče (41.13)	0; 0,0 %	15; 4,1 %	18; 4,9 %	38; 10,4 %	294; 80,5 %
Prevence dekubitů (41.14)	3; 0,8 %	8; 2,2 %	8; 2,2 %	35; 9,6 %	311; 85,2 %
Péče o dekubity (41.15)	8; 2,2 %	3; 0,8 %	9; 2,5 %	30; 8,2 %	315; 86,3 %
Prevence IMS (41.16)	5; 1,4 %	17; 4,7 %	30; 8,2 %	57; 15,6 %	256; 70,1 %
Fyzioterapie s nemocnými (41.17)	25; 6,8 %	56; 15,3 %	56; 15,3 %	55; 15,1 %	173; 47,4 %
Polohování (41.18)	12; 3,3 %	8; 2,2 %	29; 7,9 %	35; 9,6 %	281; 77,0 %
Podání stravy p.o. (41.19)	12; 3,3 %	14; 3,8 %	26; 7,1 %	42; 11,5 %	271; 74,2 %
Výživa i.v. formou (41.20)	10; 2,7 %	12; 3,3 %	17; 4,7 %	33; 9,0 %	293; 80,3 %
Výživa přes PEG, stomii (41.21)	10; 2,7 %	20; 5,5 %	22; 6,0 %	49; 13,4 %	264; 72,3 %

Vyhodnocení FF (41.22)	7; 1,9 %	8; 2,2 %	40; 11,0 %	34; 9,3 %	276; 75,6 %
Odběr BM (41.23)	5; 1,4 %	0; 0,0 %	17; 4,7 %	26; 7,1 %	317; 86,8 %
Hodnocení labor. výsledků (41.24)	36; 9,9 %	59; 16,2 %	47; 12,9 %	57; 15,6 %	166; 45,5 %
Péče o potřeby (41.25)	8; 2,2 %	13; 3,6 %	18; 4,9 %	51; 14,0 %	275; 75,3 %
Komunikace s nemocnými (41.26)	4; 1,1 %	13; 3,6 %	14; 3,8 %	43; 11,8 %	291; 79,7 %
Převaz ran (41.27)	8; 2,2 %	0; 0,0 %	7; 1,9 %	49; 13,4 %	301; 82,5 %
Péče o kompen. pomůcky (41.28)	12; 3,3 %	27; 7,4 %	47; 12,9 %	55; 15,1 %	224; 61,4 %
Dezinfekce povrchů (41.29)	31; 8,5 %	20; 5,5 %	29; 7,9 %	45; 12,3 %	240; 65,8 %
Dezinfekce nástrojů (41.30)	26; 7,1 %	11; 3,0 %	36; 9,9 %	36; 9,9 %	256; 70,1 %
Sterilizace nástrojů (41.31)	95; 26,0 %	13; 3,6 %	26; 7,1 %	44; 12,1 %	187; 51,2 %
Péče o vyprazdňování (41.32)	17; 4,7 %	9; 2,5 %	35; 9,6 %	39; 10,7 %	265; 72,6 %
Aplikace klyzma (41.33)	10; 2,7 %	14; 3,8 %	32; 8,8 %	53; 14,5 %	256; 70,1 %
Péče o N se stomií (41.34)	15; 4,1 %	10; 2,7 %	32; 8,8 %	42; 11,5 %	266; 72,9 %
Péče o inkontinentní (41.35)	10; 2,7 %	10; 2,7 %	27; 7,4 %	26; 7,1 %	292; 80,0 %
Plnění ordinací lékaře (41.36)	8; 2,2 %	0; 0,0 %	16; 4,4 %	25; 6,8 %	316; 86,6 %
Příprava sterilního stolku (41.37)	25; 6,8 %	19; 5,2 %	42; 11,5 %	55; 15,1 %	224; 61,4 %
Asistence u malých CHV (41.38)	42; 11,5 %	31; 8,5 %	29; 7,9 %	57; 15,6 %	206; 56,4 %
Příprava N na dg. vyšetření (41.39)	5; 1,4 %	11; 3,0 %	10; 2,7 %	38; 10,4 %	301; 82,5 %
Příprava N na operaci (41.40)	5; 1,4 %	0; 0,0 %	12; 3,3 %	38; 10,4 %	310; 84,9 %
Péče o N po operaci (41.41)	0; 0,0 %	0; 0,0 %	10; 2,7 %	40; 11,0 %	315; 86,3 %
Sledování bilance tekutin (41.42)	3; 0,8 %	7; 1,9 %	12; 3,3 %	47; 12,9 %	296; 81,1 %
Péče o drény (41.43)	3; 0,8 %	0; 0,0 %	32; 8,8 %	24; 6,6 %	306; 83,8 %
Monitorace bolesti (41.44)	3; 0,8 %	0; 0,0 %	13; 3,6 %	60; 16,4 %	289; 79,2 %
Péče o dýchací cesty (41.45)	10; 2,7 %	4; 1,1 %	29; 7,9 %	54; 14,8 %	268; 73,4 %
Komunikace s rodinou N (41.46)	13; 3,6 %	12; 3,3 %	66; 18,1 %	62; 17,0 %	212; 58,1 %

Příprava BRI (41.47)	5; 1,4 %	5; 1,4 %	32; 8,8 %	39; 10,7 %	284; 77,8 %
Péče o zeměděleho (41.48)	7; 1,9 %	19; 5,2 %	28; 7,7 %	34; 9,3 %	277; 75,9 %
Práce s dokumentací Z (41.49)	9; 2,5 %	14; 3,8 %	28; 7,7 %	40; 11,0 %	274; 75,1 %
Péče o příbuzné Z (41.50)	40; 11,0 %	26; 7,1 %	71; 19,5 %	55; 15,1 %	173; 47,4 %
Doprovázení umírajícího (41.51)	30; 8,2 %	36; 9,9 %	41; 11,2 %	86; 23,6 %	172; 47,1 %
Zajištění rodiny U (41.52)	37; 10,1 %	33; 9,0 %	63; 17,3 %	77; 21,1 %	155; 21,1 %
Zajištění kaplana U (41.53)	48; 13,2 %	32; 8,8 %	56; 15,3 %	58; 15,9 %	171; 46,8 %
Paliativní péče (41.54)	21; 5,8 %	20; 5,5 %	59; 16,2 %	64; 17,5 %	201; 55,1 %
Práce s dokumentací N (41.55)	4; 1,1 %	8; 2,2 %	6; 1,6 %	28; 7,7 %	319; 87,4 %
Zajištění bezpečnosti N (41.56)	7; 1,9 %	8; 2,2 %	4; 1,1 %	26; 7,1 %	320; 87,7 %
Předání služby (41.57)	0; 0,0 %	12; 3,3 %	0; 0,0 %	23; 6,3 %	330; 90,4 %
Zajištění léků p.o. (41.58)	0; 0,0 %	11; 3,0 %	9; 2,5 %	20; 5,5 %	325; 89,0 %
Zajištění léků s.c. (41.59)	0; 0,0 %	3; 0,8 %	12; 3,3 %	23; 6,3 %	327; 89,6 %
Zajištění léků i.v. (41.60)	21; 5,8 %	3; 0,8 %	4; 1,1 %	29; 7,9 %	308; 84,4 %
Zajištění léků jinou cestou (41.61)	9; 2,5 %	5; 1,4 %	3; 0,8 %	32; 8,8 %	316; 86,6 %
Práce s přístroji (41.62)	24; 6,6 %	13; 3,6 %	10; 2,7 %	53; 14,5 %	265; 72,6 %
Kontrola glykémie (41.63)	3; 0,8 %	4; 1,1 %	8; 2,2 %	34; 9,3 %	316; 86,6 %
Prevence TEN (41.64)	7; 1,9 %	4; 1,1 %	11; 3,0 %	26; 7,1 %	317; 86,8 %
Podání transfuzí (41.65)	11; 3,0 %	24; 6,6 %	18; 4,9 %	28; 7,7 %	284; 77,8 %
Resuscitace (41.66)	14; 3,8 %	26; 7,1 %	44; 12,1 %	35; 9,6 %	246; 67,4 %
Registrace EKG (41.67)	19; 5,2 %	13; 3,6 %	46; 12,6 %	49; 13,4 %	238; 65,2 %
Práce s počítačem (41.68)	0; 0,0 %	4; 1,1 %	17; 4,7 %	56; 15,3 %	288; 78,9 %
Sesterské vizity (41.69)	26; 7,1 %	8; 2,2 %	27; 7,4 %	36; 9,9 %	268; 73,4 %
Asistence u lékařské vizity (41.70)	5; 1,4 %	4; 1,1 %	10; 2,7 %	40; 11,0 %	306; 83,8 %
Odvoz N na a z oper. sálu (41.71)	6; 1,6 %	4; 1,1 %	6; 1,6 %	33; 9,0 %	316; 86,6 %

Asistence při zavádění IV (41.72)	16; 4,4 %	3; 0,8 %	15; 4,1 %	56; 15,3 %	275; 75,3 %
Vypisování poukazů (41.73)	88; 24,1 %	11; 3,0 %	49; 13,4 %	36; 9,9 %	181; 49,6 %
Vypisování žádanek (41.74)	31; 8,5 %	0; 0,0 %	9; 2,5 %	65; 17,8 %	260; 71,2 %
Nezávislá sesterská činnost (41.75)	36; 9,9 %	6; 1,6 %	14; 3,8 %	56; 15,3 %	253; 69,3 %
Doplňování materiálu na OJ (41.76)	18; 4,9 %	16; 4,4 %	18; 4,9 %	66; 18,1 %	247; 67,7 %
Objednávky materiálu na OJ (41.77)	100; 27,4 %	8; 2,2 %	39; 10,7 %	49; 13,4 %	169; 46,3 %
Objednávky léků na OJ (41.78)	111; 30,4 %	9; 2,5 %	34; 9,3 %	59; 16,2 %	152; 41,6 %
Objednávky ostatního na OJ (41.79)	96; 26,3 %	9; 2,5 %	63; 17,3 %	44; 12,1 %	153; 41,9 %
Zajištění bezpečnosti svého zdraví (41.80)	20; 5,5 %	14; 3,8 %	25; 6,8 %	52; 14,2 %	254; 69,6 %
Vzdělávání se (41.81)	22; 6,0 %	43; 11,8 %	83; 22,7 %	58; 15,9 %	159; 43,6 %
Účast na vzděl. akcích (41.82)	26; 7,1 %	36; 9,9 %	71; 19,5 %	75; 20,5 %	157; 43,0 %
Plánování péče u N (41.83)	28; 7,7 %	24; 6,6 %	51; 14,0 %	74; 20,5 %	188; 51,5 %
Plánování směn (41.84)	168; 46,0 %	26; 7,1 %	7; 1,9 %	36; 9,9 %	128; 35,1 %

Zdroj: vlastní

41.1 prezentuje odpověď - *příjem nemocného* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 18 (4,9 %) respondentů, kteří příjem nemocného *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 9 (2,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 39 (10,7 %) respondentů a možnost, že příjem nemocného *používají vždy*, zvolilo 299 (81,9 %) respondentů.

41.2 prezentuje odpověď - *překlad/propuštění nemocného* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 9 (2,5 %) respondentů, kteří překlad/propuštění nemocného *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 15 (4,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 39 (10,7 %) respondentů a možnost, že překlad/propuštění nemocného *používají vždy*, zvolilo 302 (82,7 %) respondentů.

41.3 prezentuje odpověď - *vyhodnocování testů* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří vyhodnocování testů *nepoužívají vůbec*, 3 (0,8 %), zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 36 (9,9 %) respondentů a možnost, že vyhodnocování testů *používají vždy*, zvolilo 317 (86,8 %) respondentů.

41.4 prezentuje odpověď – *zajištění edukace nemocného* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří edukaci nemocných *nepoužívají vůbec*, 7 (1,9 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 33 (9,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 53 (14,5 %) respondentů a možnost, že edukaci nemocných *používají vždy*, zvolilo 267 (73,2 %) respondentů.

41.5 prezentuje odpověď – *stanovení ošetrovatelských diagnóz* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 39 (10,7 %) respondentů, kteří stanovení diagnóz *nepoužívají vůbec*, 5 (1,4 %), zvolilo *spíše nepoužívají*, 14 (3,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 57 (15,6 %) respondentů a možnost, že stanovení diagnóz *používají vždy*, zvolilo 250 (68,5 %) respondentů.

41.6 prezentuje odpověď – *stanovení ošetrovatelských intervencí* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 35 (9,6 %) respondentů, kteří stanovení intervencí *nepoužívají vůbec*, 2 (0,5 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 15 (4,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 56 (15,3 %) respondentů a možnost, že stanovení intervencí *používají vždy*, zvolilo 257 (70,4 %) respondentů.

41.7 prezentuje odpověď – *hodnocení ošetrovatelského plánu* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 35 (9,6 %) respondentů, kteří hodnocení ošetrovatelského plánu *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 25 (6,8 %)

zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 57 (15,6 %) respondentů a možnost, že hodnocení ošetrovatelského plánu *používají vždy*, zvolilo 248 (67,9 %) respondentů.

41.8 prezentuje odpověď – *zajištění žilních vstupů dle kompetencí* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří zavádění žilních vstupů *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 14 (3,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 55 (15,1 %) respondentů a možnost, že zavádění žilních vstupů *používají vždy*, zvolilo 291 (79,7 %) respondentů.

41.9 prezentuje odpověď – *péče o žilní vstupy* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří péči o žilní *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 3 (0,8 %) zvolili možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 40 (11,0 %) respondentů a možnost, že péči o žilní vstupy *používají vždy*, zvolilo 317 (86,8 %) respondentů.

41.10 prezentuje odpověď – *zajištění ostatních invazivních vstupů* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru byli zařazeni 3 (0,8 %) respondenti, kteří zajištění ostatních invazivních vstupů *nepoužívají vůbec*, 5 (1,4 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 28 (7,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 26 (7,1 %) respondentů a možnost, že zajištění ostatních invazivních vstupů *používají vždy*, zvolilo 303 (83,0 %) respondentů.

41.11 prezentuje odpověď – *péče o ostatní invazivní vstupy* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 12 (3,3 %) respondentů, kteří péči o ostatní invazivní vstupy *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 14 (3,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 37 (10,1 %) respondentů a možnost, že péči o ostatní invazivní vstupy *používají vždy*, zvolilo 302 (82,7 %) respondentů.

41.12 prezentuje odpověď – *péče o lůžko a lůžkoviny nemocných* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří péči o lůžko a lůžkoviny *nepoužívají vůbec*, 9 (2,5 %), zvolilo možnost spíše nepoužívají, 21 (5,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 33 (9,0 %) respondentů a možnost, že péči o lůžko a lůžkoviny *používají vždy*, zvolilo 297 (81,4 %) respondentů.

41.13 prezentuje odpověď – *hygienickou péči u nemocných* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 0 (0,0 %) respondentů, kteří hygienickou péči *nepoužívají vůbec*, 15 (4,1 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 18 (4,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 38 (10,4 %) respondentů a možnost, že hygienickou péči *používají vždy*, zvolilo 294 (80,5 %) respondentů.

41.14 prezentuje odpověď – *prevence dekubitů* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru byli zařazeni 3 (0,8 %) respondenti, kteří prevenci dekubitů *nepoužívají vůbec*, 8 (2,2 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 8 (2, 2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 35 (9,6 %) respondentů a možnost, že prevenci dekubitů *používají vždy*, zvolilo 311 (85,2 %) respondentů.

41.15 prezentuje odpověď – *péči o dekubity* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 8 (2,2 %) respondentů, kteří péči o dekubity *nepoužívají vůbec*, 3 (0,8 %), zvolilo možnost spíše nepoužívají, 9 (2,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 30 (8,2 %) respondentů a možnost, že péči o dekubity *používají vždy*, zvolilo 315 (86,3 %) respondentů.

41.16 prezentuje odpověď – *prevence imobilizačního syndromu* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří prevenci imobilizačního syndromu *nepoužívají vůbec*, 17 (4,7 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají* 30 (8,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 57 (15,6 %) respondentů a možnost, že prevenci imobilizačního syndromu *používají vždy*, zvolilo 256 (70,1 %) respondentů.

41.17 prezentuje odpověď – *fyzioterapie u nemocných v rámci kompetencí* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 25 (6,8 %) respondentů, kteří fyzioterapii s nemocnými *nepoužívají vůbec*, 56 (15,3 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 56 (15,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 55 (15,1 %) respondentů a možnost, že fyzioterapii s nemocnými *používají vždy*, zvolilo 173 (47,4 %) respondentů.

41.18 prezentuje odpověď – *zajišťování polohování nemocných v rámci kompetencí* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 12 (3,3 %) respondentů, kteří zajišťování polohování *nepoužívají vůbec*, 8 (2,2 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 29 (7,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 35 (9,6 %) respondentů a možnost, že zajišťování polohování *používají vždy*, zvolilo 281 (77,0 %) respondentů.

41.19 prezentuje odpověď – *zajišťování stravy nemocným p.o.* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 12 (3,3 %) respondentů, kteří zajišťování stravy p.o. *nepoužívají vůbec*, 14 (3,8 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 26 (7,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají* zvolilo 42 (11,5 %) respondentů a možnost, že zajišťování stravy p.o. *používají vždy*, zvolilo 271 (74,2 %) respondentů.

41.20 prezentuje odpověď – *zajišťování stravy nemocným i.v.* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 10 (2,7 %) respondentů, kteří zajišťování stravy i.v. *nepoužívají vůbec*, 12 (3,3 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 17 (4,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají* zvolilo 33 (9,0 %) respondentů a možnost, že zajišťování stravy i.v. *používají vždy*, zvolilo 293 (80,3 %) respondentů.

41.21 prezentuje odpověď – *zajišťování stravy nemocným pomocí sondy, PEG, stomie* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 10 (2,7 %) respondentů, kteří *zajišťování stravy pomocí sondy, PEG, stomie nepoužívají vůbec*, 20 (5,5 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 22 (6,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 49 (13,4 %) respondentů a možnost, že *zajišťování stravy pomocí sondy, PEG, stomie používají vždy*, zvolilo 264 (72,3 %) respondentů.

41.22 prezentuje odpověď – *vyhodnocování fyziologických funkcí* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 7 (1,9 %) respondentů, kteří *vyhodnocování fyziologických funkcí nepoužívají vůbec*, 8 (2,2 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 40 (11,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 34 (9,3 %) respondentů a možnost, že *vyhodnocování fyziologických funkcí používají vždy*, zvolilo 276 (75,6 %) respondentů.

41.23 prezentuje odpověď – *odběr biologického materiálu* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří *odběr biologického materiálu nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 17 (4,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 26 (7,1 %) respondentů a možnost, že *odběr biologického materiálu používají vždy*, zvolilo 317 (86,8 %) respondentů.

41.24 prezentuje odpověď – *hodnocení laboratorních výsledků* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 36 (9,9 %) respondentů, kteří *hodnocení laboratorních výsledků nepoužívají vůbec*, 59 (16,2 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 47 (12,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 57 (15,6 %) respondentů a možnost, že *hodnocení laboratorních výsledků používají vždy*, zvolilo 166 (45,5 %) respondentů.

41.25 prezentuje odpověď – *péče o potřeby nemocných* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 8 (2,2 %) respondentů, kteří péči o potřeby nemocných *nepoužívá vůbec*, 13 (3,6 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 18 (4,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 51 (14,0 %) respondentů a možnost, že péči o potřeby nemocných *používají vždy*, zvolilo 275 (75,3 %) respondentů.

41.26 prezentuje odpověď – *komunikace s nemocnými* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru byli zařazeni 4 (1,1 %) respondentů, kteří komunikaci s nemocnými *nepoužívají vůbec*, 13 (3,6 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 14 (3,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 43 (11,8 %) respondentů a možnost, že komunikaci s nemocnými *používají vždy*, zvolilo 291 (79,7 %) respondentů.

41.27 prezentuje odpověď – *převaz ran* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 8 (2,2 %) respondentů, kteří převaz ran *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 7 (1,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají* zvolilo 49 (13,4 %) respondentů a možnost, že převaz ran *používají vždy*, zvolilo 301 (82,5 %) respondentů.

41.28 prezentuje odpověď – *péče o kompenzační pomůcky nemocných* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 12 (3,3 %) respondentů, kteří péči o kompenzační pomůcky *nepoužívají vůbec*, 27 (7,4 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 47 (12,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 55 (15,1 %) respondentů a možnost, že péči o kompenzační pomůcky nemocných *používají vždy*, zvolilo 224 (61,4 %) respondentů.

41.29 prezentuje odpověď – *dezinfekce povrchů* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 31 (8,5 %) respondentů, kteří dezinfekci povrchů *nepoužívají vůbec*, 20 (5,5 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 29 (7,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 45 (12,3 %) respondentů a možnost, že dezinfekci povrchů *používají vždy*, zvolilo 240 (65,8 %) respondentů.

41.30 prezentuje odpověď – *dezinfekce nástrojů a pomůcek* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 26 (7,1 %) respondentů, kteří dezinfekci nástrojů a pomůcek *nepoužívají vůbec*, 11 (3,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 36 (9,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 36 (9,9 %) respondentů a možnost, že dezinfekci nástrojů a pomůcek *používají vždy*, zvolilo 256 (70,1 %) respondentů.

41.31 prezentuje odpověď – *sterilizace nástrojů* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 95 (26,0 %) respondentů, kteří sterilizaci nástrojů *nepoužívají vůbec*, 13 (3,6 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 26 (7,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 44 (12,1 %) respondentů a možnost, že sterilizaci nástrojů *používají vždy*, zvolilo 187 (51,2 %) respondentů.

41.32 prezentuje odpověď – *péče o vyprazdňování nemocných* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 17 (4,7 %) respondentů, kteří vyprazdňování nemocných *nepoužívají vůbec*, 9 (2,5 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 35 (9,6 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 39 (10,7 %) respondentů a možnost, že vyprazdňování nemocných *používají vždy*, zvolilo 265 (72,6 %) respondentů.

41.33 prezentuje odpověď – *aplikace klyzma* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 10 (2,7 %) respondentů, kteří aplikaci klyzma *nepoužívají vůbec*, 14 (3,8 %) zvolilo *možnost spíše nepoužívají*, 32 (8,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 53 (14,5 %) respondentů a možnost, že aplikaci klyzma *používají vždy*, zvolilo 256 (70,1 %) respondentů.

41.34 prezentuje odpověď – *péče o nemocné se stomii* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 15 (4,1 %) respondentů, kteří péči o nemocné se stomii *nepoužívají vůbec*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 32 (8,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 42 (11,5 %) respondentů a možnost, že péči o nemocné se stomii *používají vždy*, zvolilo 266 (72,9 %) respondentů.

41.35 prezentuje odpověď – *péče o inkontinentní nemocné* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 10 (2,7 %) respondentů, kteří péči o inkontinentní *nepoužívají vůbec*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 27 (7,4 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 26 (7,1 %) respondentů a možnost, že péči o inkontinentní *používají vždy*, zvolilo 292 (80,0 %) respondentů.

41.36 prezentuje odpověď – *plnění ordinací lékaře* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 8 (2,2 %) respondentů, kteří plnění ordinací lékaře *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 16 (4,4 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 25 (6,8 %) respondentů a možnost, že plnění ordinací lékaře *používají vždy*, zvolilo 316 (86,6 %) respondentů.

41.37 prezentuje odpověď – *příprava sterilního stolku* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 25 (6,8 %) respondentů, kteří přípravu sterilního stolku *nepoužívají vůbec*, 19 (5,2 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 42 (11,5 %) zvolilo možnost

nevím, možnost *spíše používají*, zvolilo 55 (15,1 %) respondentů a možnost, že přípravu sterilního stolku *používají vždy*, zvolilo 224 (61,4 %) respondentů.

41.38 prezentuje odpověď – *asistence u malých chir. výkonů* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 42 (11,5 %) respondentů, kteří asistenci u malých chir. výkonů *nepoužívají vůbec*, 31 (8,5 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 29 (7,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 57 (15,6 %) respondentů a možnost, že asistenci u malých chir. výkonů *používají vždy*, zvolilo 206 (56,4 %) respondentů.

41.39 prezentuje odpověď - *příprava nemocných na dg. vyšetření* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří přípravu nemocných na dg. vyšetření *nepoužívají vůbec*, 11 (3,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 38 (10,4 %) respondentů a možnost, že přípravu nemocných na dg. vyšetření *používají vždy*, zvolilo 301 (82,5 %) respondentů.

41.40 prezentuje odpověď- *příprava nemocných na operační výkon* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří přípravu nemocných na operační výkon *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 12 (3,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 38 (10,4 %) respondentů a možnost, že přípravu nemocných na operační výkon *používají vždy*, zvolilo 310 (84,9 %) respondentů.

41.41 prezentuje odpověď – *péče o nemocného po operačním výkonu* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 0 (0,0 %) respondentů, kteří péči o nemocného po operačním výkonu *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 40 (11,0 %) respondentů a možnost, že péči o nemocného po operačním výkonu *používají vždy*, zvolilo 315 (86,3 %) respondentů.

41.42 prezentuje odpověď – *sledování bilance tekutin* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru byli zařazeni 3 (0,8 %) respondenti, kteří sledování bilance tekutin *nepoužívají vůbec*, 7 (1,9 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 12 (3,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 47 (12,9 %) respondentů a možnost, že sledování bilance tekutin *používají vždy*, zvolilo 296 (81,1 %) respondentů.

41.43 prezentuje odpověď – *péče o drény a drenážní systémy* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru byli zařazeni 3 (0,8 %) respondenti, kteří péči o drény *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 32 (8,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 24 (6,6 %) respondentů a možnost, že péče o drény *používají vždy*, zvolilo 306 (83,8 %) respondentů.

41.44 prezentuje odpověď - *monitorace bolesti* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru byli zařazeni 3 (0,8 %) respondenti, kteří monitoraci bolesti *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 13 (3,6 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 60 (16,4 %) respondentů a možnost, že monitoraci bolesti *používají vždy*, zvolilo 289 (79,2 %) respondentů.

41.45 prezentuje odpověď – *péče o dýchací cesty nemocných* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 10 (2,7 %) respondentů, kteří péči o dýchací cesty *nepoužívají vůbec*, 4 (1,1 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 29 (7,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 54 (14,8 %) respondentů a možnost, že péči o dýchací cesty *používají vždy*, zvolilo 268 (73,4 %) respondentů.

41.46 prezentuje odpověď – *komunikace s rodinou nemocných* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 13 (3,6 %) respondentů, kteří komunikaci s rodinou *nepoužívají vůbec*, 12 (3,3 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 66 (18,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 62 (17,0 %) respondentů a možnost, že komunikaci s rodinou *používají vždy*, zvolilo 212 (58,1 %) respondentů.

41.47 prezentuje odpověď – *příprava izolace/bariérového ošetřování* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří přípravu izolace *nepoužívají vůbec*, 5 (1,4 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 32 (8,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 39 (10,7 %) respondentů a možnost, že přípravu izolace *používají vždy*, zvolilo 284 (77,8 %) respondentů.

41.48 prezentuje odpověď – *péče o zemřelého* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 7 (1,9 %) respondentů, kteří péči o zemřelého *nepoužívají vůbec*, 19 (5,2 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 28 (7,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 34 (9,3 %) respondentů a možnost, že péči o zemřelého *používají vždy*, zvolilo 277 (75,9 %) respondentů.

