



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Role sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci  
prehabilitace pacientů před plánovanými operačními  
výkony**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Simona Škopková

**Vedoucí práce:** MUDr. Karel Benda, MBA

České Budějovice 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Role sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci rehabilitace pacientů před plánovanými operačními výkony*“ 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 bakalářské 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 7. 8. 2023

.....

Simona Škopková

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu své práce MUDr. Karlu Bendovi za jeho cenné rady a odborné vedení při zpracování této bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem informantům, kteří se podíleli na realizaci výzkumné části práce.

# **Role sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci prehabilitace pacientů před plánovanými operačními výkony**

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce pojednává o roli sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci prehabilitace pacientů před plánovanými operačními výkony. V teoretické části je popsána prehabilitace a následně jsou přiblíženy domény prehabilitace. Dále byla pozornost věnována i roli sestry v ordinaci praktického lékaře, kde jsme se zaměřili na současné role sester, kompetence, význam edukace a komunikace. Opomenuty nezůstaly ani primární péče a příprava pacienta na plánovaný operační výkon.

Empirická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaných rozhovorů zaměřených na pacienty, kteří jsou před plánovaným operačním výkonem, a na všeobecné sestry, jež pracují v ordinaci praktického lékaře. Výzkumný vzorek tvořilo 10 pacientů a dvě všeobecné sestry. Pro dosažení stanovených cílů byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky: V jakém rozsahu lze uplatnit koncept prehabilitace v ordinaci praktického lékaře? Lze v menším městě sestavit dostatečně kvalifikovaný prehabilitační tým? Do jaké míry budou pacienti ochotni spolupracovat v procesu prehabilitace a jaký bude jejich přístup k procesu? Je sestra v ordinaci praktického lékaře schopna v rámci svých aktuálních kompetencí efektivně koordinovat proces prehabilitace?

Z výzkumného šetření, které bylo provedeno, vyplývá, že koncept prehabilitace v ordinaci praktického lékaře lze uplatnit velmi obtížně, a to z více důvodů. Mezi ně se řadí skutečnost, že jde o menší město, vzdálenosti, špatná dostupnost potřebných specialistů, poskytovatelů, nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu v zařízeních a nedostatečná kapacita smluvních zdravotnických zařízení, poskytovatelů. Dále šetření poukazuje na zájem informantů o spolupráci v procesu prehabilitace, ať již částečně (absolvováním některých částí), či komplexně. Nedostačující jsou však kompetence všeobecné sestry v rámci prehabilitace, což jí ve shodě se stávající legislativou neumožňuje efektivně celý proces koordinovat z ordinace praktického lékaře.

Tato práce by mohla sloužit jako výzva pro stanovení postupů k efektivnímu procesu prehabilitace. Rovněž by mohla vést k zamyšlení nad kompetencemi všeobecných sester ve stávající legislativě.

**Klíčová slova:**

Prehabilitace, pacient, všeobecná sestra

# **The Role of a Nurse in General Practitioner's Office in a Patients' Prehabilitation Coordination before Planned Procedures**

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with a role of a nurse in General Practitioner's office in a coordination of patients' prehabilitation before planned procedures. The theoretical part describes prehabilitation and then the spheres of prehabilitation are introduced. Furthermore, it focuses on the role of a nurse in general practitioner's office, where we aimed at current roles of nurses, competencies and significance of education and communication. It also addresses a primary care and a patient's preparations for a planned surgery.

The empiric part was processed through a qualitative survey with a method of half-structured interviews focused on patients before a planned surgery and on general nurses, who work at general practitioner's office. The research sample contained 10 patients and two general nurses. After reaching the determined goals, four research questions were established: In what range is it possible to apply a concept of prehabilitation in general practitioner's office? Is it possible to assemble a sufficiently qualified prehabilitation team in a smaller town? To which extend will the patients be willing to cooperate in the prehabilitation process and what will their approach towards the process be? Is the nurse in general practitioner's office able to coordinate efficiently the prehabilitation process within the framework of her current competencies?

The performed research construction implies that the concept of prehabilitation in general practitioner's office is very difficult to implement from many reasons. Among them, it is a fact that there is a smaller town, the availability of needed specialists and providers is bad, the lack of qualified medical staff in institutions and not sufficient capacity of contractual medical institutions and providers. Furthermore, the research points to participants' interests in the cooperation in the process of prehabilitation, either partially (by participating in some parts) or comprehensively. However, the competencies of a general nurse are not sufficient within the framework of prehabilitation, they are not sufficient for her to coordinate efficiently the whole process from general practitioner's office in correspondence with the current legislation.

This thesis might also serve as a challenge for establishing the methods for an efficient process of prehabilitation. It might lead to a contemplation over the competencies of general nurses in the current legislation as well.

**Key words**

Prehabilitation, patient, general nurse

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 PREHABILITACE</b> .....	<b>11</b>
1.1 DEFINICE PREHABILITACE .....	11
1.2 VÝVOJ A HISTORIE KONCEPTU PREHABILITACE .....	11
1.3 SOUČASNÝ STAV PREHABILITACE.....	12
1.4 PREHABILITACE A OPERAČNÍ VÝKONY .....	12
1.5 DOMÉNY PREHABILITACE.....	13
1.5.1 Lékařská intervence .....	13
1.5.2 Sesterská intervence.....	14
1.5.3 Nutriční podpora .....	14
1.5.3.1 Výživa chirurgického pacienta.....	16
1.5.4 Psychologická podpora .....	16
1.5.5 Fyzioterapeutická intervence .....	16
1.5.6 Pracovní problematika a prehabilitace.....	17
1.6 PREHABILITAČNÍ TÝM .....	17
1.7 ROLE SESTRY .....	17
1.7.1 Současná role všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře .....	17
1.7.2 Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře .....	19
1.7.3 Práce všeobecné sestry v oblasti edukace a komunikace v ordinaci praktického lékaře .....	21
1.8 PRIMÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	23
1.8.1 Všeobecné praktické lékařství .....	24
1.9 PŘÍPRAVA NA PLÁNOVANÝ OPERAČNÍ VÝKON.....	25
1.9.1 Předoperační příprava.....	25
1.9.2 Pooperační péče .....	26
1.9.3 Možnosti rehabilitace.....	27



1.9.4	Edukace pacienta .....	28
1.10	MOŽNOSTI POOPERAČNÍ REHABILITACE .....	29
1.10.1	Následná pooperační péče .....	29
1.10.2	Domácí ošetrovatelská péče.....	29
1.10.3	Lázeňská léčba .....	30
<b>2</b>	<b>CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>31</b>
2.1	CÍLE PRÁCE .....	31
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	31
<b>3</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>32</b>
3.1	POUŽITÉ METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT .....	32
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	32
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>35</b>
4.1	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ U PACIENTŮ .....	35
4.2	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER .....	46
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ.....</b>	<b>68</b>
<b>9</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>69</b>
<b>10</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>72</b>

## Úvod

V chirurgických oborech se intenzivně prosazuje koncept prehabilitace. Ta pojednává o komplexní přípravě pacientů před operací. Prehabilitace je založena na myšlence, že po všech stránkách kompenzovaný a připravený pacient lépe zvládne jak vlastní výkon, tak náročné pooperační období.

U nás je koncept prehabilitace stále v plenkách a mnoho zdravotnických pracovníků o něm nemá ani tušení.

Chirurgické řešení pacientova zdravotního problému indikuje odborný lékař některého z chirurgických oborů. Ordinace praktického lékaře je přitom již dnes buď tím zdravotnickým zařízením, které pacienta k odborníkovi na vyšetření odeslalo, nebo je zařízením, které na doporučení odborníka zajišťuje předoperační vyšetření. Logicky se proto nabízí myšlenka, že právě ordinace praktického lékaře by mohla být také zařízením, které komplexněji posoudí stav a potřeby pacienta, zajistí jeho přípravu na operaci ve všech doménách prehabilitace a celý proces zkoordinuje.

Sestra je většinou prvním zdravotnickým pracovníkem, se kterým se pacient v ordinaci praktického lékaře setkává. Již dnes v rámci svých kompetencí sama zajišťuje část ordinovaných předoperačních vyšetření, opatření a doporučení, případně se na jejich zajištění podílí. Koncept prehabilitace je významně širší než obvyklý rozsah předoperačních vyšetření ordinovaný odborným lékařem. Tato práce si klade za cíl zjistit, jakou roli by v procesu prehabilitace, jeho plánování a koordinaci mohla hrát sestra v ordinaci praktického lékaře.

Prehabilitace je záležitost multioborová. V zahraničí se již dnes vytvářejí stabilní prehabilitační týmy, které přípravu pacienta ve všech doménách prehabilitace zajišťují. Samostatným cílem práce je zjistit, zda je v silách ordinace praktického lékaře sestavit v reálném čase a v dostupném okolí ordinace takový prehabilitační tým, a zvážit, jakou roli v jeho formování a koordinaci by mohla hrát právě sestra.

# 1 Prehabilitace

## 1.1 Definice prehabilitace

Prehabilitace je soubor intervencí, které se zaměřují na zvýšení odolnosti a funkční kapacity pacienta před náročným zákrokem, například operací. Jejím cílem je zlepšit průběh perioperačního a pooperačního období (Lednický et al., 2020).

Mezi oblasti prehabilitace patří fyzický trénink, nutriční podpora, psychologická podpora a lékařská optimalizace. Fyzioterapie se zaměřuje na zlepšení funkční schopnosti a odolnosti pacienta, což v konečném důsledku vede ke zkrácení doby hospitalizace a snížení pooperační imobility (Lednický et al., 2020). Cílem nutriční podpory je zlepšit nutriční stav pacienta tak, aby byl připraven na plánovaný chirurgický zákrok (Carli, 2015). Cílem psychologické podpory je snížit stres a úzkosti spojené s nadcházejícím chirurgickým zákrokem i následnou rekonvalescencí. Alternativně se může také zaměřit na motivaci pacienta k dodržování nutričních a fyzických protokolů předoperační přípravy (Banugo et al., 2017). Za cíl lékařského zlepšení se považuje proces odvykání kouření, omezení konzumace alkoholu a dosažení optimální hmotnosti (Banugo et al., 2017).

Mezi nové oblasti v prehabilitaci lze zahrnout pracovní a sociální sféru. Pracovní oblast by měla hodnotit pracovní potenciál pacienta s cílem zajistit úspěšné začlenění do pracovního prostředí v budoucnosti (Sládková, 2021). Cíle sociální prehabilitace se především zaměřují na snížení míry invalidity a dosažení co nejvyšší možné úrovně samostatnosti a soběstačnosti (Votava, 2003).

## 1.2 Vývoj a historie konceptu prehabilitace

Koncept prehabilitace má své kořeny v roce 1946, kdy byl popsán článkem pozoruhodný fyzický a duševní přerod britských mužů, kteří byli nasazeni ve druhé světové válce. K hlavním příčinám jejich špatného stavu patřily chudoba, nízká životní úroveň a nedostatečné vzdělání. Tito muži se zúčastnili dvouměsíčního vzdělávacího programu zaměřeného na zlepšení jejich výživy a fyzického stavu. Více než 85 % z nich dosáhlo pozitivních změn. Tento článek představuje první zdokumentovaný poznatek o prehabilitaci (Banugo et al., 2017; Carli, 2020).

Další psané informace o prehabilitaci začaly být znovu objevovány až v 80. letech 20. století. Tyto poznatky pocházely především z oblasti sportovců a sloužily jako prostředek prevence zranění (Banugo et al., 2017).

Na počátku 21. století se hlavním cílem prehabilitace stala snaha o dosažení lepších výsledků rekonvalescence při chirurgických výkonech. K velkému rozvoji došlo roku 2011, kdy bylo zjištěno, že díky prehabilitačním intervencím dochází ke zkrácení doby rekonvalescence a snížení pooperačních komplikací u pacientů se srdečním či břišním operačním zákrokem. Další výzkumy následně potvrdily opět snížení výskytu pooperačních komplikací, zkrácení doby hospitalizace a zlepšení fyzického i duševního stavu u pacientů, kteří podstoupili ortopedickou, břišní, srdeční nebo hrudní operaci. Většina studií prokázala pozitivní výsledky prehabilitačních terapií a v současné době se zájem o ně neustále zvyšuje (Banugo et al., 2017).

### ***1.3 Současný stav prehabilitace***

V nedávné době došlo k výraznému nárůstu počtu výzkumných studií a obecného zájmu o prehabilitační péči. Tento trend vedl k provádění studií zaměřených na hodnocení účinnosti prehabilitace při ortopedických, hrudních a onkologických zákrocích. Většina těchto studií přinesla pozitivní výsledky, které zdůrazňují zlepšení fyzických funkcí, snížený výskyt pooperačních komplikací, minimalizaci bolesti a zkrácení doby hospitalizace (Banugo et al., 2017). Předoperační prehabilitace si získává pozornost i na některých odděleních České republiky (Kovář, 2020).

V současné době se prosazuje povědomí o myšlence prehabilitace versus rehabilitace. Ošetřovatelství je postaveno na čtyřech základních pilířích, a to na prevenci, hodnocení, informacích a vzdělávání. Proces počáteční péče o pacienty v rámci prehabilitace bude zahrnovat cílené ošetřovatelské intervence. Ty zahrnují rychlé screeningové vyšetření pacienta, předběžné hodnocení, společné rozhodování a přesnou dokumentaci (Jensen, 2019). Nejčastější intervencí bývá kombinace fyzioterapie s nutriční nebo psychologickou podporou, nebo kombinace obojího (Lednický et al., 2020).

### ***1.4 Prehabilitace a operační výkony***

V oblasti obecné chirurgie došlo v průběhu let k mnoha významným změnám. Tyto změny mají za cíl zlepšit pooperační výsledky prostřednictvím implementace programů ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) (Chmelo et al., 2021). Veškeré linie

chirurgických zákroků jsou trvale zatíženy vysokou mírou morbiditu. V poslední době se začíná klást větší důraz na snahu zlepšit pooperační morbiditu a mortalitu již v předoperační fázi (Chmelo et al., 2021). Koncept prehabilitace se definuje jako soubor intervencí, které slouží ke zlepšení funkční kapacity před očekávanou fyziologickou zátěží. Fyzická kondice a jednotlivé orgány jsou vystaveny vysokému stresu během chirurgického výkonu. Pokud není pacient v dobré fyzické kondici, mohou se objevit pooperační komplikace, které prodlužují délku hospitalizace, snižují kvalitu života po operaci, zkracují celkovou délku života a mohou také zvýšit finanční náklady na zdravotní péči (Chmelo et al., 2021).

Mezi diagnózou a operací je vhodné období pro zahájení prehabilitace. To v kombinaci s typickými předoperačními přípravky může pomoci zmírnit perioperační stres, urychlit pooperační rekonvalescenci a podpořit časnou obnovu fyziologických funkcí organismu (Adamová, 2019).

## ***1.5 Domény prehabilitace***

### ***1.5.1 Lékařská intervence***

Ordinace praktického lékaře je primárním centrem pro stabilizaci chronických zdravotních stavů, jako jsou srdeční a plicní onemocnění, hypertenze, diabetes mellitus a onemocnění ledvin, přičemž pro dosažení optimálních výsledků úzce spolupracuje s jednotlivými specialisty (Adamová, 2019). Kromě běžných předoperačních vyšetření musí program péče zahrnovat také léčbu anémie, regulaci hladiny glukózy v krvi a optimalizaci farmakologické léčby (Banugo et al., 2017).

Před operací je důležité přestat kouřit a omezit příjem alkoholu. Pravidelná konzumace alkoholu zvyšuje riziko pooperačních komplikací, včetně syndromu odnětí a zvýšené náchylnosti k infekčním chorobám. V případě kouření by měl pacient přestat kouřit minimálně 4–8 týdnů před operací (Adamová, 2019). Aktivní kouření negativně ovlivňuje saturaci tkání kyslíkem a srdeční funkci, čímž zvyšuje pravděpodobnost kardiopulmonálních komplikací. Kromě toho má kouření také nepříznivé účinky na hojení ran, prodlužuje dobu hospitalizace a zvyšuje riziko úmrtnosti (Banugo et al., 2017). Odmítnutí konzumace alkoholu po dobu čtyř týdnů před operací snižuje riziko výskytu pooperačních komplikací (Banugo et al., 2017). Poškození jater může nastat v důsledku nadměrné konzumace alkoholu, což může způsobit vážné krvácení během

chirurgického zákroku a také ovlivnit hladiny látek používaných při celkové anestezii. Při přípravě na operaci by konzumace alkoholu neměla být okamžitě ukončena, ale dávky by měly být postupně snižovány. To je nezbytné pro zabránění nežádoucím účinkům, jako je vychýlení krevního tlaku, srdečního rytmu nebo zvýšení teploty těla (Dušková et al., 2009).

### ***1.5.2 Sesterská intervence***

Předoperační poradenství pomáhá nastavit očekávání ohledně operačního výkonu a může snížit strach, bolest, únavu a podpořit účinek anestezie, zotavení a brzké propuštění do domácí péče (Nelson et al., 2016). V současné době se pacienti nejprve podrobně vysvětlí plánovaný operační výkon a poskytují se mu informace o úpravě domácího prostředí a zajištění potřebných pomůcek. Pacientovi je také předán seznam věcí, které si má s sebou do nemocnice vzít (Pražský, 2013).

Prehabilitace se využívá v případech, kdy máme dostatek času na ovlivnění pacientovy kondice před operací. Při plánování prehabilitace je nutné zohlednit diagnózu, věk, přítomnost dalších zdravotních problémů, sociální postavení, případné postižení a zájmy pacienta, stejně jako jeho fyzickou aktivitu před samotnou nemocí (Chmelo et al., 2021). Pro mnoho pacientů může prehabilitace představovat velkou výzvu, která vyžaduje radikální změnu jejich životního stylu. Tato změna bývá často velmi obtížná. Je velmi důležité, aby sestra pacienta pozitivně motivovala, aby touha po změně a zlepšení vycházela přímo od něj. Pro pacienty může být užitečný konstruktivní a empaticky vedený motivační rozhovor, který jim umožňuje vyjádřit své obavy a pocity (Chmelo et al., 2021). Kliničtí lékaři nejpravděpodobněji jako první určují potřebu operace. Personál primární péče má jedinečnou možnost zapojit intervence nebo odkazování pacientů na služby předoperační prehabilitace (Durrand et al., 2019).

### ***1.5.3 Nutriční podpora***

Výživa je nedílnou součástí komplexní péče o pacienta, protože splňuje nezbytné základní potřeby lidského těla. Poskytuje tělu energii a všechny nezbytné látky pro správné fungování organismu. Je zásadní pro růst a vývoj tkání v těle, a také se stará o duševní a fyzické zdraví. Když je pacient v dobrém nutričním stavu, má větší šanci na úspěšnou, rychlou a ekonomicky efektivní léčbu než pacient trpící podvýživou (Křížová

et al., 2014). Nutriční podpora by měla být začleněna do prehabilitačních programů (Chmelo et al., 2021).

