



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 2.5.2023

.....

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

Prehabilitace je moderní koncept koordinované přípravy pacienta na zatěžující lékařský zákrok. Cílem je zlepšit compliance pacienta se zákrokem samotným, snížit riziko pooperačních komplikací a zkrátit dobu rekonvalescence. Prehabilitace tradičně probíhá ve čtyřech doménách: zlepšení zdravotního stavu, fyzická, nutriční a psychologická podpora. Z hlediska holistického přístupu k pacientovi je k nim možno přiřadit ještě doménu pracovní a sociální.

Na příkladech 10 pacientů jsem se pokusila zjistit, jakou úlohu by v prehabilitaci pacientů připravovaných na elektivní chirurgický zákrok mohla sehrávat sestra v ordinaci praktického lékaře a zda by v rozsahu svých současných kompetencí mohla hrát právě roli koordinátorky procesu prehabilitace.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že koncept prehabilitace lze v ordinaci praktického lékaře uplatnit, ale s dostatečným předstihem. Operační výkon musí být plánovaný, aby byl dostatek času na sestavení prehabilitačního týmu. V menším městě lze koncept prehabilitace sestavit problematicky z důvodu nedostupnosti specialistů. Dále bylo také zjištěno, že pacienti jsou schopni řádně a pečlivě spolupracovat v tomto konceptu. Jejich přístup nás mile překvapil. Dále jsme zjistili, že sestra v ordinaci praktického lékaře není dle svých aktuálních kompetencí schopna sama řídit celý proces prehabilitační přípravy. Vše musí být indikováno lékařem.

Klíčová slova:

Ordinace; Pacient; Plánovaný operační výkon; Praktický lékař; Prehabilitace; Prehabilitační tým; Předoperační vyšetření; Úloha zdravotní sestry

The role of the nurse in the general practitioner's office in coordinating the prehabilitation of patients before planned surgical procedures

Abstract

Prehabilitation is a modern concept of coordinated preparation of a patient for a burdensome medical intervention. The aim is to improve the patient's compliance with the procedure itself, reduce the risk of postoperative complications and shorten the recovery period. Prehabilitation traditionally takes place in four domains: health improvement, physical, nutritional and psychological support. In terms of a holistic approach to the patient, the occupational and social domains can be added.

Prehabilitation is a multidisciplinary concept and as such requires planning to coordinate the whole process. Using the examples of 10 patients, I tried to find out what role a nurse in a general practitioner's office could play in prehabilitation of patients prepared for elective surgery and whether she could play the role of coordinator of the prehabilitation process within the scope of her current competences.

The results showed that the concept of prehabilitation can be applied in the GP's office, but with sufficient advance notice. The surgical procedure must be planned to allow sufficient time to assemble the prehabilitation team. In a smaller city, the prehabilitation concept can be difficult to set up because of the unavailability of specialists. It was also found that patients are able to cooperate properly and carefully in this concept. We were pleasantly surprised by their attitude. Furthermore, we found that the nurse in the GP's office is not able to manage the whole prehabilitation process by herself according to her current competencies. Everything has to be indicated by the doctor.

Key words

Clinic; Patient; Planned surgery; General practitioner; Prehabilitation; Prehabilitation team; Preoperative examination; Role of the nurse

Obsah

ÚVOD.....	11
1 PREHABILITACE	12
1.1. DEFINICE PREHABILITACE	12
1.2. VÝVOJ A HISTORIE KONCEPTU PREHABILITACE	13
1.3. SOUČASNÝ STAV PREHABILITACE.....	14
1.4. CHIRURGIE A PREHABILITACE	14
1.5. DOMÉNY PREHABILITACE.....	15
1.5.1. Lékařská intervence	15
1.5.2. Nutriční podpora	15
1.5.2.1. Výživa chirurgického pacienta.....	17
1.5.3. Psychologická podpora	18
1.5.4. Fyzioterapeutická intervence	18
1.5.5. Pracovní problematika a prehabilitace.....	18
1.6. PREHABILITAČNÍ TÝM	19
1.7. ROLE SESTRY	19
1.7.1. Současná role sestry v ordinaci praktického lékaře	19
1.7.2. Kompetence sestry v ordinaci praktického lékaře	21
1.7.3. Význam edukace a komunikace sestry v ordinaci praktického lékaře	22
1.8. PRIMÁRNÍ PÉČE	24
1.9. CHIRURGICKÁ LÉČBA	24
1.9.1. Předoperační příprava	24

1.9.2.	Pooperační péče	26
1.9.3.	Možnosti rehabilitace.....	26
1.9.4.	Edukace pacienta	27
1.10.	MOŽNOSTI POOPERAČNÍ REHABILITACE	28
1.10.1.	Následná pooperační péče	28
1.10.2.	Domácí ošetrovatelská péče.....	28
1.10.3.	Lázeňská léčba.....	29
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1.	CÍLE PRÁCE	30
2.2.	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
3	METODIKA.....	31
3.1.	POUŽITÉ METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	31
3.2.	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	31
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
4.1.	KAZUISTIKY A ROZHOVORY S PACIENTY	34
4.1.1.	Kazuistika 1	34
4.1.2.	Kazuistika 2	35
4.1.3.	Kazuistika 3	36
4.1.4.	Kazuistika 4	37
4.1.5.	Kazuistika 5	38
4.1.6.	Kazuistika 6	39
4.1.7.	Kazuistika 7	39
4.1.8.	Kazuistika 8	40

4.1.9. Kazuistika 9	41
4.1.10. Kazuistika 10	42
4.2. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ U SESTER.....	51
5 DISKUZE	57
6 ZÁVĚR.....	62
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
8 SEZNAM PŘÍLOH	70
9 SEZNAM ZKRATEK	71
10 SEZNAM OBRÁZKŮ	72

Úvod

V chirurgických oborech se intenzivně prosazuje koncept prehabilitace. Prehabilitace 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 o tomto konceptu 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 nebo 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 záležitostí multioborovou. 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

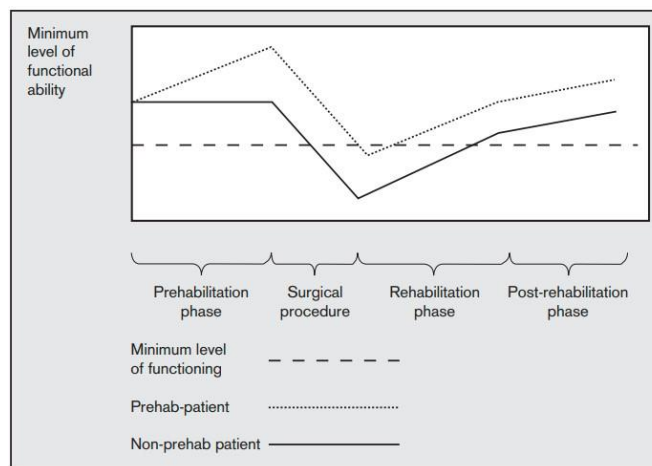
Prehabilitace je soubor intervencí, jejichž cílem je zvýšení odolnosti a funkční kapacity pacienta před náročným zákrokem, jako je operace, a to s cílem zlepšit průběh perioperačního i pooperačního období (Lednický et al., 2020).

Mezi klasické domény prehabilitace se vztahují fyzický trénink, nutriční podpora, psychologická podpora a lékařská optimalizace. Cílem fyzioterapie je snaha o zlepšení funkční schopnosti a odolnosti pacienta, což v konečném důsledku vede ke zkrácení hospitalizace a snížení pooperační imobility (Lednický et al., 2020). Nutriční podpora si dává za cíl zlepšit nutriční stav pacienta tak, aby byl připraven na nadcházející operační výkon (Carli, 2015). Psychologická podpora si klade za cíl zmírnění stresu a úzkosti spojené s blížící se operací a následnou rekonvalescencí. Alternativně se může také zaměřit na povzbuzení pacienta, aby dodržoval nutriční a fyzické protokoly předoperační přípravy (Banugo, 2017). Za cíl lékařské optimalizace se považuje odvykání kouření, snížení příjmu alkoholu a optimalizace hmotnosti (Banugo, 2017).

Mezi nové domény prehabilitace můžeme zařadit i pracovní a sociální doménu. Pracovní doména by měla posoudit pracovní potencial pacienta, aby poté došlo k dobrému budoucímu pracovnímu začlenění (Sládková, 2021). Cíle sociální prehabilitace se soustředí především na snížení invalidity a dosažení maximálně možné samostatnosti a soběstačnosti (Votava, 2003).

V současné době se prosazuje povědomí o myšlence prehabilitace versus rehabilitace. Koncept ERAS nyní rozšiřuje svou roli i na prehabilitační intervence. 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. Tyto intervence 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).