41.49 prezentuje odpověď – *práce s dokumentací zemřelého* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 9 (2,5 %) respondentů, kteří práci s dokumentací zemřelého *nepoužívají vůbec*, 14 (3,8 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 28 (7,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 40 (11,0 %) respondentů a možnost, že práci s dokumentací zemřelého *používají vždy*, zvolilo 274 (75,1 %) respondentů.

41.50 prezentuje odpověď – *péče o příbuzné zemřelého* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 40 (11,0 %) respondentů, kteří péči o příbuzné zemřelého *nepoužívají vůbec*, 26 (7,1 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 71 (19,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 55 (15,1 %) respondentů a možnost, že péči o příbuzné zemřelého *používají vždy*, zvolilo 173 (47,4 %) respondentů.

41.51 prezentuje odpověď – *péče o umírajícího - doprovázení* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 30 (8,2 %) respondentů, kteří péči o umírajícího - doprovázení *nepoužívají vůbec*, 36 (9,9 %), zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 41 (11,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 86 (23,6 %) respondentů a možnost, že péči o umírajícího - doprovázení *používají vždy*, zvolilo 172 (47,1 %) respondentů.

41.52 prezentuje odpověď – *péče o umírajícího – zajištění přítomnosti rodiny* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 37 (10,1 %) respondentů, kteří péči o umírajícího – zajištění přítomnosti rodiny *nepoužívají vůbec*, 33 (9,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 63 (17,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 77 (21,1 %) respondentů a možnost, že péči o umírajícího – zajištění přítomnosti rodiny *používají vždy*, zvolilo 155 (42,5 %) respondentů.

41.53 prezentuje odpověď – *péče o umírajícího – zajištění kaplana* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 48 (13,2 %) respondentů, kteří péči o umírajícího – zajištění kaplana *nepoužívají vůbec*, 32 (8,8 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 56 (15,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 58 (15,9 %) respondentů a možnost, že péči o umírajícího – zajištění kaplana *používají vždy*, zvolilo 171 (46,8 %) respondentů.

41.54 prezentuje odpověď – *zajištění paliativní péče* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 21 (5,8 %) respondentů, kteří zajištění paliativní péče *nepoužívají vůbec*, 20 (5,5 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 59 (16,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 64 (17,5 %) respondentů a možnost, že zajištění paliativní péče *používají vždy*, zvolilo 201 (55,1 %) respondentů.

41.55 prezentuje odpověď – *práce s dokumentací nemocného* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru byli zařazeni 4 (1,1 %) respondenti, kteří práci s dokumentací *nepoužívají vůbec*, 8 (2,2 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 6 (1,6 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 28 (7,7 %) respondentů a možnost, že práci s dokumentací *používají vždy*, zvolilo 319 (87,4 %) respondentů.

41.56 prezentuje odpověď – *zajištění bezpečnosti nemocného* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 7 (1,9 %) respondentů, kteří zajištění bezpečnosti *nepoužívají vůbec*, 8 (2,2 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 26 (7,1 %) respondentů a možnost, že zajištění bezpečnosti *zařazují vždy*, zvolilo 320 (87,7 %) respondentů.

41.57 prezentuje odpověď – *předání služby mezi směnami* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 0 (0,0 %) respondentů, kteří předání služby *nepoužívají vůbec*, 12 (3,3 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 23 (6,3 %) respondentů a možnost, že předání služby *používají vždy*, zvolilo 330 (90,4 %) respondentů.

41.58 prezentuje odpověď – *příprava a podání léků p.o.* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 0 (0,0 %) respondentů, kteří přípravu a podání léků p.o. *nepoužívají vůbec*, 11 (3,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 9 (2,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají* zvolilo 20 (5,5 %) respondentů a možnost, že přípravu a podání léků p.o. *používají vždy*, zvolilo 325 (89,0 %) respondentů.

41.59 prezentuje odpověď – *příprava a podání léků s.c.* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 0 (0,0 %) respondentů, kteří přípravu a podání léků s.c. *nepoužívají vůbec*, 3 (0,8 %) zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 12 (3,3 %) zvolilo možnost

nevím, možnost *spíše používají* zvolilo 23 (6,3 %) respondentů a možnost, že přípravu a podání léků s.c. *používají vždy*, zvolilo 327 (89,6 %) respondentů.

41.60 prezentuje odpověď – *příprava a podání léků i.v.* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 21 (5,8 %) respondentů, kteří přípravu a podání léků i.v. *nepoužívají vůbec*, 3 (0,8 %) zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *nevím*, možnost *spíše používají* zvolilo 29 (7,9 %) respondentů a možnost, že přípravu a podání léků i.v. *používají vždy*, zvolilo 308 (84,4 %) respondentů.

41.61 prezentuje odpověď – *příprava a podání léků jinou cestou* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 9 (2,5 %) respondentů, kteří přípravu a podání léků jinou cestou *nepoužívají vůbec*, 5 (1,4 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 3 (0,8 %) zvolili možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 32 (8,8 %) respondentů a možnost, že přípravu a podání léků jinou cestou *používají vždy*, zvolilo 316 (86,6 %) respondentů.

41.62 prezentuje odpověď – *práce s přístrojovým vybavením* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 24 (6,6 %) respondentů, kteří práci s přístrojovým vybavením *nepoužívají vůbec*, 13 (3,6 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 53 (14,5 %) respondentů a možnost, že práci s přístrojovým vybavením *používají vždy*, zvolilo 265 (72,6 %) respondentů.

41.63 prezentuje odpověď – *kontrola glykémie* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru byli zařazeni 3 (0,8 %) respondenti, kteří kontrolu glykémie *nepoužívají vůbec*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 8 (2,2 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají* zvolilo 34 (9,3 %) respondentů a možnost, že kontrolu glykémie *používají vždy*, zvolilo 316 (86,6 %) respondentů.

41.64 prezentuje odpověď – *prevence TEN* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 7 (1,9 %) respondentů, kteří prevenci TEN *nepoužívají vůbec*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 11 (3,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 26 (7,1 %) respondentů a možnost, že prevenci TEN *používají vždy*, zvolilo 317 (86,8 %) respondentů.

41.65 prezentuje odpověď – *příprava a podání transfuzních přípravků* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 11 (3,0 %) respondentů, kteří přípravu a podání transfuzních přípravků *nepoužívají vůbec*, 24 (6,6 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 18 (4,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 28 (7,7 %) respondentů a možnost, že přípravu a podání transfuzních přípravků *používají vždy*, zvolilo 284 (77,8 %) respondentů.

41.66 prezentuje odpověď – *resuscitace v rámci kompetencí* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 14 (3,8 %) respondentů, kteří resuscitaci *nepoužívají vůbec*, 26 (7,1 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 44 (12,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 35 (9,6 %) respondentů a možnost, že resuscitaci *používají vždy*, zvolilo 246 (67,4 %) respondentů.

41.67 prezentuje odpověď – *registrace EKG* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 19 (5,2 %) respondentů, kteří registraci EKG *nepoužívají vůbec*, 13 (3,6 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 46 (12,6 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 49 (13,4 %) respondentů a možnost, že registraci EKG *používají vždy*, zvolilo 238 (65,2 %) respondentů.

41.68 prezentuje odpověď – *práce s počítačem* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 0 (0,0 %) respondentů, kteří práci s počítačem *nepoužívají vůbec*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 17 (4,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 56 (15,3 %) respondentů a možnost, že práci s počítačem *používají vždy*, zvolilo 288 (78,9 %) respondentů.

41.69 prezentuje odpověď – *plánování a účast na sesterských vizitách* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 26 (7,1 %) respondentů, kteří plánování a účast na sesterských vizitách *nepoužívají vůbec*, 8 (2,2 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 27

(7,4 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 36 (9,9 %) respondentů a možnost, že plánování a účast na sesterských vizitách *používají vždy*, zvolilo 268 (73,4 %) respondentů.

41.70 prezentuje odpověď – *asistence při lékařských vizitách* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 5 (1,4 %) respondentů, kteří asistenci při lékařských vizitách *nepoužívají vůbec*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 10 (2,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 40 (11,0 %) respondentů a možnost, že asistence při lékařských vizitách *používají vždy*, zvolilo 306 (83,8 %) respondentů.

41.71 prezentuje odpověď – *odvoz nemocných na a z operačního sálu* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 6 (1,6 %) respondentů, kteří odvoz nemocných na a z operačního sálu *nepoužívají vůbec*, 4 (1,1 %) zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 6 (1,6 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 33 (9,0 %) respondentů a možnost, že odvoz nemocných na a z operačního sálu *používají vždy*, zvolilo 316 (86,6 %) respondentů.

41.72 prezentuje odpověď – *asistence lékaři při zavádění invazivních vstupů* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 16 (4,4 %) respondentů, kteří asistenci při zavádění invazivních vstupů *nepoužívají vůbec*, 3 (0,8 %) zvolili možnost *spíše nepoužívají*, 15 (4,1 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 56 (15,3 %) respondentů a možnost, že asistenci při zavádění invazivních vstupů *používají vždy*, zvolilo 275 (75,3 %) respondentů.

41.73 prezentuje odpověď – *vypisování poukazů na pomůcky v rámci kompetencí* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 88 (24,1 %) respondentů, kteří vypisování poukazů *nepoužívají vůbec*, 11 (3,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 49 (13,4 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 36 (9,9 %) respondentů a možnost, že vypisování poukazů *používají vždy*, zvolilo 181 (49,6 %) respondentů.

41.74 prezentuje odpověď – *vypisování žádanek* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 31 (8,5 %) respondentů, kteří vypisování žádanek *nepoužívají vůbec*, 0 (0,0 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 9 (2,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 65 (17,8 %) respondentů a možnost, že vypisování žádanek *používají vždy*, zvolilo 260 (71,2 %) respondentů.

41.75 prezentuje odpověď – *nezávislá sesterská činnost ostatní* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 36 (9,9 %) respondentů, kteří nezávislou sesterskou činnost ostatní *nepoužívají vůbec*, 6 (1,6 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 14 (3,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 56 (15,3 %) respondentů a možnost, že nezávislou sesterskou činnost ostatní *používají vždy*, zvolilo 253 (69,3 %) respondentů.

41.76 prezentuje odpověď – *doplňování materiálu na ošetrovací jednotku* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 18 (4,9 %) respondentů, kteří doplňování materiálu *nepoužívají vůbec*, 16 (4,4 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 18 (4,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 66 (18,1 %) respondentů a možnost, že doplňování materiálu *používají vždy*, zvolilo 247 (67,7 %) respondentů.

41.77 prezentuje odpověď – *objednávky materiálu pro ošetrovací jednotku* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 100 (27,4 %) respondentů, kteří objednávání materiálu *nepoužívají vůbec*, 8 (2,2 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 39 (10,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 49 (13,4 %) respondentů a možnost, že objednávání materiálu *používají vždy*, zvolilo 169 (46,3 %) respondentů.

41.78 prezentuje odpověď – *objednávky léků pro ošetrovací jednotku* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 111 (30,4 %) respondentů, kteří objednávání léků *nepoužívají vůbec*, 9 (2,5 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 34 (9,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 59 (16,2 %) respondentů a možnost, že objednávání léků *používají vždy*, zvolilo 152 (41,6 %) respondentů.

41.79 prezentuje odpověď – *objednávky ostatního potřebného pro ošetrovací jednotku* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 96 (26,3 %) respondentů, kteří objednávání ostatního potřebného *nepoužívají vůbec*, 9 (2,5 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 63 (17,3 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 44 (12,1 %) respondentů a možnost, že objednávání ostatního potřebného *používají vždy*, zvolilo 153 (41,9 %) respondentů.

41.80 prezentuje odpověď – *zajištění bezpečnosti svého zdraví a ostatních spolupracovníků* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 20 (5,5 %) respondentů, kteří zajištění bezpečnosti zdraví *nepoužívají vůbec*, 14 (3,8 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 25 (6,8 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 52 (14,2 %) respondentů a možnost, že zajištění bezpečnosti zdraví *používají vždy*, zvolilo 254 (69,6 %) respondentů.

41.81 prezentuje odpověď – *vzdělávání se ve volném čase* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 22 (6,0 %) respondentů, kteří vzdělávání se *nepoužívají vůbec*, 43 (11,8 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 83 (22,7 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 58 (15,9 %) respondentů a možnost, že vzdělávání se *používají vždy*, zvolilo 159 (43,6 %) respondentů.

41.82 prezentuje odpověď – *účast na vzdělávacích akcích* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 26 (7,1 %) respondentů, kteří účast na vzdělávacích akcích *nepoužívají vůbec*, 36 (9,9 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 71 (19,5 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 75 (20,5 %) respondentů a možnost, že účast na vzdělávacích akcích *používají vždy*, zvolilo 157 (43,0 %) respondentů.

41.83 prezentuje odpověď – *plánování péče u jednotlivých nemocných* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 28 (7,7 %) respondentů, kteří plánování péče *nepoužívají vůbec*, 24 (6,6 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 51 (14,0 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 74 (20,3 %) respondentů a možnost, že plánování péče *používají vždy*, zvolilo 188 (51,5 %) respondentů.

41.84 prezentuje odpověď – *plánování směn pro personál* u respondentů na oddělení. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 168 (46,0 %) respondentů, kteří plánování směn *nepoužívají vůbec*, 26 (7,1 %) zvolilo možnost *spíše nepoužívají*, 7 (1,9 %) zvolilo možnost *nevím*, možnost *spíše používají*, zvolilo 36 (9,9 %) respondentů a možnost, že plánování směn *používají vždy*, zvolilo 128 (35,1 %) respondentů.

4.2 Statistické vyhodnocení dat

Ke statistickému zpracování dat byl využit program MS Excel, kam byla veškerá získaná data přepsána a vypočítána absolutní a relativní četnost, průměr, směrodatná odchylka, medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum. Data byla testována podle chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce, testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace, Mann-Whitneyho testu a Kruskal-Wallisova testu. Pro další zpracování dat bylo využito programu TIBCO STATISTICA. Hladina významnosti činila 5% ($p = 0,05$). Statistické zpracování proběhlo za účasti statistika.

4.2.1 Hypotéza 1 - Existuje statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry v septické ortopedii

Pro testování hypotézy 1 byly určeny v dotazníku (Příloha č. 8) otázky č. 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 36, 37, 38, 39, 40 a 41. Pro samotné testování pak byla vyřazena otázka 9.

$H_{1(A)}$: Existuje statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry v septické ortopedii.

$H_{1(0)}$: Neexistuje statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry v septické ortopedii.

Tabulka 4 Statisticky významné vztahy pro hypotézu 1

Otázka/oblast činnosti	Hladina pravděpodobnosti
14. Rehabilitační péče	0,000
15. Zvláštní opatření u P se septickou dg.	0,003
16. Přístup k P se septickou dg.	0,018
18. Znalost rozdílu mezi I a BR	0,000
19. Dodržování zásad I nebo BR	0,003

Zdroj: vlastní

Tabulka 4 prezentuje výsledky podle Chí-kvadrát testu a Mann-Witneyho testu s hladinou pravděpodobnosti $<0,05$ pro hypotézu 1. Podle této tabulky můžeme říci, že $H_{1(A)}$ platí pro otázky 14, 15, 16, 18 a 19. Ostatní významné vztahy jsou porovnány v *Tabulce 7 Statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry*.

Tabulka 5 Statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a zásadami péče v izolaci

Odpověď	Hladina pravděpodobnosti
a. Samostatný pokoj - IZOLACE	0,502
b. Bariérová ošetrovatelská technika	0,201
c. Pacient mezi ostatními, dodržujeme BR	0,646
d. Vyhrazení pomůcek přímo na pokoji P	0,291
e. Pacient je zařazován na konec programu	0,000
f. Pořadí v péči nijak neovlivňujeme	netestovalo se
g. Omezený režim návštěv	0,013
h. Označení všech dokumentů IZOLACE	0,004
i. Veškerý odpad + prádlo označujeme jako infekční	0,001
j. Odpad + prádlo nijak netřídíme	netestovalo se
k. Pacient se smí volně pohybovat po oddělení	0,940
l. Pacient nesmí opustit pokoj	0,084

Zdroj: vlastní

Tabulka 5 prezentuje výsledky podle Chí-kvadrát testu s hladinou pravděpodobnosti $<0,05$ pro vztah mezi typem nemocnice a zásadami v péči o pacienty na izolaci. Podle této tabulky můžeme říci, že $H1_{(A)}$ platí pro odpovědi: *Pacient je zařazován na konec programu, Omezený režim návštěv, Označení všech dokumentů IZOLACE a Veškerý odpad + prádlo označujeme jako infekční*. Naopak $H1_{(0)}$ platí pro odpovědi: *Samostatný pokoj – IZOLACE Bariérová ošetrovatelská technika, Pacient mezi ostatními dodržujeme BR, Vyhrazení pomůcek přímo na pokoji P, Pacient se smí volně pohybovat po oddělení a Pacient nesmí opustit pokoj*. Odpovědi: *Pořadí v péči nijak neovlivňujeme a Odpad + prádlo nijak netřídíme*, se kvůli malému výskytu netestovaly.

Tabulka 6 Statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a používaným žilním vstupem

Odpověď	Hladina pravděpodobnosti
a. PŽK po celou dobu	0,002
d. PICC katétr	0,002
e. MIDLINE katétr	0,000

Zdroj: vlastní

Tabulka 6 prezentuje výsledky podle Chí-kvadrát testu s hladinou pravděpodobnosti $<0,05$ pro vztah mezi typem nemocnice a používanými žilními vstupy. Podle této tabulky můžeme říci, že $H1_{(A)}$ platí pro odpovědi: *PŽK po celou dobu, PICC katétr a MIDLINE katétr*.

Tabulka 7 Statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry

Položka	Průměr krajská	Průměr okresní	p-hodnota
1. Příjem nemocného	4,5	4,7	0,244
2. Překlad/propuštění nemocného	4,6	4,8	0,010
3. Vyhodnocování testů (dekubity, riziko pádu apod.)	4,8	4,8	0,729
4. Zajištění edukace nemocného	4,4	4,8	0,000
5. Stanovení ošetrovatelských diagnóz	4,1	4,5	0,014
6. Stanovení ošetrovatelských intervencí	4,3	4,5	0,056
7. Hodnocení ošetrovatelského plánu	4,2	4,4	0,468
8. Zajištění žilních vstupů v rámci kompetencí	4,6	4,9	0,000
9. Péče o žilní vstupy	4,8	4,9	0,402
10. Zajištění všech ostatních invazivních vstupů (PMK, NGS apod.) v rámci kompetencí	4,7	4,7	0,616
11. Péče o ostatní invazivní vstupy (PMK, NGS apod.)	4,7	4,8	0,179
12. Péče o lůžko a lůžkoviny nemocných	4,6	4,7	0,625
13. Hygienická péče u nemocných	4,7	4,7	0,435
14. Prevence dekubitů	4,7	4,8	0,596
18. Zajišťování polohování nemocných	4,5	4,6	0,539
23. Odběr biologického materiálu (moč, stolice, krev, sekrety)	4,7	4,9	0,304
24. Hodnocení laboratorních výsledků v rámci kompetencí	3,5	3,9	0,187
25. Péče o potřeby nemocných	4,6	4,6	0,776
26. Komunikace s nemocnými	4,7	4,7	0,190
27. Převaz ran	4,7	4,8	0,086
40. Příprava nemocných na operační výkony	4,8	4,8	0,188
41. Péče o nemocné po operačním výkonu	4,9	4,8	0,238
42. Sledování bilance tekutin	4,8	4,7	0,029
43. Péče o drény a drenážní systémy	4,8	4,7	0,525
44. Monitorace bolesti	4,7	4,8	0,054
45. Péče o dýchací cesty nemocného	4,6	4,6	0,192
46. Komunikace s rodinou nemocného	4,2	4,4	0,919
47. Příprava izolace/bariérového ošetřování v případě potřeby	4,7	4,6	0,640
48. Péče o zemřelého	4,6	4,4	0,011
54. Zajištění paliativní péče	4,3	4,0	0,002
55. Práce s dokumentací nemocného	4,9	4,7	0,044
57. Předání služby mezi směnami	4,9	4,8	0,766
70. Plánování a účast na sesterských vizitách	4,8	4,8	0,911
81. Vzdělávání se ve volném čase v oblasti zdravotnictví	3,6	4,0	0,494
82. Účast na vzdělávacích akcích v rámci zdravotnictví	3,6	4,1	0,092
83. Plánování péče u jednotlivých nemocných	3,9	4,1	0,667

Tabulka 7 prezentuje výsledky Mann-Whitneyho testu s hladinou pravděpodobnosti $<0,05$ pro vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry v septické ortopedii. Pro snazší statistické zpracování dat byla původní tabulka rozkategorizována do skupin, které je nějakým způsobem spojují. První kategorie obsahovala administrativu spojenou s přímou péčí o nemocného – v tabulce fialovou barvou, druhá kategorie obsahovala data k přímé ošetrovatelské péči – v tabulce zeleně, třetí kategorie obsahovala činnosti spojené s péčí o pomůcky a prostředí – v tabulce modře a poslední kategorie obsahovala záznamy o vzdělávání – v tabulce hnědou barvou. Podle této tabulky může říci, že $H_{1(A)}$ platí pro odpovědi: 2, 4, 5, 8, 42, 48, 54, 55 a 60. V tabulce hodnoty $p < 0,05$ označeny červeně. Naopak $H_{1(0)}$ platí pro odpovědi: 1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 23, 24, 25, 26, 27, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 57, 70, 81, 82 a 83. V krajských nemocnicích častěji do svého managementu práce sestry zařazovaly: *Sledování bilance tekutin, Zajištění paliativní péče, Práce s dokumentací nemocného Registrace EKG*. Naopak sestry z okresních nemocnic častěji zařazují: *Příjem/překlad nemocného, Zajištění edukace nemocného, Stanovení oš. diagnóz, Zajištění žilních vstupů v rámci kompetencí*.

$H_{1(A)}$: *Existuje statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry v septické ortopedii?* - se nám potvrdila pro otázky 13, 14, 15, 16, 18, 19, 37 a 39.

$H_{1(0)}$: *Neexistuje statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry v septické ortopedii?* - se nám potvrdila pro otázky 38 a 40

Otázky 17, 20, 36 a 40 se pro $H_{1(A)}$ potvrdily pouze v některých jejich oblastech. A těmi jsou pro otázku 17: *Pacient je zařazován na konec programu, Omezený režim návštěv, Označení všech dokumentů IZOLACE a Veškerý odpad + prádlo označujeme jako infekční*. Pro otázku 20: *Ošetrovatelské problémy + intervence + jejich hodnocení, Příjem a výdej tekutin, Ošetrovatelská anamnéza, Edukační karta, Nutriční screening, Hodnocení Body mass indexu = BMI, Madonova klasifikace žilních vstupů, Vyhodnocení rizika pádu, Numerická škála hodnocení bolesti, Záznam péče o rány a dekubity, Hodnocení stavu kůže a Informovaný souhlas s poskytováním informací*. Pro otázku 36: *PŽK po celou dobu, PICC katétr a MIDLINE katétr*. A pro otázku 41: *Sledování bilance tekutin, Péče o zemřelého, Práce s dokumentací zemřelého, Péče o příbuzné zemřelého, Péče o umírajícího – zajištění přítomnosti rodiny, Péče*

o umírajícího – zajištění kaplana, Zajištění paliativní péče, Práce s dokumentací nemocného Registrace EKG, Příjem/překlad nemocného, Zajištění edukace nemocného, Stanovení oš. diagnóz, Zajištění žilních vstupů v rámci kompetencí, Příprava sterilního stolku, Příprava a podání léků i.v., Práce s přístrojovým vybavením, Příprava a podání transfuzních přípravků v rámci kompetencí, Práce s počítačem, Nezávislá sesterská činnost ostatní, Doplnování materiálu na oš. jednotku, Objednávky materiálu pro oš. jednotku.

Vzhledem k výsledkům můžeme říci, že **hypotézu 1 – se nám podařilo potvrdit pouze pro některé oblasti.**

4.2.2 Hypotéza 2 - Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a znalostmi v oblasti moderního hojení ran

Pro testování hypotézy 2 byly určeny v dotazníku (Příloha č. 8) otázky č. 3, 4, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 a 35. Pro samotné testování pak byly zvoleny otázky č. 3, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 a 35. Otázky 4, 32, 33, 34 byly z testování vyřazeny.

$H_{2(A)}$ - *Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a znalostmi v oblasti moderního hojení ran.*

$H_{2(0)}$ - *Neexistuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a znalostmi v oblasti moderního hojení ran.*

Tabulka 8 Statisticky významné vztahy pro hypotézu 2

Otázka/oblast činnosti	Hladina pravděpodobnosti
21. Dostatek znalostí v septické ortopedii	0,007
22. Možnost vzdělávat se v septické ortopedii	0,050
27. Způsob péče o rány	0,001
28. Používání moderních materiálů dle fáze hojení	0,005
29. Používání moderních metod hojení	0,000
30. Dostatek materiálu pro každou fázi hojení	0,000
31. Využívání podtlakové terapie	0,042

Zdroj: vlastní

Tabulka 8 prezentuje výsledky podle Kruskal-Wallisova testu a Chí-kvadrát testu s hladinou pravděpodobnosti $<0,05$ pro hypotézu 2. Podle této tabulky můžeme říci, že $H_{2(A)}$ platí pro otázky 21, 22, 27, 28, 29, 30 a 31.

$H_{2(A)}$ - *Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a znalostmi v oblasti moderního hojení ran.* – se nám potvrdila pro otázky 21, 22, 24, 28, 27, 29, 30 a 31.

$H_{2(0)}$ - *Neexistuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a znalostmi v oblasti moderního hojení ran.* – se nám potvrdila pro otázky 23, 25 a 26.

Vzhledem k výsledkům může říci, že **hypotézu 2 – se nám podařilo potvrdit pouze pro některé oblasti.**

4.2.3 Hypotéza 3 - *Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a zkušenostmi s péčí o pacienta se septickou komplikací po ortopedickém výkonu*

Pro testování hypotézy 3 byly určeny v dotazníku (Příloha č. 8) otázky č. 5, 10, 11 a 12.

$H_{3(A)}$ - *Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a zkušenostmi s péčí o pacienta se septickou komplikací po ortopedickém výkonu.*

$H_{3(0)}$ - *Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a zkušenostmi s péčí o pacienta se septickou komplikací po ortopedickém výkonu.*

Tabulka 9 Statisticky významné vztahy pro hypotézu 3

Otázka/oblast činnosti	Hladina pravděpodobnosti
10. Frekvence setkávání s pacientem se septickou diagnózou	0,046
11. Délka pobytu pacienta se septickou diagnózou na oddělení	0,248
12. Nejčastější způsob ukončení hospitalizace	0,000

Zdroj: vlastní

Tabulka 9 prezentuje výsledky podle Spearmanova korelačního koeficientu a Kruskal-Wallisova testu s hladinou pravděpodobnosti $<0,05$ pro hypotézu 3. Podle této tabulky můžeme říci, že $H_{3(A)}$ platí pro otázku 10 a 12. Naopak pro otázku 11 musíme říci, že platí $H_{3(0)}$.

H3_(A) - *Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a zkušenostmi s péčí o pacienta se septickou komplikací po ortopedickém výkonu.* – se nám potvrdila pro otázky 10 a 12

H 3₍₀₎ - *Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a zkušenostmi s péčí o pacienta se septickou komplikací po ortopedickém výkonu.* – se nám potvrdila pro otázku 11.