Primárním záměrem nutriční prehabilitace je identifikovat jednotlivce trpící podvýživou, což je klíčový faktor spojený s vyšší intraoperační a pooperační morbiditou pacientů (Lednický et al., 2020). Cílem konceptu prehabilitace je zvýšit předoperační zásoby výživy a podpořit anabolické procesy. Tento přístup je zásadní, protože chirurgický zákrok může vyvolat významný katabolický stav v těle (Chmelo et al., 2021).

Nízký nebo nadměrný příjem výživy přináší určité důsledky a potíže. Nízký příjem výživy může vést ke svalové atrofii, depresi nebo apatii. Zvyšuje se také riziko vzniku dekubitů a srdečního selhání. Nízký příjem výživy také zpomaluje proces hojení ran. Naopak nadměrný příjem výživy může vést k obezitě, hypertenzi, bolestem kloubů, zvýšené hladině cholesterolu v krvi, a dokonce může vést k rozvoji onemocnění diabetes mellitus 2. typu (Vytejšková, 2011). Při předoperační výživě je cílem podpory upravit a optimalizovat dietní potřeby, zajistit dostatečný denní příjem bílkovin v rozmezí 1,5–2,0 g/kg/den a současně podporovat fyzickou aktivitu (Durrand et al., 2019).

U pacientů, kteří se podotýkají s křehkostí, se sarkopenií anebo ti, kteří trpí malnutricí, je vhodné zařadit prehabilitaci do předoperačního programu (Carli, 2020). Nutriční prehabilitaci je výhodné zahájit ihned po stanovení diagnózy. V předoperačním období se snažíme o optimalizaci nutričních zásob. Pozitivní proteinová bilance a příjem kvalitních proteinů by měly být zachovány a měly by být cílem nutriční předoperační péče (Carli, 2020). Pokud je správně nastavena předoperační nutriční terapie, dochází ke snížení rizika pooperačních komplikací (Šerclová, 2015).

Pacienti po operaci křečových žil dolních končetin, tříselné kýly nebo lipomů zad nejsou výrazně omezení ve stravě, protože přicházejí v dobrém nutričním stavu a nevykazují žádné známky podvýživy. Před operací pacient podstoupí pouze krátkodobé hladovění, které ho nijak neohroží. Body Mass Index (BMI), který vznikl ve 2. polovině 19. století, se vypočítá tím, že hmotnost v kilogramech vydělíme výškou v metrech na druhou (Dušková et al., 2009). Ptáme se na otázky, zda pacient v posledních 3–6 měsících neúmyslně zhubl, jestli pacient přijímá stravu v běžných dávkách, nebo omezuje příjem stravy, a údaj o hmotnosti (Grofová, 2007). Podle BMI můžeme velmi snadno stanovit, zdali je pacient v podvýživě, v normě, v nadváze, v obezitě nebo v těžké obezitě. Pokud pacient má ascites, pak BMI není zcela přesné (Grofová, 2007).

### ***1.5.3.1 Výživa chirurgického pacienta***

Zárok v dutině břišní vyvolá poruchu pasáže střeva a žaludku. Pokud pacient začíná 4. až 5. den po operaci jíst, pravděpodobně bude vše v pořádku. Mezi tyto výkony řadíme operaci žlučníku, apendektomii, provedení spojky mezi žaludkem a tenkým střevem, větší cévní výkony, mírnou až středně těžkou pankreatitidu a odstranění části tlustého střeva pro nádorové onemocnění (Grofová, 2007). Formu umělé výživy podáváme pacientovi, pokud probíhá větší výkon a pacient po operaci nebude moci přijímat potravu do žaludku (Grofová, 2007).

Je velmi důležité upřednostňovat hydrataci pacientů, zejména u rizikových skupin, jako jsou děti a senioři, kteří jsou vysoce náchylní k dehydrataci. U mladých i starších věkových skupin je nedostatek tekutin vedoucí k dehydrataci primární příčinou hypovolemie a některých vyplývajících oběhových komplikací. Abychom takovému problému předešli, je důležité řídit předoperační příjem tekutin (Skalická, 2007).

### ***1.5.4 Psychologická podpora***

Psychologická příprava je nově se rozvíjející oblast prehabilitace, která se zaměřuje na psychologickou podporu pacientů před operací. Pooperační výsledky bývají často spojeny s různými psychologickými jevy, včetně nežádoucích stavů nálady, jako jsou deprese a úzkost. Tyto jevy se stávají důležitými cíli pro předoperační psychologickou podporu, aby se minimalizovaly jejich negativní dopady na pacienta (Durrand et al., 2019).

Hlavním cílem psychologické předoperační péče je zejména snížit stres a úzkost spojené s nadcházející operací a následnou rekonvalescencí. Zároveň se snaží povzbudit pacienta k dodržování správné nutriční a fyzické předoperační přípravy (Banugo et al., 2017). Psychologická podpora se může projevovat různými způsoby. Mezi časté metody patří využití relaxačních technik, jako jsou dechová cvičení, řízená relaxace a meditace (Banugo et al., 2017).

### ***1.5.5 Fyzioterapeutická intervence***

Adamová (2019) uvádí, že filozofie prehabilitace zdůrazňuje, že zlepšení celkové fyzické kondice pacienta před operací má pozitivní dopad na redukci pooperační únavy, snížení výskytu pooperačních komplikací a zkrácení doby rekonvalescence.



Carli (2015) zmiňuje, že pravidelné cvičení zlepšuje schopnost organismu adaptovat se na stresové situace. Při pravidelném tréninku se u člověka pozoruje zvýšení srdečního výdaje a VO<sub>2</sub>max, zvýšení počtu mitochondrií ve svalech a lepší schopnosti svalů vstřebávat kyslík. Díky postupnému tréninku tak lze pacienta připravit na zvýšené metabolické požadavky, kterým je poté vystaven v průběhu operace a při následné pooperační rehabilitaci.

### ***1.5.6 Pracovní problematika a prehabilitace***

Podrobnou anamnézu sociální práce v meziprofesionálním rehabilitačním týmu hledají nejen praktičtí lékaři, ale také sociální pracovníci. Po příchodu do rehabilitačního zařízení by mělo být co nejdříve provedeno základní funkční posouzení pracovního potenciálu s ohledem na možné budoucí začlenění do pracovního procesu (Sládková, 2021).

Prehabilitační programy se liší délkou trvání, ale obvykle se pohybují mezi 4–8 týdny, a to v závislosti na druhu operace a současném stavu pacienta. Dokonce i programy trvající pouze čtyři týdny mohou mít vliv na funkční kapacitu pacienta v rozmezí 5 až 10 % (Carli, 2020). Programy mohou být prováděny s odborným dohledem, částečně ambulantně nebo úplně samostatně v domácím prostředí. Pro dosažení nejlepších výsledků je doporučeno cvičit pod odborným vedením (Banugo et al., 2017).

## ***1.6 Prehabilitační tým***

Multidisciplinární tým se skládá z chirurgů, anesteziologů, lékařů, fyzioterapeutů, nutričních specialistů a psychologů. Pro hodnocení stavu lidského těla jsou nejčastěji využívána antropometrická měření, která zahrnují výšku, hmotnost a procento tělesného tuku. Během programu se také sledují a hodnotí funkční kapacity, nutriční stav a nálada. Je velmi důležité udržovat tyto intervence i v pooperačním období (Banugo et al., 2017).

## ***1.7 Role sestry***

### ***1.7.1 Současná role všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře***

Role všeobecné sestry lze rozdělit do několika základních oblastí. První oblast se zabývá úkoly, které všeobecná sestra vykonává v rámci svých kompetencí. Další oblastí je role organizační, a poté jsou zde další role, které vyžadují certifikát potvrzující absolvování příslušného kurzu (McCarthy et al., 2012).

V ordinaci praktického lékaře musí zastávat různé role v práci s pacienty, jako jsou například role sestry edukátorky, koordinátorky, výzkumnice, asistentky nebo obhájkyňe (Vojtíšková, 2006). Sestra-pečovatelka se často pojí se základní ošetrovatelskou péčí. Všeobecná sestra se stará o nemocné. Rozeznává jejich ošetrovatelské problémy a stará se o jejich vyřešení. Sestra-edukátorka nemocného a jeho rodiny se zabývá upevňováním zdraví a prevencí. Nabízí také pomoc praktických dovedností nemocnému, zapojení rodinného kolektivu, předcházení komplikacím, rozvoj soběstačnosti. Sestra-obhájkyňe nemocného se stává mluvčím pacienta. V situacích, kdy pacient není schopen dát najevo své pocity, přání nebo své potřeby, se uplatňuje ošetrovatelský proces, kdy všeobecná sestra dobře zná pacienta. Sestra-koordinátorka zajišťuje provedení ošetrovatelské péče a kooperuje s ostatními příslušníky zdravotnického kolektivu. Zapojuje i pacientovu rodinu, která se podílí na aktivní spolupráci. Sestra-asistentka se účastní diagnosticko-terapeutické péče. Sestra připravuje pacienta na různá vyšetření a asistuje při nich. Obstarává léčebné činnosti, které naordinoval ošetřující lékař. Sestra-výzkumnice využívá nové poznatky v oboru ošetrovatelství. Spolupracuje, nebo vede rozvíjející se projekty a vzdělává se. Aktivně se podílí na tvorbě nových standardů zdravotní péče (Plevlová et al., 2018).

V ordinaci praktického lékaře používají všeobecné sestry ošetrovatelský proces jako základní přístup k poskytování péče jednotlivcům, rodinám nebo komunitě jako celku (Žiaková et al., 2009). Ideální všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře je vysoce kvalifikovaná profesionálka, která v praxi řeší každodenní problémy s přehledem a spolehlivostí (Vojtíšková, 2006). Hodnocení pacienta je shromažďování, porovnávání a ověřování údajů o zdravotním stavu jednotlivého pacienta. Získaná data by měla být komplexní, kompletní a přesná, jsou totiž výchozím bodem pro realizaci dalšího ošetrovatelského procesu. Během fáze hodnocení by všeobecná sestra měla provést podrobné posouzení pacienta v těch oblastech, kde se vyskytuje jakákoliv abnormalita nebo dysfunkce (Plevlová et al., 2018). Správné plánování organizace ordinace je klíčové a vyžaduje jasná pravidla. Práce by měla být rozumně rozdělena mezi lékaře a sestru, přičemž sestra hraje důležitou roli jako organizátorka v ordinaci. Mezi její organizační povinnosti patří dohodnutí termínů s pacienty pro preventivní prohlídky, očkování a další různá vyšetření (Gesenhues, Ziesché, 2006).

Další důležitou součástí práce všeobecné sestry jsou rozhovory s pacienty, rodinami nebo komunitou, při kterých sleduje aktuální zdravotní stav za účelem stanovení

ošetřovatelských diagnóz. Rozhovor by měl obsahovat profil pacienta, důvody vyhledání zdravotnické péče a subjektivní popis problému. Všeobecné sestry by měly správně identifikovat problémy, potřeby pacientů a ověřit jejich dysfunkce (Funnell et al., 2009).

Empatie bývá formulována jako „*schopnost sestry pochopit stav a pocity pacienta a oznamovat mu, že mu rozumí*“ (Juřeníková, 2010, s. 12). Všeobecná sestra by měla být empatická a brát pacienty jako holistický celek. Měla by se zaměřit na pacientovy bio-psycho-sociální stránky v celém komplexu. Pokud se vcítí do citového stavu pacienta, a opomene ho brát jako holistický celek, není zde pravá empatie (Zacharová, 2016). Empatie se obvykle odehrává mezi dvěma lidmi, ale může k ní dojít i mezi více osobami (Zacharová, 2016).

### ***1.7.2 Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře***

Zákon č. 96/2004 Sb. 11, který se týká podmínek získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, nabyl účinnosti dne 1. dubna 2004 (Pak, 2019).

Vyhláškou č. 158/2022 Sb. ze dne 10. června 2022 se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V souladu s platnou legislativou provádí všeobecná sestra ošetřovatelské činnosti a zajišťuje také režimová opatření v souladu s hygienicko-epidemiologickými pravidly stanovenými souvisejícími předpisy. Také spadá do jejích pravomocí vedení zdravotnické dokumentace. Mezi důležité kompetence patří schopnost komunikovat s pacientem a poskytovat mu jasně formulované, komplexní a pravdivé informace, které spadají do oblasti vlastních kompetencí. Taktéž se stará o interpretaci a vysvětlování pacientovi odborných pokynů od lékařů a dalšího zdravotnického personálu (Vyhláška č. 158/2022 Sb.).

Všeobecné sestry samostatně a bez indikace lékaře hodnotí úroveň soběstačnosti pacienta a jeho potřeby v souvislosti s projevy onemocnění a rizikovými faktory. K tomu mohou využívat hodnoticí a měřicí techniky, které jsou běžně používány v ošetřovatelské praxi. Tyto techniky zahrnují hodnocení rizika vzniku proleženin, testování soběstačnosti, hodnocení bolesti, kognitivních funkcí, stavu vědomí a stavu výživy pacienta. V rámci své praxe také získávají osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu pacienta, což jim

pomáhá správně určit diagnózu a poskytnout vhodnou péči (Vyhláška č. 158/2022 Sb.). U osob starších tří let provádí odsávání sekretu z horních dýchacích cest a také z permanentních tracheostomických kanyl. Provádí výměnu a odstranění periferního žilního katétru (u pacientů starších tří let). Všeobecné sestry pečují o močové katétrů a provádějí výplachy močového měchýře u všech věkových kategorií. Výměnu mohou provádět u žen a dívek starších tří let. Vedou zdravotnickou dokumentaci pacientů, podílí se na přípravě standardů praxe, zajišťují ochranné pomůcky, sledují chod přístrojů a zařízení nutných pro chod ordinace, poskytují pacientovi informace v souladu se svou způsobilostí, případně mu tlumočí pokyny lékaře, vytváří příjemné a pozitivně působící prostředí čekárny (Vyhláška č. 158/2022 Sb.).

S indikací lékaře všeobecná sestra provádí návštěvní službu ve vlastním sociálním prostředí pacienta, zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová vyšetření, odebírá biologický materiál a provádí jeho orientační vyšetření, provádí ošetření akutních pooperačních ran, katetrizaci žen (u žen a dívek starších 3 let) i výměnu a ošetření tracheostomické kanyly. S indikací lékaře může podávat léčivé přípravky kromě radiofarmak s výjimkou nitrožilní injekce či infuze dětem mladším tří let věku. Zabývají se také odstraňováním stehů u primárně hojících se ran a drénů (kromě drénů v oblasti hlavy a hrudi). Asistuje lékaři při aplikaci transfuzních přípravků a pečuje o pacienta během celého procesu. Jsou odpovědné za správnou přípravu transfuze, monitorování pacienta během aplikace a poskytování péče po skončení transfuze. Zavádí gastrické sondy pacientům starším 10 let a pečují o udržování jejich průchodnosti. Mohou také aplikovat enterální výživu všem pacientům bez ohledu na věk (Vyhláška č. 158/2022 Sb.).

V rámci dohledu lékaře je zodpovědná za podávání krevních derivátů. Všeobecná sestra má také možnost nezávisle a bez lékařského doporučení poskytovat vzdělávání pacientů a poradenství v oblasti zdravotní výchovy. Informuje o preventivních opatřeních a způsobech šíření konkrétního onemocnění. Může se také zapojit do projektů, jejichž cílem je podpora zdravotní výchovy obyvatelstva, v rozsahu svých odborných schopností (Vyhláška č. 158/2022 Sb.).

Fyzikální vyšetření je v ordinaci praktického lékaře považováno za součást základního vyšetření (Jelínková, 2014). Své smysly používá všeobecná sestra ke zjištění objektivních údajů o tělesném stavu pacienta (Nejedlá, 2015). Stav nemocného zhodnotíme pohledem,

tedy inspekci. Orgány můžeme vyšetřit pomocí hmatu, a to jak celou rukou, tak i pomocí prstů. Zjistíme tím jejich velikost, patologické útvary, nebo nakolik jsou citlivé na bolest. Poklep se také řadí mezi fyzikální vyšetření, hodnotíme velikost orgánů, jestli se někde vyskytuje přítomnost tekutiny, bolest anebo rozdíl mezi uloženými orgány. Auskultace se provádí za účelem poslechu. Mezi každodenní práce všeobecné sestry v ordinaci u praktického lékaře se řadí měření fyziologických funkcí, patří sem měření krevního tlaku, dechu, tepové frekvence a tělesné teploty (Jelínková, 2014).

Odběry biologického materiálu můžeme zařadit mezi základní vyšetřovací metody v ordinaci praktického lékaře. Do biologického materiálu spadá krev, moč, stolice, sputum a mozkomíšni mok. Všechny složky krve lze vyšetřit laboratorně (Kelnarová et al., 2016). Všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře je kompetentní vykonávat tyto odborné výkony: ošetřování akutních a chronických ran, vyplachování zevního zvukovodu, aplikování s. c., i. m. injekcí a očkování, vyměňování trvalých katétrů, orientační vyšetřování zraku, sluchu a barvocitu a vykonávání technických činností, např. EKG a audiometrie (Gesenhues, Ziesché, 2006).

Když potřebuje všeobecná sestra vyšetřit moč bakteriologicky, odesílá vzorky do laboratoře. Tam odesílá taktéž stolici na vyšetření mikrobiologické, biochemické a parazitologické. K mikrobiologickému vyšetření odesíláme i vzorky z chorobných ložisek a sliznic (Kelnarová et al., 2016).

### ***1.7.3 Práce všeobecné sestry v oblasti edukace a komunikace v ordinaci praktického lékaře***

V ordinaci praktického lékaře je v roli edukátora všeobecná sestra nebo lékař, kteří provádí edukační činnost. Edukátor by měl mít teoretické i praktické dovednosti, měl by mít dobré komunikační dovednosti a měl by být schopen zapojit pacienty do spolupráce (Juřeníková, 2010).

Edukace pacientů je jednou ze základních činností, které všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře vykonávají. Tato výchova pacientů je zaměřena na preventivní aktivity v prostředí primární péče, které pomáhají jednotlivcům nebo komunitám eliminovat rizikové faktory, jež negativně ovlivňují jejich zdraví. V sekundární prevenci pak poskytuje informace o rizicích, která představují základní onemocnění (Juřeníková, 2010). Juřeníková (2010) dále uvádí, že by všeobecná sestra měla mít následující

předpoklady, aby edukace byla úspěšná: charakterové (důslednost, trpělivost, svědomitost, zodpovědnost), intelektové (např. operativní řešení problému), senzomotorické (zručnost a obratnost), sociální (pozitivní vztah k lidem, umění komunikace), autoregulační (umění se přizpůsobit), odborné znalosti a dovednosti z edukace.