Model, který je znázorněn na obrázku č. 1 ilustruje prehabilitační strategii



Obrázek č. 1: Teoretický model prehabilitace (Carli, 2020)

1.2. Vývoj a historie konceptu prehabilitace

Prehabilitace jako koncept sahá až do roku 1946, kdy článek dokumentoval pozoruhodnou fyzickou a duševní proměnu britských mužů odvedených do druhé světové války. Jejich příčinou špatného stavu byla chudoba, nestandardní životní úroveň a nevzdělanost. Tito muži byli podrobeni dvouměsíčnímu vzdělávacímu programu zacílenému na problematiku nutričního a fyzického stavu. Více než 85 % mužů dosáhlo pozitivní změny. Tento článek posloužil jako první doložený poznatek o prehabilitaci (Banugo, 2017; Carli, 2020).

Další psané poznatky o prehabilitaci se začaly znovu objevovat teprve až v 80. letech 20. století, které pocházely z oblasti sportovců a sloužily především, jako podpora prevence před zraněním (Banugo, 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 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, 2017).

1.3. Současný stav prehabilitace

V poslední době zaznamenává prudký nárůst počtu výzkumných studií a obecného zájmu o prehabilitační péči. To vedlo ke zkoumání jeho účinnosti při ortopedických, hrudních a onkologických zákrocích. Většina těchto studií přinesla pozitivní výsledky, zdůrazňující zlepšení fyzických funkcí, snížení pooperačních komplikací, minimalizaci bolesti a zkrácení doby hospitalizace (Banugo, 2017). Předoperační rehabilitace si získává pozornost i na některých odděleních České republiky (Kovář, 2020).

1.4. Chirurgie a prehabilitace

Obecná chirurgie prošla v průběhu let mnoha významnými změnami. Tyto změny směřují ke zlepšení pooperačních výsledků, pomocí zavedení ERAS programů (Chmelo et al., 2021). Početnou morbiditou je trvale zatížená veškerá linie operačních zákroků. Do předoperační fáze se v poslední době začíná prosazovat snaha o zlepšení pooperační morbidity a mortality (Chmelo et al., 2021). Koncept prehabilitace je definován jako intervence, které zlepšují funkční kapacitu před nastávajícím fyziologickým zatížením. Fyzická kondice, ale i jednotlivé orgány jsou vystaveny vysokému stresu kvůli operačnímu výkonu. Pokud není pacient v dobré fyzické kondici mohou nastat pooperační komplikace, které prodlužují délku hospitalizace, snižují pooperační kvalitu života, snižují délku života a mohou vést až ke zvýšení finančních nákladů zdravotní starostlivosti (Chmelo et al., 2021).

Prehabilitace označuje řadu intervencí navržených ke zvýšení odolnosti a funkčních schopností pacienta před absolvováním známé stresující události, jako je operace. Tento přístup má za cíl zlepšit výsledky v perioperačním a pooperačním období (Lednický et al., 2020). Mezi pilíře prehabilitačního programu můžeme kromě fyzikální terapie a kondičních intervencí zahrnout také nutriční intervenci, lékařskou optimalizaci a optimalizaci psychického stavu pacienta (Banugo, 2017). Předoperační rehabilitaci se na některých odděleních začínají věnovat i v České republice (Kovář, 2020).

Období mezi diagnózou a operací je vhodnou dobou 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 standardních předoperačních vyšetření musí program péče zahrnovat léčbu anémie, regulaci hladiny glukózy v krvi a optimální farmakologickou léčbu (Banugo, 2017).

Před operací je důležité vynechání kouření a alkoholu. Pokud má pacient pravidelný příjem alkoholu, je zde větší riziko pooperačních komplikací jako je syndrom odnětí a infekční choroby. V oblasti kouření by měl pacient vynechat cigarety 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, 2017). Odřít si alkohol po dobu čtyř týdnů před operací snižuje riziko pooperačních komplikací (Banugo, 2017). Poškození jater vzniká v případě nadměrného příjmu alkoholu, což může vést během chirurgického výkonu k těžkému krvácení a také může způsobit pokles nebo vzestup hladin, které se používají při celkové anestezii. Konzumace alkoholu by se neměla vyloučit ze dne na den, ale dávky by se měly snižovat postupně, aby nedošlo například k vychýlení krevního tlaku, srdečního rytmu nebo i k horečce (Dušková et al., 2009).

1.5.2. Nutriční podpora

Mezi nezbytnou základní potřebu člověka řadíme výživu, která je nepostradatelná součást komplexní péče o pacienta. Výživa je velmi podstatná, jelikož dodává tělu energii a všechny potřebné látky pro správné fungování organismu. Napomáhá růstu a vývoji tkání v organismu a stará se o duševní a fyzické zdraví. Pokud je pacient v dobrém nutričním stavu je jeho léčba daleko úspěšnější, kratší i levnější, než kdyby trpěl malnutricí (Křížová et al., 2014). Do prehabilitačních programů by měla být zahrnuta nutriční podpora (Chmelo et al., 2021).

Primárním cílem nutriční prehabilitace je určit jedince, kteří se potýkají s podvýživou. Tento rozhodující faktor může vést k vyšší intra a pooperační morbiditě pacientů. Hodnocení BMI a skórovací systémy jsou nejčastěji používanými mechanismy k určení podvýživy (Lednický et al., 2020). Koncept prehabilitace má za cíl zvýšit předoperační zásoby výživy a navodit anabolismus. To je zásadní, protože stres v podobě operace může v těle vyvolat značný katabolický stav (Chmelo et al., 2021).

Nízký nebo vysoký příjem výživy s sebou nese určité následky a potíže. Nízký příjem výživy může být příčinou svalové atrofie, deprese či apatií. Také se zvyšuje riziko vzniku dekubitů a srdečního selhávání. Pacient nemá žádnou svalovou sílu a velmi rychle se snižuje imunita. Nízký příjem výživy způsobuje delší hojení ran. Opačný případ je nadměrná výživa, která může s sebou přinést vznik obezity, hypertenzi, bolesti kloubů, zvýšenou hladinu cholesterolu a tuků v krvi, či se může zjistit diabetes mellitus II. typu (Vytejková et al., 2011). U předoperační výživy by cílem podpory měla být úprava a optimalizace dietních potřeb, zaručení dostatečné denní spotřeby bílkovin mezi 1,5-2,0 g/kg/ den a zároveň podpora fyzického cvičení (Durrand et al, 2019).

Enterální výživou se rozumí podávání nutričních přípravků s léčebnými účinky do trávicího traktu. Lze ji považovat za preferovanou formu přirozené nutriční podpory. V současné době je cenově dostupnější než jiné formy a není náročná na přípravu a podávání. Nejjednodušší je samozřejmě výživa per os, ale pacient musí umět polykat. Pokud nemůže, výživa je dodávána sondou do žaludku nebo střev. Přístup k enterální výživě zasahuje do všech oblastí medicíny (Křížová et al., 2019). Sipping je indikován u pacientů s lehkou malnutricí. Tento způsob přípravy je nejlevnější a nejjednodušší, ve srovnání s nutričními nápoji (Šerclová et al., 2015).

Parenterální výživa je způsob dodávání živin přímo do cévního systému (tedy mimo trávicí trakt). Proto se v současné době parenterální výživa používá pouze v případech, kdy enterální výživu nelze adekvátně, nebo vůbec použít pro dysfunkci trávicího traktu. Vhodné také pro případy, kdy zavedení střeva není technicky možné, např. u pacientů s těžkým traumatem nebo popáleninami obličeje. V případě potřeby oba nutriční přístupy kombinujeme. Parenterální výživu lze podávat do periferní nebo centrální žíly. Existuje také orgánově specifická a imunomodulační parenterální výživa, která svým složením aktivně modifikuje průběh onemocnění. Nejčastější indikace k parenterální výživě jsou: syndrom krátkého střeva, střevní obstrukce, střevní píštěl, střevní striktury, stavy

po operacích tlustého střeva, akutní pankreatitida, nespecifické střevní záněty, postradiační enterokolitida, poruchy trávení, malabsorpce, těžký průjem nebo zvracení nebo kritické onemocnění s gastrointestinální dysfunkcí (Křížová et al., 2019).

Pacienti, kteří se podotýkají s křehkostí, se sarkopenií anebo ti, kteří trpí malnutricí, tak je vhodné zařadit prehabilitaci do předoperačního programu (Carli, 2020). 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 měla být zachována a měla by být cílem nutriční předoperační péče (Carli, 2020). Pokud je správně nastavena předoperační nutriční terapie dochází ke snížení riziku pooperačních komplikací (Šerclová et al., 2015).