Vzhledem k výsledkům můžeme říci, že **hypotézu 3 – se nám podařila potvrdit pouze pro určité oblasti.**

4.3 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

V této části shrneme veškeré získané údaje od participantů, kteří byli ochotni poskytnout rozhovor pro účely této diplomové práce. Celkem jsme si stanovili 4 výzkumné otázky. Získaná data od participantů jsme si utřídily pomocí kategorizace a kódování. Pro přehlednost vkládáme Tabulku 10, která prezentuje identifikační údaje participantů, kde se dozvíte jejich věk, pohlaví, dosažené vzdělání, v jaké nemocnici jsou nebo byli hospitalizováni, o jaký typ hospitalizace se jednalo a dobu hospitalizace.

Tabulka 10 Identifikační údaje participantů

	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Typ nemocnice	Typ hospitalizace	Doba hospitalizace
Participant 1	66	muž	VŠ	fakultní	akutní	2 týdny
Participant 2	71	žena	SŠ	soukromá	plánovaná	3 týdny
Participant 3	53	muž	SOU	fakultní	akutní, opakovaná	6 týdnů
Participant 4	42	muž	ZŠ	fakultní	akutní, opakovaná	4 týdny
Participant 5	83	muž	SOU	okresní	akutní	3 týdny
Participant 6	51	muž	VŠ	krajská	akutní	1 týden
Participant 7	56	žena	SŠ	okresní	akutní	4 týdny
Participant 8	75	muž	SOU	okresní	akutní	7 týdnů
Participant 9	56	muž	VŠ	okresní	akutní, opakovaná	3 týdny

Zdroj: vlastní

Legenda: SOU – střední odborné učiliště, SŠ – střední škola, VŠ – vysoká škola, ZŠ – základní škola

4.3.1.1 Seznam kategorií a podkategorií kvalitativního výzkumu

Kategorie – Rozdělení participantů

Kategorie SI – Sdělování informací pacientům směrem od zdravotníků

Podkategorie A – Sdělování informací od sester

Kategorie K – Komunikace

Podkategorie A – Verbální komunikace

Podkategorie B – Neverbální komunikace

Podkategorie C – Písemná komunikace

Kategorie VIB – Vnímání bariérového/izolačního režimu pacienty

Podkategorie A – Pohled nemocného

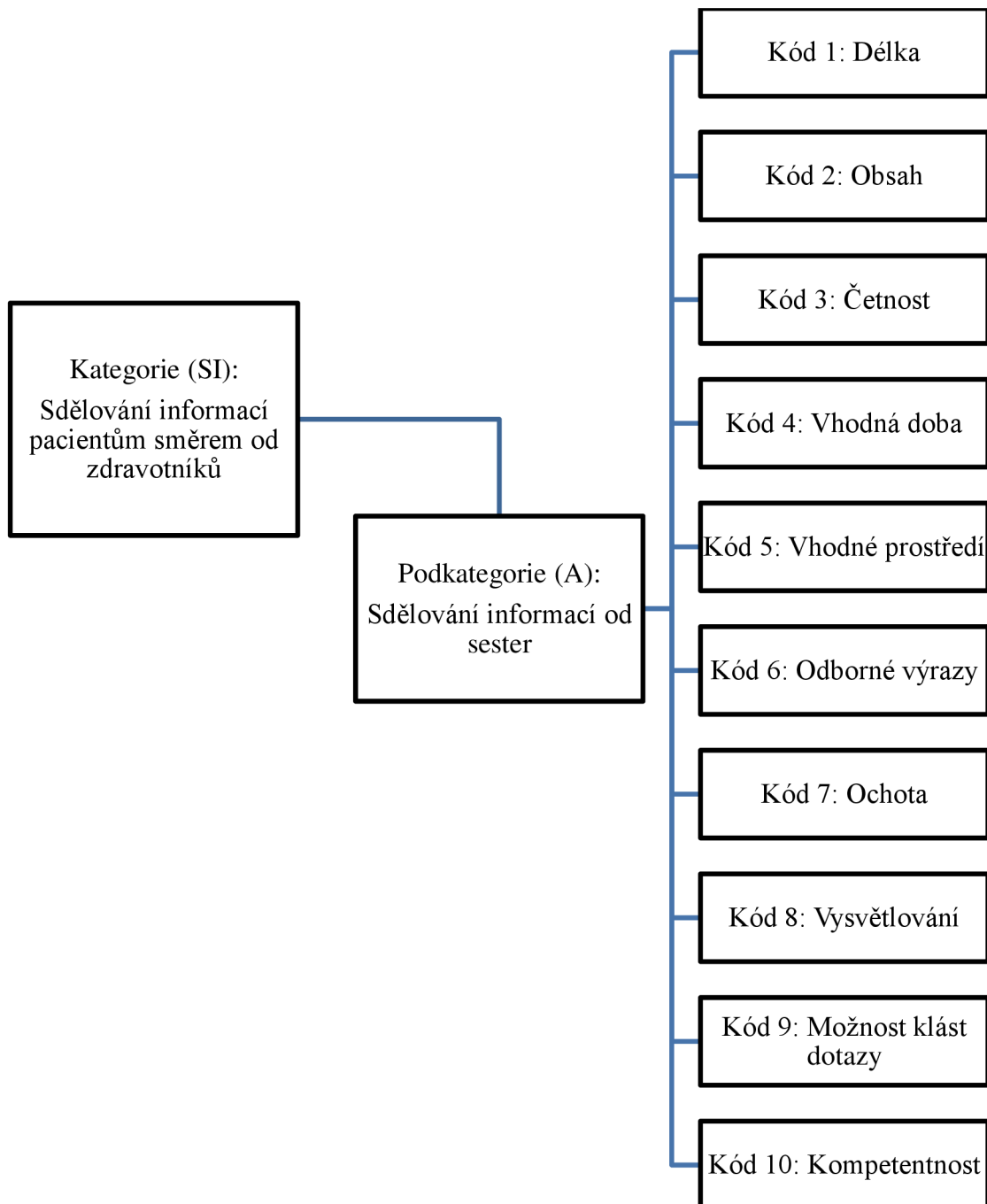
Kategorie RD – Vnímání režimu dne v nemocnici nemocnými

Podkategorie A – Pohled nemocného

Sdělování informací pacientům směrem od zdravotníků

Kategorie *Sdělování informací pacientům směrem od zdravotníků*, označená písmeny SI, nám dává přehled o tom, jak pacienti vnímají sdělování informací o průběhu léčby a jednotlivých krocích, které se s nimi budou dít směrem od sester. Do tohoto výzkumu jsme lékaře nezahrnuly, protože není naším záměrem hodnotit přístup a práci lékařů. Ale jde nám o to, zda se odpovědi sester z kvantitativního výzkumného šetření budou shodovat s tvrzením našich participantů. K lepšímu pochopení jsme použily schéma, kde jsou přehledně uvedeny kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy, které jsme z rozhovorů získávaly (Schéma 1 Sdělování informací pacientům směrem od zdravotníků).

Schéma 1 Sdělování informací pacientům směrem od zdravotníků



Zdroj: vlastní

Podkategorie Sdělování informací od sester

Pomocí této podkategorie, označené A: *sdělování informací od sester*, jsme si chtěly udělat přehled o tom, jak účastníci našeho kvalitativního výzkumu vnímají způsob sdělování informací ze strany sester. Nehodnotily jsme sdělování informací od lékařů. Použily jsme tyto kódy: kód 1 *Délka*, kód 2 *Obsah*, kód 3 *Četnost*, kód 4 *Vhodná doba*, kód 5 *Vhodné prostředí*, kód 6 *Odborné výrazy*, kód 7 *Ochota*, kód 8 *Vysvětlování*, kód 9 *Možnost klást dotazy* a kód 10 *Kompetentnost*. Pro lepší orientaci doporučujeme náhled do schématu (Schéma 1 Sdělování informací).

Od účastníka 1 jsme se dozvěděly, že mu personál během jeho pobytu v nemocnici nevěnoval moc času, aby mu sdělil veškeré potřebné informace. Jak sám účastník říká: „ ... *přišlo mi vše hrozně hektické a sdělení bylo jen tak půl na půl.* “ Veškeré informace mu byly sděleny buď během příjmu, nebo během probíhající vizity na pokoji, a to podle jeho slov velmi stručně a mnohdy hekticky. Zjevná ochota k poskytování informací o zdravotním stavu ze strany personálu nepřicházela, o výsledky vyšetření si účastník musel výslovně požádat, aby mu byly sděleny. „*Když jsem požádal o vysvětlení, tak mi bylo odpovězeno velmi stručně.*“ Oproti prvnímu účastníkovi měla účastníčka 2 jinou zkušenost se sdělováním informací. Uvádí, že sdělování informací jí přišlo v pořádku, co se týká délky rozhovorů, jejich obsahu, ale i četnosti. Účastníčka 2 si velmi pochvalovala, že vše dostala písemně anebo jí to bylo sděleno ústně. Informace se předávají na pokoji účastníčky a to v průběhu vizity. Účastníčka netvrdí, že by jí byly nabídnuty informace aktivně, ale když se na ně zeptala, tak jí byly ochotně sděleny. Při dotazu, zda jí byly výsledky nebo odborné výrazy vysvětleny, odpověděla: „*Ano, určitě. Já bych jim dala, kdyby ne.*“ U účastníka 3 probíhalo sdělování informací převážně opět na pokoji účastníka během vizity nebo v případě nutnosti mimo vizitu jako u účastníka 1. Zájem na sdělování informací ze strany personálu nebyl, sám účastník říká: „*Na co jsem se nezeptal, to jsem nevěděl. Dlouhodobý výhled jsem neměl, a to ani teď ani v minulosti.*“ Ale i tento přístup bere s humorem a říká, že je v nemocnici proto, aby se léčil, a ne krafal o tom, co bude nebo nebude, když se vše může změnit. Při dotazech na výsledky byl většinou odbyt tím, že jsou dobré nebo má jen něco zvýšeného. „*Klást dotazy jsem mohl, ale odpověď byla vzácná nebo to já nemůžu, to musí pan doktor...*“ Ale na to už žádná snaha, že by sestra zajistila lékaře, nepřišla. Čas, který účastníkovi

věnovali, mu přišel velmi krátký. A uvedl, že když mu bylo oznámeno, že mu budou amputovat nohu, tak se u něj nikdo nezdržel. „... *hodili mi papír, at' to podepíšu, že zítra jdu na sál a šmitec.*“ Podle participanta 4 mu bylo, stejně jako předchozím participantům, vždy při vizitě lékařem sděleno, jak se jeho stav vyvíjí a pak v průběhu dne, když bylo potřeba doplnit nějaká vyšetření, tak mu to přišla oznámit sestra. Sdělování informací probíhalo formou krátkodobého plánování, většinou to znamenalo, co se bude dít teď nebo během toho dne, větší přehled a výhled do budoucna měla jeho matka, která to potvrzuje, ale také si nemyslí, že by to bylo nějak kompletní předání informací. Participant si myslí, že i když se ho lékař zeptal na nějakou informaci, tak ho neposlouchal „... *protože se bavil se sestrou a něco mi dělal na noze. Pak šel pryč.*“ Podle slov jeho matky jí veškeré informace sděloval lékař nebo sestra během návštěvních hodin na chodbě oddělení. Když bylo potřeba, tak jí to vysvětlili a mluvili srozumitelně, čas si na ní udělali vždy. Oproti tomu jsme u participanta 5 zjistily, že si na sdělování informací nemůže stěžovat. Podle jeho slov mu vždycky všechno řekli při vizitě, anebo když chtěl něco vědět mimo vizitu, tak se zeptal sestry, která mu prý vždy odpověděla. Plán léčby dostal participant během ranní vizity na pokoji při převazu rány. Informace mu byly vysvětleny vždy podle času, ale podle jeho slov „*Všechno šlo jako po drátkách.*“ Naopak u participanta 6 stačilo položit otázku na sdělování informací a už se rozjel. „*Nepřišlo mi, že by se personál nějak moc snažil komunikovat a říkat, co se bude třeba následující dny dít. Vše řešili operativně ... Ale když jsem se zeptal na výhled, tak se snažili nějaký průběh nastínit.*“ Informace o zdravotním stavu mu sděloval vždy lékař „... *ale že by na to měl nějak moc čas to ne, vždycky to bylo během vizity v rychlosti.*“ Sestry mu naopak sdělovaly informace o režimu dne a přípravách na vyšetření. Participant si nemůže vynachválit přístup ke sdělování výsledků z vyšetření, protože takovou zkušenost z předchozích hospitalizací nemá. Výsledky mu byly poskytnuty hned ten den, kdy vyšetření proběhlo nebo druhý den rovnou s nástinem léčby. Když nějakým výrazům nerozuměl, tak se zeptal na vysvětlení, ale raději se ptal sestry, která mu vše přeložila do srozumitelnější formy. Ptaly jsme se na délku komunikace, když se jednalo o nástin léčby nebo sdělení výsledků, tak participant odpověděl: „*Myslím si, že čas byl adekvátní situaci...*“ Participantka 7 byla jako jedna ze dvou seznámena s průběhem její léčby již na ambulanci při příjmu, na oddělení jí to pak všechno zopakovali a když se mělo něco dít v průběhu hospitalizace, tak o tom věděla předem, což si velmi pochvalovala.

Sdělování informací podle jejích slov probíhalo „*Opravdu důkladně, někdy asi až moc do detailů. V případě operace bych si to třeba i odpustila a žila v nevědomé blaženosti.*“ Dále si velmi pochvaluje sdělování výsledků, které jí byly aktivně předkládány, a nemusela se na nic ptát. „*A dokonce se mnou mluvili jako s člověkem, a ne tou jejich hatmatilkou.*“ Informace dostávala v rámci pravidelných ranních a odpoledních vizit u sebe na pokoji. Tato participantka říká, že „*měla štěstí na samé anděly*“ protože jí všichni věnovali dostatek času, nikam nespěchali a vše jí vysvětlili. Participant 8, si stejně jako participant 6, ihned v úvodu postěžoval, že veškeré informace, které se týkaly jeho zdravotního stavu, mu byly sdělovány těsně před vyšetřením nebo operací, dlouhodobý plán prý neměl. Ptaly jsme se na poskytování informací od sester „*To bylo takové kusé, vždycky něco utrousily cestou okolo. ... A doktoři? Ti už mi vůbec nic neřekli.*“ Na výsledky se sám raději neptal, protože nechtěl obtěžovat personál, který s ním měl hodně práce už tak, takže se na výsledky chodí ptát dcera během návštěv. Jako další nedostatek během své hospitalizace zaznamenal nedostatek času ze strany personálu. „*Bylo by hezký, kdyby s náma jednali jako s lidma a ne jako s číslem, občas si připadám jako kuře v supermarketu, taky ho jen projedou přes ten kód a jede se dál.*“ Komunikace mezi zdravotníky a participantem probíhala převážně jen během vizity. Pravdou ale je, že participant veškerou komunikaci ohledně výsledků a průběhu své léčby delegoval na dceru, sám se o nic aktivně nezajímal a od dcery si to pak jen nechal říct, co se dozvěděla od lékařů nebo sester ona. Participant 9 získal stejně jako participantka 7 základní náhled toho, co se s ním bude dít během hospitalizace, již při příjmu na ambulanci od lékaře a na oddělení se mu věnují sestry s tím, že mu řeknou, jak se na vyšetření nebo operaci připravit a celkově ho seznámí s režimem oddělení. A zbytek zákroků (náběry apod.) ani vědět nepotřebuje, protože říká: „*Jsem prostě nemocný, a to k tomu patří.*“ A znovu mu všechno vysvětlí druhý lékař, který zároveň zkontroluje, zda má podepsané potřebné dokumenty. O výsledky se participant také moc nezajímá, počkal, než mu to někdo řekl. Sdělování probíhalo podle nálady, někdy mu to řekla sestra, jindy lékař. Pokud ale něčemu nerozuměl, tak měl možnost se ptát a personál mu danou problematiku vysvětlil. Nikdy participanta nelimitovali časem, i když podle jeho slov: „*... na nich bylo vidět, jak nenápadně ustupují ke dveřím a přejí si být za nimi...*“ Participantovi vadilo, že veškeré informace, které o svém stavu získal, mu byly sděleny na pokoji před ostatními. Dále nás zajímaly názory participantů na příjmovou administrativu, a jak na ně celkově působila

komunikace při sdělování potřebných informací. K tomuto problému se participant 1 vyjádřil takto: „*Dostal jsem papíry k podepsání, které jsem neměl ani čas přečíst.*“ Naopak participantka 2 si dokonce příjmovou administrativu a veškeré papírování, které jí během její hospitalizace potkalo, velmi užívala, protože jí to vrátilo do pracovních let, kdy byla úřednicí. Zároveň si pochvalovala, že: „*Dokumenty jsem dostala k sobě a v klidu po přečtení jsem je podepsala.*“ Příjmová administrativa našeho participanta 3 zatěžovala, protože podle jeho slov jí zná z paměti a sestry i doktoři jeho také, takže by si to mohli najít v předešlé dokumentaci a jeho s tím nezatěžovat a dokumenty, které podepisoval, mu nikdo nenabídl, že si je může v klidu přečíst a až poté podepsat, tedy kromě jedné sestry. V případě participanta 4 dokumenty musela podepisovat jeho matka. „*Ta si je brala domů a pak je zase přivezla.*“ Takže v tomto případě bylo personálem zajištěno, aby se mohla dostatečně s dokumenty seznámit a v klidu si je pročíst. Výjimku tvoří participant 5, který nám během rozhovoru sdělil, že při příjmu bylo dost papírů a dotazů, ale nebylo toho zase tolik, ale participant nelitoval sebe, že tím musel projít, ale personál, protože je toho na něj moc. Na otázku, zda dokumenty před podpisem četl, odpověděl: „*Ale jen jsem to projel očima a podepsal. Oni mi to shrnuli, co podepisuji.*“ U participanta 6 jsme zjistily, že mu sice sestra řekla, aby si to přečetl, ale zároveň se participanta ptala na jiné věci a on tomu textu podle svých slov stejně nerozuměl, protože tam bylo moc odborných výrazů, takže to rovnou podepsal. Ale navrhuje řešení: „*Bylo by dobré nechat ty lidi trochu přivyknout tomu jinému prostředí a třeba ty formuláře k podpisu jim nechat nějakou dobu.*“ Pro změnu participantka 7 byla hospitalizována opakovaně a v tomto případě šlo o překlad z jiného oddělení, tak administrativa nebyla tak obtížná, ale z odpovědi: „*Sestřičky sepsaly všechny papíry a já se zase upsala z darování veškerého majetku jedné z nich, jak si z toho dělají srandu.*“ Podle slov participantky, ale dostala přímo do ruky vytištěné papíry týkající se provozu oddělení (režim den, práva pacientů...) a zbytek co podepisovala, byly tedy souhlasy „*A ty jsem ani číst nemusela, protože mi je vysvětlili doktoři nebo sestřičky.*“ Oproti to mu participant 8 při dotazu, zda si mohl přečíst, co bude podepisovat nebo jestli mu to bylo vysvětleno, tak odpověděl: „*Milá zlatá, ani neměl, dostal jsem tužku a sestra jen ukazovala, kde chce co podepsat, tak jsem se tam podepsal.*“ Participant 9 souhlasy při poslední hospitalizaci nečetl a rovnou podepisoval, ale když byl přijímaný poprvé, tak si to všechno pročetl, ale nesměl během příjmu, musel si to vzít na pokoj a pak to vrátit

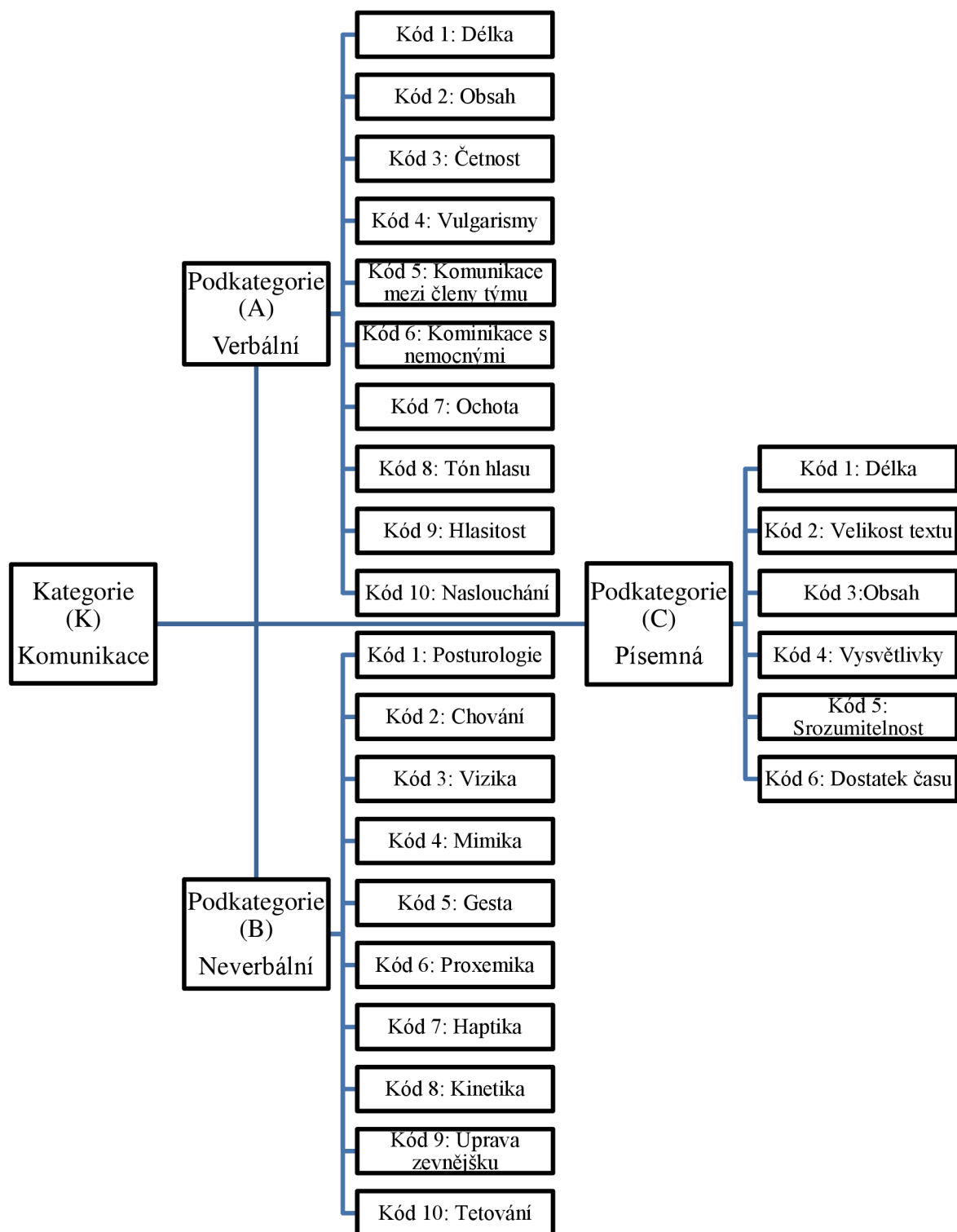
podepsané sestřím, protože na to prý při příjmu nemají čas. Ale podle participantových slov: „*Stejně jsem se z toho nic nedozvěděl, protože to psali dost odborně, i když to mělo být pro pacienty, a hlavně toho bylo opravdu moc.*“ Podle jeho slov by měla nastat změna v předkládání písemných informací pacientům.

Komunikace se členy zdravotnického týmu

Kategorie *Komunikace*, označená písmeny K, nám dává přehled o tom, jak pacienti vnímají komunikaci se členy zdravotnického týmu, ale i členů týmu mezi sebou. V této kategorii jsme úplně nerozlišovali, zda se jedná o komunikaci se sestrami, lékaři nebo ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky, ale šlo nám hlavně o rozdělení do tří podkategorií, kterými byla podkategorie A – *verbální komunikace*, podkategorie

B – *neverbální komunikace* a podkategorie C – *písemná komunikace*. K lepšímu pochopení jsme použily schéma, kde jsou přehledně uvedeny kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy, které jsme z rozhovorů získávaly (Schéma 2 Komunikace).

Schéma 2 Komunikace



Zdroj: vlastní

Podkategorie Verbální komunikace

Pomocí této podkategorie, označené jako A: *verbální komunikace* jsme se rozhodly udělat si přehled o tom, jak participanti našeho kvalitativního výzkumu vnímají způsob verbální komunikace ze strany zdravotnického personálu obecně, v této podkategorii jsme nerozlišovaly, jestli se jedná o lékaře, sestry nebo ostatní nelékařský personál. Použily jsme tyto kódy: kód *Délka*, kód 2 *Obsah*, kód 3 *Četnost*, kód 4 *Vulgarismy*, kód 5 *Komunikace mezi členy týmu*, kód 6 *Komunikace s nemocnými*, kód 7 *Ochota*, kód 8 *Tón hlasu*, kód 9 *Hlasitost*, kód 10 *Naslouchání*. Pro lepší orientaci doporučujeme náhled do schématu (Schéma 2 Komunikace).