Edukace pacientů probíhá nejčastěji v ordinaci praktického lékaře, ale také v prostředí čekárny. Právě čekárny představují ideální místo, kde se pacient může dozvědět o různých zdravotních problémech. Lidé mohou vyplnit svůj čas sledováním vzdělávacích televizních programů, nebo čtením vzdělávacích knih a materiálů. Všeobecné sestry by měly pravidelně aktualizovat edukační materiály, které jsou poskytovány pacientům v čekárně. To by mělo zahrnovat změny a nové informace týkající se zdravotních problémů souvisejících s preventivní péčí. Všeobecné sestry by měly mít znalosti o zdravotních problémech a měly by být schopny odpovídat na otázky pacientů (Juřeníková, 2010).

Slovo *komunikace* vychází z latinského výrazu *communicare*, jehož význam je *činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si* (Rieger et al., 1996, s. 93). Vévoda (2013) uvádí, že komunikace je klíčovou součástí ošetrovatelské péče a zajišťuje vznik klidné a přátelské atmosféry při každém kontaktu s pacientem. Skrze komunikaci se snažíme získat důvěru pacienta, což vede k lepší spolupráci při léčbě. Sestry by si měly být vědomy, že jejich chování a postoje mohou negativně ovlivnit vztah s pacientem (Wiechula et al., 2015). Nesprávná komunikace často představuje zdroj problémů, nespokojenosti a konfliktů. Je tedy důležité, aby všeobecné sestry uměly efektivně komunikovat. Důraz by měl být kladen nejen na komunikaci s pacienty, ale také na efektivní komunikaci s ostatními zdravotníky. Tím se podporuje účinná týmová spolupráce a zajišťuje kvalitní péče o pacienta (Vévoda, 2013). Všeobecná sestra dokáže nejlépe získat potřebné informace prostřednictvím komunikace. Při rozhovoru s pacientem je důležité, aby kladla srozumitelné, jasné a stručné otázky, které je pacient schopen adekvátně zodpovědět. Je také klíčové, aby měla dostatek času i soukromí pro rozhovor. Dále by měla přizpůsobit svůj hlas věku, schopnostem pacienta a odpovídat rozumně na nejasné dotazy (Funnell et al., 2009).

Největší skupinu v ordinaci praktického lékaře zastupují především senioři, kteří vyžadují určitý přístup. Každá všeobecná sestra v ordinaci by měla respektovat schopnosti a potřeby starších lidí. Tito lidé bývají často nedůvěřiví, citliví, občas dokonce depresivní a často trpí poruchou paměti. Mění se jejich smyslové vjemy, zejména zrak, sluch, a zhoršuje se i motorika. Všeobecné sestry by měly být citlivé a respektovat potřeby těchto pacientů. Hlavními aktéry v péči o seniory jsou rodina a její blízcí příbuzní. Za přítomnosti příbuzných se všeobecné sestry snaží komunikovat s pacienty a jejich příbuznými o primární prevenci, zejména sekundární (Pokorná, 2010). Mezi lékařem a pacientem se stává všeobecná sestra prostředníkem v komunikaci (Vojtišková, 2006).

### ***1.8 Primární zdravotní péče***

Primární péče je integrovaným a komplexním přístupem k poskytování zdravotní péče. Tento typ péče je poskytován především zdravotnickými pracovníky na první úrovni kontaktu mezi pacientem a zdravotním systémem. Klíčovým prvkem primární péče je dlouhodobý a kontinuální vztah mezi poskytovatelem péče a jednotlivým pacientem. Primární péče se zaměřuje na podporu zdraví, prevenci, vyšetřování, léčbu, rehabilitaci a ošetření. Tyto činnosti jsou poskytovány s důrazem na blízkost sociálního prostředí pacienta a respektování jeho bio-psycho-sociálních potřeb. Primární péče zahrnuje různé poskytovatele, jako jsou praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí zubní lékaři, praktičtí lékaři gynekologové a agentury domácí péče. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023). Holčík et al. (2015) uvádí, že tyto zdravotničtí pracovníci úzce spolupracují s pacienty, jejich rodinami a komunitami. Jejich cílem je poskytovat komplexní péči na nejbližší možné úrovni, aby se pacientovi dostalo optimální péče přizpůsobené jeho individuálním potřebám (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023). Primární péče je charakterizována lidským a citlivým přístupem, který respektuje důstojnost pacientů. Je snadno dostupná a otevřená, a to bez ohledu na kulturní, ekonomické nebo geografické faktory. Zdravotnický personál by měl mít porozumění pro potřeby pacientů a adekvátně na ně reagovat. Taktéž je důležitý bezbariérový přístup, který zajišťuje, aby každý pacient měl možnost získat potřebnou péči bez ohledu na překážky spojené s fyzickým nebo mentálním postižením (Čeledová, Holčík, 2018). Primární péče má vzhledem k vysoké dostupnosti a důrazu na prevenci největší potenciál ovlivnit zdraví veškeré populace (Báma et al., 2018).

### ***1.8.1 Všeobecné praktické lékařství***

Všeobecné praktické lékařství je základním oborem, který poskytuje léčebnou a preventivní péči pro celou populaci v příslušném věkovém rozmezí. Tento obor se věnuje různým zdravotním problémům, s ohledem na sociálně-ekonomické faktory a prostředí, ve kterém lidé žijí a pracují. Všeobecné praktické lékařství je nejbližší pacientům z hlediska dostupnosti v místě i čase, finančních možností a kulturních aspektů (Býma et al., 2018). Praktický lékař pro dospělé je lékař primární péče specializovaný v oblasti všeobecného praktického lékařství (MZČR a ÚZIS, 2023).

Všeobecné praktické lékařství zahrnuje jak vlastní znalosti a dovednosti tohoto oboru, tak i základní poznatky a praxi dalších lékařských oborů. V rámci své praxe se zaměřuje na prevenci, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci a posudkové činnosti (Býma et al., 2023). Kvalita primární péče nezávisí pouze na praktickém lékaři, ale má zde především významnou roli i všeobecná sestra (Košta, 2013).

Význačnými charakteristikami všeobecného praktického lékařství jsou trvalá a systematická péče, která může ovlivňovat životní styl celé rodiny, redukce individuálního rizika pacienta, spolupráce s ostatními obory, holistický přístup k pacientovi zohledňující biologické, psychologické a sociální faktory, jakož i poskytování péče v prostředí, které je pacientovi známé a blízké. V rámci tohoto oboru se také řeší další důležité úkoly, jako jsou poskytování nezbytné péče v případě akutních a chronických stavů, shromažďování zdravotnických informací a koordinace specializovaných služeb pro jednotlivé pacienty. Tyto činnosti jsou zásadní pro zajištění kvality a efektivity celého zdravotního systému. Cílem tohoto oboru je poskytnout lidem lékařskou a zdravotní péči, která je založena na nejaktuálnějších vědeckých poznacích a respektuje kulturní hodnoty společnosti. Tato péče může být poskytována přímo v rámci primární péče, nebo prostřednictvím vhodného využití specializovaných služeb (Košta, 2013).

V každodenní praxi je obvykle k předoperačnímu vyšetření pacienta povolán praktický lékař nebo internista, který zhodnotí kondici pacienta a posoudí individuální riziko ve vztahu k danému operačnímu výkonu. Lékař má v neposlední řadě upozornit anesteziologa či operátora na individuální rizika pacienta (Blažek et al., 2012).



## **1.9 Příprava na plánovaný operační výkon**

### **1.9.1 Předoperační příprava**

Před operačním zákrokem lékař provede vyšetření pacienta. To obvykle vykonává interní nebo praktický lékař. Vyšetření se obvykle provádí u každého pacienta, který jej vyžaduje, například u těch, kteří podstupují životně důležité výkony (Blažek et al., 2012). Pokud byly vyčerpány všechny možnosti konzervativní léčby, je vhodné pokračovat v chirurgické léčbě (Podškuba et al., 2014). Bez ohledu na rozsah výkonu je nezbytně nutná kvalitní předoperační péče (Dušková et al., 2009).

Měla by být provedena hloubková analýza současných i budoucích vyšetření, diagnóz a operací pacienta. Výstupem této rutinní práce by neměl být souhrn pouze jejich výsledků, ale i poznámky k jednotlivým rizikům a stavům. Kromě toho by měl být chirurg nebo anesteziolog informován o jednotlivých rizicích souvisejících s jejich načasováním a postupy (Blažek et al., 2012).

Předoperační přípravu rozdělujeme na celkovou a lokální. Celková předoperační příprava se dále dělí na obecnou a speciální. Do celkové obecné přípravy patří úprava medikace, ATB-profylaxe, transfuzní přípravky, úprava hydratace a vnitřního prostředí, úprava výživy a prevence tromboembolické nemoci (TEN). Do lokální předoperační přípravy zahrnujeme například přípravu GIT, zavedení permanentního močového katétru, kanylaci intravenózního vstupu a přípravu kůže na samotnou operaci, oholení operačního pole (Šváb et al., 2008). Celková speciální příprava se zabývá ovlivněním důsledků vlastního onemocnění vyžadujícího chirurgický zákrok, nebo eliminuje specifická rizika spojená s přidruženými interními chorobami pacienta (toxická struma, hepatobiliopankreatická onemocnění, kardiovaskulární choroby, ischemická choroba srdeční, hypertenze, chlopenní vady, plicní choroby, diabetes mellitus, nefrologická příprava, hematologický systém) (Šváb et al., 2008).

Praktický lékař provádí většinou v rozmezí 10–14 dnů před samotnou operací předoperační vyšetření. Pacientovi se odebere anamnéza a vyšetří se jeho zdravotní stav. Všeobecná sestra zajišťuje odběry krve, poté se měří EKG, popřípadě může doplnit o izosérologické vyšetření krve nebo funkční vyšetření plic. Lékař nebo zdravotní sestra prodiskutují s pacientem plánovaný operační výkon. Pacient obdrží písemné informace o průběhu celé operace, aby si je mohl doma v klidu přečíst (Workman,

Bennett, 2006). S pacientem se také probírají témata týkající se omezení kouření, plánované redukce hmotnosti, přípravy pokožky, přípravy střeva a přerušování perorální antikoncepce (Workman, Bennett, 2006).

Světový klasifikační systém, který je celosvětově rozšířen, se nazývá ASA (American Society of Anesthesiologists) (Skalická, 2007). ASA-I se vyznačuje zdravý pacient, který nemá žádný patologický ani laboratorní nález. Pacient nemá žádnou organickou, biochemickou ani psychiatrickou poruchu. Mezi pacienty, kteří patří do ASA-I, můžeme zařadit zdravého pacienta s tříselnou kýlou a zdravou ženu s myomatózní uterus. Do skupiny ASA-II řadíme pacienty s lehkým celkovým onemocněním bez omezení výkonnosti (například lehká hypertenze, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční – lehká forma, chronická bronchitida). ASA-III pacienta značně omezuje, jedná se o těžké celkové onemocnění, které omezuje jeho výkonnost. Může se jednat o stav po infarktu myokardu, srdeční selhání nebo závažné formě diabetu. Skupinu ASA-IV tvoří pacienti, kteří mají těžké celkové onemocnění, přičemž toto onemocnění trvale ohrožuje pacienta na životě (pozdní úroveň renální, plicní, hepatální nebo endokrinní nedostatečnosti). Do skupiny ASA-V náleží moribundní nemocný, u něhož bez lékařského zákroku nastane úmrtí v průběhu 24 hodin. Ve Velké Británii a USA se občas užívá kategorie ASA-VI, která stanovuje mozkovou smrt a pacient je dárce orgánů (Blažek et al., 2012).

Vzhledem k pokroku v anestezii a chirurgii existuje i jednodenní chirurgie, jejíž obliba se zvyšuje. V jednodenní chirurgii lze provést operaci, která nevyžaduje speciální předoperační přípravu a jejíž rozsah ani případné komplikace nevyžadují hospitalizaci. Pobyt v nemocnici se zkrátí na nezbytně nutnou dobu, operace pacienty méně zatěžuje a sníží se pracovní neschopnost (Nicholls et al., 2006).

### ***1.9.2 Pooperační péče***

Po operaci je pacient umístěn na jednotku intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitační jednotku. Je připojen k monitorovacímu systému, který zaznamenává hodnoty jako krevní tlak, pulz, srdeční činnost, dechovou frekvenci a saturaci kyslíkem. Tyto informace jsou zaznamenány do sesterské dokumentace. Všeobecné sestry sledují bilanci tekutin, odebírají vzorky krve na požádání lékaře, kontrolují operační rány a provádějí kontrolu všech invazivních vstupů. V pooperační péči se také zaměřujeme na včasnou mobilizaci a dechovou rehabilitaci pacienta (Hytych et al., 2013).

Bezprostřední pooperační péče je zaměřena na prevenci vzniku raných pooperačních komplikací. Následující pooperační péče se pak soustředí na rehabilitaci, aby pacient byl schopen co nejkratšího pobytu v nemocnici (Janíková et al., 2013). V prvních 24 hodinách po operaci je péče zaměřena hlavně na sledování vitálních funkcí, na projevy komplikací, péči o psychický stav, kontrolu a zvládnání bolesti (Janíková et al., 2013). Před úplnou stabilizací a kompenzací monitorujeme krevní tlak, srdeční frekvenci, úroveň vědomí, teplotu, frekvenci a hloubku dýchání a saturaci kyslíkem. Zaznamenáváme příjem a výdej tekutin (Dušková et al., 2009).

Bezprostřední rehabilitace začíná okamžitě po ošetření úrazu, pokud pacientovi nehrozí žádné nebezpečí ohledně životně důležitých orgánů. Klíčovým prvkem je včasná vertikalizace, která pomáhá předejít imobilizačnímu syndromu (Dosebaba et al., 2021).

### ***1.9.3 Možnosti rehabilitace***

Komplexní rehabilitace je koordinovaný postup, na kterém se účastní skupina organizací a odborníci rozličných působností. V praxi se rehabilitace zabývá procesem aktivizace a nabytí fyzických, psychických i sociálních kompetencí pacienta, který má zdravotní potíže. Pro zkvalitnění péče a vytvoření nejlepších výsledků musí být rehabilitace prováděna důsledně a kvalitně, ale také záleží na množství prováděných činností (Dosebaba et al., 2021).

Prehabilitační programy spoléhají na fyzioterapii jako na základní kámen. Posílením funkční kapacity a zlepšením odolnosti má fyzioterapie za cíl omezit pooperační morbiditu a zároveň zkrátit pacientům pobyt v nemocnici (Lednický et al., 2020).

Rehabilitaci rozčleňujeme do následných okruhů: léčebná (medicínská) rehabilitace, sociální rehabilitace, pedagogická rehabilitace a pracovní rehabilitace. Tyto okruhy se rozdělují podle využívaných způsobů a rehabilitačních postupů (Kolář et al., 2009).

Předcházení nemocem v rehabilitačním procesu zahrnuje tři fáze. Primární fáze zabraňuje počátku choroby. Pokud choroba již vznikla a usilujeme o znemožnění vedlejších následků, označujeme tuto fázi za sekundární. Terciární fáze se vyznačuje tím, že choroba již vznikla a zanechala trvalé následky, které není možné omezit prostřednictvím ekonomických, sociálních a technických opatření (Kolář et al., 2009). Rehabilitační služby ve všech oblastech se musí vést stejnými základními principy, a to včasností,

komplexností, návazností a koordinací, dostupností, individuálním přístupem, multidisciplinárním posuzováním a součinností (Kolář et al., 2009).

Existují dva hlavní pilíře. První je funkční pohybová terapie a druhý se zakládá na metodách fyzikální medicíny. Funkční pohybová terapie se specializuje na působení pravidelného pohybu, na tělesné zdraví. Můžeme sem například zařadit ergoterapii a fyzioterapii. Metody fyzikální medicíny pacienti oceňují hlavně při akutním zhoršení bolestí. Léčebný ultrazvuk, vodoléčbu, léčbu magnetem, elektrickými proudy, chladem nebo teplem, rázovou vlnou, laserem či akupunkturou řadíme do fyzikální medicíny (Holešovský, 2020). Do léčebné rehabilitace řadíme také rehabilitační inženýrství (výrobu kompenzačních pomůcek), myoskeletální medicínu (diagnostiku a terapii funkčních poruch hybnosti), balneoterapii (využívání přírodních zdrojů, minerální vody, klimatických prvků) a kinezioterapii (skupinu cvičebních prvků, postupů a technik) (Dosbaba et al., 2021).

#### **1.9.4 Edukace pacienta**

Slovo *edukace* pochází z latinského *educō, educare*, což znamená *pěstovat, vychovávat* nebo *vést*. Jedná se o jeden z nejdůležitějších a nejnáročnějších úkolů v ošetrovatelství a v sociální péči. Poskytuje prostor pro získávání nových znalostí, přispívá k vytváření nových hodnot, emocí a dobrovolných struktur osobnosti. Hlavním úkolem je dosáhnout pozitivní žádoucí změny (Magurová et al., 2009).

Pacient by měl být co nejpodrobněji a citlivě informován o průběhu operace, včetně možných komplikací, které by mohly nastat, a o nutnosti spolupráce pacienta s lékařem i celým zdravotnickým týmem (Votavová, 2009; Kubíček, 2017). Edukace zahrnuje také poučení o úpravě domácího prostředí, aby se na tuto možnost mohl pacient co nejlépe připravit, a zvládl tak po operaci co nejlepší obsluhu sebe sama (Coufalová et al., 2015). Nadměrnou váhu, anebo naopak snížení tělesné hmotnosti je také důležité zmínit v edukaci (Votavová, 2009). Ke snížení předoperačního i pooperačního strachu, úzkosti a neklidu pomáhá vhodně a správně provedená edukace (Edwards et al., 2017). Důležitý je přístup k jednotlivým pacientům, jelikož každý pacient je jiný, a také vyžaduje jiný, individuální přístup. Ideální je přidat po ústní edukaci informace v písemné podobě, aby si je pacient mohl kdykoliv přečíst (Dosbaba et al., 2021).

Cíl edukace zahrnuje zajištění jednoduchosti, aby pacient snadno pochopil danou informaci, opakování při každé návštěvě praktického lékaře a citlivé předání informace s ohledem na emocionální stav pacienta. Je důležité, aby všeobecná sestra dostatečně vysvětlila pacientovi problém a následně zjistila, zda pacient danou věc správně pochopil, a zda jí dobře rozumí. Kontrola emocionální stránky pacienta je nezbytnou součástí, na jejímž základě může všeobecná sestra navrhnout adekvátní léčebný plán péče (Vojtíšková, 2006).

## ***1.10 Možnosti pooperační rehabilitace***

### ***1.10.1 Následná pooperační péče***

Pooperační péče se jeví jako lůžková nebo ambulantní v souvislosti s domácím cvičením pacienta (Coufalová et al., 2015). Autorka dále uvádí, že by rehabilitace od operace v rozmezí šest až 12 týdnů měla být zařazena i několikrát denně.

Do pooperační péče se zahrnují různé techniky, jako jsou například péče o jizvu, protahovací techniky, posílení oslabených svalů dolních, horních končetin a trupu, cvičení na velkých míčích, skupinové cvičení, občas se doporučuje i lymfodrenáž (Kubíček, 2017).