Pacienti po operaci křečových žil dolních končetin, tříselné kýly nebo lipomy zad nejsou výrazně omezeni ve stravě, protože přicházejí v dobrém nutričním stavu a nevykazují žádné známky podvýživy. Před operací pacient podstoupí pouze krátkodobé hladovění, které ho nijak neohroží. Queteletův index můžeme také označit jako BMI index, který vznikl ve 2. polovině 19. století. BMI se vypočítá tím, že hmotnost v kilogramech vydělíme výškou v metrech čtverečních (Dušková et al., 2009). Je to nástroj pro zhodnocení nutričního stavu pacienta při přijetí do nemocnice. Ptáme se na otázky, zda pacient v posledních 3-6 měsících neúmyslně zhubnul, 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 pro nás zcela přesné (Grofová, 2007).

1.5.2.1. Výživa chirurgického pacienta

Zákrok v dutině břišní vyvolá poruchu pasáže střeva a žaludku. Pokud pacient začíná 4.-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, mírná až středně těžká pankreatitida 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 et al., 2007).

1.5.3. Psychologická podpora

Komplexní péče o pacienta zahrnuje také psychologickou podporu, která nejčastěji začíná již v ordinaci praktického lékaře. Cílem je rozpoznat a pomoci jedincům, kteří mohou být v důsledku svého onemocnění ohroženi rozvojem psychopatologie (Lednický et al., 2020). Potřeba jistoty a bezpečí je pro pacienta velmi důležité, neboť operační výkon, ať už akutní nebo plánovaný zřetelně zhoršuje pacientovu potřebu (Jobánková, 2002).

Účelem psychologické předoperační léčby je především snížit stres a úzkost z nadcházející operace a následné rekonvalescence, případně povzbudit pacienta ke správnému dodržování nutriční a fyzické předoperační přípravy (Banugo, 2017). Existují různé formy psychologické podpory. Často se používají relaxační techniky, jako jsou dechová cvičení, řízená relaxace a meditace (Banugo, 2017).

1.5.4. 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 pooperačních komplikací a zkrácení doby rekonvalescence.

Carli (2015) uvádí, že pravidelné cvičení zlepšuje schopnost organismu adaptovat se na stresové situace. Při pravidelném tréninku se u člověka pozoruje zvýšení srdečního výdaje a VO₂max, 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 následné pooperační rehabilitaci (MPSV, 2016).

1.5.5. Pracovní problematika a prehabilitace

Nalézt podrobnou anamnézu sociální práce v meziprofesionálním rehabilitačním týmu není jen úkolem praktického lékaře, ale také práce sociálního pracovníka. Co nejdříve po

nástupu do rehabilitačního zařízení by mělo dojít k základnímu funkčnímu posouzení pracovního potencialu vzhledem k možnému budoucímu pracovnímu začlenění (Sládková, 2021).

Prehabilitační programy mají různou délku trvání, obvykle se však pohybují v rozmezí mezi 4 a 8 týdny, v závislosti na typu operace a aktuálním stavu pacienta. I programy s délkou jen 4 týdnů mohou ovlivnit funkční kapacitu pacienta o 5 až 10 % (Carli, 2020). Programy mohou být realizovány pod odborným dohledem, částečně ambulantně nebo zcela samostatně v domácím prostředí. K získání nejlepších možných výsledků je vhodné cvičit pod odborným vedením (Banugo, 2017).

1.6. Prehabilitační tým

Na složení multidisciplinárního týmu se podílí chirurgové, anesteziologové, lékaři, fyzioterapeuti, nutriční specialisti a psychologové. Nejdostupnější diagnostickou technikou k hodnocení lidského těla jsou antropometrická měření, zahrnujeme sem výšku, hmotnost a procento tělesného tuku. V průběhu programu jsou také monitorovány a posuzovány funkční kapacity, nutriční stav a nálada. V pooperačním období by se i nadále měly udržovat tyto intervence (Banugo, 2017).

1.7. Role sestry

Roli lze formulovat jako soubor očekávaných úkonů vůči jednotlivci, který zastává určité sociální postavení (Jandourek, 2007).

1.7.1. Současná role sestry v ordinaci praktického lékaře

Ve vyhlášce č. 319/2017 jsou legislativně stanoveny kompetence zdravotních sester v České republice. Ošetrovatelský proces probíhá i v ordinaci praktického lékaře, může být poskytován jednotlivci, rodině nebo celé komunitě (Žiáková et al. 2009). Role sestry můžeme rozdělit do mnoho základních oblastí. První oblastí, která se zabývá rolí sestry, mapuje úkoly, ke kterým má zdravotní sestra kompetence, poté je to role organizační a ostatní role, ke kterým je nutný doložit certifikát o absolvování kurzu (McCarthy et al., 2012).

Komunikace s pacientem, jeho rodinou a v případě potřeby i s dalšími příbuznými představuje klíčovou součást práce zdravotní sestry. Spolupráce a adekvátní komunikace, jsou nezbytné pro efektivní poskytování péče. Zdravotní sestra dokáže nejlépe získat

potřebné informace prostřednictvím komunikace. Při rozhovoru s pacientem je důležité, aby zdravotní sestra kladla srozumitelné, jasné a stručné otázky, na které je pacient schopen adekvátně odpovědět. Je také klíčové, aby měla sestra dostatek času a soukromí pro rozhovor. Dále by měla sestra přizpůsobit svůj hlas věku, schopnostem pacienta a odpovídat rozumně na nejasné dotazy (Funnell et al., 2009).

V ordinaci praktického lékaře používají zdravotní sestry ošetrovatelský proces jako základní přístup k poskytování péče jednotlivcům, rodinám nebo komunitě jako celku (Žiaková et al., 2009). Ideální zdravotní sestra v ordinaci praktického lékaře je vysoce kvalifikovaná profesionálka, která v praxi řeší každodenní problémy s přehledem a spolehlivostí (Vojtíšková, 2006).

Zdravotní sestra v ordinaci praktického lékaře musí zastávat různé role v práci s pacienty, jako je například role sestry edukátorky, koordinátorky, výzkumnice, asistentky nebo obhájkyně (Vojtíšková, 2006).

Hodnocení pacienta je shromažďování, porovnávání a ověřování údajů o zdravotním stavu jednotlivého pacienta. Získaná data by měla být komplexní, kompletní a přesné, jsou totiž výchozím bodem pro realizaci dalšího ošetrovatelského procesu. Během fáze hodnocení, by sestra měla provést podrobné posouzení pacienta v těch oblastech, kde se vyskytuje jakákoliv abnormalita nebo dysfunkce (Plevlová et al., 2018).

Další důležitou součástí práce sestry jsou rozhovory s pacienty, rodinami nebo komunitou, při kterých sleduje aktuální zdravotní stav za účelem stanovení ošetrovatelských diagnóz. Rozhovor by měl obsahovat profil pacienta, důvody vyhledání zdravotnické péče a subjektivní popis problému. Zdravotní 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). Zdravotní sestra by měla být empatická a brát pacienty jako holistický celek. Měla by se zaměřit na pacientovo bio-psycho-sociální stránky v celém komplexu. Pokud se zdravotní sestra 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).

Sestra – pečovatelka se často pojí se základní ošetrovatelskou péčí. Zdravotní 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 – obhájkyň nemocného se stává mluvčím pacienta. V situacích, kdy není schopen pacient dát najevo své pocity, přání, nebo své potřeby se uplatňuje ošetrovatelský proces, kdy zdravotní 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 ošetrující 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).

1.7.2. Kompetence sestry v ordinaci praktického lékaře

Bez indikace lékaře může sestra poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Vede zdravotnickou dokumentaci pacientů, podílí se na přípravě standardů praxe, zajišťuje ochranné pomůcky, sleduje chod přístrojů a zařízení nutných pro chod ordinace, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou způsobilostí, případně mu tlumočí pokyny lékaře, vytváří příjemné a pozitivně působící prostředí čekárny (Vojtíšková, 2006).

Bez indikace lékaře a v souladu s diagnózou, kterou stanovil lékař sestra samostatně provádí sběr anamnestických údajů a dat, vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce, ošetruje chronické rány, edukuje pacienty, podílí se také na přípravě pacientů k diagnostickým a léčebným procedurám, spolupracuje s různými specialisty (sociální pracovník, nutriční a rehabilitační pracovník, psycholog) (Vojtíšková, 2006).

S indikací lékaře sestra provádí návštěvní službu ve vlastním sociálním prostředí pacienta, podává léčivé přípravky, zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová vyšetření, odebírá biologický materiál a provádí jeho orientační vyšetření,

provádí ošetření akutních pooperačních ran, provádí katetrizaci žen a provádí výměnu a ošetření TSK (Vojtíšková, 2006).