Spíše kladně vnímal komunikaci s personálem participant 1, 2, jen participant 5 upozornil na jednu sestru, která dle jeho slov měla protivný hlas a hrozně křičela. A participant 9, který řekl: „*Mluvili normálně, někdo trochu víc nahlas, ale nějak mi to neobtěžovalo.*“ a participantka 7, která prohlásila: „*Seznámení s oddělením proběhlo na jedničku.*“ Jako smíšeně jí vnímal participant 3, který řekl: „*Docela dobrý, jen některá sestřička byla takový studený psí čumák, ale ostatní jsou tady sluníčka. Jedna sanitářka, říkáme jí rudohlava, je strašně přísná.*“ Spíše záporně jí vnímal participant 4. A spíše negativně jí vnímal participant 6, který řekl: „*Seznámení s personálem bylo takové rozpačité a rychlé, nikdo se mi nepředstavil, což mi vadilo.*“ S jeho tvrzením souhlasí i participant 8. Dále nás zajímalo, jakým způsobem mezi sebou komunikoval personál a jak to na participanty působilo. „*Personál mezi sebou komunikoval velmi hezky, vždy prosili a děkovali, bylo vidět, že se dobře znají.*“ To tvrdil participant 1 a zároveň uvedl, že nezaregistroval žádná sprostá slova od personálu, nebo je přeslechl. Stejný názor na komunikaci mezi personálem měla i participantka 2. U participanta 3 jsme také zaznamenaly spíše pozitivní zkušenost. Personál prý byl samá legrace, tykali si a uměli si ze sebe udělat legraci. Negativně naopak komunikaci vnímal participant 4, který řekl: „*Ty se vždycky hrozně bavili mezi sebou a nás ignorovali.*“ Podle participanta 5 „*Všichni mluvili strašně rychle, občas jsem nestihl všechno pochytit.*“ Ale i tak prý byla komunikace v týmu efektivní. Pozitivní až neutrální postoj ke komunikaci mezi personálem zaujala participantka 7, která uvedla: „*Tam to asi občas zaskřípalo, jindy zase zajiskřilo, ale celkově to na mě působilo profesionálním dojmem. Osobní problémy nikdo do práce netahal.*“ Obdobně se k této problematice stavěl i participant 9, který řekl: „*Takže sprosté slovo se objevilo, nějaká narážka také.*“

Dále se personál prý před pacienty bavil o své rodině apod., což ale participantovi vůbec nevadilo. K opačnému pólu hodnocení oproti předchozím participantům se přikláněl participant 6, podle kterého byla mezi některými členy týmu komunikace napjatější. Ale jako plus vnímal vykáni mezi lékařem a sestrou. Úplně negativně vnímal komunikaci participant 8, protože se personál mezi sebou před pacienty pomlouval. Podle participanta 1 záležela míra komunikativnosti a ochoty na únavě personálu. Sám, ale říká: „*Někdy personál zapomněl. U méně důležitých věcí.*“ Což na něj nepůsobilo úplně dobře a někdy mu dokonce přišlo, že personál svými požadavky obtěžuje. Podobně na tom byl i participant 4, který si představoval, že personál se mu bude více věnovat, ale byl odbyt s tím, že: „*Prý mají moc práce a nejsem tady sám.*“ Se špatnou zkušeností se přidal i participant 8: „*Zvonit jsem mohl od rána do večera a stejně nikdo nepřišel, takže jsem radši ani nezvonil a snažil se si všechno zařídit sám.*“ Úplně opačnou zkušenost měla participantka 2, která uvedla: „*Nikdy jsem si nevšimla, že by je to obtěžovalo.*“ a ještě dodala, že personál chodil na pravidelné návštěvy a zajímal se, zda něco nepotřebuje. Stejnou zkušenost má i participant 3, 5 a 6. Participant 6 to ještě doplňuje: „*Ale ne vždy se nám podařilo najít takové řešení, které by vyhovovalo všem, tak to jsem pak musel ustoupit.*“ S pozitivním hodnocením ochoty péči o přání se ztotožnila i participantka 7, která řekla: „*Nejvíc mi přání plnily rehabilitační holky, tím, že mi nosily ty dortíky.*“ Participant 9 si také na plnění svých přání nestěžoval, ale uvedl, že byl rozdíl mezi unaveným personálem, který nebyl tak vstřícný a personálem odpočatým, který by se přetřhl. Ještě nás zajímalo, zda se personál pacientů představoval nebo ne. Nejlépe na tom byla participantka 7, které se představil veškerý personál, který o ní pečoval. „*Většinou při příchodu na směnu přišla sestřička a řekla, jak se jmenuje a co pro nás může udělat.*“ Právým opakem byl participant 1, kterému se představil pouze lékař na příjmu. Podobně tomu bylo i u participantky 2, která znala jen jména lékařů, kteří jí přijímali a následně se o ní staraly. S tímto tvrzením souhlasil i participant 3, který svůj výrok doplnil, tím, že vzhledem k opakované hospitalizaci si už jména ostatního personálu zapamatoval, ale to že se personál nepředstavil, by jako takový problém neviděl. Rovnou nám řekl: „*Taky bych nechtěl každému bulíkovat svoje jméno, kort když je na vizitce nebo na tabuli sloužících.*“ Participant 4 je stejně jako participant 3 opakovaně hospitalizovaný, a tak už jména personálu také odposlouchal. Participant 9 řekl: „*Představila si mi asi jen sestřička, která mě přijímala a pak už nikdo.*“ A stejně jako

předchozí participanti jména odposlouchal nebo je přečetl ze jmenovek, které personál nosil. Participantovi 5 se nepředstavil nikdo, „*Ale kdo je sestra a kdo doktor jsem poznal.*“ Stejně tak na tom byl i participant 6, který si postěžoval: „*Oni o mně vědí úplně vše, možná i to, co nevím já a já o nich nevím ani to minimum jako je jméno.*“ Nikdo se nepředstavil ani participantovi 8.

Podkategorie Neverbální komunikace

Pomocí této podkategorie, označené jako B: *neverbální komunikace* jsme si chtěly udělat obrázek o tom, jak participanti vnímají způsob neverbální komunikace ze strany zdravotnického personálu obecně, v této podkategorii jsme nerozlišovaly, jestli se jedná o lékaře, sestry nebo ostatní nelékařský personál. Použily jsme tyto kódy: kód 1 *Posturologie*, kód 2 *Chování*, kód 3 *Vizika*, kód 4 *Mimika*, kód 5 *Gesta*, kód 6 *Proxemika*, kód 7 *Haptika*, kód 8 *Kinetika*, kód 9 *Úprava zevnějšku*, kód 10 *Tetování*. Pro lepší orientaci doporučujeme náhled do schématu (Schéma 2 Komunikace).

Participant 1 nám k neverbální komunikaci uvedl, že kvůli ústenkám personálu hůře rozuměl ani jim pořádně neviděl do tváře, takže nevěděl, co si má o jejich výrazech myslet. Ženská část kolektivu prý hojně nosila umělé nebo nalakované nehty a o jiné se participant vyjádřil, že je jako chodící parfumerie. Stejně jako participant 1 se participantka 2 vyjadřovala k úpravě zevnějšku takto: „*Měli čisté uniformy, ale občas se stalo, že na ní byl flek od tužky. A některé sestry byly až moc naličené.*“ I participantka 7 si všimla úpravy zevnějšku u personálu a tvrdila, že většina z nich byla upravená a čistá. Podotkla, že se jí líbilo, když ženy nosily upravené a nalakované nehty. Participant 6 si stejně jako participant 1 hned začal stěžovat. „*Vadily mi umělé a dlouhé nehty, to vypadalo příšerně. Taky nejednotnost uniform, každý si nosil, co chce. A chlapi občas vypadali jako po flámu.*“ Ke vzhledu se vyjádřil i participant 5. Nejvíce se mu líbila možnost všimnout si mimiky u personálu: „*Do obličeje jim bylo vidět, takže i výraz jsem nějaký viděl. Vždy ale byly všechny namalované a moc jim to slušelo.*“ Oproti prvním participantům se participant 3 ke vzhledu personálu moc nevyjadřoval, pouze se vyjádřil názor na tetování. Tetování sice u nikoho z personálu neviděl, ale vyjádřil se takto: „*Ale pro mě za mě, ať jsou třeba celý zmalovaný.*“ K tetování se vyjádřil participant 4 a to slovy: „*Libilo se mi tetování jedné sestřičky. Taky bych ho chtěl.*“ K tetování se vyjádřila i participantka 7, která tetování nemá ráda a proto ocenila, že ho u nikoho z personálu neviděla. Participant 9 se vyjádřil podobně jako

participant 4. Tetováním má participant rád, ale jak řekl: „*Jeden kluk má celou ruku potetovanou, a to je přímo nevkusné.*“ Participantce 2 vadilo i to, že si k ní personál nikdy nesedl, když jí sděloval výsledky, stejný pocit měl i participant 4, 5 a 7. Dále nás zajímal celkový dojem participantů ze zdravotnického personálu. Participantovi 4 přišlo, že je personál hodně rozběhaný a pacienty ignoruje. Oproti tomu u participanta 9 prý hodně záleželo na pracovním vytížení personálu. Když byl personál odpočatý, tak byl vstřícný a ochotný, ale když byl unavený, tak byli „*pruderní.*“ Stejně tak se to projevovalo i na stylu chůze. K tomu nám participant řekl: „*Odpočatý personál měl chůzi energickou, ladnou a svižnou a unavený personál měl chůzi pomalou a otrávenou.*“ Participant 3 se spíše vyjádřil ke způsobu komunikace: „*Většina sestřiček je příjemná, sluníčka, jedna je studený psí čumák.*“ Jako jistý projev nerespektování jeho osoby bral fakt, že s ním hovořili, ale byli k němu otočení zády. Ocenil, že si ze sebe personál umí udělat srandu a že dodržují své slovo a vše co slíbili i splnili. Asi největší problém s neverbální komunikací měl participant 8, kterému vadilo, že se personál mezi sebou pomlouval, dále „*pacienty odbývali a na nic neměli čas. Celkově zaujímali tokový nadřazený postoj*“ Participantka 7 upozornila, že si všimla u jednoho člena personálu, že má roztěkané pohyby, ale považovala to za srandovní, neobtěžovalo jí to. Dále participant 5 uvedl, že si během konverzace s personálem všiml jistých projevů neverbální komunikace. „*Občas mezi sebou používaly gesta nebo spíš posunky.*“ A dále si pochvaloval si, že informace se vždy „*dostaly tam, kam měly.*“ Některé participanty trápil nedostatek fyzického kontaktu s personálem. Uvedl to například participant 4 a 8. Tématem rozhovorů byl i oční kontakt, který chyběl participantovi 6, oproti tomu participantka 7 oceňovala personál za navazování očního kontaktu.

Podkategorie Písemná komunikace

Díky podkategorii, označené jako C: *písemná komunikace* jsme se dozvěděly, jakým způsobem jsou participantům podávány informace tištěnou formou, zda jim tato metoda vyhovuje, co jim na ní vadí. Pro rozklíčování této podkategorie jsme použily následující kódy: kód 1 *Délka*, kód 2 *Velikost textu*, kód 3 *Obsah*, kód 4 *Vysvětlivky*, kód 5 *Srozumitelnost*, kód 6 *Dostatek času*. Pro lepší orientaci doporučujeme náhled do schématu (Schéma 2 Komunikace).

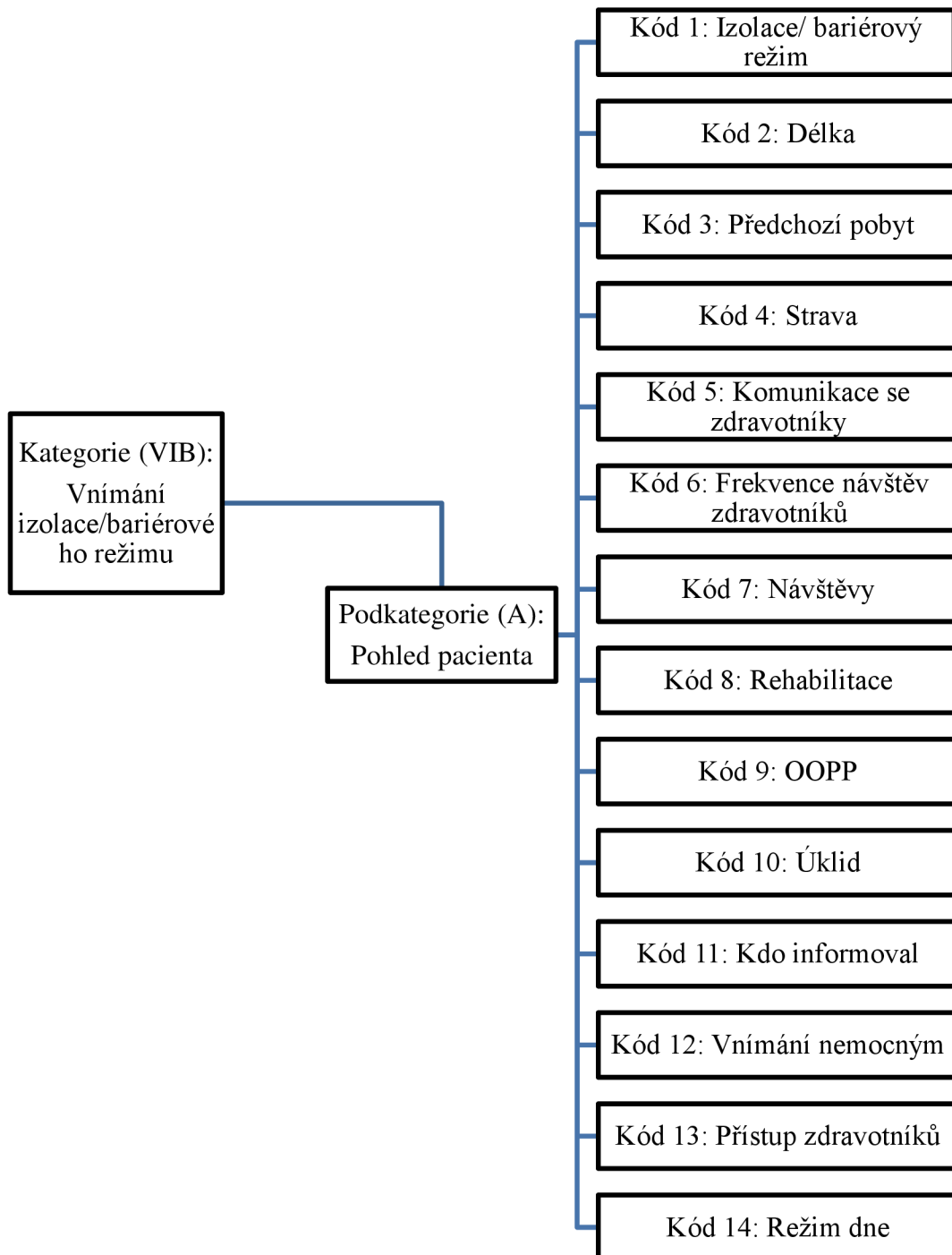
Participant 1 nám sdělil, že vzhledem k tomu, že „*Dostal jsem papír k podepsání, které jsem ani neměl čas přečíst.*“, tak nemá moc možnost posoudit jejich obsah nebo jestli by mu vyhovovalo, co se v nich psalo. Oproti to mu participantka 2 měla čas se s dokumenty seznámit. Když jsme se ptaly, zda jí vyhovovala obsahová stránka dokumentu, tak říkala, že ano, textu porozuměla bez problémů, prý byl napsán pro normální lidi. Vysvětlivky v dokumentu podle participantky žádné nebyly. „*A jak jsem říkala, bylo to srozumitelné, takže jsem je ani nepotřebovala.*“ Stejný názor jsme zaznamenaly i u participanta 4. I když v tomto případě za participanta mluvila matka, která si pochvalovala možnost přečtení v domácím prostředí. Podle jejich slov byly dokumenty napsány tak, aby jim rozuměl každý, a když něčemu nerozuměla, doptala se v nemocnici lékařů, tím pádem nám odpověděla i na to, že dokumenty žádné vysvětlivky neměly. A přišla se zajímavým postřehem: „*Všude v nemocnicích je to stejný, píšou co to je, jak se to dělá, co se při tom může stát, ale stejně to musíte podepsat, i když s nějakou částí nesouhlasíte.*“ Participant 3 a 9 byli opakovaně hospitalizováni, takže participant 3 řekl: „*...papíry nečtu, jen když je to něco extra důležitého.*“ Tím myslel například souhlas s operací nebo výkonem, který v minulosti ještě nepodstoupil. Dokumenty si ale podle svých slov přečíst ani nemohl, protože mu to nebylo nabídnuto. Nabídla mu to pouze jedna sestra. Z rozhovoru jsme se dále dozvěděly, že informace jsou obvykle obecného charakteru a spíš lidi vyděsí, než uklidní. „*Spíš si tím kryjou svoje zadky.*“ A podle participantových slov se z toho stejně moc nedozvěděl. A podobný názor má i participant 9. „*No četl jsem to asi tak 2 hodiny, bylo to děsný a stejně jsem se z toho nic nedozvěděl, protože to psali dost odborně, i když to mělo být pro pacienty, a hlavně toho bylo opravdu moc.*“ Participant 5 dokumenty nečetl, ale personál mu poskytl shrnutí jejich obsahu. Stejně tak i participantka 7 dostala od personálu shrnutí obsahu dokumentu, takže ho také nečetla. Ale oproti participantovi 5 ostatní dokumenty (režim, identifikační náramek apod.) dostala na pokoj, kde si je mohla pročíst. Participant 6 dostal dokumenty do ruky, ale čas na přečtení už ne. U písemné komunikace nás ještě zajímal rozsah a velikost textu v dokumentech, které participant dostávali během hospitalizace. Participant 1 nezná ani jejich délku dokumentů, které podepisoval. Může prý jen odhadovat podle toho, kolikrát to sestra otočila, než mu to dala podepsat, stejné je to s velikostí písma. Velikost písma by odhadl na normální, co je například v knihách a počet stran tak většinou dva až tři oboustranně potištěné papíry a na poslední stránce byl vždy prostor

pro podpisy. K rozsahu dokumentů se vyjádřila i participantka 2: „*Písmo bylo tak akorát, zvládla jsem to i bez brýlí. Jen bylo nutné na každé straně vypsát moje údaje, ale to mi nevadilo, ukrátilo mi to čas.*“ A rozsahově to byly dokumenty obvykle na dva papíry. Na dotaz ohledně rozsahu a délky nám bylo od participanta 3 sděleno, že: „*Písmo je jako všude, rozsah tak čtyři listy z obou stran.*“ S rozsahem 4 stran souhlasil i participant 6. „*Každý formulář měl asi 4 strany a bez brýlí bych to nepřečetl, stejně tam používali spoustu odborných názvů...*“ Od participanta 5 jsme se dozvěděly, že: „*písmo bez brýlí nepřečtu, je to drobné... a délka? To bych napsal román.*“ Z čehož vyplývá, že ač úplně participant dokumenty nečte, má přehled o tom, jakého jsou rozsahu a ví, že mu nevyhovuje ani způsob písma.

Vnímání bariérového/izolačního režimu pacienty

Kategorie *Vnímání izolace/bariérového režimu pacienty*, označená písmeny VIB, nám dává přehled o tom, jak pacienti vnímají izolaci nebo bariérový režim, co jim vadí nebo naopak vyhovuje. Použily jsme pouze jednu podkategorii A – *pohled pacienta*. K lepšímu pochopení jsme použily schéma, kde jsou přehledně uvedeny kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy, které jsme z rozhovorů získávaly (Schéma 3 Vnímání bariérového/izolačního režimu pacienty).

Schéma 3 Vnímání bariérového/izolačního režimu pacienty



Zdroj: vlastní

Podkategorie Pohled pacienta

V této podkategorii, označené jako A: *pohled pacienta* jsme se dozvěděly, jak vnímají naši participanti izolační režim nebo bariérový režim, zda jim to vyhovuje, co jim vadí. Pro rozklíčování této podkategorie jsme použily následující kódy: kód 1 *Izolace/bariérový režim*, kód 2 *Délka*, kód 3 *Předchozí pobyt*, kód 4 *Strava*, kód 5 *Komunikace se zdravotníky*, kód 6 *Frekvence návštěv zdravotníků*, kód 7 *Návštěvy*, kód 8 *Rehabilitace*, kód 9 *OOPP*, kód 10 *Úklid*, kód 11 *Kdo informoval*, kód 12 *Vnímání nemocným*, kód 13 *Přístup zdravotníků*, kód 14 *Režim dne*. Pro lepší orientaci opět doporučujeme pohled na schéma (Schéma 3 Vnímání bariérového/izolačního režimu pacienty).

Izolace – participant 1, 3, 6, 8 a participantka - 7

Participant 1 na pobytu našel jak pozitiva, tak i negativa, stejně tak je na tom i participant 3 a 6. Úplně negativní postoj k ní měl participant 8. Naopak participantka 7 na izolaci neviděla nic špatného. Participanti 1 a 3 se shodují, že pozitiva spatřovali hlavně v soukromí, které jim izolace poskytovala. Participant 1 si liboval i v tom, že ho neruší chrápání ostatních pacientů. A participant 3 si pochvaloval, že si mohl uzpůsobit režim dne sobě. „... *personál sem zas tak moc neleze a když už je tady, tak rychle zmizí.*“ Participant 6 říká: „*Vím, že strašně chrápu, to ani manželka se mnou nevydrží v jedné posteli.*“, takže proto byl za izolaci rád. Negativa participanti 3 a 6 spatřují v tom, že nemůžou opustit pokoj, přidal se k nim i participant 1, kterému ale hlavně vadí nedostatek kontaktu a že si nemá s kým popovídat. „*Jsem spíše společenský typ, takže mi tam bylo smutno.*“ K tomu, že si nemá s kým popovídat, se přiklání i participant 6 a 8. Participant 8 ještě přidal, že nevěděl, jak si ukrátit dlouhou chvíli a že pokoje byly malé a tmavé. „*Bylo to strašně odstrčené, už vím, jak si připadají kamarádi v domově důchodců. Jako králík v králikárně.*“ Participantka 7 vůbec nevěděla, že je v režimu izolace, protože jí personál řekl, že mají dost volného místa, takže to tak vyšlo. Pobyt na izolaci ale vnímala ve skrze pozitivně, jen jí chyběly květiny. Dále nás zajímalo, zda a od koho se participanti dozvěděli, že je nutná jejich izolace. Participant 1 byl o svém pobytu na izolaci informován jak lékařem, tak i sestrou, ale už se nedozvěděl nic o tom, jak se tam má chovat. Oproti tomu participant 3 a 6 získali informaci o nutnosti izolace od sestry, ale zároveň i s poučením. Participantům 7 a 8 o izolaci nikdo neřekl. Participant 8 říká: „*Jen mi vzali postel*

a odvezli jinam i s věcmi.“ Z rozhovorů dále vyplývá, že participanti se neshodly v užívání OOPP. Ale ústenky a rukavice využíval personál u všech participantů. U participantů 1,6 a 8 ještě doplnili empir. Participant 6 byl z užívání OOPP mírně zmatený, protože manželce na návštěvu stačila pouze ústenka a participant 8 zase zaznamenal, že noční směna vypustila z OOPP ústenky. Nejvíce OOPP využíval personál u participanta 3: *„... vždyť byli jako kosmonauti, brýle, náhubky, rukavice, nohy v igelitu a na sobě nějaký hadr.“* Mimo užívání OOPP jsme se také zajímaly o podávání stravy na izolaci. Participanti 3, 7 a 8 se vyjádřili, že jídlo dostávali v jednorázových boxech. Nejvíce si na takovéto podávání stravy stěžovala participantka 7. *„Dostávala jsem ho v plastu, jako když jdete do rychlého občerstvení, to jsem nechápala, ale neptala jsem se na to.“* A participant 8 jí doplnil, že se mu z boxů špatně jedlo. Oproti nim participanti 1 a 6 dostávali jídlo na klasickém nádobí. Participant 6 si stěžoval, že jídlo, které dostával na izolaci je chladnější, než když byl na normálním pokoji a celkově mu moc jídlo nechutnalo. *„Ještě že za mnou chodí manželka a občas mi přinese něco, co vařila doma...“* Zajímala nás i komunikace s personálem a délka pobytu u pacienta během pobytu na izolaci. Participant 1 uvádí, že frekvence výrazně poklesla oproti normálnímu pokoji. *„Udělat si svoje a rychle pryč.“* S tím se ztotožňuje i participant 3. *„To i to oblíkání jim muselo trvat dýl...“* Stejně tak i participantům 7 a 8 chyběl kontakt s personálem. Jiný názor na to má participant 6, který říkal, že záleželo na personálu, někdo se zdržel, jiný chtěl být rychle pryč. U některých participantů nedostatek komunikace ze strany personálu kompenzovaly návštěvy, které za pacienty mohly. Ale u participantů musely návštěvy užívat nějakou formu OOPP. Participantka 7 o žádném omezení návštěv nevěděla, ale stejně za ní nikdo nechodit, protože má rodina prý moc práce. Nejsmutnější byl participant 8, který měl návštěvy zakázané úplně a nikdo mu ani nevysvětlil proč. Rehabilitace u participantů 3, 6 a 7 probíhala beze změny. Rehabilitaci si velmi pochvalovala participantka 7 a o fyzioterapeutkách říká: *„Obě jsou moc fajn a zase mi ukrátí ten den.“* U participantů 1 a 8 neprobíhala rehabilitace vůbec. Přitom by participant rehabilitace uvítal. *„... byla by to fajn změna.“* Dále byl v rozhovorech prostor pro zhodnocení prostředí, ke kterému se vyjádřil participant 1, kterému vadilo málo prostoru okolo lůžka a moc lůžek na pokoji, dále si postěžoval i participant 6 na věčný pach dezinfekce, který ho obtěžuje a jak bylo zmíněno výše, tak i participant 7 měl problém s velikostí pokoje, ale ve smyslu, že byl malý a temný.

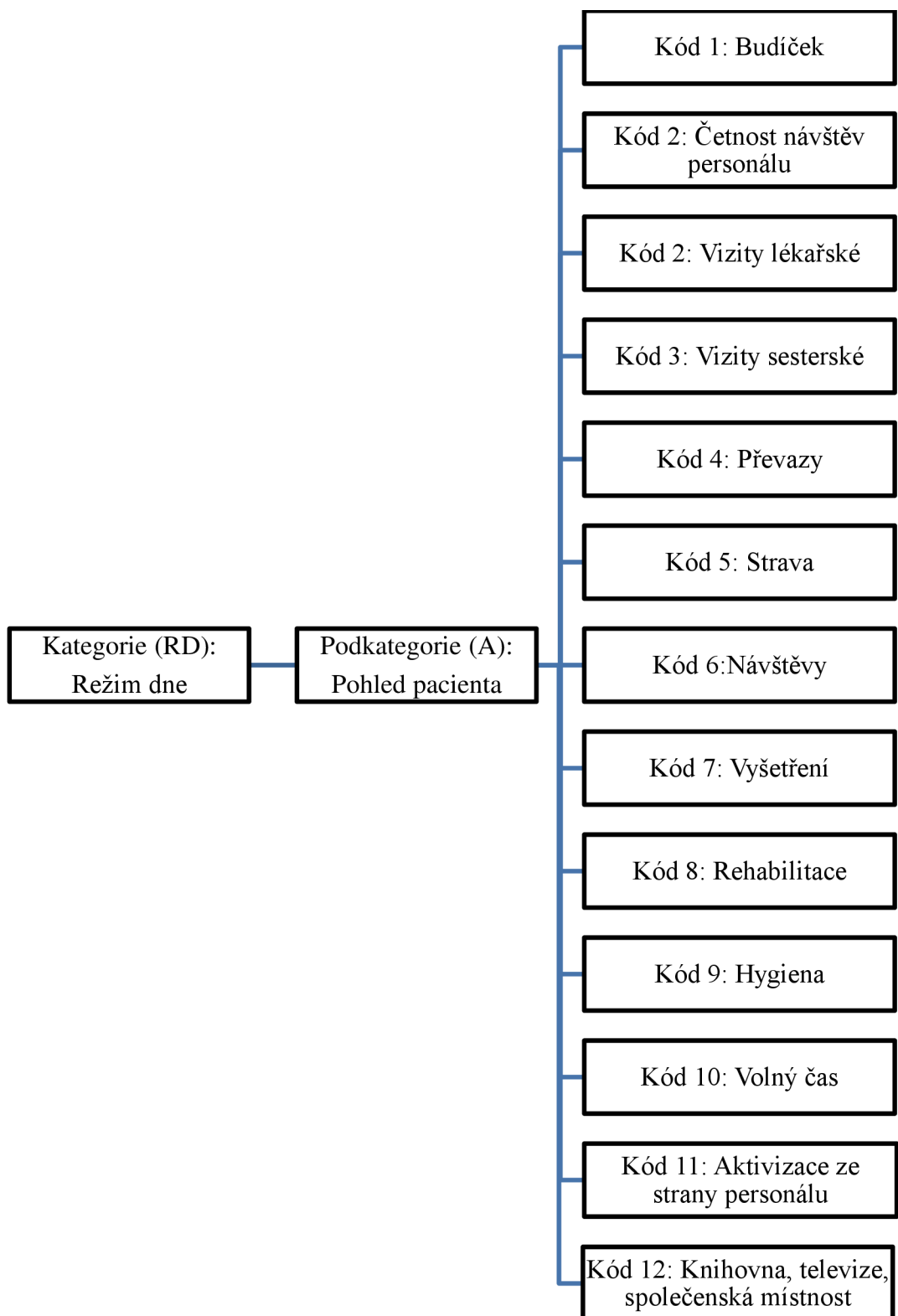
Bariérový režim – participantka 2 a participant – 4, 5 a 9

Tito participanti byli hospitalizováni na pokoji s ostatními pacienty, takže nezaznamenali žádný pocit osamocení nebo „odstřížení“ od dění na oddělení. Participantka 2 si velmi chválila možnost návštěvy společenské místnosti a využití knihovny, kterou oddělení disponovalo. K tomu se připojil i participant 9. Participantovi 9 ale vadily velké pokoje. Podávání stravy u participantů probíhalo obvykle v jídelně oddělení, tuto možnost uvedli participanti 2, 5 a 9. Při čemž participantka 2 měla možnost výběru, kde bude jíst. Mohla si vybrat mezi jídelnou a pokojem. Naopak možnost společné jídelny neměl participant 4. Jídlo bylo všem participantům s bariérovou formou péče podáváno na klasické nádobí. Návštěvy probíhaly u všech participantů bez omezení a nutnosti užívat OOPP. Personál podle participantky 2 OOPP běžně nepoužíval, jen: *„Při převazu měli akorát roušku.“* S participantkou 2 souhlasil i participant 5 *„Jen se na mě oblékali do těch jejich zástěr a brali si roušku.“* Participant 9 si stěžoval na ústenky, které personál nosil, protože neviděl na výraz tváře. Jinak se o žádných dalších OOPP nezmiňoval. Oproti tomu participant 4 si nevšiml, že by personál užíval nějaké OOPP, pouze během převazů rukavice, jako u všech ostatních. Když jsme se zajímaly o individualizaci pomůcek, tak jsme zjistily, že tomu tak bylo pouze u participanta 5, který nám řekl: *„A na stoleček i dali teploměr a měřák tlaku, jako že je to jen pro mě.“* Ostatní respondenti žádné pomůcky vyčleněné jen pro ně neměli. Rehabilitace u participantů probíhala bez omezení. Participant 4 si pochvaloval, že se s fyzioterapeutem dostal na chodbu a nemusel být pořád na pokoji. Oproti tomu participant 5 byl během fyzioterapie na pokoji, kde se podle jeho slov: *„Protáhli a zacvičili s tím ramenem.“* Participant 9 měl rehabilitaci předepsanou, ale několikrát jí odmítl, protože fyzioterapeut chodil po obědě. *„No uznejte sama, kdo by chtěl po obědě cvičit...“* A po této zkušenosti fyzioterapeut přestal chodit úplně. Na otázku komunikace s personálem odpovídali všichni participanti shodně, a to tak, že by uvítali, kdyby se personál zdržel delší dobu nebo chodil častěji. Participant 4 si ale nemohl vybrat. Sice by si chtěl víc povídat, ale zase ne když mu v televizi běžel nějaký program. A podle slov participanta 9 záleželo na tom, jak moc byl personál unavený. Když byl svěží, tak komunikace byla kvalitnější.