### ***1.10.2 Domácí ošetrovatelská péče***

Konopásek et al. (2004) uvádí, že komplexní domácí péče zahrnuje léčebně- preventivní, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické a sociální poskytování péče, včetně laické pomoci. Tato forma péče je zajišťována činností lékařů, sester, dobrovolníků a mnoha dalších specialistů, ale také činností samotného klienta, rodiny či jeho dalších blízkých osob. Cílem domácí ošetrovatelské péče je posílit odpovědnost klientů za vlastní zdravotní stav a zároveň posílit sdílenou odpovědnost pečovatелů za kvalitu poskytované péče (Misconiová, 1998).

Do domácí péče je propuštěn pacient, který nejeví známky pooperačních komplikací, tedy je stabilizovaný (Coufalová, 2015). Pacient je plně informován a poučen o nutnosti dodržování odpočinku, dobře vyvážené stravy a termínu další kontroly v ambulanci svého praktického lékaře. Stehy se po chirurgických operacích odstraňují většinou 7. až 10. den po operaci. Nedílnou součástí informovanosti je i péče o operační jizvu. Doporučuje se používat jemný krém a masírovat místo po dobu tří týdnů (Janíková et al., 2013).

### ***1.10.3 Lázeňská léčba***

Od 6. ledna 2015 je lázeňská léčba poskytována podle systému, který je součástí zákona č. 1/2015 Sb. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015). Aktuálně je v České republice 35 lázeňských míst, například Jáchymov, Františkovy Lázně, Karlovy Vary, Mariánské Lázně a Janské Lázně (Kolář et al., 2009).

Lázeňskou léčbu rozdělujeme na dvě skupiny. Tou první je komplexní léčba, kterou plně hradí pojišťovna a pacient má vystavenou pracovní neschopnost. Zdravotní péče je pokračováním ústavní péče, nebo odborné klinické péče, která je zaměřena na další léčbu a prevenci, případně minimalizaci invalidity a nedostatečné soběstačnosti (Knop, 1999). Do druhé skupiny řadíme příspěvkovou léčbu, zde si pacient hradí ubytování a stravu, ale procedury v lázních mu zaplatí pojišťovna (Kolář et al., 2009). Tato péče je poskytována u nemocí zařazených do indikačního seznamu. V tomto seznamu se nacházejí nemoci, které se týkají trávicího, oběhového, močového, nervového a pohybového ústrojí. Poté jsou to onkologické nemoci, nemoci z poruch látkové výměny a žláz s vnitřní sekrecí, duševní poruchy, kožní a gynekologické nemoci (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015). Tuto péči lze poskytovat každé dva roky, pokud revizní lékař nerozhodne jinak (Knop, 1999). Další možnost léčby je taková, kterou si pacient uhradí zcela sám, včetně ubytování, stravy i jednotlivých procedur. Praktický lékař hraje v tomto směru velkou roli, jelikož může a často doporučuje ihned po ukončení hospitalizace lázně (Kolář et al., 2009).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

- Cíl 1: Zjistit strukturu a rozsah prehabilitace, kterou je možné indikovat z ordinace praktického lékaře.
- Cíl 2: Navrhnout složení prehabilitačního týmu a v praxi tento tým sestavit.
- Cíl 3: Prostřednictvím výše uvedených činností prověřit možnosti a kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- VO 1: V jakém rozsahu lze uplatnit koncept prehabilitace v ordinaci praktického lékaře?
- VO 2: Lze v menším městě sestavit dostatečně kvalifikovaný prehabilitační tým?
- VO 3: Do jaké míry budou pacienti ochotni spolupracovat v procesu prehabilitace? Jaký bude jejich přístup k procesu?
- VO 4: Je sestra v ordinaci praktického lékaře schopna v rámci svých aktuálních kompetencí efektivně koordinovat proces prehabilitace?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použité metody a techniky sběru dat***

Empirická část bakalářské práce s názvem „*Role sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci prehabilitace pacientů před plánovanými operačními výkony*“ byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Zvolenou technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor se všeobecnými sestrami a pacienty v ordinaci praktického lékaře. Výzkumné šetření probíhalo od ledna 2023 do března téhož roku a celkem bylo osloveno 12 informantů, z toho 10 pacientů a dvě všeobecné sestry. Kritérium pro výběr informantů bylo, aby se jednalo o pacienty, kteří jsou před plánovaným operačním výkonem. Výzkumné šetření bylo povoleno paní doktorkou v její ordinaci. Rozhovory trvaly vždy přibližně 30 minut. Na začátku výzkumu byli informanti seznámeni s tématem a cílem bakalářské práce, poté jim byl vysvětlen průběh výzkumu. Byli poučeni, že jejich anonymita zůstane zachována a kdykoliv můžou rozhovor ukončit. Informanti, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, poskytli souhlas s uskutečněním rozhovoru. Rozhovory byly zapisovány na papír a poté přepsány do počítače do programu Microsoft Word. Získané informace byly podrobeny analýze metodou otevřeného kódování technikou „tužka–papír“.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného vzorku***

Výzkumný soubor můžeme rozdělit na výzkumný vzorek všeobecných sester a pacientů, se kterými byl veden rozhovor v ordinaci praktického lékaře. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 pacientů a dvě všeobecné sestry. Otázky k rozhovorům jsou obsaženy v přílohách 1 a 2.

Při výzkumném šetření se jednalo o záměrný výběr informantů. Kritériem pro výběr informantů z řad pacientů bylo, aby se jednalo o pacienty, kteří se připravují na plánovaný operační výkon. Pacienti budou označováni jako P1–P10 z důvodu zachování jejich anonymity. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí ordinace praktického lékaře. Kritériem výběru informantek z řad všeobecných sester byla jejich aktuální práce v ordinaci praktického lékaře. Všeobecné sestry budou označovány jako S1 a S2, a to s cílem zajištění jejich anonymity i zlepšení přehlednosti textu. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí ordinace ještě před příchodem objednaných pacientů.



Tab. 1: Identifikační údaje informantů – pacientů

	<b>Zkratka</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Operační výkon</b>
<b>Pacient 1</b>	P1	Muž	70 let	Totální endoprotéza kyčle
<b>Pacient 2</b>	P2	Muž	63 let	Operace ledviny
<b>Pacient 3</b>	P3	Žena	37 let	Odstranění vaječníků
<b>Pacient 4</b>	P4	Muž	63 let	Operace štítné žlázy
<b>Pacient 5</b>	P5	Žena	47 let	Operace tlustého střeva
<b>Pacient 6</b>	P6	Žena	42 let	Laparoskopická operace žlučníku
<b>Pacient 7</b>	P7	Muž	71 let	Totální endoprotéza ramene
<b>Pacient 8</b>	P8	Muž	68 let	Totální endoprotéza kyčle
<b>Pacient 9</b>	P9	Muž	73 let	Totální endoprotéza kyčle
<b>Pacient 10</b>	P10	Žena	77 let	Totální endoprotéza kolene

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

Výzkumný vzorek pacientů je tvořen šesti muži a čtyřmi ženami. Informanti jsou různého věku. Nejmladší informantka je ve věku 37 let. Nejstarší je informant ve věku 77 let. Operační výkony se záměrně odlišují. Nejčastějším operačním výkonem, který informanti podstoupí, jsou TEP. Rozhovory s pacienty probíhaly v klidném prostředí ordinace praktického lékaře.

Tab. 2: Identifikační údaje informantů – všeobecné sestry

	<b>Označení</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Délka praxe u praktického lékaře</b>
<b>Sestra 1</b>	S1	Žena	51 let	Středoškolské – všeobecná sestra	27 let
<b>Sestra 2</b>	S2	Žena	48 let	Vyšší odborné – DiS.	19 let

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

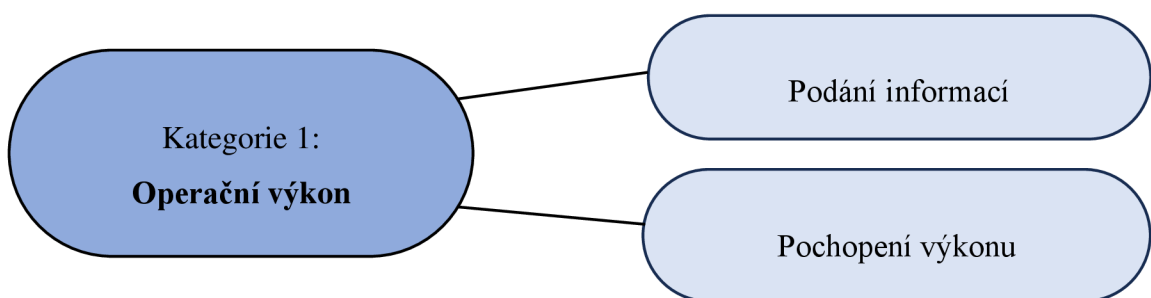
Výzkumný vzorek všeobecných sester je tvořen dvěma ženami. Nejmladší informantce je 48 let a pracuje u praktického lékaře 19 let. Druhá informantka je o tři roky starší a pracuje u praktického lékaře již 27 let. Obě informantky jsou všeobecné sestry. Rozhovory probíhaly v ordinaci praktického lékaře před příchodem objednaných pacientů.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření, které probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty a všeobecnými sestrami. Získané informace byly zpracovány formou otevřeného kódování. Získané výsledky jsou rozděleny na jednotlivé kategorie pro lepší přehlednost práce.

### 4.1 Výsledky výzkumného šetření u pacientů

#### Rozdělení kategorií



Obr. 1: Operační výkon

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

#### Kategorie 1: Operační výkon

Kategorie 1: Operační výkon byla rozdělena na dvě podkategorie: Podání informací a Fyzická příprava. Pacientů jsme se zde ptali na to, jak jim byly poskytnuty informace a jak pochopili svůj plánovaný operační výkon.

##### *Podkategorie Podání informací*

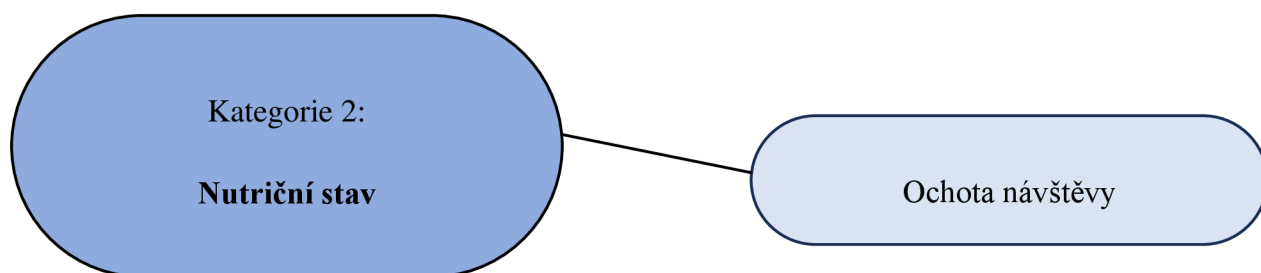
První otázka, na kterou jsme se pacientů ptali, byla, jak dobře byl pacientovi vysvětlen operační výkon, který ho v následujících dnech/týdnech čeká. P1 uvedl: „*Operační výkon mi byl vysvětlen dostatečně dobře, ale v některých věcech jsem se nevyznal a nerozuměl jsem odborným výrazům, které používají lékaři.*“ Kladně vysvětlený operační výkon hodnotí P3 i P6, kterým byl operační výkon dobře vysvětlen a obě pacientky neměly žádné dotazy. Podobně na tom byla P5, která sdělila: „*Z mého pohledu nenastalo žádné nedorozumění ve vysvětlování operace. Co jsem nevěděla, nebo s čím jsem si nebyla jistá, tak jsem požádala znovu o vysvětlení.*“ P8 uvádí: „*Na tuhle operaci čekám již dlouho. Bylo mi vše pečlivě vysvětleno a nesetkal jsem se s ničím, co bych nepochopil. Většina mých kamarádů na této operaci také již byla, takže jsem si informace zjišťoval i od nich.*“

P9 nebyl se svým vysvětlením operačního výkonu spokojen. P9 sděluje: „*Nečekal jsem takové rychlé vysvětlení výkonu, trvalo to přibližně čtyři minuty a byl jsem z toho celý vedle. Myslel jsem si, že jsem na obtíž. Že nikdo nemá čas mi něco vysvětlovat. Z tohohle přístupu jsem byl docela zaskočen.*“ P2 a P4 oznamují, že operační výkon byl vysvětlen, ale neměli všechny potřebné informace. P2 odpověděl: „*Nemůžu si stěžovat na vysvětlení výkonu, ale vidím tam značné nedostatky. Část informací jsem si musel najít na internetu, abych pochopil celou operaci a její postup.*“ Pacient P7 odpověděl: „*Bylo to vše rychlé, jednoduché a výstižné. Tuto operaci podstupuji už podruhé. Byl jsem na ní před pěti lety, kdy mi operovali totální endoprotézu kyčle, teď jdu na operaci s ramenem.*“ Pacientka P10 byla velmi spokojena s výkladem operačního výkonu. P10 uvádí: „*Pracovala jsem 35 let ve zdravotnictví jako zdravotní sestra. Operační výkon znám, ale byla jsem ráda, že mi to bylo vysvětleno ještě jednou a pořádně. Taky už jsem pár věcí za tu dobu, co jsem mimo obor zdravotnictví, stihla zapomenout.*“

#### ***Podkategorie Pochopení výkonu***

Pacienti byli v průběhu rozhovoru dotazováni na to, jak pochopili svůj plánovaný operační výkon. Většina odpovědí pacientů byla shodná. P10 odpověděla: „*Svůj operační výkon jsem pochopila velmi dobře, vím, jak samotná operace probíhá a jak se na ni připravit. Vysvětlení od paní doktorky bylo velmi dobré a nepotřebovala jsem žádné další informace.*“ Pacienti P8 a P1 odpověděli shodně. P8 odpověděl: „*Výkon jsem pochopil velmi dobře, připravuji se na operaci dlouhou dobu, tak za ten čas má člověk čas si zjistit o výkonu všelijaké informace.*“ P1 uvedl: „*Co se týče pochopení výkonu, tak musím říci, že po delší konzultaci s paní doktorkou jsem vše řádně pochopil. Musel jsem se ale doptávat na nějaké menší podrobnosti ohledně mé operace.*“ P2 odpověděl: „*Už před příchodem do ordinace paní doktorky jsem měl svou operaci nastudovanou skrz internet, ale paní doktorka mi operaci ještě jednou vysvětlila a měl jsem i možnost se zeptat na nějaké informace, se kterými jsem si nebyl úplně jistý. Stejně jsem si po příchodu domů musel něco zase najít na internetu, jelikož jsem to zapomněl.*“ Spokojeni byli také P3, P4, kteří uvedli, že pochopili svůj plánovaný operační výkon velmi dobře a neměli žádné další otázky pro paní doktorku. P5 odpověděla: „*Operační výkon jsem pochopila dobře, ze strany paní doktorky mi byl vysvětlen velmi dobře, nemůžu si vůbec stěžovat.*“ P6 velmi stručně uvedla: „*Chápu svůj operační výkon dobře, z vysvětlování jsem to pochopila jasně a ihned, nepotřebovala jsem se doptávat na další informace.*“ Odpověď P9 zněla: „*Od paní doktorky jsem můj operační výkon moc nepochopil, vím, na co jdu*

*a s čím, ale myslím si, že mi některé věci, které se týkají mé operace, paní doktorka neřekla. Bylo to velmi rychlé vysvětlení výkonu, ale já potřebuji na to více času, abych to pochopil.“* Poslední odpověď, která byla od P7, zněla: *„Operaci chápu víc než kdo jiný, si myslím. Na tento výkon jdu již podruhé, takže vím, co mne čeká. Svůj operační výkon jsem i z výkladu od paní doktorky pochopil velmi dobře.“*



Zdroj: vlastní výzkum, 2023

Obr. 2: Nutriční stav

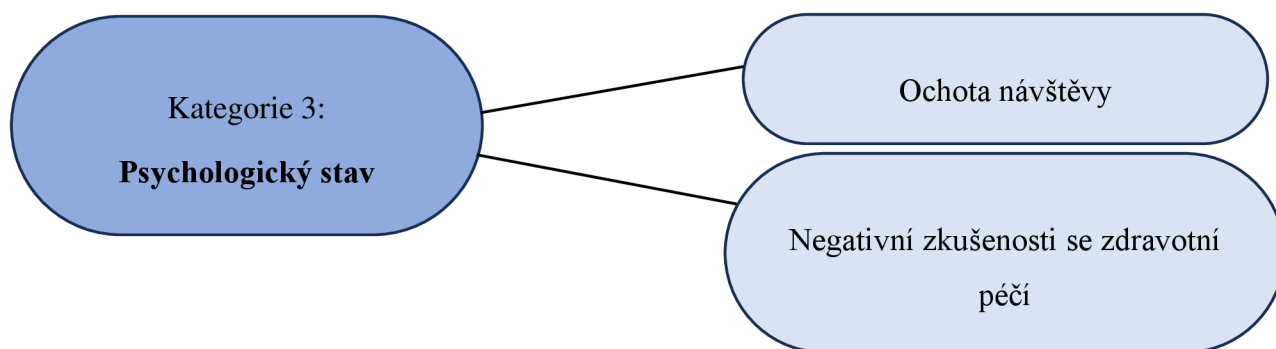
### **Kategorie 2: Nutriční stav**

Kategorie 2 s názvem Nutriční stav je rozdělena na podkategorii Ochota návštěvy. V této kategorii nás zajímalo, zda by byli pacienti ochotni navštívit nutričního specialistu před plánovaným operačním výkonem.