Fyzikální vyšetření je v ordinaci praktického lékaře považováno za součást základního vyšetření (Jelínková, 2014). Své smysly používá zdravotní sestra ke zjištění objektivních údajů o tělesném stavu pacienta (Nejedlá, 2015). Stav nemocného zhodnotíme pohledem, tedy inspekcí. Orgány můžeme vyšetřit pomocí hmatu, jak celou rukou, tak i pomocí prstů. Zjistíme tím jejich velikost, patologické útvary, nebo, jak moc jsou citlivý 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 zdravotní 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. Do biologického materiálu spadá krev, moč, stolice, sputum a mozkomíšni mok. Všechny složky krve lze vyšetřit laboratorně (Kelnarová et al., 2016). Když potřebuje zdravotní sestra vyšetřit moč bakteriologicky, tak odesílá vzorky do laboratoře. Odesílá do laboratoře i 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. Význam edukace a komunikace sestry v ordinaci praktického lékaře

V ordinaci praktického lékaře je v roli edukátora zdravotní sestra nebo lékař, kteří provádí edukační činnost. Edukátor by měl mít teoretické a 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 zdravotní 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, které negativně ovlivňují jejich zdraví. V sekundární prevenci pak podává informace o rizicích, která představují základní onemocnění (Juřeníková, 2010).

Edukace pacientů probíhá nejčastěji v ordinaci praktického lékaře, ale také i v prostředí čekárny. Čekárny jsou ideálním místem, kde se pacient může dozvědět o různých zdravotních problémech. Lidé mohou vyplnit svůj čas sledováním vzdělávacích televizních programů, nebo čtením vzdělávacích knih a materiálů. Zdravotní 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. Sestry by měly mít znalosti o zdravotních problémech a měly by být schopny odpovídat na otázky pacientů (Juřeniková, 2010).

Slovo komunikace vychází z latinského slova „communicare“, jehož význam je „činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si“ (Rieger et al., 1996, s. 93). V práci zdravotní sestry probíhá výhradně komunikace s pacientem. V praxi uvádíme tři typy komunikace. První typ je sociální komunikace, do které řadíme běžný rozhovor. Pacienti, kteří jsou v nemocniční péči ztrácejí sociální kontakt se svými blízkými osobami. Kladně hodnotí komunikaci se zdravotnickým personálem i samotnými pacienty (Venglářová et al., 2006). Druhý typ komunikace je specifická (strukturovaná). Tento druh komunikace je velmi důležitý, jelikož zde sdělujeme důležitá fakta, která se týkají zdravotního stavu pacienta. Řadíme sem i samotnou motivaci pacientů, která je velmi důležitá. V posledním kroku komunikace se ptáme, zda pacient pochopil sdělení zdravotní sestry a zda jej akceptuje (Venglářová et al., 2006). Poslední typ komunikace je terapeutická, která má za úkol poskytovat oporu a pomoc v těžkých chvílích pacienta (Venglářová et al., 2006).

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

1.8. Primární péče

V rámci poskytování primární zdravotní péče hraje praktické lékařství nezastupitelnou roli. Moderní přístup k poskytování primární zdravotní péče vyžaduje vysokou úroveň kompetencí, spolupráce a sdílení odpovědnosti mezi všemi poskytovateli. Plynulý a bezchybný chod ordinace, vytváření kvalitní péče a další organizační, odborné a administrativní úkony kladou vysoké nároky na sestru praktického lékaře. Kompetence sestry závisí do značné míry na dohodě s lékařem (Vojtíšková, 2006).

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. Chirurgická léčba

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 rozsahu výkonu je nezbytně nutná kvalitní předoperační péče (Dušková et al., 2009).

Měla by být provedena hloubková analýza současných a 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, transfúzní 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, kanylace intravenózního vstupu a příprava kůže na samotnou operaci, oholení operačního

pole (Šváb et al., 2008). Celková speciální příprava se zabývá ovlivnění důsledků vlastního chirurgického onemocnění, 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. Od pacienta se odebere anamnéza a vyšetří se jeho zdravotní stav. Zdravotní 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 to mohl doma v klidu přečíst (Workman et al., 2006). S pacientem se také probírají témata na omezení kouření, plánované redukce hmotnosti, přípravě pokožky, přípravě střeva a přerušování perorální antikoncepce (Workman et al., 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. ASA-II řadíme sem 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. ASA-IV patří sem pacienti, kteří mají těžké celkové onemocnění, a toto onemocnění trvale ohrožuje pacienta na životě (pozdní úroveň renální, plicní, hepatální nebo endokrinní nedostatečnosti). ASA-V 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 vyznačuje mozkovou smrt a pacient je dárce orgánů (Blažek et al., 2012).

Vzhledem k pokroku v anestezii a chirurgii existuje i jednodenní chirurgie, která roste na oblibě. V jednodenní chirurgii lze provést operaci, která nevyžaduje speciální

předoperační přípravu a její rozsah a případné komplikace nevyžadují hospitalizaci. Pobyť 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 na anesteziologicko-resuscitační jednotku. Je napojen na monitorovací systém a všechny hodnoty, jako krevní tlak, puls, srdeční činnost, dechová frekvence, saturace O₂ jsou zaznamenány v sesterské dokumentaci. Sestry monitorují bilanci tekutin, odebírají vzorky krve podle požadavků ordinace lékaře, kontrolují operační rány a všechny invazivní vstupy (Hytych, 2013).

Do pooperační péče zařazujeme také včasnou mobilizaci a dechovou rehabilitaci pacienta (Hytych et al., 2013).

Bezprostřední pooperační péče je zaměřená na prevenci vzniku časných pooperačních komplikací. Následná pooperační péče se zaměřuje na rehabilitaci, tudíž, aby byl pacient schopen co nejkratšího pobytu v nemocnici (Janíková, 2013). V prvních 24 hodinách po operaci je péče zaměřena hlavně na sledování vitálních funkcí, projevům komplikací, péči o psychický stav, kontrola a zvládnutí 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 ihned po ošetření úrazu, ale jen tehdy, když nehrozí pacientovi žádné nebezpečí v rámci selhání životně důležitých orgánů. Důležitá je zde včasná vertikalizace, kterou můžeme zabránit imobilizačními syndromu (Dobšaba 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 a 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 (Dobšaba 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 rozdělují dle 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 jako sekundární. Terciální fáze se vyznačuje tím, že choroba již vznikla a zanechala trvalé následky, které není možno 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, vodoléčba, léčba magnetem, elektrickými proudy, chladem nebo teplem, rázovou vlnou, laserem či akupunkturou řadíme do fyzikální medicíny (Holešovský, 2020). Do léčebné rehabilitace řadíme také rehabilitační inženýrství (výroba kompenzačních pomůcek), myoskeletální medicína (diagnostika a terapie funkčních poruch hybnosti), balneoterapie (využívání přírodních zdrojů, minerální vody, klimatické prvky) a kinezioterapie (skupina cvičebních prvků, postupů a technik) (Dosbaba et al., 2021).

1.9.4. Edukace pacienta

Slovo edukace pochází z latinského educio, 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 a 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 sám o sebe (Coufalová et al., 2015). Nadměrná váha, anebo 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 to pacient mohl kdykoliv přečíst (Dosbaba et al., 2021).

Cílem edukace je 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 zdravotní 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 základě, které může zdravotní 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, 2015). Autorka dále uvádí, že by rehabilitace od operace v rozmezí 6 až 12 týdnů měla být i několikrát za den.

Do pooperační péče se vztahují různé techniky, jako je například péče o jizvu, protahovací techniky, posílení oslabených svalů dolních, horních končetin a trupu, cvičení na velkých míčích, skupinové cvičení a 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 včetně laické pomoci poskytování péče. Tato forma péče je zajišťována činností lékařů, sester, dobrovolníků a mnoha dalších specialistů, ale také činností samotného klienta, rodiny

či jeho blízkých. Cílem domácí ošetrovatelské péče je posílit odpovědnost klientů za vlastní zdravotní stav a zároveň posílit sdílenou odpovědnost pečovatelů 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 stravě a termínu další kontroly v ambulanci svého praktického lékaře. Stehy se po chirurgických operacích odstraňují většinou 7 až 10 den po operaci. K nedílné součásti o informovanosti je i péče o operační jizvu. Doporučuje se používat jemný krém a masírovat místo po dobu 3 týdnů (Janíková et al., 2013).

1.10.3. Lázeňská léčba

Od 6.1.2015 je lázeňská léčba poskytována dle systému, který je součástí zákona č. 1/2015 Sb. (MZČR, 2015). Aktuálně je v České republice 35 lázeňských míst, například Jáchymov, Františkovy Lázně, Karlovy Vary, Mariánské Lázně a Janské Lázně (Kolář, 2009).