Vnímání režimu dne v nemocnici nemocnými

Kategorie *Vnímání režimu dne v nemocnici nemocnými*, označená písmeny RD, nám dává přehled o tom, jak vnímají režim dne v nemocnici jednotliví pacienti, co jim vadí nebo naopak vyhovuje, jestli by něco změnili nebo upravili a jak byli informováni o průběhu dne v nemocnici. Použily jsme pouze jednu podkategorii A – *pohled pacienta*. K lepšímu pochopení jsme použily schéma, kde jsou přehledně uvedeny kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy, které jsme z rozhovorů získávaly (Schéma 4 Vnímání režimu dne v nemocnici nemocnými).

Schéma 4 Vnímání režimu dne v nemocnici nemocnými



Zdroj: vlastní

Podkategorie Pohled pacienta

V této podkategorii, označené jako A: *pohled pacienta* jsme se dozvěděly, jak vnímají naši účastníci režim dne v nemocnici, zda jim vyhovuje a co jim vadí. Pro rozklíčování této podkategorie jsme použily následující kódy: kód *Budíček*, kód 2 *Četnost návštěv personálu*, kód 3 *Vizity sesterské*, kód 4 *Převazy*, kód 5 *Strava*, kód 6 *Návštěvy*, kód 7 *Vyšetření*, kód 8 *Rehabilitace*, kód 9 *Hygiena*, kód 10 *Volný čas*, kód 11 *Aktivizace ze strany personálu*, kód 12 *Knihovna, televize, spol. místnost*. Pro lepší orientaci opět doporučujeme pohled na schéma (Schéma 4 Vnímání režimu dne v nemocnici nemocnými)

První, co nás u účastníků zajímalo, zda jim byl sdělen při příjmu režim dne nebo režim oddělení. Od účastníka 1, 6 a 8 jsme se dozvěděly, že jim ho nikdo nesdělil. Buď si na něj museli přijít sami, nebo mu ho okrajově nastínil pomocný personál, jako tomu bylo u účastníka 1. Jinak tomu bylo u účastničky 2 a 7, které měly režim dne vytištěný. Účastnička 2 uvedla: „*Pro představu to stačilo.*“ Stejný názor má i účastník 5, který ještě dodává, že když mu nestačila brožurka, mohl se doptat. S tištěnou verzí režimu dne se shledal i účastník 9. „*Na pokoji je řád oddělení, kde je i nějaká časová osa, kdy se co děje.*“ Oproti tomu účastník 3 byl opakovaně hospitalizovaný, tak režim dne už znal, ale při příjmu mu ho nikdo nesdělil, ale prý byl napsaný na nástěnce na chodbě. Stejně tak účastník 4 si už udělal představu o režimu dne z předchozích hospitalizací. Celkový režim dne ale probíhal u všech účastníků podobně. Den začínal mezi 4:15 (účastník 3) a 6:30. Pozdější časy nikdo neuvedl. Účastnička 2 a účastník 3 uvedli, že buzení probíhalo dvakrát, jednou ještě od noční směny a druhé od směny ranní. Podle účastníka 8 záleželo, zda na oddělení byly žákyňe zdravotnické školy nebo ne. „*Žákyňky chodí hned v 6 měřit teplot, tlak, nabírat krev. Sestry chodí v půl 7 a to jdou rovnou koupat a stlát postele.*“ Největší stížnost na buzení měl účastník 9, u kterého se neshodoval čas buzení v režimu dne a realita. V režimu dne bylo 6:00 a v realu chodily sestry o hodinu dřív. Průběh dne byl taktéž u účastníků hodně shodný. Začínalo se hygienou, vizitou lékařů, převazy, snídaní, vyšetřením, operacemi, rehabilitací (kromě účastníka 9, tam rehabilitace probíhala po obědě), pokračovalo se obědem, odpočinkem, návštěvami, odpoledními vizitami (probíhali u účastníků 2, 6 a 7, u účastníka 5 občas), večerí, odpočinkem a večerkou. V mezičase chodily sestry s léky. S tímto režimem se neztotožnil účastník

9, kterému nevyhovovalo kromě brzkého buzení a odpoledního cvičení ani „*Divné časy podávání léků.*“ Naopak participantka 7 si stěžovala na noční buzení a kontrolu stavu. „*To mi přijde dost, odpusťte mi ten výraz, otravné a postavené na hlavu.*“ Když jsme se participantů ptaly, jak tráví volný čas, tak jsme se dozvěděly, že izolovaní pacienti na pokoji, hlavně v lůžku a participantí v bariérovém režimu chodí mimo pokoj, alespoň na jídlo jak dodává participant 9 „*Dobrá je i jídelna, protože aspoň vylezete z postele a trochu se upravíte, když jdete mezi lidi a máte i možnost pobavit se s někým jiným než s tím na pokoji.*“ nebo s návštěvou na společenskou místnost. Dále sledují televizi (kromě participanta 5, který uvedl, že televizi na pokoji neměl) nebo jako participant 9 koukají na filmy na počítači. Participant 8 si postěžoval na trávení volného času: „*Chtěl bych víc aktivit během dne, z domova jsem zvyklý, že chvíli nesedím na jednom místě.*“ Aktivizační programy ze strany personálu probíhaly pouze u dvou participantů, těmi byl participant 4, se kterým personál hrál Člověče, nezlob se a participant 5, který nám řekl: „*Jednou týdně tady dělali nějaké posezení, ale já tam nechtěl.*“ Jako jistou zábavu ze strany personálu uvádí participantka 7 návštěvy fyzioterapeutek, které jí nosily zákusky a po cvičení si s ní na chvíli popovídaly. Když v rozhovoru došlo na téma stravy, odpovědi se nám různily. Například participant 1 jedl u stolu na pokoji, stravu mu docela chutnala, jen byla občas studená. Ale zavzpomínal na dobu, kdy byl na společném pokoji s jinými nemocnými a jedli také na pokoji: „*Nebylo to ideální, když pacient vedle musel na mísu.*“ Participant 3 nám řekl: „*Varí tady dobře, jen by mohli dávat větší porce, aby ten méďa (myslí svoje břicho) moc nepohubnul.*“ I participant 4 našel jisté výhrady: „*Ale všechno bylo málo teplý a polívka moc řídká.*“ Participant 5 byl s jídlem spokojený, jen bylo málo slané. K participantovi 4 a 5 se přidal participant 6, který říká: „*Teď mám jídlo skoro vždy studené a bez chuti, na normálním pokoji, bylo aspoň teplé.*“ Participantka 7 a participant 8 si snad jako jediní nestěžovali na kvalitu stravy, pouze na způsob podávání (jednorázové boxy). Jediný, který si jídlo pochvaloval, byl participant 9, který měl ještě naordinované doplňky stravy (Nutridrinky), což si chválil. Poslední, co nás zajímalo, bylo, zda probíhají sesterské vizity u našich participantů.

Z rozhovorů vyplynulo, že o sesterských vizitách věděli pouze dva participanti, a to participantka 7, která nám k průběhu řekla: „... *Vždycky ráno a večer při střídání za mnou přišla sestra z noční a sestra na denní a opačně.*“ Druhým participantem, který se během hospitalizace setkal se sesterskou vizitou, byl participant 9. „*Jo a jednou za týden sem přišly sestry s vrchní, asi, podle toho vzhledu a řekly si něco o mně a šly dál.*“

5 Diskuse

Management práce sestry v septické ortopedii je velmi obsáhlé téma, které lze uchopit mnoha různými způsoby, ale nemá úplně přesně dané místo v odborné literatuře. Pro nás byl ale výběr směru jasný, chtěly jsme zmapovat práci sestry v septické ortopedii a to ve smyslu, co patří do její náplně práce při péči o pacienta se septickou ortopedickou diagnózou či infekční komplikací po ortopedickém výkonu. Je nám jasné, že každá sestra má určité zkušenosti a stereotypy chování, které při péči o pacienty uplatňuje, proto jsme chtěly zjistit, jestli tyto stereotypy ovlivňují její práci i ve smyslu péče lege artis. Zároveň nás ale zajímalo, jak péči sester hodnotí její příjemci, tedy pacienti, kteří jsou během hospitalizace velmi vnímaví k náznakům nevhodného jednání jejich směrem ze strany personálu (Zacharová, 2017).

K dosažení cíle: *Zmapovat práci sestry v septické ortopedii*, jsme zvolily primárně kvantitativní výzkumné šetření se třemi hypotézami. Toto výzkumné šetření bylo zaměřené na sestry, které se mohou s takovými pacienty při své práci setkat. K realizaci výzkumu jsme přistoupily po vytvoření vlastních dotazníků, které poté byly distribuovány do nemocnic, kde nám zodpovědná osoba dala souhlasné stanovisko s provedením výzkumu. Dotazníky byly velmi obsáhlé. Počet otázek činil 43 a z toho 3 otázky byly tvořeny tabulkou dalších podotázek, kterých bylo celkem dalších 126, celkem se tedy jednalo o vyplnění 166 otázek. Právě těmito počty si vysvětlujeme malou návratnost dotazníků a velké množství chybně nebo neúplně vyplněných dotazníků, které bylo nutné z výzkumu vyřadit. Zajímavé je, že dotazníky vyplňované online formou byly častěji nedokončeny než dotazníky papírové. Tento jev bychom subjektivně přičítaly osobnímu kontaktu s respondenty u papírové formy dotazníků oproti anonymnímu internetovému prostředí. Pro doplnění komplexního pohledu na danou problematiku jsme se rozhodly, že kvantitativní výzkumné šetření doplníme ještě o výzkumné šetření kvalitativní se čtyřmi výzkumnými otázkami. Smyslem kvalitativního výzkumného šetření bylo ověření tvrzení sester, jakým způsobem pečují o své pacienty, a hlavně zdokumentování pocitů pacientů, kteří jsou nebo byli hospitalizováni se septickou ortopedickou diagnózou.

V empirické části **kvantitativního výzkumného** šetření jsme získaly velmi zajímavá data, která nám jistě napoví, jakým směrem máme nastavit doporučení pro praxi. Našeho výzkumu se účastnilo 92,1 % žen a 7,9 % mužů (Graf 1). Pro zodpovězení hypotéz jsme potřebovaly znát jisté demografické údaje od respondentů. Zajímalo nás: vzdělání (Graf 3), délka praxe (Graf 5) a typ ZZ, kde respondenti pracují (Graf 9).

Pro to abychom mohly zhodnotit **hypotézu 1**, jsme se rozhodly, že vybereme pouze takové otázky, které nám přišly jako ty nejdůležitější. Komparace ostatních by byla nad rámec této práce. Tyto otázky jsou zhodnoceny v kapitole 4.2 *Statistické zpracování dat*. U využívání zvláštních opatření u pacientů se septickou komplikací z testování pomocí Mann-Whitneyho testu, $p = 0,003$, vyplynulo, že je významný rozdíl mezi krajskou a okresní nemocnicí ve prospěch okresních nemocnic. Pro oblast znalostí v rozdílech mezi bariérovým režimem a izolací byl použit opět Mann-Whitneyho test, $p = 0,000$, ze kterého vyplynulo, že nejlépe jsou na tom se znalostmi sestry z okresních nemocnic. Pro dodržování zásad péče v bariérovém režimu nebo izolaci byl taktéž použit Mann-Whitneyho test, $p = 0,003$, tentokrát ve prospěch krajské nemocnice, kde bariérový režim nebo izolaci dodržuje více sester než v nemocnicích ostatních. Zde můžeme srovnávat se studií Răuția, Nemet (2015) z níž vyplývá, že problém v dodržování zásad BR nebo I je i v jiných státech než České republice. Podle této studie dodržuje užívání OOPP a zásady správné hygieny rukou pouze několik procent zdravotníků, 60 % provede mytí rukou před kontaktem s pacientem a pouze 7 % po kontaktu s pacientem. Což podle studie podpořilo kolonizaci pacientů různými mikroorganismy. Jak uvádí Šrámová (2013) používání rukavic a důkladná hygiena rukou znamená velký benefit pro zamezení šíření a přenosu infekce mezi jednotlivými pacienty a je nezbytné ho dodržovat. Podle Hradecké (2011) by měl být pacient z I nebo BR zařazován na konec programu, ale podle výsledků našeho výzkumu tomu tak úplně nebývá. V čem se ale náš výzkum shoduje s literaturou Hadašové et al. (2019) je, že personál dodržuje zásady, jako je individualizace pomůcek na pokoji pacienta, označení odpadu jako infekčního, označení dokumentace pacienta a zařízení samostatného pokoje pro pacienta. Jako zajímavé téma nám přišla i otázka péče o žilní vstupy, kde bylo zjištěno, že podle Mann-Whitneyho testu, $p = 0,05$ bylo skóre kvality péče o žilní vstupy vyšší pro okresní nemocnice. Jako nejčastěji používané vstupy volili respondenti PŽK a CŽK. Z výsledků našeho výzkumu vyplynulo, že respondenti při

pěči o vstupy dodržují zásady asepse, pravidelně kontrolují místo zavedení a hodnocení zaznamenávají. Což se shoduje s výzkumem Březovské (2016), která ve své diplomové práci provedla zúčastněné pozorování v péči o CŽK. Její výzkum ale uvádí, že péče o vstup byla prováděna asepticky podle doporučených standardů a péče o vstup byla zaznamenávána do dokumentace pacienta, vyjma dodržování hygieny a dezinfekce rukou u osob, které převaz vstupu prováděly, což se úplně neshoduje s tvrzením našich respondentů. Jako další zajímavost, nás zaujala dokumentace, kterou sestry během své práce používají, k tomu sloužila otázka 20 *Jaké záznamy obsahuje dokumentace nemocného u Vás na oddělení?* k potvrzení této hypotézy byl použit Mann-Whitneyho test, který udával pro každou položku vlastní hodnotu pravděpodobnosti. Opět se testovaly krajské a okresní nemocnice. Kde jsme zjistily, že dokumenty: Ošetřovatelské problémy + intervence + jejich hodnocení a Příjem a výdej tekutin, byly častěji používány v krajských nemocnicích. Pro okresní nemocnice to byly dokumenty: Ošetřovatelská anamnéza, Edukační karta, Nutriční screening, Hodnocení Body mass indexu = BMI, Madonova klasifikace žilních vstupů, Vyhodnocení rizika pádu, Numerická škála hodnocení bolesti, Záznam péče o rány, dekubity, Hodnocení stavu kůže a Informovaný souhlas s poskytováním informací. U ostatních položek nebyl prokázán statisticky významný rozdíl. U této otázky bychom se také rády pozastavily. Velmi kladně hodnotíme užívání ošetřovatelské anamnézy a nastavování ošetřovatelských problémů, intervencí a jejich hodnocení, protože je to vlastně základ pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče zaměřené na pacienta (Plevová et al., 2011). Tyto čtyři složky jsou součástí ošetřovatelského procesu (Tóthová et al., 2014), který by měl být součástí každé dokumentace pacienta, jak to vyžaduje Věstník MZ ČR č. 9/2004 z roku 2004. Protože z vlastní zkušenosti víme, kolik dokumentů se vede duplicitně nebo je pro péči o nemocného naprosto neefektivně využíváno, s čímž se ztotožňují i účastníci výzkumu Novákové (2014). Z mého pohledu se na některých odděleních dokumentace pacientů píše jen proto, že je to nutnost a vyžaduje to vedení. A samotný personál píše například hlášení sester strojově stejně u všech pacientů a nic se z toho nedozvíte. Z mého pohledu by na tento dokument měl být kladen největší zřetel. Když užívané záznamy našich respondentů porovnáme s výsledky výzkumu Novákové (2014) zjistíme, že 9 záznamů z 24 se v našem výzkumu shodují se 100 % užíváním i ve výzkumu Novákové. Z toho bych usuzovala, že tyto záznamy jsou pro

ošetřovatelskou péči důležité a nějakou formou by v dokumentaci zůstat měly. Nebo by v dokumentaci měly zůstat pouze dokumenty, které vyžaduje Vyhláška 279/2020 Sb., o zdravotnické dokumentaci (MZ ČR, 2020). Těmito dokumenty pro NLZP jsou: „záznamy o poskytnuté ošetřovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči, záznam o použití omezovacích prostředků vůči pacientovi“ a ostatní by se přidávaly p.p. A jako komplexní přehled o managementu práce sestry v septické ortopedii byla respondentům předložena otázka 41 *Co patří do managementu práce sestry v septické ortopedii u Vás na oddělení?*, k jejímu vyhodnocení bylo využito Mann-Whitneyho testu, kdy měla opět každá položka svou vlastní hladinu pravděpodobnosti. I zde se prokázalo, že je v určitých oblastech rozdíl mezi krajskou a okresní nemocnicí. V okresní nemocnici sestry do svého managementu více zařazují: P+P pacientů, zajištění edukace, stanovení oš. dg., zajištění žilních vstupů, přípravu sterilního stolku, podání léků i.v., práci s přístrojovým vybavením, podání transfuzních přípravků, práci s počítačem, doplňování a objednávání materiálu na OJ a nezávislou sesterskou činnost ostatní. Oproti tomu v krajských nemocnicích více zařazují: sledování bilance tekutin, péči o zemřelého, práci s dokumentací Z, péči o rodinu Z, péči o umírajícího zajištění přítomnosti rodiny a kaplana, zajištění paliativní péče, práci s dokumentací pacientů a registraci EKG. U ostatních oblastí nebyl prokázán statisticky významný rozdíl. Co vnímáme jako posun v myšlení i organizaci práce sester, je kladení většího důrazu na péči o umírajícího a zemřelého. Jde především o to, že se do povědomí nejen odborné veřejnosti, ale i veřejnosti laické dostává pojem paliativní péče a toto téma stává méně tabuizovaným, než bývalo (Marková, 2010). A dopřede se tak umírajícímu větší komfort a v některých případech i delší čas života než by tomu bylo v případě kurativní léčby (Temel et al., 2010). Důležitou součástí paliativní péče je péče o rodinu umírajícího a zemřelého (Marková, 2010), což se shoduje s tvrzením našich respondentů. Kladně hodnotíme užívání ošetřovatelských diagnóz, protože podle nás to má pozitivní efekt na péči o pacienta. Což potvrzuje i výzkum z roku 2015, při kterém skupina výzkumníků pozorovala účinek NOC na péči o pacienta po totální náhradě kloubů, bylo zjištěno, že používání kvalitně nastaveného ošetřovatelského procesu významně ovlivní stav pacienta k lepšímu (Barragan da Silva et al., 2015). Při srovnání výsledků z kvantitativního šetření a kvalitativního šetření, nám vyplynulo, že je velký

nesoulad v pořádání sesterských vizit. Sestry v 73,4 % tvrdily, že sesterské vizity pořádají vždy a v dalších 9,9 % že je spíše pořádají, což ale neodpovídá tvrzení participantů, kteří sesterskou vizitu zaregistrovali pouze ve dvou případech. Myslíme si, že u sester došlo ke špatnému vyložení pojmu sesterská vizita a spíše jí chápaly jako hlášení o stavu pacientů při předání služby, než jaká je její správná podstata. A tou je osobní účast sester a ostatních NLZP u lůžka nemocného s cílem prodiskutovat jeho zdravotní stav po stránce ošetrovatelské (Vytejšková, 2011). Naše tvrzení o nepochopení správného významu potvrzuje ve svém výzkumu i Danišová (2015).

Pro hypotézu 2 nám z výsledků výzkumu vyplynulo, že znalosti v oblasti moderního hojení mají jistou souvislost se vzděláním sester. Podle nás ochota sester vzdělávat se do určité míry koresponduje s motivací ze strany zaměstnavatele. Což potvrzuje i výzkum Jelínkové (2021), která uvádí, že sestry jsou ochotné vzdělávat se, ale brzdí se jejich pracovní povinnosti a nedostatek času. Ale naopak ne to, že jim zaměstnavatel účast na vzdělávání finančně nekompensuje. Nicméně sesterská profese je regulovaná, což znamená, že povinnost vzdělávat se má každá sestra podle zákona 284/2018 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Z výzkumu Jelínkové (2021) vyplývá, že sestry povinnost celoživotního vzdělávání většinou přijímají kladně a jsou za ní rády. Tato hypotéza se nám na hladině významnosti $p = 0,05$ podařila potvrdit u většiny testovaných otázek 8 z 11. V otázce 21 *Myslíte si, že máte dostatek znalostí v oblasti septické ortopedie?* jsme zjistily, že nejvíce odpovědí bylo v odpovědi *spíše ne* (135) a tuto variantu volily sestry se SZŠ od r. 2004 a sestry vysokoškolačky a *spíše ano* (107) volilo nejvíce sester s VOŠ a se SZŠ do r. 2004. Pro vyhodnocení tohoto testu jsme zvolily Kruskal-Wallisův test, $p = 0,007$. Pro otázku 22 *Máte možnost vzdělávat se v septické ortopedii, popř. chirurgii?* byl zvolen Kruskal-Willisův test, $p = 0,000$. Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno pro odpověď *spíše ano* (141) a největší podíl zastoupení činily sestry s VOŠ a se SZŠ do r. 2004. Po respondentech jsme chtěly, aby napsali, jak se mohou vzdělávat v případě, že odpověděli *rozhodně ano* a *spíše ano*. Zde se nám dostalo rozličných odpovědí, ale převážně se jednalo o workshopy, semináře, e-learningy, specializace, magisterské studium, odborné publikace a články. Další otázkou, která potvrdila hypotézu 2, byla otázka 28 *Používáte moderní materiály k hojení rány dle fáze hojení?* zde platilo podle Kruskal-Wallisova testu, $p = 0,005 < 0,05$. V drtivé

většinu odpovědí jsme se dozvěděly, že *spíše ano* (201), tuto možnost nejvíce volily sestry s VŠ a sestry s VOŠ a rozhodně ano (92) volily nejvíce sestry se SZŠ do r. 2004 a s VOŠ shodně. V otázce 29 *Používáte k hojení ran moderní metody?* Nás zajímalo nejen to, zda je užívají, ale také jaké metody to jsou. Pro potvrzení byl využit Kruskal-Wallisův test, $p = 0,000$. Nejčastěji volenou odpovědí stejně jako u předchozí otázky byla možnost *spíše ano* (189), kde tuto variantu nejvíce volily sestry s VOŠ a *rozhodně ano* (87) volilo nejvíce sester s VŠ. I v této otázce jsme respondenty žádaly o doplnění metod, které užívají, a dozvěděly jsme se, že používají následující: stříbro, podtlakovou terapii, vlhké hojení, dokonce se objevilo i využívání larev. Podle mé zkušenosti má využití podtlakové terapie pozitivní vliv na hojení ran, které jsou infikované a hojí se sekundárním nebo terciálním hojením, což ale vyvrací studie Costa et al. (2020), která říká, že využití podtlakové terapie netvořilo žádný rozdíl v efektivitě hojení při srovnání s užitím klasického způsobu hojení rány. Ale naši domněnku potvrzuje Pokorná (2012), která ve své publikaci tvrdí, že dojde k méně častým převazům, takže další pozitivum pro eliminaci zanesení sekundární infekce, ale také se celkově zkrátí doba léčby. A podle četnosti používání u našich respondentů (82,2 %) bychom si dovolily tvrdit, že i oni zaznamenávají určitý efekt v jejím využívání. Ale tímto efektem může být i finanční stránka (Brabcová (2021). Zrovna využívání larev mi mile překvapilo, protože na oddělení, kde jsme pracovala, se larvoterapie zaváděla, ale bohužel se neuchytila a její používání se zarazilo ještě před mým nástupem. Takže mi to mrzelo, protože toto téma mi velmi zajímá a vím, že larvy jsou pro léčbu pacientů přínosem, což potvrzuje i Sun et al. (2014) ve svém článku. Dále naši respondenti uvedli, že v převážné většině o rány primárně pečuje sama sestra bez lékaře a druhou nejčastější odpovědí bylo, že ránu převazuje lékař a sestra mu asistuje. Což se shoduje s výzkumem Dratnálové (2020), která ve svém výzkumu zjistila, že na standardním oddělení o rány pečují převážně lékaři a sestry jim asistují, oproti tomu v intenzivní péči je to spíše sestra, kdo se o rány stará. Podle tohoto výzkumu si ale sestry přejí, aby i ony měly možnost hodnocení stavu rány a následného návrhu péče o ní. Ale zároveň podotýkají, že kontrola lékařem je vhodná a žádoucí. Některé by využily sestru specialistku pro hojení ran, ale opět je limituje fakt, že by ránu nemohly samy zhodnotit a poskytnout tak adekvátní péči pacientovi. Nicméně tento model sestry „ranhojičky“ funguje u některých našich respondentů (24,9 %).