#### ***Podkategorie Ochota návštěvy***

Další otázka, která je velmi důležitá v oblasti výživy, se týká nutričního stavu pacienta. V rámci celkové péče o pacienta by měla být nutriční podpora zahrnuta do rehabilitačních programů jako důležitá součást přípravy (Chmelo et al., 2021). V této oblasti nás zajímalo, zda by pacienti souhlasili s návštěvou nutričního specialisty před plánovanou operací. Většina odpovědí byla kladná, ale někteří nesouhlasili. P6 uvedla: *„V případě mého operačního výkonu si myslím, že by návštěva nutričního specialisty byla potřebná. Stravuji se vcelku dobře.“* Pacienti P10, P8 a P1 s navštívením nutričního specialisty souhlasili. P10 dodala: *„Vzhledem k mému věku a stylu stravování by rady ohledně nutrice určitě přišly vhod. Nestravuji se příliš pravidelně a tak, jak by se mělo. Často mívám výkyvy hmotnosti přibližně okolo pěti kilogramů.“* P8 také uvedl: *„K závažnosti větší operace by návštěva nutričního specialisty určitě pomohla. Potřeboval bych doplnit různé minerály a vitamíny, ale sám si žádné nekoupím.“*

V obchodech mají na výběr hodně vitamínů a dalších potřebných suplementů, ale sám nedokážu určit, jaké jsou pro mě důležité a vhodné. Hlavně bych chtěl mít po operaci sílu a začít brzo s rehabilitací. Pravidelná a správná strava by mi určitě pomohla v mnoha směrech.“ P1 odpověděl: „S návštěvou bych určitě souhlasil. Nechám si rád poradit od různých odborníků.“ Pacient P2 s návštěvou nesouhlasil. P2 uvádí: „K nutričnímu specialistovi určitě nepotřebuji jít. Myslím si, že svému tělu dávám to, co právě v danou chvíli potřebuje, a není důvod této návštěvy.“ Velmi mile nás překvapila odpověď od P3, která uvedla: „V mládí jsem měla problémy s anorexií. Nyní jsem již vyléčená. Nutriční pracovníci mi v této oblasti hodně pomohli, tudíž bych přivítala i tuhle možnost před operací, kdyby se mi naskytla. Myslím, že výživa je před operací velmi důležitá a může být prospěšná.“ P5 uvedla: „Líbilo by se mi, aby se mě ujal nějaký specialista skrz výživu. Docela by mi to před i po operaci pomohlo. Chtěla bych zhubnout několik kil, abych se mohla cítit lépe ve svém těle.“ P4 odpověděl na otázku velmi stručně. Zmínil se, že návštěvu nutričního specialisty by rád uvítal. P9 odpověděl: „Kdyby se mi naskytla taková možnost, tak nevím, zda bych jí využil. Vzhledem k mé velké a rozsáhlé operaci si myslím, že by to mohlo být dobré i prospěšné, ale nemám žádné problémy nebo nedostatky v této oblasti.“ Odpověď P7 zněla: „Velmi by mě tato možnost návštěvy zajímala. Myslím si, že každá činnost vykonaná před operací je dobrá, jelikož to má dopad na pooperační stav.“



Obr. 3: Psychologický stav

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

### **Kategorie 3: Psychologický stav**

Kategorie s názvem Psychologický stav je rozdělena na dvě podkategorie: Ochota návštěvy, Negativní zkušenosti se zdravotní péčí. V této části jsme se soustředili na ochotu pacientů navštívit psychologického pracovníka a na to, zda mají pacienti negativní zkušenosti se zdravotní péčí.

#### ***Podkategorie Ochota návštěvy***

Psychologická příprava se stává stále důležitější součástí prehabilitace a s pooperačními výsledky jsou spojeny různé psychologické jevy. Mezi ně patří nežádoucí stavy nálady, jako jsou deprese a úzkosti, a mohou být cílem předoperační psychologické podpory (Durrand et al., 2019). Další otázka byla zaměřena na psychologického pracovníka. Pacientů jsme se ptali, zda by uvítali možnost této návštěvy. Starší pacienti uvedli, že by tuto nabídku přijali, ale mladší pacienti váhali. P10 a P7 uvedli velmi podobné odpovědi. P10 uvedla: *„Vzhledem k mému pokročilejšímu věku bych uvítala psychologa. Moje psychika na tom není nejlépe. Sama vím, že každá operace, byť sebemenší, je velký nápor i na psychické zdraví. Pokud by tato možnost byla, ráda bych jí využila.“* P7 uvedl: *„Každá operace je pro mne velký stres. Pár operací mám už za sebou, ale řeknu vám, že je to pokaždý úplně jiný. Je to všechno nový a nevíte, co vás čeká. A nevidím problém v tom, když máte možnost si promluvit o tom se specialistou, proč toho nevyužít. Přece je to taky člověk a má v sobě lidskost. Návštěva psychologického pracovníka by se mi velmi líbila a hodně by mi také pomohla.“* Stručně a jednoduše odpověděla pacientka P6: *„Můj výkon nepotřebuje psychologa. Kdybych třeba měla podstoupit větší operaci, která by byla náročná, jak psychicky nebo fyzicky, tak by se mi tato možnost určitě hodila, ale při výkonu, který mne čeká, si myslím, že psychologa nepotřebuji.“* Také P2, P1 sdíleli stejný názor jako P6 a dodali, že nepotřebují psychologického pracovníka. P2 odpověděl: *„Kdybych šel na nějaký náročný operační výkon, tak by byla psychologická podpora velmi vhodná, ale vzhledem k mé operaci určitě nepotřebuji v této oblasti speciálního pracovníka.“* P3 a P5 se shodli na stejné odpovědi, že nepotřebují podstoupit tuto návštěvu, nevidí důvod k návštěvě. Opačného názoru je P4, který uvedl: *„Většina dnešních lidí, spíše mladšího typu, má spojeného psychologa s tím, že je s nimi něco v nepořádku, že mají nějaké psychické problémy, a nechtějí si srazit sebevědomí návštěvou psychologa. Ale myslím si, že je toto špatně. I mladý člověk psychicky zdravý občas potřebuje tuto návštěvu. Můj názor je takový, že když mám tuto možnost, tak toho*

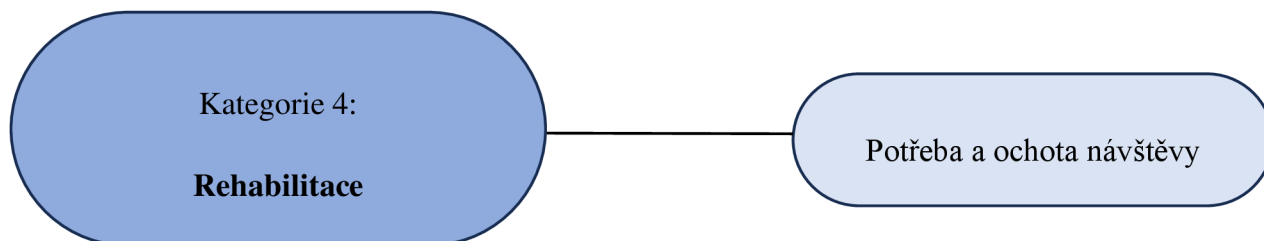
využiji. Před operací je vhodná každá návštěva specialisty, abychom to také vše viděli i z jiné stránky a měli na to jiný pohled. Určitě bych tuto možnost vřele uvítal.“ Téměř identickou odpověď uvedl i P9: „Nestydím se přiznat, že chodím k psychologovi již řadu let. Velmi mi tato péče pomáhá a myslím si, že před operací je to ještě lepší. Připraví mne to psychicky na velkou zátěž, která se týká operace. Často a rád říkám, že nejde o to, jak dobře jsi připravený fyzicky, ale psychicky je velmi důležité, protože hlava hraje velikou roli. Ale záleží na každé osobě člověka, protože každý z nás je jiný. A každý hlavně potřebuje něco jiného.“ Pacient P8 uvedl: „Mně by psychologická návštěva přišla velmi vhod. Zajímalo by mne, zda bych dostal jiný pohled na operaci, a hlavně jak bych to vnímal.“

### **Podkategorie Negativní zkušenosti se zdravotní péčí**

V této podkategorii jsme se ptali na otázku, zda mají pacienti negativní zkušenosti se zdravotní péčí. P10 odpověděla: „Nevím, zda je to tím, že jsem zdravotní sestra a trochu mne berou v nemocnici jinak než ostatní, ale moje zkušenosti se zdravotní péčí jsou na velmi dobré úrovni. Nesetkala jsem se snad s žádnými negativními zkušenostmi, které by zásadně ovlivnily můj zdravotní nebo psychický stav.“ Velmi podobnou odpověď jsme získali od P3, jež uvedla: „Žádnou negativní zkušenost si nepamatuji. Nikdy jsem neměla žádný problém ani špatnou zkušenost v nemocnici ani se zdravotnickým personálem.“ Odlišná odpověď byla od P4. Ten uvedl: „Jedinou negativní zkušenost mám z ošetření, kdy jsem potřeboval zašít rámu, která měla přibližně 7 cm. Jak sestra, tak ani doktor mi ani neřikali, co zrovna se bude dít, nevěděl jsem, co dělají, kdy se to bude šít, jak, a celkově mi nikdo neřekl vůbec nic. Jinak žádnou negativní zkušenost jinou nemám.“ Odpověď P9 zněla, že nezažil žádnou negativní zkušenost se zdravotní péčí. Dodal k tomu, že vždy je třeba co zlepšovat. Avšak P7 uvedl, že negativních zkušeností se zdravotní péčí zažil za svůj život dostatek. P7 uvedl: „Za svůj život jsem zažil nespočet negativních zkušeností se zdravotní péčí, jak už chování zdravotnického personálu, tak dlouhé čekací doby a neochota personálu. Už od dětství se neustále pohybuji v nemocnici jako pacient. Nejhorší zkušenost byla, když jsem čekal na akutní ošetření od 9 večer do 2 hodin ráno. Chápu, že je všude hodně lidí a čekací doby jsou velmi dlouhé, ale když se jedná o akutní ošetření, tak si myslím, že by bylo vhodné dát v tomhle směru přednost před chronickým onemocněním.“ Žádné negativní zkušenosti nezažili P5, P6, P2 ani P1. Žádnou negativní zkušenost nezažil ani P8, jenž odpověděl: „Nemůžu říct, že jsem zažil nějakou negativní zkušenost. Určitě nějaké nepříjemnosti párkrát proběhly, ale nic



*velkého nebo závažného, abych si sám řekl, že je to pro mne nepříjemná zkušenost se zdravotní péčí. Nikdy nikdo nezanedbal žádnou péči o mé tělo.“*



Obr. 4: Rehabilitace

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

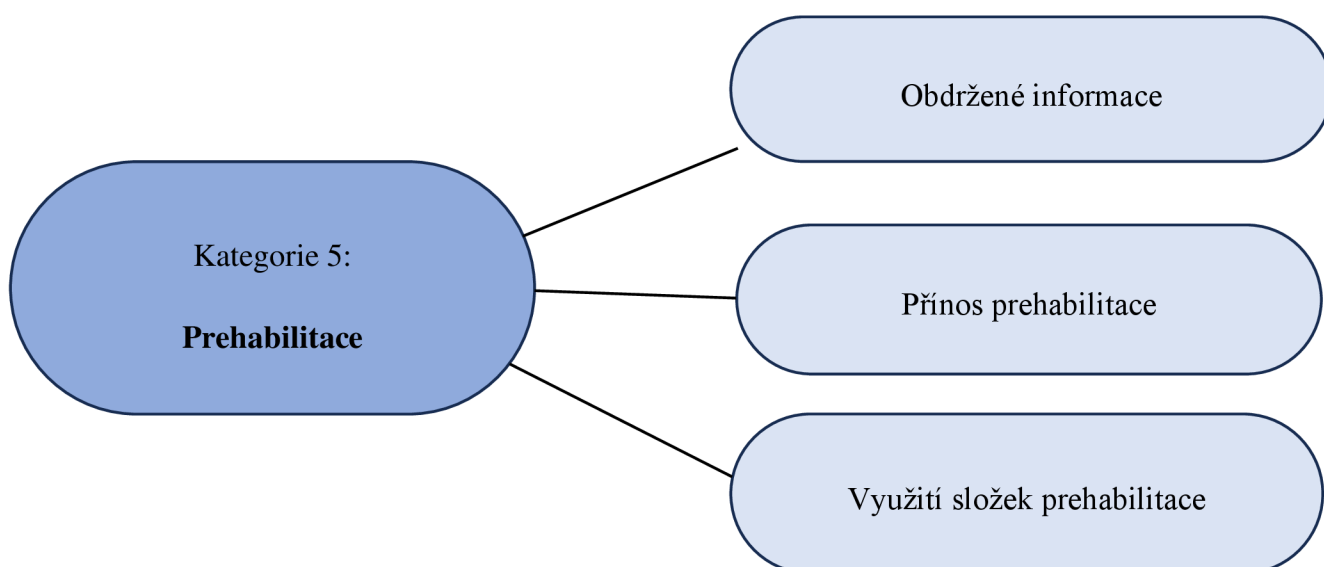
#### **Kategorie 4: Rehabilitace**

Kategorie 4 s názvem Rehabilitace je rozdělena na jednu podkategorii: Potřeba a ochota návštěvy.

##### ***Podkategorie Potřeba a ochota návštěvy***

Cílem fyzioterapie je zlepšit funkční kapacitu a odolnost pacienta, což vede ke zkrácení doby hospitalizace (Lednický et al., 2020). Otázka, na kterou jsme se zaměřili, se týkala tématu rehabilitačního pracovníka. Ptali jsme se pacientů, zda by souhlasili s návštěvou rehabilitačního terapeuta. Téměř všechny odpovědi byly totožné. Nejvíce pozitivních reakcí na využití této možnosti bylo od pacientů, které čeká TEP kolene, kyčle a ramene. Pacient P1, kterého čeká operace TEP kyčle, odpověděl: *„Tato nabídka je pro mne asi nejvíce důležitá. Chci být stále fit a po operaci se co nejdříve dostat domů. Sám vím, že před operací se mají posílit svaly, a když je potřeba, tak trochu zredukovat váhu, aby se co nejdříve po operaci mohlo zase začít fungovat a cvičit. Rehabilitační návštěva je vhodná jak před operací, tak i po operaci. Myslím si, že je velmi důležité, když bude dobře prováděna, taky si myslím, že výsledky po operaci budou mnohem lepší a bude rychlejší návrat domů. A vzhledem k mé velké a náročné operaci určitě nějakou rehabilitaci potřebuji.“* Odpovědi se odlišovaly u pacientů P7 a P4. Pacient P7, který vyžaduje rehabilitaci, uvedl: *„Před mým operačním výkonem je určitě potřeba řádná rehabilitace. Určitě bych tuto možnost uvítal.“* P4 odpověděl: *„Nevidím důvod, proč bych měl podstupovat rehabilitační péči před mojí operací. Domnívám se, že před mojí operací není vůbec potřeba provádět žádnou rehabilitaci. Tuto návštěvu bych nevyužil.“* Velmi

pozitivně hodnotí návštěvu rehabilitace pacienti P8 a P10, kteří souhlasili s návštěvou. P8 uvedl: „*V mém případě, kdy podstupuji velkou operaci kyčle, bych určitě rád využil možnost rehabilitace před výkonem, ale i po výkonu. Sám jsem si nastudoval nějaké techniky a cviky, co dělat před operací, ale odborník je přece jen odborník. A rád si určitě vyslechnu různé rady a tipy, jak to dělat lépe.*“ Pacientka P10 dodala: „*Ráda posílím svaly před operací. Nejsem už nejmladší a klesá svalový úbytek, to je hodně cítit a nechci zůstat po operaci ležet na lůžku, aby mne museli ostatní obstarávat. Určitě mi rehabilitace velmi pomůže a budu se cítit lépe. V mém případě je rehabilitace velmi důležitá a potřebná před operací.*“ Pacientka P5 také souhlasí s využitím rehabilitace. P5 uvedla: „*Potřebuji co nejdříve po operaci fungovat a vrátit se zpět do normálního života. Návštěva rehabilitačního pracovníka by mi velmi přišla vhod. Nejsem vůbec nadaná na nějaký sport nebo cvičení, ale pokud by to bylo za cenu, že budu co nejdříve chodit a strávím minimální počet dní v nemocnici, tak bych do toho určitě šla.*“ Pacientka P6 odpověděla: „*Určitě nepotřebuji žádnou rehabilitační péči. Jsem soběstačná, schopná a myslím si, že v mém případě není potřeba toto podstupovat.*“ Ostatní pacienti se shodli, že by využili možnosti rehabilitačního pracovníka. Pacient P2 uvedl: „*S návštěvou rehabilitace bych velmi souhlasil – jak v období před operací, tak i po operaci. Potřeboval bych začít co nejdříve, abych mohl fungovat jako do teď.*“ Odpověď u pacienta P9 byla téměř identická. P9 odpověděl: „*Rehabilitace jako samotná o sobě je velmi zajímavý obor a moc se mi líbí, rád se zajímám a učím nové techniky. Určitě a rád bych tuto možnost využil. Potřeboval bych i rady, jak kyčel zatěžovat, jak nejvíce ji můžu ohýbat, efektivně a správně provádět cvičební techniky.*“ Pacientka P3 s možností využití rehabilitačního pracovníka souhlasí. Odpověděla: „*Vstávání z lůžka si zatím nedovedu představit, jak to budu provádět. Ale také by se mi líbila možnost rehabilitace před operací, abych posílila břišní svaly a pánevní dno. S návštěvou rehabilitačního pracovníka bych určitě souhlasila a ráda tuto možnost využila – jak před operací, tak i po operaci.*“



Obr. 5: Prehabilitace

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

### **Kategorie 5: Prehabilitace**

Kategorie 5: Prehabilitace je rozdělena na tři podkategorie: Obdržené informace, Přínos prehabilitace, Využití složek prehabilitace.