Lázeňskou léčbu rozdělujeme na dvě skupiny. První skupinou je komplexní léčba, kterou hradí plně pojišťovna a pacient má vystavenou pracovní neschopnost. Zdravotní péče je pokračováním ústavní péče, nebo odborné klinické péče, která je zaměřená na další léčbu a prevenci, či minimalizaci invalidity a nedostatečné soběstačnosti (Knop et al., 1999). Do druhé skupiny řadíme příspěvkovou léčbu, zde si pacient hradí ubytování a stravu, ale procedury v lázních mu zaplatí pojišťovna (Kolář, 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 (MZČR, 2015). Tuto péči lze poskytovat každé dva roky, pokud revizní lékař nerozhodne jinak (Knop et al., 1999). Další možnost léčby je taková, kterou si pacient uhradí zcela sám, včetně ubytování, stravy, i jednotlivých procedur. Praktický lékař hraje v tomto velkou roli, jelikož může a často doporučuje ihned po ukončení hospitalizaci lázně. (Kolář, 2009).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

- Cíl 1: Zjistit strukturu a rozsah prehabilitace, kterou je možno indikovat z ordinace praktického lékaře.
- Cíl 2: Navrhnout složení prehabilitačního týmu a v praxi tento tým sestavit.
- Cíl 3: Na případech konkrétních pacientů objednaných k elektivním chirurgickým zákrokům v praxi ověřit funkčnost konceptu prehabilitace i prehabilitačního týmu v podmínkách ordinace praktického lékaře.
- Cíl 4: Prostřednictvím výše uvedených činností prověřit možnosti a kompetence sestry v ordinaci praktického lékaře v rolích koordinátorky prehabilitace a navigátorky pacientů podstupujících prehabilitaci.

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 pomocí metody kvalitativního výzkumného šetření. Technika sběru dat zahrnovala zkrácené kazuistiky a polostrukturované rozhovory. Součástí polostrukturovaných rozhovorů byly otevřené otázky. Výzkumné šetření probíhalo od ledna 2023 do dubna 2023 a zúčastnilo se ho celkem 10 pacientů a 2 zdravotní sestry v ordinaci praktického lékaře. Z pacientů se zúčastnili výzkumného šetření 4 ženy a 6 mužů. Zkrácené kazuistiky i rozhovory byly realizovány s pacienty v ordinaci praktického lékaře v Třeboni. Výzkumné šetření bylo povoleno paní doktorkou v její ordinaci. Rozhovory trvaly vždy přibližně 30 minut. Na začátku výzkumu byli pacienti a zdravotní sestry seznámeny s tématem a cílem bakalářské práce, poté jim byl vysvětlen průběh výzkumu. Byli poučeni, že jejich anonymita zůstane zachována a kdykoliv můžou rozhovor ukončit. Pacienti a zdravotní sestry, kteří se výzkumného šetření zúčastnili poskytli souhlas s uskutečněním rozhovoru a zkrácených kazuistik. Rozhovory s pacienty a zdravotními sestrami byly zapisovány na papír a poté přepsány do počítače do programu Microsoft Word. Získané informace byly podrobeny analýze metodou otevřeného kódování technikou „tužka – papír“. Pacienti byli vytipováni záměrně. V rozhovorech i v kazuistikách byla zachována anonymita respondentů.

3.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Při výzkumném šetření u pacientů se jednalo o záměrný výběr pacientů. Podmínkou pro výzkumné šetření bylo, že pacient musí být před plánovaným operačním výkonem. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 pacientů. Z toho byly 4 ženy a 6 mužů. Pacienti budou označovány jako P1-P10 z důvodu jejich zachování anonymity. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí ordinace u praktického lékaře. Nejmladšímu pacientovi bylo 32 let a nejstaršímu 77 let.

Při výzkumném šetření u zdravotních sester se jednalo o záměrný výběr sester. Na výzkumu se podílely dvě zdravotní sestry, které pracují již řadu let v ordinaci praktického lékaře v Třeboni. Sestry budou označovány jako S1 a S2 z důvodu zachování jejich

anonymity. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí ordinace ještě před příchodem objednaných pacientů.

4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření. Získané výsledky jsou rozděleny na jednotlivé kategorie pro lepší přehlednost práce. První skupina zahrnuje zkrácené kazuistiky pacientů. Druhou skupinu představují výsledky výzkumného šetření s pacienty. Třetí skupina zahrnuje výsledky výzkumného šetření se sestrami.

Tabulka č. 1: Identifikační údaje pacientů

Pacient	Pohlaví	Věk	Operační zákrok
P1	Muž	70	TEP kyčle
P2	Muž	45	Operace levého kotníku
P3	Žena	32	Kýla
P4	Muž	63	Štítná žláza
P5	Žena	42	Přetržené křížové vazy v koleni
P6	Žena	39	Plastická operace prsou
P7	Muž	71	Šedý zákal
P8	Muž	68	TEP kyčle
P9	Muž	73	Extrakce implantátu po operaci levé ruky
P10	Žena	77	TEP kolene

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

V tabulce jsou přehledně zaznamenány identifikační údaje všech pacientů, kteří se připravují na operační zákrok. Z mužského pohlaví máme v tabulce uvedeno 6 mužů. Ženské pohlaví je zde zastoupeno v počtu 4 žen. Pacienti jsou různých věkových kategorií. Nejmladší pacient dosáhl věku 32 let a nejstarší 77 let. Operační výkony se záměrně odlišují. Nejčastější operace, kterou pacienti podstoupí je totální endoprotéza.

4.1. Kazuistiky a rozhovory s pacienty

4.1.1. Kazuistika 1

Muž 70 let, 175 cm, 79 kg, BMI = 25,80, TEP kyčle

Anamnéza

Osobní anamnéza – prodělal běžné dětské nemoci, 2000 těžký zápal plic, 2022 proveden RTG snímek, zjištěna koxartróza 4. stupně vpravo, indikován k TEP kyčle

Rodinná anamnéza – otec zemřel na těžký zápal plic, matka zemřela na srdeční selhání, jeden bratr zdravý, druhý se léčí s hypertenzí a DM II. typu

Alergická anamnéza – prach

Pracovní anamnéza – vystudoval střední odbornou školu ekonomickou, od té doby pracoval v kanceláři, nyní starobní důchod

Sociální anamnéza – rozvedený, má 2 děti – syny, žije v rodinném domě sám, v přízemí

Analýza potřeb

Vstup – přichází tři měsíce před plánovaným operačním výkonem, edukace o operaci, úpravě bytu, zajištění vhodných kompenzačních pomůcek o zařízení svých osobních věcí, z důvodu odjezdu do lázní na 3 týdny

RHB intervence – naplánována RHB na dva měsíce před operací, edukace o správném cvičení, domácí cvičení a posilování svalů DK, edukace o úpravě bytu a vhodných kompenzačních pomůckách, RHB zajištěna po operaci na RHB odd. Nem. ČB. poté naváže na lázeňskou péči

Nutriční podpora– vhodná úprava jídelníčku vzhledem k věku pacienta, zařazení vitamínů a výživově vhodná strava bohatá na proteiny

Psychologická podpora – potřeba psychologické návštěvy, edukace sestrou nedostatečná, po 3. sezení pacient zklidněn, všemu rozumí, po psychické stránce kompenzován a připraven

Pracovní intervence – není nutné zde řešit z důvodu starobního důchodu

Sociální intervence – bezbariérové bydlení, pomoc zajistí synové, eventuálně agentura domácí péče, vše zajištěno

Výstup – pacient souhlasil s navrženými postupy, psychologická intervence s efektem a zklidněním úzkosti pacienta, nutriční terapeut neshledal potřebu úpravy jídelníčku, doporučil potraviny vhodné k vyvážené stravě, zlepšení mobility po operačním výkonu velmi účinné, velká efektivita RHB intervencí

4.1.2. Kazuistika 2

Muž 45 let, 185 cm, 76 kg, BMI = 22,21, operace levého kotníku

Anamnéza

Osobní anamnéza – prodělal běžné dětské nemoci, závažněji nikdy nestonal, 2016 fraktura levého zápěstí

Rodinná anamnéza – otec se léčí s DM II. typu, hypertenzí a chronickými bolestmi zad, matka je zdravá

Alergická anamnéza – negativní

Pracovní anamnéza – vystudoval střední odbornou školu polytechnickou, nyní pracuje jako řidič nákladních vozidel

Sociální anamnéza – ženatý, žije v rodinném domě s manželkou a s jejich dcerou

Analýza potřeb

Vstup – přichází tři týdny před plánovanou operací, edukace o operaci

RHB intervence – objednaná na RHB konzultaci, kde mu bylo vše vysvětleno (návčik chůze s berlami po operaci, posílení svalů), proběhl i návčik domácího cvičení

Nutriční intervence – z důvodu dobrého nutričního stavu nebyla potřeba návštěva nutričního terapeuta