Pro **hypotézu 3** můžeme říci, že délka praxe ovlivňuje zkušenosti s péčí o pacienta se septickou komplikací. Otázku 10 *Jak často se setkáváte na svém pracovišti s nemocnými s infekční ortopedickou diagnózou?* byla testována pomocí Spearmanova korelačního koeficientu, $p = 0,046$, což je méně než 0,05 a hodnota Spearmanova korelačního koeficientu vyšla $-0,11$, což nám řeklo, že tuto hypotézu pro tuto otázku můžeme potvrdit. Poslední testovanou otázkou pro tuto hypotézu byla otázka 12 *Jak nejčastěji končí hospitalizace nemocného u Vás na oddělení?* pro tuto otázku jsme použily Kruskal – Wallisův test, $p = 0,000$, což znamená, že byla prokázána souvislost mezi délkou praxe a zkušeností s péčí o nemocné se septickou diagnózou. Zajímavým zjištěním bylo, že jako způsob ukončení hospitalizace sestry s dlouholetou praxí uváděly překlad na standardní oddělení, a naopak sestry s nejkratší délkou praxe uváděly překlad na následnou péči nebo do domácí péče. Tento jev bychom si vysvětlovaly tím, že sestry pracující kratší dobu, pracují na standardních odděleních, kde je opravdu i podle mých zkušeností nejčastější způsob ukončení hospitalizace propuštění domů (50,9 %) nebo překlad na následná lůžka (25,2 %), z nichž pouze 4,1 % respondentů uvedlo, že se jedná o překlad na rehabilitační oddělení, což potvrzuje i výzkum Dratnálové (2020). Naopak u sester s delší délkou praxe se jedná o sestry pracující v oblasti intenzivní medicíny, odkud není moc možností, kam pacienta přeložit, protože z intenzivní péče pacienti běžně domů neodcházejí. Buď směřují na standardní oddělení v lepším stavu, nebo při zhoršení jsou překládáni na specializovanější pracoviště vyššího řádu.

Z výsledků našeho **kvalitativního výzkumu** vyplývá, že pacientům v průběhu hospitalizace nejvíce vadí nedostatek komunikace ze strany personálu. Jedná se o nedostatek času při sdělování informací o výsledcích vyšetření, postupu léčby, dalších možnostech léčby, ale i o čas věnovaný pacientovi k přečtení podepsovaných dokumentů. Podle Dratnálové (2020) pacienti shledávají nedostatky ve sdělování informací před operací a proto by uvítali nějakou ucelenou brožuru, kde budou veškeré pokyny napsány, což se do jisté míry shoduje i s našim výzkumem. Křepelová (2016) ve svém výzkumu potvrzuje tvrzení našich participantů, že sdělování informací nepatří mezi nejlépe zvládnuté oblasti v komunikaci s pacienty. I v jejím výzkumu se setkáváme s tím, že si pacienti o informace musejí výslovně říkat nebo jsou jim sděleny jen okrajově, v horším případě vůbec. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že sdělování

informací pacientům je pro všechny zdravotníky velkým oříškem, obzvláště pokud se jedná o informace choulostivého charakteru nebo se jedná o infaustní prognózy. Přijde mi, že pro tyto případy by měly být do výuky zdravotníků zařazena nějaká forma modelových situací, kdy by se na to studenti mohli nanečisto připravit. Nesmíme opominout ale úplně tu nejelementárnější potřebu každého člověka a tou je komunikace běžného dne, která pacientům bohužel ze strany zdravotníků také chybí (Zacharová, 2017). K podobným výsledkům dospěl i výzkum autorky, kde bylo zjištěno, že je komunikace nejen se členy zdravotnického týmu, ale i své vlastní rodiny pro pacienty na izolaci klíčová pro udržení psychické pohody (Hrachová, 2020). Nicméně bychom neměly veškerou vinu shazovat na samotné sestry, protože podle výzkumu Novákové (2014) je zřejmé, že sestry by si i více času na komunikaci s pacienty přály, ale nemají tu možnost vzhledem ke svým povinnostem, jako je například v tomto výzkumu dokumentace, u které tráví velké množství času ze směny až 48 % času. A když si některá sestra udělá čas, tak je jí pak nahromadí jiná práce, kterou nestíhá. Během mé praxe se mi ale několikrát potvrdilo, že zdravotníci si svou mírou nekomunikativnosti pouze staví bariéru mezi svým pracovním a soukromým životem a při tom si uvědomují, že to není úplně správné řešení. Dalším negativním efektem izolace nebo bariérového režimu je u pacientů zhoršená verbální i neverbální komunikace z důvodů užívání ústenek a jiných OOPP, které brání odezírání ze rtů, ale i celkovému vnímání mimiky a v každém případě ztěžuje i verbální komunikaci utlumením hlasitosti. Což potvrzuje i můj výzkum (Hrachová, 2020). Ke stejnému zjištění dospěla i Růžičková (2022) ve svém výzkumu, který byl ale zaměřený na pocit sestry při komunikaci s pacientem při užívání OOPP. V tomto výzkumu se můžeme dozvědět, že sestry na pacienty zvyšují hlas anebo musejí hledat alternativní metody komunikace, hlavně u pacientů s horším sluchem. Což v případě zvýšení hlasu unavuje samotné sestry, které pak mají problémy s mluvením. Samotné sestry však vidí problém v užívání ústenek při komunikaci s pacienty a jsou si toho vědomy. Dále tento výzkum apeluje na neverbální komunikaci, která je pro komunikaci s pacientem nezbytná, ale používáním OOPP mu tuhle možnost bereme (Růžičková, 2022). Ke stejnému problému jsme se během rozhovorů s participanty dostaly i my. Pacientům chybí úsměv, který je skrytý za ústenkou, někomu sice postačí výraz očí, ale jiný potřebuje vidět celý obličej, aby věděl na čem je, jak někteří participanti říkali. Někteří naši

participanti uvedli, že by personál v OOPP ani nepoznal, kdyby ho neznal bez OOPP. Takže opět můžeme říci, že o daném problému dle výzkumu jiných personál ví, ale bohužel s ním nejde nic udělat než se snažit tento negativní dopad co nejvíce eliminovat ku prospěch našich pacientů. Oproti mé práci (Hrachová, 2020) jsme se v tomto výzkumu dozvěděly, že již není plošným trendem na izolace dodávat jednorázové boxy na jídlo. V některých případech pacienti dostávají klasické nádoby, které je, jak jeden participant uvedl, vždy před odnesením z pokoje dezinfikováno. Ale participanti s jednorázovými boxy si stěžují na jejich nepraktičnost, což odpovídá i mým výsledkům (Hrachová, 2020) a podle našeho zjištění se jedná i o horší teplotu stravy, než na kterou byli zvyklí před umístěním na izolaci. V dalších případech jsme v rozhovorech pracovaly s bariérovou formou péče, kde žádné omezení, co se týká nádobí, nebylo zaznamenáno. Můj osobní názor je takový, že než podávat jídlo na izolacích v jednorázových boxech by muselo být efektivnější a pro pacienty příjemnější, kdyby se strava podávala na klasickém nádobí, které by se ale před odnesením z pokoje dezinfikovalo. Hlavně v době, kdy je hojně diskutovaná ekologie. Když se zaměříme na pocity našich participantů, které provázely pobyt na izolaci, tak se jednalo o pocit volnosti a soukromí, který se ale mísil s izolovaností a nedostatkem komunikace. Ke stejnému zjištění došla ve své práci i Křepelová (2016), která uvádí, že v začátcích hospitalizace na izolaci má většina pacientů spíše kladné pocity, které se ale v průběhu začnou mísit pocitem osamocení. Další oblast, kterou můžeme porovnat s Křepelovou (2016) je vliv prostředí na pacienty, v obou výzkumech kladně hodnotí televizi a hezký výhled. U nás navíc i světlé a prostorné pokoje nebo například jídelnu a společenskou místnost. Překvapivým aspektem, který jsme se od participantů během rozhovorů dozvěděly, byl fakt, že se pouze dva participanti setkaly se sesterskou vizitou během jejich hospitalizace. Z mého pohledu je to ohromná škoda, protože by se tímto způsobem dalo předejít možným konfliktům, které narušují péči o pacienta. A také by to byla možnost pro pacienta vyjádřit svůj názor na péči, která je mu od nelékařských zdravotnických pracovníků poskytována a pro sestry by to byla zpětná vazba, zda poskytovaná péče je pro pacienta dostačující nebo je nějaká oblast, na kterou by se mohly více zaměřit pro uspokojení potřeb pacientů. Ve výzkumu Danišové (2015) je patrné, že ani sestry samy pořádně nevědí, jak se k problematice sesterských vizit postavit. Některé, ale zastávají názor, že je to přínosem nejen pro ně samotné, ale i pro

pacienty, neboť pacient má pocit, že je mu věnováno veškeré možné úsilí pro jeho uzdravení. Jiné si naopak myslí, že je to ztráta času. Z mého pohledu bych zavedla sesterské vizity povinně, jako je tomu u vizit lékařských, alespoň by pacienti měli možnost podílet se na své léčbě i po stránce ošetrovatelské a myslím si, že by to mohlo pomoci i zvýšení prestiže povolání sestry. Méně překvapujícím zjištěním bylo, že pro pacienty není na oddělní akutní péče zajištěna žádná aktivizace, formou společenských aktivit. Dva naši participanti uvedli, že aktivizace probíhala. S jedním z nich personál hrál *Člověče, nezlob se* a druhý participant měl možnost společného setkání na oddělení. Ostatní participanti o této možnosti buď nevěděli, nebo nebyla v dané nemocnici poskytována. Někteří uvedli, že je alespoň potěšila knihovna na oddělení, kde si mohli vypůjčit knihu pro ukrácení dlouhého pobytu. Ale i sestry jsou si vědomy toho, že psychická pohoda pacienta je pro jeho léčbu důležitá a proto se snaží alespoň o nějaký vtíp nebo pacientovi donesou noviny, ale zároveň stále staví medicínskou stránku problému před potřeby pacientů (Brejšková, 2013). Výsledky tohoto výzkumného šetření nelze generalizovat a platí pouze pro naše participanty, i když podle srovnání s jinými výzkumy můžeme říci, že je to diskutované téma a je možné najít jisté prvky shody mezi jednotlivými výzkumy, ale většina výzkumů je zaměřena na pohled sestry nikoli pacienta.

Vzhledem k tomu, že kvantitativní výzkumné šetření nám dalo hezký přehled o tom, co je v běžné náplni práce sestry v rámci jejích pracovních povinností, takže si díky tomu můžeme ucelit celou problematiku práce sestry v septické ortopedii v rámci České republiky napříč všemi typy nemocnic. A kvalitativní výzkum nám celý výzkum obohatil o zkušenosti pacientů s tím, jak o ně sestry v rámci septické ortopedie pečují a zda se tvrzení sester v kvantitativním výzkumu shodovalo se zkušenostmi pacientů ve výzkumu kvalitativním. Když shrneme celý výzkum, tak nás v jistých ohledech výsledky překvapily, ale ve velké části jsme je očekávaly, vzhledem k tomu, že jsme pracovaly se skupinou respondentů, kteří by měli svou práci provádět jedinečně *lege artis* a podle určitých norem a předpisů. U participantů nás výsledky výzkumu moc nepřekvapily, vzhledem k předchozím výsledkům výzkumu, který byl součástí bakalářské práce autorky. Překvapilo nás, že hlavní stížnosti participantů vedly ke komunikaci s personálem obecně, ale při sdělování důležitých informací o jejich zdravotním stavu. Předpokládaly jsme, že jsme v této oblasti pokročili směrem kupředu,

ale zjevně tomu tak není. I když rovnou musíme říci, že co platilo pro naše participanty, nemusí v žádné případě platit pro jiný vzorek.

6 Závěr

V naší diplomové práci jsme se rozhodly zmapovat problematiku managementu práce sestry v septické ortopedii. Naším cílem bylo zaměřit se na práci sestry, jak jí vnímá ona sama, co považuje za důležité a zda dodržuje obecně uznávaná pravidla péče o pacienty. Ale zajímalo nás i zmapování prožívání pobytu v nemocnici samotnými pacienty. Tímto vzorkem participantů, jsme si chtěly ověřit tvrzení sester v praxi. K napsání této práce jsme si stanovily jeden cíl: Zmapovat práci sestry v septické ortopedii. Ke splnění tohoto cíle jsme zvolily obě metody výzkumného šetření. Pro naplnění tohoto záměru jsme si stanovily tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Existuje statisticky významný vztah mezi typem nemocnice (fakultní, krajská, okresní) a managementem práce sestry v septické ortopedii.

Tato hypotéza se nám podařila potvrdit pro oblast monitorace bolesti, zajištění rehabilitační péče, využívání zvláštních opatření u pacientů se septickou komplikací, zajištění speciálního přístupu k pacientům se septickou komplikací, znalostí v rozdílu mezi izolací a bariérovým režimem, dodržování zásad izolačního režimu, péče o žilní vstupy a pro oblast témat rozhovorů s pacienty. Naopak potvrdit se nám nepodařila pro oblast dostatku času na komunikaci a subjektivní vnímání sestry, zda jejím pacientům vyhovuje míra komunikace. U této hypotézy došlo k potvrzení a zároveň i nepotvrzení v oblasti zásad péče o pacienta v izolaci, sesterských záznamů, zajištěných žilních vstupů a managementu práce sestry.

Hypotéza 2: Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a znalostmi v oblasti moderního hojení ran.

Tato hypotéza se nám potvrdila pro oblast znalosti ze septické ortopedie, možnost vzdělávat se v septické ortopedii, sledování novinek v oboru, způsobu péče o rány, používání moderních materiálů, používání moderních metod k hojení, materiálního zabezpečení v oblasti moderního hojení ran, užívání podtlakové terapie. Naopak se nepotvrdila pro oblast ochoty vzdělávat se ve volném čase, pořádání odborných seminářů k septické ortopedii a subjektivního vnímání náklonosti vedení k zavádění inovací do praxe.

Hypotéza 3: Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a zkušenostmi s péčí o pacienta se septickou komplikací po ortopedickém výkonu.

Tato hypotéza se nám potvrdila pro oblast četnosti setkávání se s pacientem se septickou ortopedickou diagnózou a způsobu ukončení hospitalizace pacienta. Nepotvrdila se pro oblast délky pobytu pacienta na oddělení.

Pro pacienty, jakožto příjemce poskytované péče, sestrami z našeho kvantitativního výzkumného šetření, jsme zvolily výzkum kvalitativní, který probíhal formou rozhovorů do nasycení výzkumného souboru. Výsledky tohoto výzkumu jsou typické pouze pro naše participanty a nelze je paušalizovat na celou populaci. Pro tento výzkumný soubor, jsme si stanovily tyto výzkumné otázky:

1. Jak pacienti vnímají sdělování informací o následujících krocích léčby od zdravotníků?

Výsledkem této výzkumné otázky, je zjištění, že personál nemocnic, ať se jedná o lékaře nebo sestry, neumějí nebo nechtějí s pacienty mluvit. Ve většině případů informace sdělí ve spěchu bez nějakého obsáhlejšího vysvětlení a možnosti pokládat doplňující otázky ze strany pacientů nebo si pacienti museli o informace sami požádat. Pravdou je, že v některých případech byl personál velmi vstřícný a informace sděloval obsáhle a aktivně, ale to bylo u menšího množství participantů.

2. Jak pacienti vnímají komunikaci se členy zdravotnického týmu?

Všichni asi chápou, že je personál přetížený, ale ve své podstatě z rozhovorů vyplynulo, že si stejně pacienti přejí, aby se jim personál více věnoval a komunikoval s nimi, protože pobyt v nemocnici je pro ně stresující a svým způsobem jsou vykořenění ze svého běžného života. Pacienty v nemocnici ovlivňuje především komunikace neverbální, ze které jsou schopni vyčíst daleko více, než si zdravotníci mohou myslet. Dále by se měl personál zamyslet nad poskytováním písemných dokumentů pacientům a dát jim čas na přečtení, vysvětlit jim co je podstatné.

3. Jak pacienti vnímají bariérový/izolační režim?

Participantů měli z izolace smíšené pocity, obvykle se u nich mísila radost ze soukromí a jistá míra volnosti, kdy nemusejí brát ohledy na ostatní spolupacienty na pokoji s pocitem osamělosti a izolovanosti od lidí a veškerého dění na oddělení. Dále se shodují, že již tak omezená komunikace s personálem se ještě snížila. Dalším omezením pro ně bylo užívání OOPP. U participantů s bariérovou formou péče, komunikace také scházela, ale byli si vědomi toho, že je to obecný jev. Pochvalovali si možnost volného pohybu po oddělení, komunikace se spolupacienty a celkově pocit, že na oddělení patří a jsou pro všechny rovnocenní.

4. Jak pacienti vnímají režim dne v nemocnici?

Režim dne byl pro participanty podobný ve všech nemocnicích. Některým participantům vadilo, že probíhají kontroly stavu a aplikace léků i během nočních hodin, kdy by si přáli nerušeně spát. Jako pozitivní vnímáme, že dva participantů uvedli, že během jejich hospitalizace probíhaly sesterské vizity a další dva uvedli, že se jim personál postaral o zajištění programu nad rámec svých povinností.

Přínos této práce vidíme v možnosti využití pro výuku, dále jako podklad péče pro již pracující sestry, podklad pro vytvoření standardu péče o pacienty se septickou ortopedickou diagnózou, napsání publikace na toto samostatné téma anebo alespoň jako kapitolu do odborné knihy nebo časopisu pro sestry. Další příležitost vidíme ve využití naší práce jako podkladu jiné výzkumné práce na toto téma anebo jako příspěvek na odborné konferenci. Celkově by si sestry po přečtení této práce mohly udělat lepší přehled o dané problematice a zamyslet se nad tím, co mohou ve své praxi zlepšit. Výstupem z naší práce je „myšlenková mapa“, která by mohla posloužit jako obecný návod pro práci sestry v septické ortopedii viz Vložená příloha.

Během psaní této práce jsme zjistily mnoho zajímavých proměnných, a proto si myslíme, že by bylo vhodné, kdyby se za pomoci základů této práce pokračovalo dál ve výzkumu problematiky septické ortopedie z pohledu sestry.

7 Seznam literatury

1. ADÁMKOVÁ, V. et al., 2016. *Antibiotika v chirurgických oborech*. Praha: Mladá Fronta. 167 s. ISBN 978-80-204-3940-6.
2. BARRAGAN DA SILVA, M., DE ABREU ALMEIDA, M., PAULSEN PANATO, B., 2015. Clinical applicability of nursing outcomes in the evolution of orthopedic patients with Impaired Physical Mobility. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23 (1). s. 51 - 58. DOI: 10.1590/0104-1169.3526.2524.
3. BĚLOHLÁVEK, F. et al., 2006. *Management*. Brno: Computer Press. 724 s. ISBN 80-251-0396-X.
4. BRABCOVÁ, S., 2021. *Péče o rány pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada. 181 s. ISBN 978-80-271-4629-1.
5. BRAUN, B., 2015. *Moderní hojení ran* [online]. Praha: B. Braun Medical [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/5067794-Moderni-hojeni-ran-komplexni-portfolio-produktu-od-b-braun-vsechny-faze-hojeni-vsechny-typy-ran-katalog.html>
6. BREJŠKOVÁ, S., 2013. *Ošetrovatelská péče u pacientů s infekčními komplikacemi po totálních endoprotézách kyčelního a kolenního kloubu*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
7. BŘEZOVSKÁ, M., 2016. *Ošetrovatelská péče o centrální žilní katétry se zaměřením na katérové infekce*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. LF. Katedra ošetrovatelství.
8. COSTA, M.L., et al., 2020. Effect of Incisional Negative Pressure Wound Therapy vs Standard Wound Dressing on Deep Surgical Site Infection After Surgery for Lower Limb Fractures Associated With Major Trauma: The WHIST Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 323 (6). 519 – 526. DOI: 10.1001/jama.2020.0059
9. CONVATEC, 2016. *Hojení ran* [online]. Praha: ConvaTec [cit. 2022-07-05]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/13097640-Pruvodce-hojenim-ran-convatec-hojeni-ran.html>
10. ČECH, O., 2009. *Historie Československé, České a Slovenské ortopedie*. Praha: Galén. 180 s. ISBN 978-80-7262-629-8.
11. DANIŠOVÁ, V., 2015. *Sesterské vizity a jejich význam*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.

12. DOSBABA, F. et al., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.
13. DOUŠA, P. et al., 2021. *Vybrané kapitoly z ortopedie a traumatologie pro studenty medicíny*. Praha: Karolinum. 345 s. ISBN 978-80-246-4828-6.
14. DRNKOVÁ, B., 2019. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0693-6.
15. DRATNÁLOVÁ, D., 2020. *Dodržování preventivních opatření u pacientů s totální kloubní náhradou jako prevence vzniku infekčních komplikací*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF. JU.
16. DUBCOVÁ, I., 2011. Etika umírání a smrti. In: *Zdraví.euro.cz* [online]. 10. 10. 2011 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/etika-umirani-a-smrti/>
17. DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
18. FRAŠKO, R., 2011. Drény. In: KRŠKA, Z. et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, s. 222–226. ISBN 978-247-3815-4.
19. GALLO, J. et al., 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 211 s. ISBN 978-80-244-2486-6.
20. GALLO, J., 2012. Obecná teorie infekcí kloubních náhrad. In: LANDOR, I. et al. *Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Maxdorf, s. 117–154. ISBN 978-80-7345-254-4.
21. GALLO, J., 2019. Aseptické uvolnění a osteolýza u TEP kolenního kloubu. In: VAVŘÍK, P. et al. *Revizní operace totálních náhrad kolenního kloubu*. Praha: Maxdorf, s. 37–55. ISBN 978-80-7345-602-3.
22. GÖPFERTO VÁ, D. et al., 2013. *Epidemiologie: Obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 223 s. ISBN 978-80-346-2223-1.
23. GROFOVÁ, Z. K., 2012. *Dieta na podporu hojení ran: lékař vám vaří*. Praha: Forsapi. 190 s. ISBN 978-80-87250-21-1.
24. GROLIMUND BERSET, D. G., GUEX, E., VALENTINUZZI, N., 2019. Improving nutritional care quality in the orthopedic ward of a Septic Surgery Center by implementing a preventive nutritional policy using the Nutritional Risk Score: a pilot study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 73. s. 276 – 283. DOI: 10.1038/s41430-018-0345-1.

25. HADAŠOVÁ, L. et al., 2019. Principy bariérového ošetrovatel'stva v praxi. Florence [online]. [cit. 2022-10-13]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/principy-barierovehoosetrovatelstva-v-praxi/>
26. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
27. HOLUBOVÁ, J., 2011. Rehabilitační ošetrovatelství. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada, s. 78–105. ISBN 978-80-247-3419-4.
28. HOMMEL, A., MAGNÉLI, M., SAMUELSSON, E., et al., 2019. Exploring the incidence and nature of nursing-sensitive orthopaedic adverse events: A multicenter cohort study using Global Trigger Tool. *International Journal of Nursing Studies*, 102 (2020). s. 1 – 9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103473>.
29. HRACHOVÁ, J., 2020. *Management péče o pacienta s MRSA*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZČU.
30. CHOVANEC, V., 2016. Využití ultrazvuku při kanylaci. In: CHARVÁT, J. et al. *Žilní vstupy*. Praha: Grada, s. 49–61. ISBN 978-80-247-5621-9.
31. JAHODA, D. et al., 2008. *Infekční komplikace kloubních náhrad*. Praha: Triton. 220 s. ISBN 978-80-7387-158-1.
32. JANÍČEK, P. et al., 2012. *Ortopedie*. 3. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 112 s. ISBN 978-80-210-5971-9.
33. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN: 9788024744124.
34. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Základy managementu v ošetrovatelství* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 34 s. [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: <https://projekty.osu.cz/mento/r/II-management%20v%20osetrovatelstvi.pdf>
35. JELÍNKOVÁ, K., 2021. *Motivace všeobecných sester k celoživotnímu vzdělávání*. Brno. Diplomová práce. MU LF.
36. JINDRÁK, V. et al., 2014. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta. 709 s. ISBN 978-80-204-2815-8.
37. JIRKOVSKÝ, D. et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.

38. KALEDOVSKÁ, J., 2020. Frejka Bedřich. In: *Biography.hiu.cas.cz* [online]. 4. 11. 2020 [cit. 2022-07-02]. Dostupné z: http://biography.hiu.cas.cz/Personal/index.php/FREJKA_Bed%C5%99ich_17.2.1890-10.1.1972
39. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
40. KCI Licensing, Inc., 2019. V.A.C. *ULTRA™ THERAPY SYSTÉM*. Praha: Aspironix. 06/19. PRA-PM-EU-00065
41. KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. ročník*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
42. KELNAROVÁ, J. et al., 2010. *Psychologie 1. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
43. KELNAROVÁ, J. et al., 2011. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. ročník*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
44. KELNAROVÁ, J. et al., 2014. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
45. KOCINOVÁ, S. et al., 2007. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 5. vydání. Praha: Informatorium. 96 s. ISBN 978-80-7333-059-0.
46. KOTÍK, L., 2019. *Předoperační vyšetření dospělých*. 3. vydání. Praha: Mladá fronta. 135 s. ISBN 978-80-204-5104-0.
47. KOZÁKOVÁ, E., 2019. Dezinfekce a sterilizace. In: VEVERKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada, s. 12–32. ISBN 978-80-247-2747-9.
48. KŘEPELOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu z pohledu pacienta*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
49. KVASNIČKA, T., 2011. Prevence žilní tromboembolické nemoci v chirurgických oborech. In: KRŠKA, Z. et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, s. 194–201. ISBN 978-247-3815-4.
50. LI, B., WEBSTER, T. J., 2018. Bacteria Antibiotic Resistance: New Challenges and Opportunities for Implant-Associated Orthopedic Infections. *J Orthop Res.*, 36 (1). s. 22 - 32. DOI: 10.1002/jor.23656.
51. LIBOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 162 s. ISBN 978-80-271-2466-4.

52. LIDICKÁ, L., 2018. Nozokomiální nákazy a prevence. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 101–111. ISBN 978-80-271-0717-9.
53. LIŠOVÁ, K., 2016. Ošetřování střednědobých a dlouhodobých cévních vstupů, PICC tým. In: CHARVÁT, J. et al. *Žilní vstupy*. Praha: Grada, s. 122–132. ISBN 978-80-247-5621-9.
54. MANDYSOVÁ, P. et al., 2012. Česká verze škály Bradenové: metodika překladu a shoda mezi posuzovateli. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [cit. 2023-04-20]. 2(4). ISSN 1338-6263. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-4/ceska-verze-skalyradenove-metodika-prekladu-a-shoda-mezi-posuzovateli>
55. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN: 978-80-247-3171-1.
56. MARTÍNKOVÁ, J. et al., 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-4157-4.
57. MEZINÁRODNÍ RADA SESTER, 2017. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. Praha: Česká asociace sester [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex>.
58. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021. Koncepce ošetrovatelství. In: *Věstník MZ ČR* [online]. 6, 5–87 [cit. 2022-03-27]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-6-2021/>
59. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2004. Koncepce ošetrovatelství. In: *Věstník MZ ČR* [online]. 9, 5 - 6 [cit. 2023-04-30]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-9-2004/>
60. NEORAL, Č., KLOS, D., 2011. Intravenózní katétry. In: KRŠKA, Z. et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, s. 218–221. ISBN 978-247-3815-4.
61. NEWMAN, J. M., SIQUEIRA, M., KLIKA, A., 2019. Use of Closed Incisional Negative Pressure Wound Therapy After Revision Total Hip and Knee Arthroplasty in Patients at High Risk for Infection: A Prospective, Randomized Clinical Trial. *The Journal of Arthroplasty*, 34 (3). s. 554-559. ISSN: 0883-5403.
62. NOVÁKOVÁ, K., 2014. *Administrativa a dokumentace ošetrovatelské péče v práci sestry*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.