#### ***Podkategorie Obdržené informace***

Další otázka směřovala na to, zda pacienti slyšeli někdy o konceptu prehabilitace a rozumí tomuto významu. Většina odpovědí se shodovala. Pacienti P8, P9 a P10 se shodli, že tomuto slovu nerozumí a nechápou jeho význam. Pacient P8 uvedl: „*O slovu prehabilitace jsem nikdy neslyšel, pouze mi to připomíná slovo rehabilitace. Ale významu jako takovému vůbec nerozumím.*“ Pacient P9 uvedl: „*Ne, neslyšel jsem nikdy o takovém slovu. Denně koukám na televizi, nejčastěji na zprávy, a nikdy jsem to – ani ve zprávách – nezaslechl. V nemocnici mi prehabilitace také nebyla nikým vysvětlena. Nevím, o co se jedná, ani jaký to má význam.*“ Pacientka P10 odpověděla: „*Nebyla jsem informována o konceptu a výrazu nerozumím.*“ Nejmladší pacientky P3 a P6 se shodly na tom, že o tomto konceptu slyšely a rozumí významu. P3 uvedla: „*Vím, že se o prehabilitaci vůbec nemluví u nás, ale přijde mi to velice zajímavé. Před nějakou dobou jsem četla článek na internetu, kde se psalo o prehabilitaci, bylo to velmi zajímavé a na konci se uvádělo, že na tohle téma probíhá stále velká řada výzkumů. Myslím si, že to má velký potenciál hlavně u starších lidí. Samozřejmě to má potenciál i u mladších pacientů, ale řekla bych, že ti starší jsou více náchylní k různým komplikacím.*“ Pacient P2 odpověděl: „*Koncept*

*prehabilitace mi nic neříká, ani jeho význam nechápu. Jsem rád, že jsem pochopil můj operační výkon, ale tohle mi přijde složité. A troufám si říct, že slyším tento název poprvé.*“ Pacienti P1 a P4 zdůraznili, že významu ani samotnému slovu nerozumí, nemají ponětí, o co se jedná, a co všechno by mohlo do toho patřit. Pacient P4 uvedl: *„Sám od sebe se nezajímám o nic z medicínského hlediska. Tomuto slovu nerozumím a význam nechápu.*“ Pacient P1 odpověděl: *„Významu slova nerozumím, ale řekl bych, že se to bude týkat mladší generace, která v tom bude více zaběhlá a bude vědět, o co se jedná.*“ Ale pacientka P5 uvedla: *„Slovo prehabilitace znám jen trochu. Kamarádka, která pracuje ve zdravotnictví, se zmiňovala o tomto slově, tudíž ho znám, ale význam již ne. Předpokládám, že to bude hlavně spojené s rehabilitací.*“ P7 uvedl: *„O prehabilitaci jsem neslyšel a významu slova nerozumím, nedokážu si ani představit, co to může znamenat.*“

### **Podkategorie Přínos prehabilitace**

Zajímali jsme se o to, zda pacienti spatřují přínos v možnosti prehabilitační přípravy. Většina pacientů se na odpovědi shodovala. Pacienti P3, P2, P6 i P7 uvedli, že vidí přínos prehabilitační přípravy před operacemi. Pacientka P6 uvedla: *„Přínos určitě v tomto směru vidím. Hodnotila bych prehabilitaci kladně. Každý nejsme dokonalý a máme nějaké chyby. Byla bych pro to, zavést prehabilitační přípravu i u nás v České republice. Tato příprava není nic, co by pacientovi uškodilo, nebo ho nějak výrazně omezilo. Snížil by se tak počet pooperačních komplikací.*“ Pacient P7 odpověděl: *„Přínos v této možnosti před plánovanou operací určitě vidím. Jednak je tam snížení pooperačních rizik a následných druhotných onemocnění. A také rychlejší návrat z nemocnice domů. Je to přínos i pro samotnou nemocnici, jelikož pacient nebude dlouhou dobu zabírat lůžka a sníží se i jeho náklady, které platí nemocnice.*“ Pacient P2 ještě doplnil, že spíše vidí přínos u lidí, kteří jsou starší. Velmi kladně hodnotí přínos prehabilitace P8, který odpověděl: *„Vzhledem k mému věku v tom vidím velký přínos. Myslím si také, že většina starších lidí by do toho nešla kvůli strachu z neznáma, ale třeba se pletu. Kdyby se před každou operací zavedla prehabilitační příprava, zmenšil by se dopad nežádoucích situací a byla by lepší pooperační zotavovací péče.*“ Stejně jako P8 vidí velký přínos prehabilitace také pacienti P1 a P10, kteří se shodli na tom, že by prehabilitace měla velký přínos u nás v České republice. P1 k otázce doplnil: *„Pokud bude vše fungovat tak, jak má, nevidím žádný důvod, proč by nebyla dobrá prehabilitační příprava před operací. Když člověk vidí, že díky prehabilitaci se zlepšily pooperační podmínky, bude to chtít každý další člověk podstoupit také, který se chystá na operační výkon.*“ P5 uvedla:

*„Přínos určitě vidím. Troufám si říct, že by tato možnost před každou operací bez ohledu na věkovou kategorii pacienta byla vhodná. Bylo by zde i určité snížení stresu způsobeného z hospitalizace v nemocnici. Zlepšila by se určitě kondice a rychlejší návrat domů.“* Podobně se vyjádřil i P4: *„Kdyby mi byla prehabilitace nabídnuta, neváhal bych ani minutu a šel do toho. Nejdu na nějaký veliký výkon, ale prehabilitace by mi určitě v nějakých směrech pomohla.“* S kladným hodnocením se přidává také pacient P9. Jeho odpověď zněla: *„Ano, vidím přínos v této oblasti. Přejde mi škoda, že s tím nepřišel nikdo dříve, nebo spíše, že se to u nás v České republice neprovádí.“*

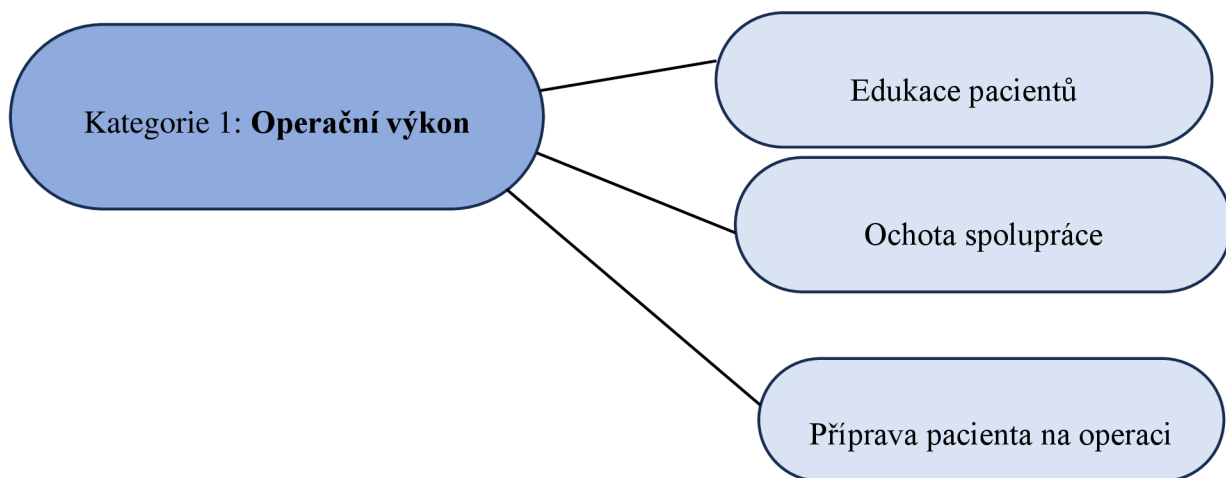
### **Podkategorie Využití složek prehabilitace**

Poslední otázka, která nás zajímala, byla, zda by pacienti využili všechny složky prehabilitační přípravy, nebo jen její části. Odpovědi pacientů byly různé. Někdo by využil všechny složky přípravy, jiný pouze některé její části. Pacienti P8 a P10 uvedli, že by využili všechny složky. Pacient P8 odpověděl: *„Určitě bych využil všechny složky a nenechal si ani jednu ujít. Přišly by mi vhod všechny složky z prehabilitační přípravy.“* Pacientka P10 uvedla: *„Ano, využila bych prehabilitační přípravu. Využila bych všechny složky, které do této přípravy spadají.“* Pacientka P6 se vyjádřila, že by využila jen nutriční přípravu před plánovanou operací. Její odpověď zněla: *„V případě mé operace bych využila pouze jednu z možností prehabilitační přípravy. Myslím si, že v těchto směrech nemám žádný problém. U mne a mého operačního výkonu je prehabilitační příprava zcela zbytečná, krom nutričního specialisty.“* Pacientka P3 uvedla: *„Určitě bych využila tuto možnost přípravy před operací. Celá příprava je pro mne zbytečná, tudíž bych se zaměřila pouze na její části. Rozhodně souhlasím s nutričním specialistou a rehabilitačním pracovníkem. Zbytečné mi přijde, abych chodila k psychologovi. Využila bych prehabilitační přípravu, ale bez návštěvy psychologického pracovníka.“* Velmi identická odpověď byla i u pacientky P5: *„Prehabilitační příprava před operací je velmi zajímavá. Hodně mne to zaujalo. Určitě bych souhlasila s nutričním specialistou a rehabilitačním pracovníkem. Ale s čím bych nesouhlasila, by byl psychologický pracovník. Nepotřebuji tuto péči z jeho strany.“* Pacient P9 by souhlasil jen s částí prehabilitační přípravy, nikoliv s celkovou. P9 odpověděl: *„Souhlasím s částí prehabilitační přípravy před operací. S čím nesouhlasím, je návštěva nutričního terapeuta. Nemám žádné problémy nebo nedostatky v této oblasti. Ale měl bych zájem o psychologickou návštěvu. Také bych měl zájem i o rehabilitaci, která věřím, že by mi hodně pomohla.“* Jednu část prehabilitační přípravy by využil jen jeden pacient P2. Ten

odpověděl: „Vzhledem k mému věku nepotřebuji žádné speciální přípravy před operací, mám dobrý nutriční i psychický stav. Jediný, co si myslím, že by přišlo vhod, by byl rehabilitační pracovník.“ Dvě části prehabilitační přípravy by využil pacient P4, jenž odpověděl: „Všechny složky bych určitě nevyužil, jen část. Využil bych pouze nutriční a psychologickou návštěvu u specialisty.“ P7 uvedl: „Z mého pohledu usuzuji, že potřebuji všechny složky této přípravy. Určitě bych rád zašel ke specialistovi ohledně mé výživy. A určitě bych rád navštívil odborníka na rehabilitaci.“ Pacientka P6 odpověděla: „Všechny složky, které patří do prehabilitace, mi přijdou vhodné jak už pro starší pacienty, tak ale i pro mladší generaci. Já si myslím, že bych využila pouze nutričního specialistu. Zajímalo by mne, jak to funguje a jaký bude z toho přínos.“ P1 uvedl, že by nevyužil pouze psychologickou přípravu z prehabilitace.

#### 4.2 Výsledky výzkumného šetření u všeobecných sester

##### Rozdělení kategorií



Obr. 6: Operační výkon

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

## **Kategorie 1: Operační výkon**

Kategorie 1 s názvem Operační výkon byla rozdělena na tři podkategorie: Edukace pacientů, Ochota spolupráce, Příprava pacienta na operaci. V této části jsme se ptali na to, zda mají všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře dostatečný časový prostor na edukaci pacienta před plánovaným výkonem, dále nás zajímalo, do jaké míry jsou ochotni pacienti spolupracovat, a jako poslední jsme se chtěli dozvědět, jak dlouho začínají s přípravou pacienta před plánovaným operačním výkonem.

### ***Podkategorie Edukace pacientů***

Zajímali jsme se, zda mají sestry dostatečný časový prostor na edukaci, objednání a přípravu pacienta na operaci. Sestra S1 odpověděla, že kdyby bylo na vše více času, bylo by to jednodušší a lepší. Její odpověď zněla: *„Určitě nemáme tolik času každému vše důkladně a podrobněji vysvětlovat. Kdybychom nemusely řešit x papírů a různých vykazování na pojišťovnu, objednávání léků a mnoho dalšího, tak si myslím, že by se určitě nějaký čas našel. Ale opravdu není čas na to, každému vysvětlovat jeho operační výkon. Určitě nějaká edukace v ordinaci probíhá, ale není to, co by si každý člověk představoval. Hlavně u starších pacientů, kteří si chtějí o všem povídat, a musíte jim to vysvětlovat třeba třikrát, pak je to obtížné. Myslím si, že kdyby bylo více času na tyhle přípravy před operací, určitě by se snížilo riziko stresu. Protože takhle, když nám pacient zavolá, že potřebuje předoperační přípravu, tak to jde vše rychle. Objednáme ho na nějaký blízký termín, uděláme všemožná předoperační vyšetření a je hotovo, pacient odchází domů, s tím, že vlastně ani neví, co se teď bude dít a co všechno obnáší jeho operační výkon.“* Sestra S2 odpověděla: *„Vůbec se mi systém v dnešní době nelíbí. Všechno je tak zrychlené a uspěchané. To samé platí i u nás v ordinaci. Přejde mi hodně nepraktické dávat pacientům různé letáčky, aby si tam vše sami přečetli. Mnohdy ti starší pacienti tomu ani nerozumí a nemůžou se nikoho doma zeptat, kdo by jim to vysvětlil. Tudiž u nás v ordinaci není vůbec časový prostor na všelijaké vysvětlování pacientům. Chtělo by to se v tomhle směru zlepšit a mít více času na pacienty. Protože to kolikrát nestačí, to, co jim v rychlosti řekneme. Starší lidé by potřebovali prostor i třeba na různé dotazy a vše to projít třeba i dvakrát.“*

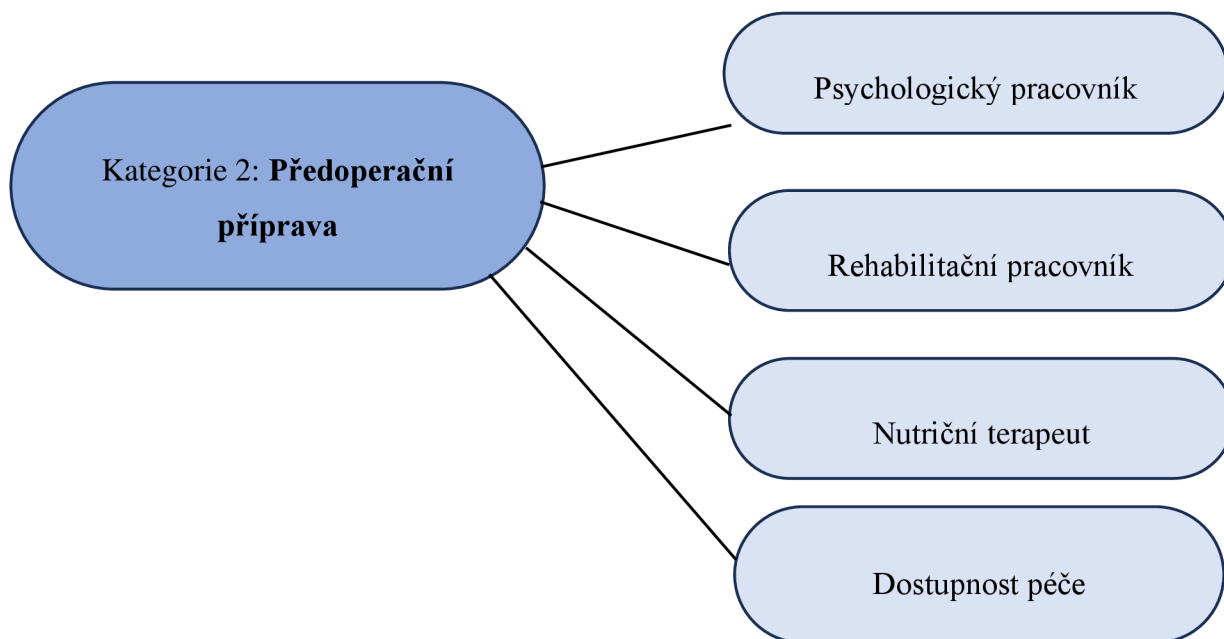
### ***Podkategorie Ochota spolupráce***

Další otázka, která nás zajímala z pohledu všeobecných sester, se týkala jejich pacientů, zda jsou schopni spolupracovat. Sestra S1 uvedla: „*Většina pacientů, musím říct, že ochotně spolupracuje, občas se také najdou nějaké výjimky, které nechtějí tohle a tohle. Ale to je jen malá skupinka. Většina našich pacientů, musím říct, že plně respektuje naše pokyny a snaží se je co nejlépe dodržovat. Se staršími pacienty je občas těžká domluva a komunikace, hůře slyší a častěji zapomínají některé věci, co jim řekneme. Ale řekla bych, že spolupráce s nimi je dobrá, snaží se respektovat pokyny paní doktorky. U mladších pacientů je spolupráce výborná, z důvodu pohyblivosti, tak z toho, že mají auto a můžou si za specialistou kamkoliv dojet.*“ Sestra S2 odpověděla: „*Nestalo se mi snad nikdy, že by pacient odmítl naši péči. Všichni jsou ochotni spolupracovat. Nemyslím si, že by někdo za ty roky, co tu pracuji, odmítl naši péči nebo naše nějaké doporučení. Jsem velmi spokojená, jak jsou pacienti ochotní a milí.*“

### ***Podkategorie Příprava pacienta na operaci***

Další otázka zněla, jak dlouho před plánovanou operací začínáte s přípravou pacienta. Odpovědi sester byly zcela identické. S2 odpověděla: „*Snažíme se začít co nejdříve, co to jde. Záleží také na tom, na jaký operační výkon zrovna pacient jde. Pokud je to větší výkon, jako například totální endoprotéza, tak začínáme přibližně čtvrt až půl roku před. U menších operačních výkonů stačí dva tři týdny před. Laboratorní vyšetření nesmí být starší 14 dnů. Snažíme se nedělat předoperační vyšetření zbytečně dopředu, aby pak výsledné hodnoty nebyly zkreslené. Doporučujeme také vhodnou úpravu stravy a zařadit více pohybu před operačním výkonem.*“ Odpověď druhé sestry S1 zněla: „*Vždycky začínáme tak, aby nám to vše dobře vyšlo a sedělo. Abychom nemuseli pacienta zbytečně odebírat, tak se snažíme vždycky alespoň týden, maximálně čtrnáct dnů před posílat laborku. U každého pacienta je příprava na operaci jiná a jinak dlouhá. Odvíjí se to vždycky od druhu operačního výkonu a schopnosti pacienta. Popřípadě doporučujeme různá kondiční cvičení, úpravu jídelníčku a vyvarovat se jakéhokoliv stresu.*“





Obr. 7: Předoperační příprava

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

### **Kategorie 2: Předoperační příprava**

Kategorie 2: Předoperační příprava je dále rozdělena na čtyři podkategorie: Psychologický pracovník, Rehabilitační pracovník, Nutriční terapeut, Dostupnost péče.