Psychologická podpora – vzhledem k věku pacienta a jeho psychice nebyla potřeba

Pracovní intervence – vystavena PN

Sociální intervence – pomoc zajistí manželka

Výstup – pacient souhlasil s navrženými postupy, psychologická a nutriční intervence nebylo potřeba, zlepšení mobility po operačním výkonu, vysoká efektivita RHB intervencí, nyní pacient chodí bez berlí, hospitalizace byla zkrácena o dva dny

4.1.3. Kazuistika 3

Žena 32 let, 167 cm, 59 kg, BMI = 21,16, kýla

Anamnéza

Osobní anamnéza – neprodělala žádné infekční nemoci, běžné dětské nemoci měla

Rodinná anamnéza – otec zdravý, matka se léčí s varixy a hypertenzí

Alergická anamnéza – negativní

Pracovní anamnéza – vystudovala střední školu obchodní, nyní pracuje jako prodavačka v obchodě s oblečením

Sociální anamnéza – vdaná, žije v pronajatém bytě s manželem a s jejich synem

Analýza potřeb

Vstup – přichází tři týdny před plánovanou operací, edukace o operaci (zvedání těžkých věcí, pás na břicho)

RHB intervence – naplánována ambulantní RHB na dva dny v týdnu, edukace o správném vsávání z lůžka, zvedání těžkých věcí

Nutriční intervence – doporučená návštěva – úprava jídelníčku, zařazení vitamínů

Psychologická podpora – neproběhla – z důvodu vytíženosti pracovníka

Pracovní intervence – vystavena PN

Sociální intervence – pomoc zajistí manžel a syn

Výstup – pacientka souhlasila s navrženými postupy, psychologická intervence neproběhla z důvodu vyčerpání psychologického pracovníka, nutriční a RHB intervence velmi prospěšné, hospitalizace zkrácena o 2 dny

4.1.4. Kazuistika 4

Muž 63 let, 180 cm, 92 kg, BMI = 26,23, operace štítné žlázy

Anamnéza

Osobní anamnéza – prodělal běžné dětské nemoci, bez komplikací

Rodinná anamnéza – otec zemřel na Covid-19, o matce nic neví, nestýkají se

Alergická anamnéza – prach, pyl

Pracovní anamnéza – vystudoval střední školu obchodní, nyní pracuje jako realitní makléř

Sociální anamnéza – rozvedený, žije s přítelkyní v malém domě

Analýza potřeb

Vstup – přichází dva týdny před plánovaným výkonem, edukace o operaci

RHB intervence – není potřeba RHB pracovník

Nutriční intervence – naplánována návštěva - z důvodu obsazenosti neuskutečněna

Psychologická podpora – doporučena návštěva před operací (zlepšení psychického stavu), po 2. sezení pacient kompenzován a připraven

Pracovní intervence – vystavena PN

Sociální intervence – pomoc zajištěna jeho přítelkyní

Výstup – nedošlo k žádné změně před operací, z důvodu nedostupnosti nutričního specialisty, provedena pouze psychologická terapie, pacient byl před operací více

v psychickém klidu, pacient byl velmi rád za možnost návštěvy psychologického odborníka, psychologická podpora velmi účinná

4.1.5. Kazuistika 5

Žena 42 let, 171 cm, 68,4 kg, BMI = 23,26, přetržené křížové vazy v koleni

Anamnéza

Osobní anamnéza – neprodělala žádné vážné nemoci nebo úrazy, běžné dětské nemoci měla bez komplikací, 2016 cholecystektomie

Rodinná anamnéza – otec se léčí se srdeční insuficiencí, matka po LAVH

Alergická anamnéza – Penicilin, paralen

Pracovní anamnéza – vystudovala konzervatoř, nyní pracuje jako učitelka v hudební škole

Sociální anamnéza – svobodná, žije ve svém bytě s přítelem a s kočkou

Analýza potřeb

Vstup – přichází dva a půl týdne před operací, edukace o nadcházející operaci

RHB intervence – naplánována RHB návštěva, nácvik chůze s berlemi a posílení svalů DK, po operaci zajištěna RHB v Nem. ČB

Nutriční intervence – vhodná úprava jídelníčku, zařazení vitamínů a minerálů

Psychologická podpora – nebyla potřeba, pacientka byla v psychické pohodě a bez známek stresu před operací

Pracovní intervence – vystavena PN

Sociální intervence – pomoc zajistí přítel

Výstup – pacientka souhlasila s navrženými postupy, nutriční terapeut byl velmi efektivní, prehabilitační prospěšná, hospitalizace byla zkrácena o jeden den

4.1.6. Kazuistika 6

Žena 39 let, 167 cm, 87 kg, BMI = 25,10, plastická operace prsou

Anamnéza

Osobní anamnéza – neměla vážné nemoci, 2020 měla tonsilitidu

Rodinná anamnéza – otec zdravý s ničím se neléčí, matka se léčí s anémií

Alergická anamnéza – negativní

Pracovní anamnéza – vystudovala střední školu cestovního ruchu, nyní pracuje jako poradkyně v cestovní kanceláři ČEDOK

Sociální anamnéza – vdaná, má 2 děti, žije ve vlastním bytě s manželem

Analýza potřeb

Vstup – přichází dva týdny před operací, edukována o operaci

RHB intervence – nebyla potřeba

Nutriční intervence – naplánován nutriční terapeut, úprava jídelníčku, redukce váhy

Psychologická podpora – naplánována konzultace – úprava psychického stavu

Pracovní intervence – vystavena krátkodobá PN

Sociální intervence – pomoc zajistí manžel

Výstup – pacientka nesouhlasila s navrženými postupy, nedošlo k žádné změně před operací, nenavštívila žádného specialistu, rehabilitační příprava zde žádná neproběhla

4.1.7. Kazuistika 7

Muž 71 let, 186 cm, 82 kg, BMI = 23,70, šedý zákal

Anamnéza

Osobní anamnéza – farmakologicky kompenzovaná hypertenze, chronická fibrilace síní, operace žlučníku v roce 2005

Rodinná anamnéza – otec zemřel, měl hypertenzi a DM II. typu, matka zemřela ve vysokém věku bez chronických nemocí, má tři sourozence, se dvěma se nestýká a jeden je zdraví

Alergická anamnéza – Betadine

Pracovní anamnéza – nyní v důchodu, předtím pracoval jako technik u železničních drah

Sociální anamnéza – rozvedený, žije v panelovém domě v 5. patře, kam za ním dochází jeho bratr

Analýza potřeb

Vstup – přichází do ordinace tři a půl týdne před operací, edukace o operaci

RHB intervence – není potřeba vzhledem k operačnímu výkonu

Nutriční intervence – vhodná úprava jídelníčku – zařazení více minerálů a vitamínů

Psychologická podpora – naplánována psychologická návštěva - zmírnění stresu před operací, po 2. sezení odstranění stresu

Pracovní intervence – starobní důchod

Sociální intervence – pomoc zajistí bratr pacienta, eventuálně zajištěna agentura domácí péče

Výstup – pacient souhlasil s navrženými postupy, zlepšena psychologická stránka před operací, nutriční návštěva velmi prospěšná, prehabilitační příprava před operací byla vhodná

4.1.8. Kazuistika 8

Muž 68 let, 190 cm, 87,3 kg, BMI = 24,18, TEP kyčle

Anamnéza

Osobní anamnéza – 2020 Covid-19, běžné dětské nemoci měl, 2019 amputace levého prstu, v minulosti léčen pro vertigo

Rodinná anamnéza – s otcem se nestýká, matka prodělala AIM a léčí se s hypertenzí

Alergická anamnéza – negativní

Pracovní anamnéza – vystudoval odborné učiliště – zedník, dříve pracoval na stavbě, poté jako prodavač v obchodě se stavebninami, nyní v důchodu

Sociální anamnéza – ženatý, žije v rodinném domě

Analýza potřeb

Vstup – přichází dva měsíce před plánovaným operačním výkonem. Edukace o operaci, kompenzačních pomůckách a vhodné úpravě svého bytu

RHB intervence – naplánována RHB, která trvala měsíc a půl, došlo zde k posílení a zpevnění svalů celého těla, nácvik chůze s berlemi, edukace o domácím cvičení a posilování, po operaci zajištěna RHB péče v Nem. ČB, poté lázeňská léčba

Nutriční intervence – úprava jídelníčku a zařazení více vitamínů, strava bohatá na proteiny

Psychologická podpora – naplánována návštěva vzhledem k věku pacienta a jeho psychickému stavu, po návštěvě došlo k odstranění stresu, kompenzován po psychické stránce

Pracovní intervence – starobní důchod

Sociální intervence – pomoc zajistí jeho manželka

Výstup – pacient souhlasil s navrženými postupy, zlepšena psychologická stránka před operací, nutriční návštěva vhodná – zlepšení nutričního stavu, RHB byla velmi intenzivní a vedla k celkovému prospěchu pacienta, při porovnání se vstupem pacienta před operací byla nutriční a RHB terapie velmi prospěšná, pacient po operaci začal dříve chodit, cítil se v dobré kondici a začal včas rehabilitovat, hospitalizace se zkrátila o jeden den