63. NÝDRLE, M., 2017. *Pochopitelné texty z chirurgie, traumatologie a ortopedie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 245 s. ISBN 978-80-70-13-586-0.
64. OLIPHANT, C. M., 2015. Management of Orthopedic Infections. *The Journal for Nurse Practitioners*. 11 (10). s. 1036 – 1042. ISSN: 1555-4155. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.07.015>
65. PÁRAL, J. et al., 2020. *Chirurgická propedeutika. Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-1235-7.
66. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
67. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN: 978-80-247-3557-3.
68. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
69. PLEVOVÁ, I., et al., 2019. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 200 s. ISBN: 978-80-271-0889-3.
70. POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
71. POKORNÁ, A., 2012. *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů*. Brno: Masarykova univerzita. 112 s. ISBN 978-80-210-6048-7.
72. RĂUȚIA, C., NEMET, C., 2015. The Impact Of Nosocomial Infections On Orthopedic Patients' Quality Of Life. *Acta Medica Transilvanica*, 20 (2). s. 10-12. ISSN: 1453-1968.
73. REPKO, M. et al., 2012. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5.
74. ROZKYDAL, Z., CHALOUPKA, R., 2012. *Vyšetřovací metody v ortopedii*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 70 s. ISBN 978-80-210-5902-3.
75. ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Karolinum. 566 s. ISBN 978-80-246-2932-2.
76. ROZSYPALOVÁ, M. et al., 2009. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Informatorium. 276 s. ISBN 978-80-7333-074-3.

77. RŮŽIČKOVÁ, L., 2022. *Komunikace s pacientem*. Brno. Diplomová práce. Ústav zdravotnických věd MU.
78. SEDLÁŘOVÁ, P., 2011. Nozokomiální infekce a jejich prevence. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada, s. 50–78. ISBN 978-80-247-3419-4.
79. SEDLÁŘOVÁ, P., 2011. Výživa a stravování nemocných. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada, s. 168–191. ISBN 978-80-247-3419-4.
80. SCHINDLER, J., 2014. *Mikrobiologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4771-2.
81. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2016. Hodnocení místa vpichu u periferních žilních katétrů. *Florence* [online]. 6 [cit. 2022-07-02]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/6/hodnoceni-mista-vpichu-u-perifernich-zilnich-katetru/>
82. SLANINKA, I., ŠMEJKAL, K., 2015. Vyšetření chirurgického pacienta. In: FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 26–29. ISBN 978-80-247-1005-1.
83. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-271-2861-7.
84. SMOLA, H., 2013. Mechanismy účinku lokálního podtlaku při léčbě ran. In: ŠIMEK, M., BÉM, R. *Podtlaková léčba ran*. Praha: Maxdorf, s. 10–24. ISBN 978-807345-352-7.
85. STREITOVÁ, D. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
86. STRYJA, J. et al., 2016. *Repetitorium, hojení ran 2*. 2. vydání. Semily: GEUM. 377 s. ISBN 978-80-87969-18-2.
87. STRYJA, J., 2013. Systémy kontrolovaného podtlaku a jejich využití v praxi. In: ŠIMEK, M., BÉM, R. *Podtlaková léčba ran*. Praha: Maxdorf, s. 29–44. ISBN 978-807345-352-7.
88. SUN, X. et al., 2014. A systematic review of maggot debridement therapy for chronically infected wounds and ulcers. *International Journal of Infectious Diseases* [online]. 25, 32–37 [cit. 2022-07-02]. DOI: 10.1016/j.ijid.2014.03.1397. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24841930/>

89. ŠIMEK, M. et al., 2013. *Podtlaková léčba ran*. Praha: Maxdorf. 231 s. ISBN 978-807345-352-7.
90. ŠRÁMOVÁ, H. et al., 2013. *Nozokomiální nákazy*. 3. vydání. Praha: Maxdorf. 400 s. ISBN 978-80-7345-286-5.
91. ŠRÁMOVÁ, H., 2013. Nozokomiální infekce. In: GÖPFERTO VÁ, D. et al. *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. 2. vydání. Praha: Karolinum, s. 187–198. ISBN 978-80-246-2223-1.
92. TEMEL, J. ,S., 2010. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*. 363/8. s. 733 – 742. ISSN: 1533-4406.
93. UÇKAY, I., VERNAZ – HEGI, N., HARBARTH, S., 2009. Activity and impact on antibiotic use and costs of a dedicated infectious diseases consultant on a septic orthopaedic unit. *Journal of Infection*, 58 (3). s. 205 - 212. ISSN: 0163-4453.
94. UÇKAY, I., HOFFMEYER, P., LEW, D., 2013. Prevention of surgical site infections in orthopaedic surgery and bone trauma: state-of-the-art update. *Journal of Hospital Infection* 84 (1). s. 5 – 12. ISSN: 0195-6701.
95. ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ, 2007. Profesor Rudolf Jedlička: Životopis. *Upmd.cz* [online]. © 2007 [cit. 2022-07-02]. Dostupné z: <https://www.upmd.cz/rudolf-jedlicka/>
96. VANČURA, V., ROKYTA, R., 2019. *Postup při provádění vyšetření magnetickou rezonancí (MR) u nositelů TKS nebo ICD ve FN Plzeň*. Plzeň: FN Plzeň. 1 s. INL/0264/03.
97. VAVŘÍK, P. et al., 2005. *Endoprotéza kolenního kloubu: Průvodce obdobím operace, rehabilitací a dalším životem*. Praha: Triton. 82 s. ISBN 80-7254-549-3.
98. VAVŘÍK, P., 2019. Co víme o příčinách selhání náhrady kolena? In: VAVŘÍK, P. et al. *Revizní operace totálních náhrad kolenního kloubu*. Praha: Maxdorf, s. 13–23. ISBN 978-80-7345-602-3.
99. VEVERKOVÁ, E., 2019a. Bolest. In: VEVERKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada, s. 141–152. ISBN 978-80-247-2747-9.
100. VEVERKOVÁ, E., 2019b. Drény a drenážní systémy. In: VEVERKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada, s. 117–124. ISBN 978-80-271-2099-4.

101. VEVRKOVÁ, E., 2019c. Imobilizační (hypokinetický) syndrom. In: VEVRKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I.* Praha: Grada, s. 51–55. ISBN 978-80-247-2747-9.
102. VEVRKOVÁ, E., 2019d. Ošetřování pacientů v perioperačním období. In: VEVRKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II.* Praha: Grada, s. 124–128. ISBN 978-80-271-2099-4.
103. VEVRKOVÁ, E., 2019e. Zajištění přístupu do krevního oběhu. In: VEVRKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II.* Praha: Grada, s. 128–143. ISBN 978-80-271-2099-4.
104. VEVRKOVÁ, E., SVOBODA, P., 2019. Thanatologie. In: VEVRKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II.* Praha: Grada, s. 128–143. ISBN 978-80-271-2099-4.
105. VOKURKA, M., HUGO, J., 2011. *Praktický slovník medicíny*. 10. vydání. Praha: Maxdorf. 519 s. ISBN 978-80-7345-262-9.
106. VOTAVA, M., SLÍVA, J., 2021. *Farmakologie v kostce*. Praha: Triton. 534 s. ISBN 978-80-7553-893-2.
107. VRABELOVÁ, L. et al., 2018. Péče o pacienta s bolestí. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 177–186. ISBN 978-80-271-0717-9.
108. VRABELOVÁ, L., 2018a. Ošetřování pacientů v perioperačním období; péče o drény a drenážní systémy. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 275–286. ISBN 978-80-271-0717-9.
109. VRABELOVÁ, L., 2018b. Zajištění výživy dětí a dospělých, enterální a parenterální výživa. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 186–198. ISBN 978-80-271-0717-9.
110. Vyhláška č. 244/2017 Sb., kterou se mění vyhláška 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 88, s. 2697. ISSN 1211-1244.

111. Vyhláška č. 279/2020 Sb., kterou se mění vyhláška 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2020. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 106, s. 2322–2327. ISSN 1211-1244.
112. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
113. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
114. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
115. WIRTHOVÁ, V., 2011. Příjem nemocného k hospitalizaci, přeložení a propuštění. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada, s. 37–50. ISBN 978-80-247-3419-4.
116. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN: 978-80-271-0155-9.
117. Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 2065–2084. ISSN 1211-1244.
118. Zákon č. 284/2018 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2018. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143, s. 4946–4949. ISSN 1211-1244.
119. ZÁVITKOVSKÝ, P., VČELÁK, J., 2014. Hnisavý zánět kloubu (pyogenní artritida). In: DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
120. ŽMIJÁKOVÁ, L. et al., 2020. *Metoda hojí ran V. A. C. systémem*. Plzeň. Standard FN Plzeň.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Hodnocení místa vpichu u PŽK – klasifikace dle Maddonové	161
Příloha 2 Hodnocení místa vpichu u PŽK – VIP skóre	162
Příloha 3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Bradenová	163
Příloha 4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonová	164
Příloha 5 Fáze umírání dle E. Kübler-Ross	165
Příloha 6 Moderní hojení rány dle fáze hojení B. Braun	166
Příloha 7 Hodnocení rány ConvaTec	167
Příloha 8 Dotazník ke kvalitativnímu výzkumnému šetření	168
Příloha 9 Otázky k rozhovorům	185
Vložená příloha - výstup z práce: Management práce sestry v septické ortopedii	

Příloha 1 Hodnocení místa vpichu u PŽK – klasifikace dle Maddonové

Tabulka 1 Skóre tíže flebitis dle Maddona (Cetlová a kol., 2012, s. 31)

Stupeň	příznaky
0	Není bolest ani reakce v okolí
I.	Pouze bolest, ne reakce v okolí
II.	Bolest a zarudnutí
III.	Bolest, zarudnutí, otok a/nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Zdroj: Sedlářová et al., 2016

Příloha 2 Hodnocení místa vpichu u PŽK – VIP skóre

Obr. 1 VIP skóre (Visual Infusion Phlebitis Scale) – Jacksonovo skóre

Vizuální hodnocení periferního žilního vstupu	Skóre dle vizuálního hodnocení	Skóre hodnotí každá směna, povinný záznam v dokumentaci
Vstup je zcela klidný	0	Nejsou známky flebitidy → kanylu dále sledovat
JEDEN znak z následujících: 1. mírná bolest kolem vstupu 2. zarudnutí kolem vstupu	1	Možné známky flebitidy → kanylu dále sledovat
DVA znaky z následujících: 1. bolest kolem vstupu 2. zarudnutí 3. otok	2	Časné stadium flebitidy → KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci)
VŠECHNY znaky z následujících: 1. bolest kolem vstupu 2. zarudnutí 3. tuhý otok	3	Rozvinutá flebitida → KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZVAŽOVAT LÉČBU – upozornit lékaře
VŠECHNY znaky jednoznačně vyjádřené: 1. bolest kolem vstupu 2. zarudnutí 3. tuhý otok 4. jasně viditelná žíla	4	Pokročilá flebitida / tromboflebitida → KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZVAŽOVAT LÉČBU – upozornit lékaře
VŠECHNY znaky jednoznačně vyjádřené: 1. bolest kolem vstupu 2. zarudnutí 3. tuhý otok 4. jasně viditelná žíla 5. horečka	5	Pokročilá tromboflebitida → KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZAHÁJIT LÉČBU – upozornit lékaře

© Andrew Jackson. VIP Score. 1997 Rotherham General Hospitals NHS Trust.

© Translation Aleš Chrdle, Magdalena Horníková. 2015 Nemocnice České Budějovice, a. s.

Zdroj: Sedlářová et al., 2016

Příloha 3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Bradenová

Jméno pacienta	Jméno hodnotitele	Datum posouzení		
SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ Schopnost smyslu- plně reagovat na nepohodlí souvise- jící s tlakem	1. Zcela omezen Nereaguje (nestěná, neu- cukne nebo nechňapne) na bolestivé podněty vzhle- dem ke snížené úrovni vě- domí nebo sedace. NEBO omezená schopnost pociťovat bolest na většině těla.	2. Velmi omezen Reaguje pouze na bolestivé podněty. Nemůže sdělit nepo- hodlí, pouze pomocí sténání nebo neklidu. NEBO má senzoričnou poruchu, která omezuje schopnost pociťovat bolest nebo nepo- hodlí na 1/2 těla.	3. Poněkud omezen Reaguje na verbální povely, ale nemůže vždy sdělit nepohodlí nebo potřebu být otočen. NEBO má určitou senzoričnou poruchu, která omezuje schopnost pociťovat bolest nebo nepohodlí v 1 nebo 2 končetinách.	4. Žádná porucha Reaguje na verbální povely. Nemá sen- zoričský deficit, který by omezoval schop- nost pociťovat nebo vyjadřovat bolest nebo nepohodlí.
VLHKOST Míra, do níž je kůže vystavena vlhkosti	1. Neustále vlhký Kůže je téměř neustále vlhká potem, močí atd. Vlhkost je objevena pokaždé, kdy je pacient přesunut nebo otočen.	2. Velmi vlhký Kůže je často, ale ne vždy vlhká. Prádlo musí být vyměněno alespoň jednou za směnu.	3. Občas vlhký Kůže je občas vlhká, což vyžaduje dodateč- nou výměnu prádla příb- ližně jednou za den.	4. Zřídka vlhký Kůže je obvykle suchá, prádlo vyžaduje výměnu pouze v běžných in- tervalech.
AKTIVITA Míra fyzické aktiv- ity	1. Upoután na lůžko Upoután na lůžko.	2. Upoután na židli Schopnost chodit je vážně omezena, nebo nechodí vůbec. Neudrží vlastní váhu a/nebo se mu musí pomoci na židli nebo na kolečkové křeslo.	3. Občas chodí Občas chodí během dne, ale na velmi krátké vzdálenosti, s pomocí nebo bez ní. Stráví většinu směny na lůžku nebo na židli.	4. Často chodí Alespoň dvakrát za den chodí mimo pokoj a v době bdění chodí na pokoji ale- spoň jednou za dvě hodiny.
MOBILITA Schopnost měnit a řídit polohu těla	1. Zcela nepohyblivý Bez pomoci neprovede ani nepatrné změny polohy těla nebo končetiny.	2. Velmi omezen Provádí občasné nepatrné změny polohy těla nebo končetiny, ale není schopen bez pomoci provést časté nebo podstatné změny.	3. Poněkud omezen Samostatně provádí časté, i když nepatrné změny polohy těla nebo končetiny.	4. Žádná porucha Bez pomoci provádí velké a časté změny polohy.
VÝŽIVA Obvyklý vzorec příjmu potravy	1. Velmi špatný Nikdy nesní celé jídlo. Zřídka sní více než 1/3 jakékoliv nabídnuté po- traviny. Sní 2 porce nebo méně bílkovin (masa nebo mléčných výrobků) za den. Přijímá tekutiny špatně. Nepřijímá tekuté doplněk stravy. NEBO nesmí nic jíst, nic pít a/nebo je udržován na průhledných tekutinách nebo i. v. více než 5 dnů.	2. Pravděpodobně ne- dostatečný Zřídka sní celé jídlo a obecně sní pouze asi 1/2 jakékoliv nabídnuté potraviny. Příjem bílkovin obsahuje pouze 3 porce masa nebo mléčných výrobků za den. Občas přijme doplněk stravy. NEBO dostává méně než optimální množství tekuté diety nebo kr- mení sondou.	3. Dostačující Sní přes polovinu většiny jídel. Sní celkem 4 porce bílkovin (maso, mléčné výrobky) za den. Občas odmítne jídlo, ale obvykle přijme doplněk, když je nabídnut NEBO přijímá potravu sondou nebo TPN, který pravděpodobně splňuje nutriční potřeby.	4. Vynikající Sní většinu každého jídla. Nikdy neodmítá jídlo. Obvykle sní celkem 4 nebo více porcí masa a mléčných výrobků. Občas jí mezi jídly. Nevyžaduje do- plňování.
TŘENÍ A STŘIH	1. Problém Vyžaduje střední až max- imální pomoc při pohy- bec. Úplné zvednutí bez sklouznutí na ložním povlečení je nemožné. Často sklouzává dolů na lůžku nebo na židli a vyžaduje časté polohování s maximální pomocí. Spas- ticita, kontraktury nebo neklid vedou k téměř neustálému tření.	2. Potenciální problém Chabě se pohybuje nebo vyžaduje minimální pomoc. Během pohybu kůže pravděpodobně do určité míry klouže na ložním povlečení, židli, kurtech nebo jiných pomůckách. Po většině času udržuje relativně dobrou polohu na židli nebo na lůžku, ale občas sklouzne dolů.	3. Žádný zjevný prob- lém Samostatně se pohy- buje na lůžku a na židli a má dostatečnou sval- ovou sílu se během po- hybu úplně zvednout. Udržuje dobrou pozici na lůžku nebo v židli.	

Celkové skóre:

Zdroj: Mandysová et al., 2012

Příloha 4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonová

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není
malá	3 < 30	3 alergie	3 DM, anemie	3 zhoršený	3 apatický	3 doprovod	3 částečně omezená	3 občas
částečná	2 < 60	2 vlhká	2 kachexie, ucpávání tepen	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2 převážně moč
žádná	1 > 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ












Zdroj: Vyšší odborná škola zdravotnická a střední zdravotnická škola Hradec Králové.

Příloha 5 Fáze umírání dle E. Kübler-Ross

Tabulka: Fáze umírání podle Kübler-Ross			
Fáze	Projevy	Co s tím?	
1.	Negace šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	Agrese hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky..	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3.	Smlouvání vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	Deprese smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5.	Smíření souhlas	Vyrovnění, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

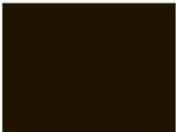

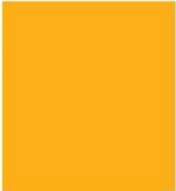


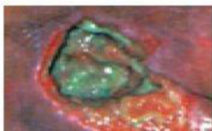





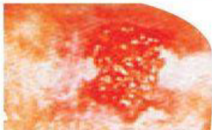
Zdroj: Dubcová, 2011

Příloha 6 Moderní hojení rány dle fáze hojení B. Braun

Popis rány/stádium hojení	Množství exsudátu	Cíl léčby	Postup
● Černá nekrotická rána (neischemická)* 	Malé	Odstranění suché nekrotické tkáně	Zvlhčení rány hydrogelem, mechanický nebo chirurgický debridement * při onemocnění periferních tepen ránu nezahlčujte
● Suchá fibrinózní rána 	Malé	Odstranění fibrinových povlaků, prevence infekce	Mechanický nebo chirurgický debridement podle potřeby, očištění rány, zvlhčení rány
● Vlhká fibrinózní rána 	Střední až vysoké	Odstranění fibrinových povlaků, léčba exsudace	Mechanický nebo chirurgický debridement podle potřeby, očištění rány, podpora vlhkého prostředí v ráně k posílení autolytického debridementu
● Fibrinózní až granulující rána 	Střední až vysoké	Odstranění fibrinových povlaků, léčba exsudace, podpora granulace	Očištění rány, podpora vlhkého prostředí v ráně k posílení autolytického debridementu
● Granulující rána 	Střední	Léčba exsudace, podpora granulace	Očištění rány, vlhké prostředí, ochrana nově se tvořící tkáně a okolní kůže
● Granulující až epitelizující rána 	Malé	Absorpce residuálního exsudátu, podpora epitelizace	Očištění rány, ochrana nově se tvořící tkáně a okolní kůže
● Epitelizující rána 	Žádné	Podpora epitelizace	Ochrana nově se tvořící tkáně
● Infikovaná rána 	Střední až vysoké	Snížení bakteriální nálože, léčba exsudace, potlačení zápachu	Očištění rány, prevence bakteriální kontaminace z okolního prostředí, podpora vlhkého prostředí v ráně
○ Akutní rána 	Malé až střední	Antibakteriální obvaz, absorpce exsudace	Očištění rány, prevence infekce
● Ohrožená kůže 	Žádné	Prevence dekubitů I. stupně	Lokální aplikace esenciálních mastných kyselin, snížení tření a odírání
● Ohrožená kůže 	Žádné	Prevence poškození kůže v okolí rány, ochrana před macerací	Ochrana zranitelných nebo poškozených míst

Zdroj: Braun, 2015

KLASIFIKAČNÍ MODEL RAN

		Charakter rány	Aktuální cíl	Popis rány	Krycí materiál	Kód VZP*
		NEKRÓZA	Odstranit nekrózu	Tvrdá, suchá tkáň černé barvy	GranuGEL® (15 g) GranuFlex® Signal (10 x 10 cm) GranuFlex® (10 x 10 cm) Granuflex® Extra Thin (10 x 10 cm)	0080148 0081425 0015902 0021659
		POVLEKLÁ A EXSUDUJÍCÍ	Odstranit povlak a zvládnout exsudát	Povleklá, exsudující rána	Aquacel® Extra™ (10 x 10 cm) Aquacel® Ag (10 x 10 cm) Kaltostat® (7,5 x 12 cm) Aquacel® Foam (10 x 10 cm) adh. Aquacel® Foam (10 x 10 cm) neadh. Aquacel® Ag Foam (10x10) adh. Aquacel® Ag Foam (10x10) neadh.	0169584 0081082 0022350 0169156 0169152 0169781 0169776
		INFIKOVANÁ	Zvládnout infekci, exsudát a podpořit granulaci	Infikovaná, exsudující povleklá nebo zapáchající rána	Aquacel® Ag (10 x 10 cm) CarboFlex™ (10 x 10 cm) Aquacel® Ag Foam (10x10) adh. Aquacel® Ag Foam (10x10) neadh.	0081082 0080502 0169781 0169776
		DUTINY A PÍŠTĚLE	Vyčistit ránu, zvládnout exsudát a podpořit granulaci	Hluboké defekty nepravidelných tvarů	Aquacel® Extra™ (10 x 10 cm) Kaltostat® Cavity (2 g/45 cm) GranuFlex® Pasta (30 g)	0169584 0022354 0021657
		GRANULUJÍCÍ	Podpořit a ochránit nově vzniklou granulační tkáň	Čistá, mírně až středně exsudující tkáň červené barvy	GranuFlex® Signal (10 x 10 cm) GranuFlex® (10 x 10 cm) Aquacel® Extra™ (10 x 10 cm) Aquacel® Foam (10 x 10 cm) adh. Aquacel® Foam (10 x 10 cm) neadh.	0081425 0015902 0169584 0169156 0169152
		EPITELIZUJÍCÍ	Podpořit a ochránit epitelizační tkáň	Narůžovělá tkáň	GranuFlex® Extra Thin (10 x 10 cm) GranuFlex® Signal (10 x 10 cm)	0021659 0081425

* Nejčastěji ambulantně používané kódy. Všechny uvedené kódy VZP jsou ze skupiny 01. Určeno pro odbornou veřejnost.

Příloha 8 Dotazník ke kvantitativnímu výzkumnému šetření

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovolte, abych Vás požádala o několik málo minut Vašeho drahocenného času k vyplnění mého dotazníku k diplomové práci s názvem *Management práce sestry v septické ortopedii*. Jejímž cílem je zmapovat práci sestry v septické ortopedii. Ráda bych Vás ujistila, že sběr dat je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze k vypracování diplomové práce. Proto Vás prosím, abyste odpovídali pravdivě a pokud možno, co nejpřesněji. Pár pokynů před zahájením dotazníku: pokud není v uvedeno jinak, je možná vždy jen jedna správná odpověď, pokud zvolíte možnost „jiné“, prosím, doplňte odpověď. V případě, že se jedná o otevřenou otázku, prosím, vyplňte ji, jak nejlépe uznáte za vhodné, neomezujte se na strohá vyjádření. Správnou odpověď, prosím, viditelně označte, např. zakroužkováním. Pokud máte nějaké náměty a připomínky, které Vám v dotazníku chyběly, vepište je, prosím, do předposlední otázky č. 42.

Výsledky výzkumu naleznete v mé diplomové práci po obhájení nebo uveďte kontaktní email, kam chcete, aby Vám byly výsledky

výzkumu zaslány, a já Vám je po zpracování všech získaných dat zašlu.

Předem bych Vám chtěla moc poděkovat za Váš čas a pomoc při dokončení mého studia na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakultě v oboru Specializace v ošetrovatelství – chirurgický modul.

S přáním hezkého dne a mnoha pracovních i soukromých úspěchů

Jana Hrachová.

OBEČNÁ ČÁST

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2) Kolik je Vám let?

- a. 18 – 25
- b. 26 – 35
- c. 36 – 45
- d. 46 – 55
- e. 56 a více

3) Jaké je Vaše vzdělání?

- a. SZŠ v režimu všeobecná sestra (do r. 2004)
- b. SZŠ v režimu zdravotnický asistent/ praktická sestra
(od r. 2004)
- c. VOŠ
- d. VŠ

4) Máte v rámci svého povolání nějakou specializaci?

- a. Magisterské studium + uveďte obor
- b. Specializace s atestační zkouškou + uveďte obor
- c. Ne

5) Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- a. Do 1 roku
- b. Do 5 let
- c. 6 – 10 let
- d. 11 – 20 let
- e. 21 a více let

6) Na jakém pracovišti momentálně pracujete?

- a. Chirurgickém
- b. Ortopedickém
- c. Infekčním
- d. Intenzivní péče
- e. Jiné, uveďte

- 7) Jaká je Vaše pracovní pozice?
- a. Sestra u lůžka
 - b. Staniční sestra
 - c. Vrchní sestra
 - d. Jiné, uveďte
- 8) Kdo je zřizovatel Vašeho zdravotnického zařízení, kde pracujete?
- a. Město
 - b. Kraj
 - c. Ministerstvo zdravotnictví
 - d. Soukromý vlastník
 - e. Jiné, uveďte
- 9) Jaký je statut Vašeho zdravotnického zařízení?
- a. Fakultní nemocnice
 - b. Krajská nemocnice
 - c. Okresní nemocnice
 - d. Městská nemocnice
 - e. Soukromá nemocnice

SPECIFICKÁ ČÁST

- 10) Jak často se setkáváte na svém pracovišti s nemocnými s infekční ortopedickou diagnózou (osteomyelitida, komplikace po endoprotézách apod.)?
- a. Denně
 - b. Každý týden alespoň 1x
 - c. Každý měsíc alespoň 1x
 - d. Každý čtvrt rok alespoň 1x
 - e. Každý půl rok alespoň 1x
 - f. Každý rok alespoň 1x
 - g. Jiné, uveďte

11) Jak dlouhý je pobyt nemocného se septickou komplikací nebo diagnózou u Vás na oddělení? (Můžete zvolit více možností)

- a. Cca do týdne
- b. Cca 1 - 2 týdny
- c. Cca 3 - 4 týdny
- d. Cca 5 - 6 týdnů
- e. Cca 7 - 8 týdnů
- f. Déle jak 8 týdnů
- g. Opakovaně se vracejí

12) Jak nejčastěji končí hospitalizace nemocného u Vás na oddělení?

- a. Překlad na JIP/ARO
- b. Překlad na standardní oddělení
- c. Propuštění do ambulantní péče
- d. Propuštění do domácí péče (Homecare apod.)
- e. Následná péče (LDN, NP apod.)
- f. Rehabilitační oddělení
- g. Jiné, uveďte

13) Monitorujete u nemocných bolesti?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

14) Jak je nemocnému zajištěna rehabilitační péče?