#### ***Podkategorie Psychologický pracovník***

První otázka, kterou jsme všeobecným sestřám položili, byla, jaké jsou dostupnost psychologické péče a možnosti následného objednání. Odpovědi sester se shodovaly. S1 uvedla: „V Třeboni máme pouze tři soukromé psychology. Jejich objednávací termín je velice dlouhý. Často je to v řádů týdnů, někdy dokonce i měsíců. Pokud je to možné, odesíláme pacienty tam, kde mají lepší možnosti objednání. Bohužel ale pro některé pacienty je zde velká nevýhoda. A tou je delší dojezdová doba. Nejbližší psychologové, kteří berou do dvou týdnů, jsou ve větším zastoupení v Českých Budějovicích, nebo v Jindřichově Hradci. Také zde vidím problém v penězích. Objednávání k psychologům, kteří pracují na OSVČ, je pro některé naše pacienty drahé.“ Sestra S2 sdílí stejný názor jako S1. S2 uvedla: „Dostupnost psychologické péče v našem městě není na dobré úrovni. Máme tady tři psychology, ale jejich objednávací lhůta je v řádů několika měsíců. Pokud je to možné a pacient je pojízdný, objednáváme ke specialistům do Českých Budějovic,

*Jindřichova Hradce, nebo někdy i do Veselí nad Lužnicí. S dostupnými termíny je velký problém, jelikož je o psychologického pracovníka veliký zájem v dnešní době.“*

#### ***Podkategorie Rehabilitační pracovník***

Třetí otázka směřovala na to, jaké jsou dostupnost a možnosti objednání k rehabilitačnímu pracovníkovi. K tomuto tématu se obě sestry rády vyjádřily, a to následovně. S1 odpověděla: *„K rehabilitačním pracovníkům objednáváme nejčastěji do nemocnice v Českých Budějovicích, je zde výborná péče. Co se týká možnosti objednání, tak po telefonické domluvě s nemocnicí nám vyjdou vždy vsříc. Objednávací doba se pohybuje v rozmezí dvou až tří týdnů. V Třeboni také máme rehabilitační pracovníky, ale pacienti se na nás často obracejí, že by chtěli spíš podstoupit rehabilitaci v nemocnici. Jako důvod vidím určitě vyšší finanční náklady u soukromého pracovníka.“* Sestra S2 uvedla: *„Z mého pohledu vidím v dostupnosti a možnostech pro objednávání jeden velký problém. Těžko lze sehnat rehabilitačního pracovníka. U nás v ordinaci se osvědčil postup pro objednávání do nemocnice v Českých Budějovicích, pokud mají plno a nevezmou pacienta do čtyř týdnů, tak voláme do Jindřichova Hradce. Ale většinou nám v Českých Budějovicích vyjdou vsříc a dají nejbližší termín.“*

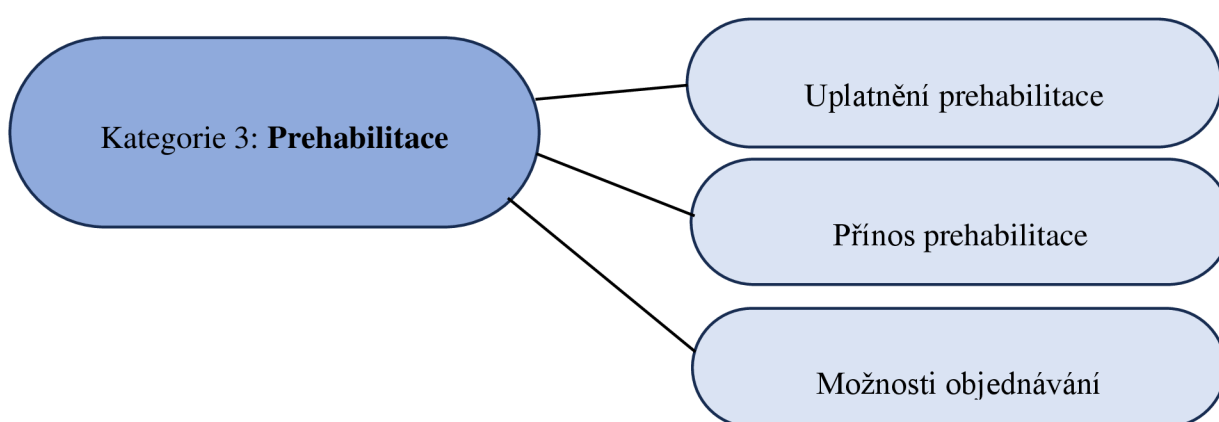
#### ***Podkategorie Nutriční terapeut***

Druhá otázka, která nás zajímala, byla, jaké jsou zde dostupnost a možnosti objednání k nutričnímu specialistovi. Odpovědi byly jednoznačné. S1 odpověděla: *„Dostupnost nutričního specialisty je nulová, v našem městě nemáme žádné specialisty, kteří se specializují v tomto oboru. Bylo by určitě potřeba, aby zde nějaký specialista ohledně výživy byl. Bohužel s tím ale my nic neuděláme.“* Odpověď, kterou nám poskytla sestra S2, byla velmi podobná. S2 se vyjádřila takto: *„K nutričním specialistům neobjednáváme. U nás v Třeboni žádní nejsou. Určitě by bylo dobré jich tu pár mít, ale bohužel nedá se nic dělat. Myslím si, že ve větším městě je tahle možnost úplně na jiné úrovni. Možnosti pro objednání jsou v Českých Budějovicích v nemocnici nebo v Jindřichově Hradci. Také si může sám pacient domluvit nutričního specialistu, ale už se zde pohybujeme ve větších financích, které si musí pacient sám uhradit.“*

#### ***Podkategorie Dostupnost péče***

Na otázku týkající se objednávání pacientů z menšího města k různým specialistům odpověděly všeobecné sestry velmi podobně. V menším městě lze těžko objednávat

pacienty. Sestra S1 uvedla: „Specialistů tady máme dost málo, a když už tu nějací jsou, tak jsou dlouhé čekací lhůty. Většinou objednáváme do větších měst, jako například Budějovice nebo Jindřichův Hradec, kam berou dříve než tady v menším městě. Dalším problémem je taky u starších pacientů auto. Starší pacienti nemají možnost, jak se dostat do vzdálenějších měst.“ Sestra S2 odpověděla: „Nejčastěji rovnou objednáváme do jiných měst, jelikož tady u nás je to zcela zbytečné a skoro bez šance. Abychom sehnaly v Třeboni všechny tři specialisty – nutričního, rehabilitačního i psychologického pracovníka –, to je snad nemožný. Nutriční specialista je tady jen jeden, a ten má plno svých klientů, tudíž my rovnou objednáváme do jiných měst.“



Obr. 8: Prehabilitace

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

### **Kategorie 3: Prehabilitace**

Kategorie 3 s názvem Prehabilitace je dále rozdělena na tři podkategorie: Uplatnění prehabilitace, Přínos prehabilitace, Možnosti objednávání.

#### ***Podkategorie Uplatnění prehabilitace***

Otázka, která nás zajímala, byla, jestli podle názorů všeobecných sester lze – a v jakém rozsahu – uplatnit koncept prehabilitace. Sestra S1 odpověděla: „Určitě si myslím, že je to dobrý nápad, tento koncept. Mělo by to velký úspěch, kdyby se zavedl koncept prehabilitace do všech ordinací praktických lékařů nebo i do nemocnic v rámci předoperační přípravy. U nás v ordinaci tento koncept lze uplatnit velmi obtížně, z důvodu nedostatečného personálu rehabilitačního týmu. Myslím si, že třeba v Budějovicích by to šlo uplatnit jednodušeji než tady u nás. U nás lze uplatnit tento

*koncept v menší míře. Pacienty objednáváme u nás v Třeboni k psychologovi, pokud je to potřeba. S rehabilitačními a nutričními pracovníky je u nás problém.“ Sestra S2 sdělila tento názor: „Koncept prehabilitace si myslím, že lze uplatnit problematicky. Nemůžeme uplatnit všechny složky u nás v menším městě z důvodu nedostatku specialistů.“*

### ***Podkategorie Přínos prehabilitace***

V této podkategorii se zaměřujeme na přínos prehabilitace. Ptali jsme se, zda vidí všeobecné sestry přínos v prehabilitaci. Obě informantky odpověděly do značné míry stejně, a to, že přínos určitě vidí a bylo by dobré rozšířit vědomosti o tomto konceptu i dále, jak směrem k veřejnosti, tak k samotným zdravotníkům. S1 uvedla: *„Samotný přínos v prehabilitaci určitě vidím, jedná se o něco nového, co tu nemáme. Kdybychom měli k dispozici všechny členy z prehabilitačního týmu, byla by práce mnohem jednodušší.“* S2 uvedla: *„Myslím si, že je to velmi dobrý nápad. Jen by to chtělo, aby se u nás tento koncept více rozšířil a mohl by nějakým způsobem začít fungovat.“*

### ***Podkategorie Možnosti objednávání***

Dále nás zajímalo, jestli do kompetencí všeobecné sestry náleží objednávání k těmto specialistům. Obě sestry se shodly na stejné odpovědi. Objednávání k těmto specialistům je možné, ale jen na základě indikace lékaře. S1 uvedla: *„Určitě by nebyl problém, kdybych objednávala pacienty k těmto specialistům, ale nejde to. Je to hlavně rozhodnutí paní doktorky, která má vše toto pod kontrolou. Bez jejího souhlasu vlastně nemůžeme nic, by se dalo říct. Jako sestry nemáme v kompetencích objednat naše pacienty k různým specialistům.“* Sestra S2 odpověděla: *„Bylo by to pro nás jednoduché, kdybychom mohly zvednout telefon, zavolat specialistům a objednat tam pacienty, kteří to potřebují. Ale bohužel bez indikace lékařky nemůžeme s tím nic udělat. Pouze doporučit pacientovi, aby si tam ve svém volnu zašel a objednal se, ale když volá pacient takhle z domova, je to vždy horší. Dávají mu dlouhé čekací termíny. Takže když bych to shrnula, tak nemůžeme sami objednat k těmto specialistům, vše až po domluvě s lékařkou. A myslím si, že je to škoda, jelikož sestra zná pacienta o něco víc než paní doktorka. Paní doktorka třeba neví jeho psychický stav, jeho strach a problémy.“*

## 5 Diskuze

Bakalářská práce s názvem „*Role sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci rehabilitace pacientů před plánovanými operačními výkony*“ má stanoveny tři cíle. Prvním z nich bylo zjistit strukturu a rozsah rehabilitace, kterou je možné indikovat z ordinace praktického lékaře. Druhým cílem bylo navrhnout složení rehabilitačního týmu a v praxi tento tým sestavit. Třetím cílem bylo prostřednictvím výše uvedených činností prověřit možnosti a kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky, které byly formulovány podle stanovených cílů. Pro výzkum byla vybrána kvalitativní metoda sbírání dat.

Na úvod byly zjišťovány identifikační údaje sester a pacientů. Výzkumný vzorek zahrnoval 10 pacientů a dvě všeobecné sestry. Od pacientů jsme zjišťovali věk a operační výkon, který je čeká. Zmiňované údaje jsou podrobně popsány v tabulce. Věk pacientů se pohyboval v rozmezí 37 až 77 let. Operační výkony se záměrně odlišovaly. Nejčastější operační výkon, který pacienti podstupovali, byla totální endoprotéza. Všeobecné sestry byly ve věku 51 a 48 let. Zde jsme zjišťovali jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe u praktického lékaře. Délka praxe se u sester se odlišovala, S1 dosáhla 27 let praxe, zatímco S2 19 let praxe u praktického lékaře. Vojtíšková (2006) uvádí, že vysoce vzdělaná a profesionální sestra, která má přehled a je spolehlivá, je ztělesněním ideálního poskytovatele zdravotní péče v ordinaci praktického lékaře. Tento jedinec je zběhlý v efektivním řešení rutinních problémů, se kterými se setká v praxi.

První výzkumná otázka zněla: „*V jakém rozsahu lze uplatnit koncept rehabilitace v ordinaci praktického lékaře?*“ Na základě výsledků výzkumného šetření vyšlo najevo, že koncept rehabilitace lze uplatnit v ordinaci praktického lékaře problematicky, a to z důvodu špatné dostupnosti specialistů a dlouhých čekacích dob. Sestra S1 uvedla, že v menším městě je problém uplatnit tento koncept z důvodu nedostatku personálu a objednávacích termínů specialistů. V Třeboni je nízký počet všech specialistů, kteří jsou potřeba k sestavení multidisciplinárního týmu. Důležité jsou zde i spolupráce a ochota pacientů v rámci konceptu rehabilitace. Sestra S2 vyjádřila tento názor: „*Koncept rehabilitace si myslím, že lze uplatnit problematicky. Nemůžeme uplatnit všechny složky u nás v menším městě z důvodu nedostatku specialistů.*“

Druhá výzkumná otázka se týkala sestavení dostatečně kvalifikovaného rehabilitačního týmu. Autoři Banugo et al. (2017) uvádí, že na poskytování intervencí spojených

s prehabilitací spolupracuje multidisciplinární tým různých lékařských odborníků, včetně chirurgů, anesteziologů, geriatrů, fyzioterapeutů, odborníků na výživu a psychologů. Všeobecné sestry se s těmito autory zcela shodly. S1 odpověděla, že na sestavení dostatečně kvalifikovaného týmu je potřeba mnoho specialistů z různých odvětví zdravotnictví. V menším městě tento tým lze sestavit velmi problematicky, vzhledem k nedostatku odborníků. S2 měla velmi podobný názor, že prehabilitační tým v ordinaci praktického lékaře v menším městě lze velmi obtížně sestavit, protože je zde nedostatek specialistů. Uvedla také, že na sestavení kvalifikačního prehabilitačního týmu je potřeba řada zkušených odborníků. Svobodník (2009) uvádí, že cíli multidisciplinárního týmu jsou zlepšení profesionálního přístupu k pacientům a usnadnění výměny informací mezi jednotlivými členy týmu. Podle mého názoru je velmi důležité sestavit kvalitní prehabilitační tým. Správné fungování multidisciplinárního zdravotnického týmu je založeno na důvěře a soudržnosti mezi jednotlivými členy. Kvalitní péče o pacienty lze dosáhnout pouze společným úsilím celého zdravotnického personálu. Bohužel v menším městě tento tým lze sestavit velmi problematicky, a to s ohledem na nízkou dostupnost specialistů. Navíc v případě malého města nezřídka narážíme na problém spojený se vzdáleností mezi jednotlivými specialisty.

Třetí výzkumná otázka, kterou jsme položili, směřovala jak k pacientům, tak i ke všeobecným sestram. Zajímalo nás, jak budou pacienti ochotni spolupracovat v procesu rehabilitace a jaký bude jejich přístup k samotnému procesu. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti jsou ochotni spolupracovat v konceptu rehabilitace. Podle mého názoru je spolupráce s pacienty nedílnou součástí jejich dalšího postupu a léčby. Čím lépe je vedena spolupráce, tím lepší je výsledek léčby, a někdy se tak zkrátí i samotný léčebný proces. Spolupráce by měla být vždy oboustranná, aby bylo dosaženo nějakého výsledku. Větší část pacientů by využila pouze některé části prehabilitační přípravy. Ostatní pacienti by z prehabilitační přípravy využili všechny její složky. Pouze P2 uvedl, že by podstoupil jen jednu část prehabilitační přípravy. P9 neví, zda by využil nutričního specialistu. Jeho odpověď zněla: „*Kdyby se mi naskytla taková možnost, tak nevím, zda bych ji využil. Vzhledem k mé velké a rozsáhlé operaci si myslím, že by to mohlo být dobré i prospěšné, ale nemám žádné problémy nebo nedostatky v této oblasti.*“ Předoperační optimalizace může být cílena prostřednictvím prehabilitačních programů, které se mohou soustředit na jednu nebo více složek (Rombey et al., 2020). Byly doloženy zlepšení kardiopulmonální zdatnosti a nižší pooperační morbidita na základě konceptu

prehabilitace. Individualizace je klíčová, pokud se jedná o programy prehabilitace, protože umožňuje optimální účinnost (Chmelo et al., 2021). Odpovědi, které jsme získali od všeobecných sester, byly zcela totožné. Velmi potěšující je fakt, že pacienti jsou ochotni spolupracovat a dodržovat různá pravidla, které jim předepíše lékař. S1 uvedla, že většina pacientů spolupracuje, ale najdou se mezi nimi i výjimky. U starších pacientů se zhoršuje sluch, zrak a dělá jim problém dojezdová dostupnost, nicméně spolupráce s nimi je na velmi dobré úrovni. U mladších pacientů nevidí žádný problém se spoluprací a ochotou. Sestra S2 odpověděla, že se jí nikdy nestalo, že by pacient nechtěl nebo odmítal péči. Uvedla také, že pacienti jsou v tomto směru velice pečliví a ochotní. Úspěch terapie závisí na postoji pacienta k prehabilitačnímu plánu. Je zásadní posoudit pacientovu ochotu a schopnost dodržet plán jako celek (Carli, 2020). Zacharová (2016) uvádí, že má-li být léčení úspěšné, vyžaduje aktivní účast pacienta i partnerský vztah mezi ním a lékařem.

Dále nás zajímalo, jak byl dobře vysvětlen pacientovi operační výkon, na který se připravuje. Větší část pacientů se shodovala na tom, že operační výkon jim byl zdravotní sestrou i lékařkou vysvětlen dobře. Pouze dva pacienti (P2 a P4) uváděli, že operační výkon jim byl vysvětlen, ovšem neměli dostatečné informace. Nespokojenost projevil P9, který uvedl, že vysvětlení operačního výkonu trvalo přibližně čtyři minuty a připadalo mu, že je na obtíž. Domnívám se, že důkladná edukace je základ všeho. Podle výzkumu Edwardse et al. (2017) je edukační složka předoperační přípravy rovněž důležitým faktorem. Studie však dodává, že tato výhoda není pozorována u jednorázových edukací. Mám za to, že správná edukace vede k očekávaným změnám a dobré spolupráci pacientů. S tímto výzkumem se neshodují dotazované všeobecné sestry. S1 uvedla, že v ordinaci praktického lékaře nemají dostatek času na to, aby důkladně vysvětlovaly operační výkony. Uvádí, že kdyby bylo více času na řádnou edukaci pacientů, určitě by se snížilo riziko stresu před operací. S2 odpověděla, že dnešní doba je zcela uspěchaná a v ordinaci není dostatečný časový prostor na řádnou edukaci pacientů.

Informantů jsme se ptali, zda vidí přínos v prehabilitační přípravě. Všichni se zcela shodli, že přínos v prehabilitační přípravě před operačním výkonem vidí. P8 doplnil, že vzhledem k jeho věku v konceptu spatřuje veliký přínos. P9 odpověděl: „*Ano, vidím přínos v této oblasti. Přijde mi škoda, že s tím nepřišel nikdo dříve, nebo spíše, že se to u nás v České republice neprovádí.*“ Tvrzení informantů podporuje i tvrzení autorů Banuga et al. (2017), kteří uvádí, že existuje technika nazývaná prehabilitace, která slouží

ke zlepšení operačního výkonu na pacientovi. Tato technika spočívá ve zvýšení funkční kapacity pacienta před samotným zákrokem a vede k lepším pooperačním výsledkům. Tato tvrzení se shodují i s tvrzením Lednického et al. (2020). Uvádí, že chirurgové a anesteziologové považují prehabilitaci za výhodnou předoperační intervenci s pozitivním výsledkem. Chmelo et al. (2021) uvádí, že v současné době neustále přibývá vědeckých poznatků o efektivní prehabilitaci. Tento obor se proto aktivně rozvíjí a získává stále větší popularitu. V některých zdravotnických zařízeních představuje prehabilitace již běžnou součástí péče poskytované pacientům před operací. Přesto vědecký výzkum stále hledá odpovědi na celou řadu otázek, které by přispěly k dalšímu rozvoji tohoto konceptu. Zaujala nás odpověď respondenta P7: *„Přínos v této možnosti před plánovanou operací určitě vidím. Jednak je tam snížení pooperačních rizik a následných druhotných onemocnění. A také rychlejší návrat z nemocnice domů. Je to přínos i pro samotnou nemocnici, jelikož pacient nebude dlouhou dobu zabírat lůžko a sníží se i jeho náklady, které platí nemocnice.“* Myslím si, že přínos prehabilitační přípravy by měl velký dosah. Prehabilitace sama o sobě je v České republice zcela novým pojmem. Molenaar et al. (2019) uvádí, že by měl koncept prehabilitace před operací zvýšit funkční kapacitu pacientů, což by mělo vést k rychlejšímu obnovení jejich normální funkční kapacity po zákroku. Jako názorný příklad může posloužit odpověď P5: *„Přínos určitě vidím. Troufám si říct, že by tato možnost před každou operací bez ohledu na věkovou kategorii pacienta byla vhodná. Bylo by zde i určité snížení stresu způsobeného z hospitalizace v nemocnici. Zlepšila by se určitě kondice a rychlejší návrat domů.“* Mezi přínosy prehabilitace patří zkrácení doby hospitalizace, snížení pooperační bolesti a omezení výskytu pooperačních komplikací. Je však třeba poznamenat, že dostupné důkazy jsou omezené (Banugo et al., 2017). S tímto tvrzením se shoduje většina našich informantů. Banugo et al. (2017) uvádí, že k dosažení optimálních výsledků jsou zapotřebí rozsáhlé vysoce kvalitní studie. Myslím si, že dobře provedená prehabilitace by jistě byla přínosem pro pacienty před plánovanými operačními výkony, a v neposlední řadě i pro zdravotnická zařízení z důvodu snížení výskytu pooperačních komplikací i zkrácení doby hospitalizace.