4.1.9. Kazuistika 9

Muž 73 let, 187 cm, 86 kg, BMI = 24,59, extrakce implantátu po operaci levé ruky

Anamnéza

Osobní anamnéza –2006 fraktura femuru a tibie, v roce 2021 Covid-19 poté zápal plic

Rodinná anamnéza – otec zemřel ve vysokém věku bez chronických onemocnění, matka zemřela na CMP

Alergická anamnéza – Brufen

Pracovní anamnéza – vystudoval střední školu technickou, dříve pracoval jako technik v různých firmách, poté jako manažer kvality prodeje a nyní je v důchodu

Sociální anamnéza – rozvedený, bydlí v domě s pečovatelkou službou

Analýza potřeb

Vstup – pacient přichází měsíc před plánovanou operací, edukace o operaci

RHB intervence – naplánována RHB na tři týdny, edukace o posílení svalů a domácím cvičení, po operaci naplánována RHB péče v Nem. ČB na týden

Nutriční intervence – úprava jídelníčku, poučení o užívání vitamínů a minerálů, zařazení stravy bohaté na proteiny

Psychologická podpora – návštěva psychologického pracovníka – zlepšení psychické stránky pacienta před operací, po 2 sezeních byla zlepšena psychická stránka pacienta

Pracovní intervence – starobní důchod

Sociální intervence – pomoc zajistí pečovatelská služba, kterou má pacient zařízenou

Výstup – pacient souhlasil s navrženými postupy, psychologický pracovník byl velmi účinný, zlepšila se pacientovo psychická stránka před operací, nutriční návštěva neproběhla z důvodu vyčerpání, velká efektivita RHB pracovníka

4.1.10. Kazuistika 10

Žena 77 let, 159 cm, 87 kg, BMI = 25,32, TEP kolene

Anamnéza

Osobní anamnéza – neprodělala žádné infekční nemoci, běžné dětské nemoci měla, 2018 fraktura kosti stehenní

Rodinná anamnéza – otec zemřel na rakovinu tlustého střeva, matka na karcinom plic

Alergická anamnéza – Betadine

Pracovní anamnéza – vystudovala střední zdravotnickou školu, pracovala jako zdravotní sestra na chirurgickém oddělení, poté v laboratoři, nyní v důchodu

Sociální anamnéza – rozvedená, žije v rodinném domě se svým synem

Analýza potřeb

Vstup – přichází 2 měsíce před plánovanou operací, edukace o operaci, zajištění kompenzačních pomůcek po operaci a úpravě bytu

RHB intervence – naplánována RHB na měsíc a půl, nácvik chůze s berlemi, posílení svalů celého těla, po operaci objednána do Nem. ČB. na RHB oddělení, poté odeslána do lázní

Nutriční intervence – nutriční konzilium s cílem úpravy jídelníčku, snaha o redukcii hmotnosti, zařazení vhodných minerálů a vitamínů

Psychologická podpora – z důvodu velké operace a vzhledem k věku pacientky naplánována psychologická návštěva – zmírnění stresu před operačním výkonem, po 3. sezení zmírnění strachu a úzkosti před operací

Pracovní intervence – starobní důchod

Sociální intervence – pomoc zajistí její syn, eventuelně agentura domácí péče, vše zajištěno

Výstup – pacientka souhlasila s navrženými postupy, zásluhou RHB posílila svaly na DK a začala rehabilitovat již pátý den po operaci, návštěva psychologického pracovníka byla velmi účinná a prospěšná, hospitalizace se zkrátila o dva dny, velká efektivita RHB pracovníka, nutriční terapeut upravil jídelníček a doporučil vhodné vitamíny a minerály

Rozdělení kategorií

Tabulka č. 2: Kategorie výzkumného šetření u pacientů

Kategorie č. 1: Operační výkon
Kategorie č. 2: Nutriční stav
Kategorie č. 3: Psychologický stav
Kategorie č. 4: Rehabilitace
Kategorie č. 5: Prehabilitace

Kategorie č. 1: Operační výkon

První otázka, na kterou jsme se pacientů ptali, byla, jak dobře byl pacientovi vysvětlen operační výkon, který ho následující dny/týdny 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, že: „*Z mého pohledu nenastalo žádné nedorozumění ve vysvětlování operace. Co jsem nevěděla, nebo 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 už 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 4 minuty a byl jsem z toho celý vedle. Myslel jsem si, že jsem na obtíž. Že nikdo nemá čas mi něco vysvětlit. Z tohoto 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, aby 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 5 lety,*

kdy mi operovali šedý zákal na levém oku, teď mě čeká operace s pravým okem.“ Pacientka P10 byla velmi spokojená 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. Taký už jsem pár věcí za tu dobu, co jsem mimo obor zdravotnictví stihla zapomenout.“*

Kategorie č. 2: Nutriční stav

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 (Chmelo et al., 2021). V této oblasti nás zajímalo, zda by pacienti souhlasili s návštěvou nutričního specialisty před operací. Většina odpovědí byla kladná, ale někteří nesouhlasili. P6 uvedla: *„V případě mého operačního výkonu si nemyslím, že by návštěva nutričního specialisty byla potřebná. Stravuji se dobře. Netrpím na žádnou jinou chorobu a jím pravidelně.“* Pacienti P10, P8 a P1 s navštívením nutričního specialisty souhlasili. P10 dodala: *„Vzhledem k mému věku a stylu stravování by rady ohledně nutriční určitě přišli 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, aby noha nedostávala takovou zátěž a mohla bych se cítit lépe ve svém těle.“* P4 odpověděl na otázku velmi stručně. Zmínil se, že návštěvu nutričního specialisty by

rád uvítal. Odlišná ale byla odpověď od P9. P9 odpověděl: „*Kdyby se mi naskytla taková možnost, tak nevím, zda bych jí využil, spíše ne. Vzhledem k mé operaci si myslím, že toto nepotřebuji. Nemám žádné problémy nebo nedostatky v této oblasti.*“ Odpověď od P7 zněla: „*Velmi by mě tato možnost návštěvy zajímala. Přesto že jdu na operaci s okem, tak bych tuto možnost rád uvítal. Myslím si, že každá činnost vykonaná před operací je dobrá, jelikož to má dopad na pooperační stav.*“

Kategorie č. 3: Psychologický stav

Psychologická příprava se stává stále důležitější součástí prehabilitace a s pooperačními výsledky jsou spojeny různé psychologické jevy. Mezi tyto jevy patří nežádoucí stavy nálady, jako jsou deprese a úzkost, a mohou být cílem předoperační psychologické podpory (Durrand et al, 2019). Další otázka byla zaměřená na psychologického pracovníka. Pacientů jsme se ptali, zda by uvítali možnost této návštěvy. Starší pacienti uvedli, že by tuto nabídku přijmuli, ale mladší pacienti váhali. P10 a P7 uvedli velmi podobnou odpověď. 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 mi také pomohla.*“ Stručně a jednoduše odpověděla pacientka P6: „*Můj výkon nepotřebuje psychologa. K operaci jsem se rozhodla sama a nebyla jsem nějak nucena do tohoto zákroku jít. 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 sdílí stejný názor jako P6 a dodal, že nepotřebuje psychologického pracovníka. P2 odpověděl: „*Podstupuji celkem velkou a náročnou operaci a vím, že to bude mít dopad na moji psychiku. Psychická příprava také hraje u mne velkou roli.*“ 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 mají 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 na psychicky na velkou zátěž, která se týká operace. Často a rád říkám, že nejde o to, jak dobře si 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: *„Mne by psychologická návštěva přišla velmi vhod. Zajímalo by mne, zda bych dostal jiný pohled na operaci, a hlavně jak bych to vnímal.*“