- a. Zajišťuje fyzioterapeut dle indikace lékaře
- b. Zajišťuje pouze sestra dle indikace lékaře
- c. Zajišťuje sestra i fyzioterapeut
- d. Nerehabilitujeme s nemocnými
- e. Nevím
- f. Jiné, uveďte

15) Využíváte u nemocných se septickou komplikací nějaká zvláštní opatření u Vás na oddělení?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

16) Jak k nemocnému se septickou komplikací přistupujete?

- a. Izolujeme ho od ostatních nemocných na samostatný pokoj (IZOLACE)
- b. Pečujeme o něj formou bariérové péče
- c. Nijak ho neodlišujeme od ostatních nemocných
- d. Podle výsledku stěru z rány
- e. Jsme oddělení pouze pro septické pacienty, tudíž izolujeme jen nemocné s infekčním agens, které by mohlo ohrozit ostatní nemocné (MRSA, VRSA pozit., Clostridie apod.)
- f. Jiné, uveďte

17) Co patří do zásad péče o nemocného v izolačním režimu u Vás na oddělení? (Můžete zvolit více možností)

- a. Samostatný pokoj pro nemocného, tzv. IZOLACE.
- b. Bariérová ošetrovatelské technika.
- c. Nemocný zůstává mezi ostatními nemocnými, dodržujeme bariérový způsob ošetřování.
- d. Vyhrazení pomůcek jen pro nemocného přímo na pokoji.
- e. Nemocný je zařazován na konec programu.
- f. Pořadí v péči nijak neovlivňujeme.
- g. Omezený režim návštěv.
- h. Označení všech dokumentů IZOLACE.
- i. Veškerý odpad včetně prádla od nemocného označujeme jako infekční.
- j. Odpad ani prádlo od nemocného nijak speciálně netřídíme.
- k. Nemocný se smí volně pohybovat po oddělení.
- l. Nemocný nesmí opustit pokoj.

18) Znáte rozdíl mezi izolačním režimem a bariérovým ošetřováním nemocného?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

Pokud jste odpověděli ROZHODNĚ ANO/SPIŠE ANO, prosím uveďte jaký:

.....

19) Dodržujete zásady izolačního nebo bariérového ošetřování nemocného?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

20) Jaké sesterské záznamy obsahuje dokumentace nemocného u Vás na oddělení? (U každé možnosti zvolte míru pravděpodobnosti 1 = nepoužíváme, 5 = používáme vždy)

1	Ošetrovatelská anamnéza	1	2	3	4	5
2	Edukační karta	1	2	3	4	5
3	Záznam fyziologických funkcí	1	2	3	4	5
4	Záznam měření glykemie	1	2	3	4	5
5	Nutriční screening	1	2	3	4	5
6	Hodnocení Body mass indexu = BMI	1	2	3	4	5
7	Barthelův test	1	2	3	4	5
8	Test instrumentálních denních činností	1	2	3	4	5
9	Madonova klasifikace žilních vstupů	1	2	3	4	5
10	Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové	1	2	3	4	5
11	Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Bradenové	1	2	3	4	5

12	Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle jiné, uveďte	1	2	3	4	5
13	Vyhodnocení rizika pádu	1	2	3	4	5
14	Hodnocení bolesti – vizuální analogová škála bolesti	1	2	3	4	5
15	Hodnocení bolesti podle Melzacka	1	2	3	4	5
16	Numerická škála hodnocení bolesti	1	2	3	4	5
17	Hodnocení stavu nemocného (hlášení sester)	1	2	3	4	5
18	Ošetrovatelské problémy + intervence + jejich hodnocení	1	2	3	4	5
19	Záznam péče o rány, dekubity	1	2	3	4	5
20	Polohovací záznam	1	2	3	4	5
21	Hodnocení stavu kůže	1	2	3	4	5
22	Glasgow coma skóre = GCS	1	2	3	4	5
23	Příjem a výdej tekutin	1	2	3	4	5
24	Sesterská propouštěcí/překladová zpráva	1	2	3	4	5
25	Záznam o použití přístrojového vybavení	1	2	3	4	5

26	Informovaný souhlas s poskytováním informací	1	2	3	4	5
27	Informovaný souhlas s hospitalizací	1	2	3	4	5

21) Myslíte si, že máte dostatek znalostí v oblasti septické ortopedie?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

22) Máte možnost vzdělávat se v septické ortopedii, popř. chirurgii?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

Pokud jste odpověděli ROZHODNĚ ANO/SPIŠE ANO, prosím, uveďte jak.

.....

23) Jste ochotni vzdělávat se v oblasti zdravotnictví i ve svém volném čase?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

24) Sledujete aktivně novinky ve svém oboru?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

25) Pořádáte v rámci Vašeho oddělení/nemocnice odborné semináře v oblasti novinek, které se udály v septické ortopedii, kde se s novinkami vzájemně seznamujete?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

26) Myslíte si, že je vedení nakloněno k modernizaci a zavádění inovací z oblasti hojení ran do praxe?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

27) Jakým způsobem pečujete o rány?

- a. Sestra sama bez lékaře
- b. Specializovaná sestra „ranhojička“
- c. Pouze lékař, sestra asistuje
- d. Jiný, uveďte

28) Požíváte moderní materiály k hojení rány dle fáze hojení?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

29) Používáte k hojení ran moderní metody?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

Pokud jste odpověděli ROZHODNĚ ANO/SPIŠE ANO, vypište, jaké metody užíváte u Vás na oddělení.

.....

30) Myslíte si, že máte dostatek materiálního zabezpečení pro léčbu rány v jakékoliv fázi hojení?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

31) Využíváte k léčbě ran u Vás na oddělení podtlakovou terapii (NPWT)?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

Na otázky 32 – 35 odpovídejte pouze v případě, že s NPWT na oddělení pracujete, děkuji.

32) Využíváte možnosti proplachu u některých přístrojů k NPWT?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

33) Jak dlouho obvykle nemocní NPWT u Vás na oddělení mají?

Prosím, uveďte.

34) Jak často se NPWT u Vás na oddělení převazuje? Prosím,

uveďte.

35) Převaz NPWT provádíte:

- a. Na oddělení na místě k tomu určeném za dodržení aseptických podmínek.
- b. Na oddělení, na pokoji nemocného za dodržení aseptických podmínek.
- c. Na oddělení bez dodržení aseptických podmínek.
- d. Na operačním sále.

36) S jakými žilními vstupy máte na oddělení nemocné nejčastěji? (Můžete zvolit více možností)

- a. PŽK (periferní žilní katétr) po celou dobu hospitalizace
- b. PŽK pouze na začátku léčby, později CŽK
- c. CŽK (centrální žilní katétr) ihned od začátku
- d. PICC katétr
- e. MIDLINE katétr
- f. Implantabilní port
- g. V závislosti na léčbě
- h. Jiné, uveďte

37) Jak o žilní vstupy pečujete? (U každé možnosti zvolte míru pravděpodobnosti)

1	Při zavádění respektuji zásady výběru místa zavedení včetně velikosti kanyly.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
2	Při zavádění dodržuji asepsi.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
3	Při zavádění vstupu na asepsi moc nedbám.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
4	Vždy dodržuji délku zavedení vstupu včetně převazů a jejich kontroly dle SOP (standard ošetrovatelské péče).	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
5	Vždy dodržuji délku zavedení vstupu, ale	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne

	nepřevazuji, pokud to není nutné.					
6	Vstup ponechávám do doby, než si nemocný začne stěžovat nebo jsou patrné známky infekce.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
7	Pokud dojde dle hodnotící stupnice ke známce zánětu, vstup ihned odstráním a zahájím léčbu zánětu.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
8	Pokud dojde dle hodnotící stupnice ke známce zánětu, vstup ihned odstráním a informuji lékaře.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne

9	Péči o vstupy pravidelně zaznamenávám do dokumentace (každou směnu).	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
10	Před aplikací vstup vždy odezinfikuji postříkem a nechám oschnout.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
11	Před aplikací vstup vždy odezinfikuji čtverečkem s dezinfekcí.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
12	Před aplikací se vstupem nic nedělám, rovnou aplikuji.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
13	Pravidelně provádím proplach vstupu metodou START -	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne

	STOP.					
14	Do vstupů aplikuji heparinovou zátku.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
15	Při odstraňování dlouhodobého vstupu (CŽK, PICC, MIDLINE katétr) zasílám konec vstupu na mikrobiologické vyšetření.	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne

38) Myslíte si, že máte dostatek času na komunikaci s nemocnými?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

39) Na jaké téma obvykle s nemocnými hovoříte?

- a. Nezbytné informace k výkonům a zákrokům, které budou následovat.
- b. Informace obecného charakteru (návštěvy, režim dne, dieta, pohybový režim apod.), prostě pracovní problematika.
- c. Zajímám se nejen o pracovní stránku komunikace, ale když je čas, tak i o potřeby nemocného.
- d. Zajímám se o potřeby nemocného a zároveň sděluji i pracovní věci.
- e. Nemocného vždy vyslechnu, i když to znamená, že se mi nastaví další práce.

- f. Vzhledem k tomu, že nemocní u nás na oddělení tráví dost času, tak po nějaké době už se omezují jen na nejnütnější konverzaci.
- g. Moc nekomunikuji, cítím se z nich vyčerpaná/ý
- h. Jiné, uveďte

40) Myslíte si, že nemocným komunikace s personálem u Vás na oddělení vyhovuje (obsah, délka apod.)?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

41) Co patří do managementu práce sestry v septické ortopedii u Vás na oddělení? (U každé možnosti zvolte míru pravděpodobnosti 1 = neděláme, 5 = děláme vždy)

1	Příjem nemocného	1	2	3	4	5
2	Překlad/propuštění nemocného	1	2	3	4	5
3	Vyhodnocování testů (dekubity, riziko pádu apod.)	1	2	3	4	5
4	Zajištění edukace nemocného	1	2	3	4	5
5	Stanovení ošetrovatelských diagnóz	1	2	3	4	5
6	Stanovení ošetrovatelských intervencí	1	2	3	4	5
7	Hodnocení ošetrovatelského plánu	1	2	3	4	5
8	Zajištění žilních vstupů v rámci kompetencí	1	2	3	4	5
9	Péče o žilní vstupy	1	2	3	4	5
10	Zajištění všech ostatních invazivních vstupů (PMK, NGS apod.) v rámci kompetencí	1	2	3	4	5
11	Péče o ostatní invazivní vstupy	1	2	3	4	5

	(PMK, NGS apod.)					
12	Péče o lůžko a lůžkoviny nemocných	1	2	3	4	5
13	Hygienická péče u nemocných	1	2	3	4	5
14	Prevence dekubitů	1	2	3	4	5
15	Péče o dekubity	1	2	3	4	5
16	Prevence imobilizačního syndromu	1	2	3	4	5
17	Fyzioterapie s nemocnými v rámci kompetencí	1	2	3	4	5
18	Zajišťování polohování nemocných	1	2	3	4	5
19	Zajišťování stravy nemocným p.o.	1	2	3	4	5
20	Zajišťování výživy nemocných i.v. formou	1	2	3	4	5
21	Zajišťování výživy pomocí sondy, PEG, stomie	1	2	3	4	5
22	Vyhodnocování fyziologických funkcí	1	2	3	4	5
23	Odběr biologického materiálu (moč, stolice, krev, sekrety)	1	2	3	4	5
24	Hodnocení laboratorních výsledků	1	2	3	4	5

	v rámci kompetencí					
25	Péče o potřeby nemocných	1	2	3	4	5
26	Komunikace s nemocnými	1	2	3	4	5
27	Převaz ran	1	2	3	4	5
28	Péče o kompenzační pomůcky nemocných (zubní protézy, naslouchadla apod.)	1	2	3	4	5
29	Dezinfekce povrchů	1	2	3	4	5
30	Dezinfekce nástrojů a pomůcek	1	2	3	4	5
31	Sterilizace nástrojů	1	2	3	4	5
32	Péče o vyprazdňování nemocných	1	2	3	4	5
33	Aplikace klyzma	1	2	3	4	5
34	Péče o nemocné se stomií	1	2	3	4	5
35	Péče o inkontinentní nemocné	1	2	3	4	5
36	Plnění ordinací lékaře	1	2	3	4	5
37	Příprava sterilního stolku	1	2	3	4	5
38	Asistence u malých chirurgických výkonů	1	2	3	4	5
39	Příprava nemocných na diagnostická vyšetření	1	2	3	4	5

40	Příprava nemocných na operační výkony	1	2	3	4	5
41	Péče o nemocné po operačním výkonu	1	2	3	4	5
42	Sledování bilance tekutin	1	2	3	4	5
43	Péče o drény a drenážní systémy	1	2	3	4	5
44	Monitorace bolesti	1	2	3	4	5
45	Péče o dýchací cesty nemocného	1	2	3	4	5
46	Komunikace s rodinou nemocného	1	2	3	4	5
47	Příprava izolace/bariérového ošetřování v případě potřeby	1	2	3	4	5
48	Péče o zemřelého	1	2	3	4	5
49	Práce s dokumentací zemřelého (uložení cenností)	1	2	3	4	5
50	Péče o příbuzné zemřelého	1	2	3	4	5
51	Péče o umírajícího - doprovázení	1	2	3	4	5
52	Péče o umírajícího – zajištění přítomnosti rodiny	1	2	3	4	5
53	Péče o umírajícího – zajištění kaplana	1	2	3	4	5

54	Zajištění paliativní péče	1	2	3	4	5
55	Práce s dokumentací nemocného	1	2	3	4	5
56	Zajištění bezpečnosti nemocného	1	2	3	4	5
57	Předání služby mezi směnami	1	2	3	4	5
58	Příprava a podání léků p.o.	1	2	3	4	5
59	Příprava a podání léků s.c.	1	2	3	4	5
60	Příprava a podání léků i.v.	1	2	3	4	5
61	Příprava a podání léků jinou cestou (p.r., i.o., náplast, mast apod.)	1	2	3	4	5
62	Práce s přístrojovým vybavením (monitory, dávkovače, pumpy apod.)	1	2	3	4	5
63	Kontrola glykémie	1	2	3	4	5
64	Prevence TEN	1	2	3	4	5
65	Příprava a podání transfuzních přípravků v rámci kompetencí	1	2	3	4	5
66	Resuscitace v rámci kompetencí	1	2	3	4	5
67	Registrace EKG	1	2	3	4	5
68	Práce s počítačem	1	2	3	4	5
69	Plánování a účast na sesterských	1	2	3	4	5

	vizitách					
70	Asistence při lékařských vizitách	1	2	3	4	5
71	Odvoz nemocných na a z operačního sálu	1	2	3	4	5
72	Asistence lékaři u zavádění invazivních vstupů, které nemá sestra v kompetenci	1	2	3	4	5
73	Vypisování poukazů na pomůcky v rámci kompetencí	1	2	3	4	5
74	Vypisování žádanek	1	2	3	4	5
75	Nezávislá sesterská činnost ostatní	1	2	3	4	5
76	Doplňování materiálu na ošetrovací jednotku	1	2	3	4	5
77	Objednávky materiálu pro ošetrovací jednotku	1	2	3	4	5
78	Objednávky léků pro ošetrovací jednotku	1	2	3	4	5
79	Objednávky ostatního potřebného pro ošetrovací jednotku	1	2	3	4	5
80	Zajištění bezpečnosti svého zdraví a	1	2	3	4	5

	ostatních spolupracovníků					
81	Vzdělávání se ve volném čase v oblasti zdravotnictví	1	2	3	4	5
82	Účast na vzdělávacích akcích v rámci zdravotnictví	1	2	3	4	5
83	Plánování péče u jednotlivých nemocných	1	2	3	4	5
84	Plánování směn pro personál	1	2	3	4	5

42) Máte ještě nějaké náměty nebo připomínky k tomuto
výzkumu?

a. Ano, uveďte

.....

b. Ne

43) Chcete zaslat výsledky výzkumu na email?

a. Ano, uveďte

.....

b. Ne

Zdroj: vlastní

Příloha 9 Otázky k rozhovorům

Otázky k rozhovoru s pacienty

- a) Úvod – představení, vysvětlení důvodu rozhovoru
- b) Vlastní rozhovor – složený z uzavřených a otevřených otázek, u uzavřených otázek bude následovat doptání nebo prosba o rozvedení dané odpovědi
- c) Demografické a rozdělovací údaje – věk, pohlaví, hospitalizace, typ nemocnice

ROZHOVOR

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je vaše pohlaví?
- 3) Jaké je vaše vzdělání?
- 4) V jakém typu nemocnice jste hospitalizovaný/á? (FN, krajská, okresní, soukromá – popř. doplním já)
- 5) O jaký typ hospitalizace se jedná? (akutní, plánovaná, rozhovor po propuštění z hospitalizace)
- 6) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 7) Jak dlouho už jste hospitalizovaný/á?
- 8) Jaký jste měl/a pocit ze seznámení s personálem oddělení při příjmu?
- 9) Myslíte si, že se Vám představil každý, kdo o Vás pečoval? Jakým způsobem se Vám personál představoval?
- 10) Bylo Vám vždy řečeno, co se s Vámi bude dít?
- 11) Měl/a jste představu o časovém harmonogramu oddělení? Byl jste s ním seznámen při příjmu?
- 12) Měl/a jste možnost pokládat dotazy na režim dne? Pokud ano, v jakém rozsahu Vám byly Vaše dotazy zodpovězeny.
- 13) Jak byste charakterizoval/a režim dne během Vaší hospitalizace?
- 14) Je něco, co byste rád/a změnil/a na režimu dne pokud by to šlo?
- 15) Jakým způsobem probíhalo sdělování informací?
- 16) Nabízel Vám personál aktivně výsledky Vašich vyšetření?
- 17) Když jste se zeptal/a na výsledky vyšetření, byly Vám zodpovědně a srozumitelně vysvětleny?
- 18) Věnoval Vám při vysvětlování personál dostatek času? Změnil byste něco?

- 19) Mohl/a byste mi, prosím, popsat, jak u Vás probíhala vizita?
- 20) Kde jste trávil/a hospitalizaci? (izolace, společný pokoj)
- 21) Můžete mi popsat, jak Vám vyhovoval pobyt na izolaci?
- 22) Vnímali/a jste něco pozitivního na izolaci? Rozveďte svoji odpověď, prosím.
- 23) Vnímali/a jste něco negativního na izolaci? Rozveďte svoji odpověď, prosím.
- 24) Je něco, co Vám chybělo na izolaci? Rozveďte svoji odpověď, prosím.
- 25) Můžete mi, prosím, popsat, jak jste vnímal/a personál, který k Vám na izolaci chodil? (komunikace, péče o Vás, užívání OOPP, délka návštěvy u Vás...)
- 26) Jak dlouhá je/byla Vaše hospitalizace?
- 27) Byl/a jste po celou dobu hospitalizace na stejném oddělení?
- 28) Můžete mi, prosím, popsat, jak se k Vám personál choval v průběhu Vaší hospitalizace? (od začátku do konce, změny v chování, komunikaci apod.)
- 29) Docházel za Vámi fyzioterapeut? Pokud ano, jak rehabilitace probíhala?
- 30) Popište mi, prosím, jak Vám vyhovovalo podávání stravy během vaší hospitalizace? (způsob, teplota, chuť, místo...)
- 31) Měl jste možnost výběru stravy? Pokud ano, jak výběr probíhal.
- 32) Navštívila Vás během hospitalizace nutriční terapeutka? Nebo bylo Vám doporučeno nějaké dietní omezení/doporučení personálem oddělení? Jakou formou tak bylo učiněno?
- 33) Byl/a jste během hospitalizace vyzván/a ke kontrolnímu vážení?
- 34) Popište mi, prosím, jak probíhal Váš příjem na oddělení?
- 35) Přijde Vám, že Vás příjmová administrativa zatěžovala?
- 36) Měl/a jste možnost přečíst si veškeré dokumenty, které jste v průběhu hospitalizace podepisoval/a?
- 37) Měl/a jste možnost klást dotazy k výhonům, které jste podstupoval/a? Prosím, rozveďte.
- 38) Jak jste vnímal/a zájem personálu o Vaše potřeby, přání?
- 39) Jak jste vnímal/a nabídku řešení Vašich potřeb, přání?
- 40) Reagoval vždy personál na Vaše požadavky? Popř. vysvětlil důvod, proč nereaguje?
- 41) Jak byste charakterizoval/a způsob komunikace sester s Vámi?
- 42) Jak byste charakterizoval/a způsob komunikace mezi personálem?
- 43) Mohl/a byste mi, prosím, popsat, jak vypadal běžný rozhovor mezi Vámi a personálem?

- 44) Mohl/a byste mi popsat, jak na Vás působila neverbální komunikace personálu?
Prosím, rozveďte. (oční kontakt, gesta, hlas, tetování, vzhled, chování apod.)
- 45) Měl/a jste možnost rozhodovat/spolurozhodovat o postupu své léčby? Pokud ano, jak?
- 46) Myslíte si, že jste byl/a v průběhu hospitalizace plně informován/a o Vašem zdravotní stavu? Vysvětlete, prosím, proč si myslíte že ano x ne.
- 47) Mohl/a byste mi, prosím, popsat, jak jste vnímal vybavení oddělení (zázemí, TV, pokoje, spol. místnost apod.) a vliv na Vaší hospitalizaci?
- 48) Vnímal/a jste během hospitalizace nějaké existenční otázky? Byla Vám vstřícně nabídnuta pomoc od personálu?

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

ADL	Test všedních denních činností
ATB	Antibiotika
ARIP	Anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče
BM	Biologický materiál
BMI	Body Mass Index
BR	Bariérový režim
BRI	Bariérový režim/izolace
CT	Počítačová tomografie
CŽK	Centrální žilní katétr
ČR	Česká republika
dg.	Diagnóza/diagnostický
FF	Fyziologické funkce
G	Gauge (velikost kanyly)
GCS	Glasgow Coma Skore
GLY	Glykémie
HAI	Nákaza související s poskytováním zdravotní péče
HCAI	Healthcare associated infection
CHV	Chirurgický výkon
I	Izolace
i.v.	Intravenózní
IADL	Test instrumentálních denních činností
IMS	Imobilizační syndrom

IS	Informovaný souhlas
IV	Invazivní vstup
K	Komunikace
MRI	Magnetická rezonance
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N	Nemocný
NGS	Nasogastrická sonda
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
NPT	Negative Pressure Therapy, podtlaková terapie
NPWT	Negative Pressure Wound Therapy, podtlaková terapie
OJ	Ošetrovací jednotka
OOPP	Osobní ochranné pracovní pomůcky
oš.	Ošetrovatelský
P	Participant
p.o.	Per os
p.p.	Podle potřeby
P+P	Překlad a propuštění
PEG	Perkutální gastrostomie
PMK	Permanentní močový katétr
PŽK	Periferní žilní katétr
RD	Režim dne
RTG	Rentgen
s.c.	Subkutanní

SI	Sdělování informací
SOP	Standard ošetrovatelské péče
SOU	Střední odborné učiliště
SŠ	Střední škola
T. A. R. C.	terapeutické, regulované a přesné péče, podtlaková terapie
TEN	Tromboembolická nemoc
TNP	Topical Negative Pressure, podtlaková terapie
U	Umírající
V. A. C.	Vacuum Assisted Clonpwtsure, podtlaková terapie
VAS	Vizuální analogová škála bolesti
VIB	Vnímání izolace/bariérového režimu
VST	Vacuum Sealing Therapy, podtlaková terapie
VŠ	Vysoká škola
Z	Zemřelý
ZŠ	Základní škola
ZZ	Zdravotnické zařízení

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví	50
Graf 2 Věk	50
Graf 3 Vzdělání.....	51
Graf 4 Specializace	51
Graf 5 Délka praxe.....	52
Graf 6 Pracoviště	52
Graf 7 Pracovní pozice	53
Graf 8 Zřizovatel zdravotnického zařízení	53
Graf 9 Statut zdravotnického zařízení	54
Graf 10 Četnost kontaktu s nemocným s infekční ortopedickou diagnózou	54
Graf 11 Délka hospitalizace.....	55
Graf 12 Ukončení hospitalizace.....	55
Graf 13 Monitorace bolesti	56
Graf 14 Zajištění rehabilitační péče.....	56
Graf 15 Zvláštní opatření u nemocných se septickou komplikací	57
Graf 16 Přístup k nemocnému se septickou komplikací.....	57
Graf 17 Zásady péče o nemocné v izolaci	58
Graf 18 Rozdíl mezi izolací a bariérovým režimem	59
Graf 19 Dodržování zásad izolace nebo bariérového ošetřování	59
Graf 20 Znalosti ze septické ortopedie	68
Graf 21 Možnost vzdělávat se v septické ortopedii/chirurgii	68
Graf 22 Ochota vzdělávat se i ve volném čase	69
Graf 23 Aktivní sledování novinek v oboru	69
Graf 24 Pořádání odborných seminářů	70
Graf 25 Podpora vedení k zavedení novinek a modernizací v oblasti hojení ran.....	70
Graf 26 Péče o rány	71
Graf 27 Moderní materiály a fáze hojení ran.....	71
Graf 28 Použití moderních metod hojení rány.....	72
Graf 29 Materiální zabezpečení pro léčbu ran.....	72
Graf 30 Využití podtlakové terapie	73
Graf 31 Proplach u podtlakové terapie	73
Graf 32 Převaz podtlakové terapie.....	74

Graf 33 Žilní vstupy.....	75
Graf 34 Dostatek času na komunikaci	80
Graf 35 Komunikace personálu z pohledu nemocného.....	80
Graf 36 Téma rozhovorů.....	81

Seznam tabulek

Tabulka 1 Sesterské záznamy	60
Tabulka 2 Péče o žilní vstupy.....	76
Tabulka 3 Management práce sestry v septické ortopedii.....	82
Tabulka 4 Statisticky významné vztahy pro hypotézu 1	105
Tabulka 5 Statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a zásadami péče v izolaci.....	106
Tabulka 6 Statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a používaným žilním vstupem.....	106
Tabulka 7 Statisticky významný vztah mezi typem nemocnice a managementem práce sestry.....	107
Tabulka 8 Statisticky významné vztahy pro hypotézu 2.....	109
Tabulka 9 Statisticky významné vztahy pro hypotézu 3	110
Tabulka 10 Identifikační údaje participantů.....	112

Seznam schémat

Schéma 1 Sdělování informací pacientům směrem od zdravotníků.....	114
Schéma 2 Komunikace	120
Schéma 5 Vnímání bariérového/izolačního režimu pacienty.....	131
Schéma 4 Vnímání režimu dne v nemocnici nemocnými	132

Seznam cizích slov

Aerobní	Pro život potřebují kyslík
Anaerobní	K životu kyslík nepotřebují
Anestezie	Znecitlivění, ztráta vnímání dotyku, tepla, bolesti
Artrodéza	Chirurgické znehybnění kloubu
Asepsa	Naprostá nepřítomnost choroboplodných zárodků a mikroorganismů
Ekvinovarus	Vrozená vada nohy
Fakultativně anaerobní	Výběrově/podmíněně žijící bez kyslíku
Healthcare associated infection	Nákaza související s poskytováním zdravotní péče
Hospital Acquired Infections	Nákaza související s poskytováním zdravotní péče
Mikroaerofilní	Malá náklonnost k životu v podmínkách s kyslíkem
Orthos	Nepřítomnost deformity
Pais	Dítě
Skolióza	Vychýlení páteře do strany
Trombóza	Tvorba trombu v hlubokém žilním systému