Čtvrtá výzkumná otázka, jež směřovala na všeobecné sestry, se týkala jejich aktuálních kompetencí. Ptali jsme se na to, zda je všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře schopna v rámci svých aktuálních kompetencí efektivně koordinovat proces prehabilitace. Vörösová et al. (2015) uvádí, že kompetence sester jsou základem pro



reflexní klinické uvažování, ošetrovatelskou diagnostiku a algoritmus diagnostického procesu v rámci ošetrovatelství, které je založeno na důkazech. Podle mého názoru nemůže sestra koordinovat proces prehabilitace, a to z důvodu aktuálních kompetencí všeobecných sester. Všeobecná sestra nemůže objednávat a posílat pacienty k různým specialistům bez indikace lékaře. Odpovědi všeobecných sester byly jednoznačné. S1 odpověděla: „*Určitě by nebyl problém, kdybych objednávala pacienty k těmto specialistům, ale nejde to. Je to hlavně rozhodnutí paní doktorky, která má vše toto pod kontrolou. Bez jejího souhlasu vlastně nemůžeme nic, by se dalo říct. Jako sestry nemáme v kompetencích objednávat naše pacienty k různým specialistům.*“ Nelze koordinovat proces prehabilitace podle aktuálních kompetencí všeobecné sestry. Podle Hartla a Hartlové (2010) se kompetence týká souboru kvalifikací, schopností a vlastností nezbytných pro konkrétní obor nebo činnost. Vojtíšková (2006) tvrdí, že každá kvalitní všeobecná sestra, která spolupracuje s lékařem po delší dobu, logicky usiluje o zvyšování svých kompetencí v ordinaci. Moudrý praktický lékař podporuje profesní rozvoj své všeobecné sestry a takovýto rozvoj jí umožňuje.

## 6 Závěr

Bakalářská práce s názvem „Role sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci rehabilitace pacientů před plánovanými operačními výkony“ měla stanovené tři cíle. Prvním bylo zjistit strukturu a rozsah rehabilitace, kterou je možné indikovat z ordinace praktického lékaře. Druhým cílem bylo navrhnout složení rehabilitačního týmu a v praxi tento tým sestavit. Třetím cílem bylo prostřednictvím výše uvedených činností prověřit možnosti a kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. K dosažení cílů byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky, zaměřené na pacienty i všeobecné sestry.

První výzkumná otázka se zaměřovala na to, v jakém rozsahu lze uplatnit koncept rehabilitace v ordinaci praktického lékaře. Z výzkumu vyplynulo, že koncept rehabilitace v ordinaci praktického lékaře lze uplatnit jen s velkými obtížemi. V menším městě je nedostatek potřebných specialistů. V ordinaci praktického lékaře je i nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu, který by mohl řídit celý proces rehabilitace. Vyskytuje se zde i nedostatečná kapacita smluvních zdravotnických zařízení a poskytovatelů.

Druhá výzkumná otázka zněla: Lze v menším městě sestavit dostatečně kvalifikovaný rehabilitační tým? Výsledky ukázaly, že je velmi problematické sestavit v menším městě rehabilitační tým, a to z důvodu nedostatku specialistů v menším městě.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na to, do jaké míry budou pacienti ochotni spolupracovat v procesu rehabilitace, a také jaký bude jejich přístup k procesu. Z rozhovorů bylo zjištěno, že pacienti jsou ochotni v procesu rehabilitace spolupracovat. Někteří z nich by využili jen určité části rehabilitační přípravy, a jiní zase všechny.

Poslední výzkumná otázka byla zaměřena na to, zda je všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře schopna v rámci svých aktuálních kompetencí efektivně koordinovat proces rehabilitace. Zjistili jsme, že kompetence všeobecné sestry v rámci rehabilitace jí ve shodě se stávající legislativou neumožňují efektivně koordinovat celý proces rehabilitace z ordinace praktického lékaře. Všeobecná sestra by byla schopna v ordinaci praktického lékaře proces efektivně koordinovat, pokud by jí to kompetence umožnily.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako výzva ke stanovení postupů k efektivnímu procesu prehabilitace a vést k zamyšlení nad kompetencemi všeobecných sester ve stávající legislativě.

## 7 Seznam použité literatury

- ADAMOVIČ, Z., 2019. Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře. *Medicina pro praxi* [online]. 16(4), 277–279 [cit. 2022-01-11]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: [https://www.solen.cz/artkey/med201904-0015\\_predoperacni\\_priprava\\_v\\_onkochirurgii\\_8211\\_eras\\_doporuceni\\_v\\_ambulanci\\_praktickeho\\_lekare.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dkortikoidy%26sfrom%3D120%26spage%3D30](https://www.solen.cz/artkey/med201904-0015_predoperacni_priprava_v_onkochirurgii_8211_eras_doporuceni_v_ambulanci_praktickeho_lekare.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dkortikoidy%26sfrom%3D120%26spage%3D30)
- BANUGO, P. et al., 2017. Prehabilitation. *BJA Education*. 17(12), 401–405, doi: 10.1093/bjaed/mkx032.
- BLAŽEK, M. et al., 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Internal Medicine for Practice* [online]. 14(11), 422–428 [cit. 2023-04-20]. ISSN 2721-544X. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/en/artkey/int-201211-0006.php>
- BÝMA, S. et al., 2023. Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství 2018. *Svl.cz* [online]. © 2023 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: [www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/](http://www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/)
- CARLI, F., 2020. Prehabilitation for the Anesthesiologist. *Anesthesiology* [online]. 133(3), 645–652 [cit. 2023-01-27]. DOI: 10.1097/ALN.0000000000003331. Dostupné z: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/133/3/645/108226/Prehabilitationfor-the-Anesthesiologist>
- CARLI, Francesco a Celena SCHEEDE-BERGDAHL, 2015. Prehabilitation to Enhance Perioperative Care. *Anesthesiology Clinics* [online]. 33(1), 1-18 [cit. 2021-01-27]. Dostupné z: doi:10.1016/j.anclin.2014.11.002
- COUFALOVÁ, J. et al., 2015. *Totální endoprotéza kolenního kloubu: Standard fyzioterapie doporučený UNIFY ČR* [online]. Praha: UNIFY ČR [cit. 2023-01-27]. Dostupné také z: <http://www.unify-cr.cz/obrazky-soubory/4-1-5-rtf-51818.pdf?redir>
- ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3996-3.
- DOSBABA, F. et al., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.

- DURRAND, J. et al., 2019. Prehabilitation. *Clinical medicine* [online]. 19(6), 458–464 [cit. 2023-02-21]. ISSN 1473-4893. Dostupné z: <https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/19/6/458>
- DUŠKOVÁ, M. et al., 2009. *Úvod do chirurgie: učební text pro studenty 3. LF UK*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Klinika plastické chirurgie 3. LF a FNKV. ISBN 978-80-254-4656-0.
- EDWARDS, K. et al., 2017. Preoperative Education for Hip and Knee Replacement: Never Stop Learning. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 10(31), 356–364, doi: 10.1007/s12178-017-9417-4.
- FUNNELL, R. et al., 2009. *Tabbner's Nursing Care. Theory and Practice*. 5th ed. Saint Louise: Elsevier. ISBN 9-780-7295-3857-2.
- GESENHUES, S., ZIESCHÉ, R., 2006. *Vademecum lékaře. Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-444-X.
- GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024718682.
- GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027104611.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HOLČÍK, J. et al., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-575-4.
- HOLEŠOVSKÝ, J., 2020. Jaké metody rehabilitace pomáhají od bolesti kloubů? In: *Ulekare.cz* [online]. 19. 5. 2020 [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: <https://www.ulekare.cz/clanek/jake-metody-rehabilitace-pomahaji-od-bolesti-kloubu-424201>
- HYTYCH, V. et al., 2013. *Minimum z plicní chirurgie: krok za krokem*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-347-3.

CHMELO, J. et al., 2021. Prehabilitation, improving postoperative outcomes. Prehabilitace, cesta ke zlepšení pooperačních výsledků. *Rozhledy v chirurgii*. 100(9), 421–428, doi: 10.33699/PIS.2021.100.9.421-428.

JANDOUREK, J., 2007. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0.

JANÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978–80-247-4412-4.

JANÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4412-4.

JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5093-4.

JENSEN, B., 2019. The role of the nursing manager in ERAS pathways; Nurses will play an important part in future integrated prehabilitation programmes. In: *Congress News* [online]. 18. 3. 2019 [cit. 2023–02-19]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/333339639\\_The\\_role\\_of\\_the\\_nursing\\_manager\\_in\\_ERAS\\_pathways\\_Nurses\\_will\\_play\\_an\\_important\\_part\\_in\\_future\\_integrated\\_prehabilitation\\_programmes/citations](https://www.researchgate.net/publication/333339639_The_role_of_the_nursing_manager_in_ERAS_pathways_Nurses_will_play_an_important_part_in_future_integrated_prehabilitation_programmes/citations)

JOBÁNKOVÁ, M., 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, ISBN 80-7013-390-2.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.

KELNAROVÁ, J. et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník - 2. díl*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978–80-247-5330-0.

KNOP, K., 1999. *Lázeňství, ekonomika a management*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-717-6.

- KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KONOPÁSEK, B. et al., 2004. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-287-0.
- KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4422-3.
- KOTÍK, L., 2019. *Předoperační vyšetření dospělých*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: ISBN 978-80-204-5104-0.
- KOVÁŘ, P., 2020. Předoperační rehabilitace před výměnou kloubů urychluje rekonvalescenci. In: *I-senior.cz* [online]. 17. 1. 2020 [cit. 2023-02-20]. Dostupné také z: <https://www.i-senior.cz/predoperacni-rehabilitace-pred-vymenou-kloubu-urychluje-rekonvalescenci>
- KŘÍŽOVÁ, J. et al., 2019. *Enterální a parenterální výživa*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5009-8.
- KŘÍŽOVÁ, J., 2014. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3326-8.
- KUBÍČEK, M., 2017. *TEP kolenního kloubu – léčebně rehabilitační postupy před a po operaci, lázeňská léčba. Léčebná rehabilitace v ortopedii a revmatologii*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496–312-4.
- LEDNICKÝ, Š. et al., 2020. Prehabilitace. *Česká gynekologie* [online]. 85(5), 352–356 [cit. 2023-04-20]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2020-5-9/prehabilitace-124829>
- MAGUROVÁ, D. et al., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.
- MAZÚR, A. et al., 2021. Prehabilitation in surgery – narrative review. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 32(3), 136–141, doi: 10.36290/aim.2021.023

MCCARTHY, G. et al., 2012. Practice nurses and general practitioners: perspectives on the role and future development of practice nursing in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*. 21(15-16), 2286–2295, doi: 10.1111/j.1365–2702.2012.04148.x

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2016. *Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2023-05-01]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučeny\\_postup\\_c.1-2016\\_na\\_podporu\\_realizace\\_prostupneho\\_systemu\\_socialni\\_a\\_pracovni\\_rehabili.pdf/5ee51e78-e010-8495-1bd2-d9cc9108d072](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučeny_postup_c.1-2016_na_podporu_realizace_prostupneho_systemu_socialni_a_pracovni_rehabili.pdf/5ee51e78-e010-8495-1bd2-d9cc9108d072)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR A ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2023. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2023-07-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2015. *Platný indikační seznam pro lázeňskou péči: Materiál k aplikaci zákonné úpravy v oblasti poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9952/22314/Materi%C3%A1l%20k%20aplikaci%20z%C3%A1k.%20%C3%BApr.%20v%20oblasti%20poskytov%C3%A1n%C3%AD%20LLRP.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Novela vyhlášky o činnostech přináší sestřám vyšší kompetence. In: *Mzcr.cz* [online]. 12. 2. 2023 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novelavyhlasky-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence/>

MISCONIOVÁ, B., 1998. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra*. Praha: NCDP ČR.

MOLENAAR, CH., J., L., PAPAN-BOTTERHUIS N., E., HERRLE, F., SLOOTER, G., D., 2019. Prehabilitation, making patients fit for surgery – a new frontier in perioperative care [online]. *Innovative Surgical Sciences*. [cit. 2020-04-01] 4. (4). 132-138 s. Dostupné z: <https://www.degruyter.com/view/journals/iss/4/4/article-p132.xml>

MZČR A ÚZIS, 2023. Všeobecné praktické lékařství. *Nzip.cz* [online]. © 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/111>



NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4449-0.

NELSON, G. et al., 2016. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations — Part I. *Gynecologic Oncology*. 140(2), 313–322, doi: 10.1016/j.ygyno.2015.11.015.

NICHOLLS, A. et al., 2006. *Perioperative medicine: managing surgical patients with medical problems*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780199211739.

PAK. Vzdělávání sester: aktuální situace v kostce. In: *Prosestru.cz* [online]. 7. 1. 2019 [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/novinky/vzdelavani-sester-aktualni-situace-v-kostce-106920>

PIRSCHER, C., 2016. The Power of Prehabilitation. In: *Voice.ons.org* [online]. 3. 5. 2016 [cit. 2022-5-1]. Dostupné z: [https://voice.ons.org/news-and-views/the-power-of-prehabilitation?fbclid=IwAR10G7vwE65mySPtcDnwQc68rbBOXRINcvzjP19t45J7kK9w1\\_OZkMVds-E](https://voice.ons.org/news-and-views/the-power-of-prehabilitation?fbclid=IwAR10G7vwE65mySPtcDnwQc68rbBOXRINcvzjP19t45J7kK9w1_OZkMVds-E)

PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0888-6.

PODŠKUBA, A. et al., 2014. *Ortopedie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4357-8.

POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství. 3.*, dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978–80-7013-524-2.

PRAŽSKÝ, B., 2013 Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu. In: *Zdravi.euro.cz* [online]. 4. 10. 2013 [cit. 2022-21-02]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/pece-o-pacienta-pred-tep-a-po-tep-kycelniho-kloubu/>

RIEGER, Z. et al., 1996. *Ostrov rodiny: Integrovaný přístup pro práci s rodinou: příručka pro odborníky*. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-901773-8-7.

ROMBEY, T., ECKHARDT, H., QUENTIN, W., 2020. Cost-effectiveness of prehabilitation prior to elective surgery compared to usual preoperative care: protocol for

a systematic review of economic evaluation. *BMJ Open*. 10(12), 1–8, doi:10.1136/bmjopen2020-040262

SKALICKÁ, H., 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024710792.

SLÁDKOVÁ, P., 2021. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4986-3.

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3129-2.

SVOBODNÍK, P., 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-986.

ŠERCLOVÁ, Z., 2015. Guidelines of surgical treatment of patients with inflammatory bowel diseases – part 1: pre-operative preparation. *Gastroenterologie a Hepatologie*. 69(1), 12–24, doi: 10.14735/amgh201512

ŠVÁB, J. et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2604-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 8024712628.

VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4732-3.

VOJTÍŠKOVÁ, J., 2006. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro praxi*. 6(2), 94–96. ISSN 1803-5256.

VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0.

VOTAVA, J., 2003. *Ucelená Rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.

VOTAVOVÁ, M., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

Vyhláška č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, 2022. MZČR [online]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novelavyhlasky-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence>

VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3419-4.

WIECHULA, R. et al., 2016. Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*. 72(4), 723–734, doi: 10.1111/jan.12862.

WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1714-X.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.

Zákon č. 96/2004 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). In: Sbíрка zákonů České republiky [online]. 2004, částka 30 [cit. 2022-12-06]. Dostupné také z: [www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96](http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96)

ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovateľstvo – teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3304-2.

## **8 Seznam tabulek a obrázků**

Obr. 1: Operační výkon .....	35
Obr. 2: Nutriční stav .....	37
Obr. 3: Psychologický stav .....	38
Obr. 4: Rehabilitace .....	41
Obr. 5: Prehabilitace .....	43
Obr. 6: Operační výkon .....	46
Obr. 7: Předoperační příprava.....	49
Obr. 8: Prehabilitace .....	51
Tab. 1: Identifikační údaje informantů – pacientů.....	33
Tab. 2: Identifikační údaje informantů – všeobecné sestry .....	34

## **9 Seznam příloh**

Příloha 1: Seznam otázek k rozhovoru s pacienty

Příloha 2: Seznam otázek k rozhovoru se sestrami

## **Příloha 1**

### Seznam otázek k rozhovoru s pacienty

1. Jak dobře Vám byl vysvětlen operační výkon?
2. Jak jste pochopili svůj operační výkon?
3. Souhlasil/a byste s návštěvou nutričního specialisty?
4. Uvítali byste možnost návštěvy psychologického pracovníka?
5. Máte nějaké negativní zkušenosti se zdravotní péčí?
6. Souhlasil/a byste s návštěvou rehabilitačního terapeuta?
7. Slyšel/a jste o konceptu prehabilitace? A rozumíte jeho významu?
8. Vidíte přínos v prehabilitační přípravě?
9. Využili byste všechny složky prehabilitační přípravy, nebo jen některé části?

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

## **Příloha 2**

Seznam otázek k rozhovoru se všeobecnými sestrami

1. Máte v ordinaci praktického lékaře dostatečný prostor na edukaci, objednání a samotnou přípravu pacienta na operaci?
2. Jsou pacienti schopni spolupráce?
3. Jak dlouho před plánovanou operací začínáte s přípravou pacienta?
4. Jaká je dostupnost psychologické péče a možnosti následného objednání?
6. Jaká je dostupnost rehabilitačního pracovníka a možnosti následného objednání?
5. Jaká je dostupnost nutričního terapeuta a možnosti následného objednání?
6. Jaká je dostupnost objednávání k těmto specialistům v menším městě?
9. Lze podle Vašeho názoru a v jakém rozsahu uplatnit koncept prehabilitace?
10. Vidíte nějaký přínos v prehabilitační přípravě pacienta?
11. Je ve Vašich kompetencích objednávání k těmto specialistům?

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

## **10 Seznam zkratek**

DiS. – diplomovaný specialista

EKG – elektrokardiografie

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery, soubor multimodálních postupů zahrnující multidisciplinární přístup k pacientovi v celém perioperačním období

i. m. – intramuskulární

s. c. - subkutánní

TEP – totální endoprotéza