Kategorie č. 4: Rehabilitace

Cílem fyzioterapie je zlepšit funkční kapacitu a odolnost pacienta, což vede ke snížení délky 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. Skoro všechny odpovědi byly totožné. Nejvíce pozitivních reakcí na využití této možnosti byli od pacientů, které čeká TEP kolene a kyčle. 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 důležitá, když bude dobře prováděna, tak si myslím, že výsledky po operaci budou mnohem lepší a bude rychlejší návrat domů.*“ Odpovědi se shodovali u pacientů P7 a P4. Pacient P7, který nevyžaduje rehabilitaci uvedl: *„Před mým operačním výkonem není potřeba žádná rehabilitace. Kdybych šel na jinou operaci, před kterou by bylo potřeba podstoupit rehabilitaci určitě bych tuto možnost uvítal.*“ P4 odpověděl: *„Nevidím důvod, proč bych měl podstoupovat rehabilitační péči před mojí operací. Domnívám se, že před mojí operací není vůbec potřeba provádět žádnou rehabilitaci.*“ 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.*“ 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 kotníku. 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 ruku zatěžovat, jak nejvíce jí můžu ohýbat, efektivně a správně provádět cvičební techniky.*“ Pacientka P3 s možností využití rehabilitačního pracovníka souhlasí. Odpověděla: *„Operace kýly je náročná záležitost, myslím to v pooperačním období. Starost o jizvu bude běh na dlouhou trať. Vstávání z lůžka si zatím nedovedu představit, jak to budu provádět s jizvou. Ale také by se mi líbila možnost rehabilitace před operací, abych posílila břišní svaly. S návštěvou rehabilitačního pracovníka bych určitě souhlasila a ráda tuto možnost využila jak před operací, tak i po operaci.*“

Kategorie č. 5: Prehabilitace

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 10 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 rehabilitaci vůbec nemluví u nás, ale přijde mi to velice zajímavé. Před nějakou dobou jsem četla článek na internetu, kde se psalo o rehabilitaci, 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 rehabilitace 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 vše 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 rehabilitace 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.“

Zajímali jsme se o to, zda vidí pacienti 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 rehabilitaci 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 v rehabilitaci P8, který odpověděl: „Vzhledem k mému věku v tom vidím velký přínos. Myslím si také, že většina starších lidí by 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

v rehabilitaci také pacienti P1 a P10, kteří se shodli na tom, že by měla rehabilitace 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 rehabilitaci se zlepšili pooperační podmínky, bude to chtít každý další člověk podstoupit také, který se chystá na operační výkon.*“ P5 uvedl: „*Přínos určitě vidím. Troufám si říct, že by tato možnost před každou operací bez ohledu na věkovou kategorii pacienta, by 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 rehabilitace nabídnuta neváhal bych ani minutu a šel do toho. Nejdou na nějaký veliký výkon, ale rehabilitace 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.*“

Poslední otázka, která nás zajímala byla, zda by pacienti využili všechny složky prehabilitační přípravy nebo jen její části. Odpovědi od pacientů byly různé. Někdo by využil všechny složky přípravy a někdo pouze jen některé její části. Pacienti P1, P8 a P10 uvedli, že by využili všechny složky. Pacient P1 uvedl: „*Pokud by se mi tato možnost nabídla, tak bych určitě využil všechny složky prehabilitační přípravy před operací. V tomto směru je pro mne velmi důležitá výživa, rehabilitace a psychologický pracovník.*“ Pacient P8 odpověděl: „*Určitě bych využil všechny složky a nenechal si ani jednu ujít. Přišly by mi vhod všechny složky z prehabilitační přípravy.*“ A P10 uvedla: „*Ano, využila bych prehabilitační přípravu. Využila bych všechny složky, které do této přípravy spadají.*“ Pacientka P6 uvedla, že by nevyužila ani jednu možnost prehabilitační přípravy před operací. Její odpověď zněla: „*V případě mé operace bych nevyužila ani 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 a nepodstoupila bych ji.*“ 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 pacienta P5. P5 uvedla: „*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 z prehabilitační přípravy by využil jen jeden pacient P2. P2 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 z prehabilitační přípravy by využili pacienti P4 a P7. P7 odpověděl: „Všechny složky bych určitě nevyužil, jen část. Využil bych pouze nutriční a psychologickou návštěvu u specialisty.“ P4 uvedla: „Z mého pohledu usuzuji, že nepotřebuji všechny složky této přípravy. Určitě bych ráda zašla ke specialistovi ohledně mé výživy. A určitě bych ráda navštívila odborníka na rehabilitaci.“

4.2. Výsledky výzkumného šetření u sester

Identifikační údaje sester

Tabulka č. 3: Identifikační údaje sester

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Počet let u praktického lékaře
S1	Žena	51 let	Střední – s maturitou	27 let
S2	Žena	48 let	VOŠ - zdravotnická	19 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

V tabulce jsou uvedeny základní identifikační údaje o zdravotních sestrách, které pracují v ordinaci praktického lékaře. První zdravotní sestra S1 je žena, které je 51 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnická škola s maturitou. U praktického lékaře působí již 27 let. Po škole 5 let pracovala na ortopedickém oddělení v ambulanci části nemocnice, poté přešla rovnou k praktickému lékaři. Druhá zdravotní sestra S2 je

také žena, které je 48 let. Po střední zdravotnické škole pracovala na traumatologickém oddělení. Poté následovně přešla na chirurgické oddělení, kde pracovala přibližně 4 roky a při práci si dodělávala vyšší odbornou školu zdravotnickou. U praktického lékaře působí již 19 let.

Rozdělení kategorií

Tabulka č. 4: Kategorie výzkumného šetření u zdravotních sester

Kategorie č. 1: Operační výkon
Kategorie č. 2: Odborní pracovníci
Kategorie č. 3: Prehabilitace

Kategorie č. 1: Operační výkon

Zajímali jsme se, zda mají sestry dostatečně časový prostor na edukaci, objednání a přípravu pacienta na operaci. Sestra S1 odpověděla, že kdyby bylo na vše víc času bylo by to jednodušší a lepší. Její odpověď byla: *„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 tyto 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 blízky termín, uděláme vše možná 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. Přijde 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.“*

Tudíž 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.“

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 roku před. U menších operačních výkonů stačí 2-3 týdny před. Laboratorní vyšetření nesmí být starší 14 dnů. Snažíme se nedělat předoperační vyšetření zbytečně dopředu, aby pak výsledné hodnoty nebyly zkreslené. 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 jakémukoliv stresu.“*

Další otázka, která nás zajímala z pohledu zdravotních sester se týkala jejich pacientů, zda jsou schopni spolupracovat. Sestra S1 uvedla: *„Většina pacientů musím říct, že ochotně spolupracují, občas se také najdou nějaké výjimky, kteří nechtějí tohle a tohle. Ale to je jen malá skupinka. Většina našich pacientů musím říct, že plně respektují 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 milý.“*

Kategorie č. 2: Odborní pracovníci

První otázka, na kterou jsme se zdravotních sester ptali, byla, jaká je dostupnost psychologické péče a možnosti následného objednání. Odpovědi od 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 2 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 pojezdový 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.“

Druhá otázka, která nás zajímala byla, jaká je 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 uvedla: „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.“

Třetí otázka směřovala na to, jaká je 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 možností objednání, tak po telefonické domluvě s nemocnicí, nám vyjdou vždy vstříc. Objednávací doba se pohybuje v rozmezí 2 až 3 týdnů. V Třeboni také máme rehabilitační pracovníky, ale pacienti se na nás často obracejí, že by chtěli spíše 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 4 týdnů, tak voláme do Jindřichova Hradce. Ale většinou nám v Českých Budějovicích vyjdou vstříc a dají nejbližší termín. “

Dále nás zajímalo, jestli je v kompetencích sestry objednávání k těmto specialistům. Obě dvě 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 vždy to nejde. Je to hlavně rozhodnutí paní doktorky, která má vše toto pod kontrolou. Bez jejího souhlasu vlastně nemůžeme nic, by se dalo říct. “* 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 objednávat k těmto specialistům, vše až po domluvě s lékařkou. “*

Na otázku týkající se objednávání pacientů z menšího města k různým specialistům odpověděly zdravotní 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. “*

Kategorie č. 3: Prehabilitace

Poslední otázka, která nás zajímala byla, jestli podle názoru zdravotních 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 prehabilitačního 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. K sestavení týmu je potřeba určitě mnoho dalších specialistů.“ Sestra S2 sdílela tento názor: „Koncept prehabilitace si myslím, že lze uplatnit problematicky. Nemůžeme uplatnit všechny složky u nás v menším městě z důvodu nedostatku specialistů.“

5 Diskuze

Tématem této bakalářské práce je „*Role sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci rehabilitace pacientů před plánovanými operačními výkony*“.

Prvním cílem bylo definovat strukturu a zjistit rozsah rehabilitace, kterou je možno indikovat z ordinace praktického lékaře. Druhým cílem bylo navrhnout složení rehabilitačního týmu a v praxi tento tým sestavit. Třetím cílem bylo ověřit funkčnost konceptu rehabilitace i rehabilitačního týmu u konkrétních pacientů objednaných k elektivním chirurgickým zákrokům v podmínkách ordinace praktického lékaře. Čtvrtým cílem bylo prověřit možnosti a kompetence sestry v ordinaci praktického lékaře v rolích koordinátorky rehabilitace a navigátorky pacientů podstupujících rehabilitaci. Výzkumné otázky byly zvoleny celkem čtyři. První výzkumná otázka byla, lze vůbec a v jakém rozsahu, uplatnit koncept rehabilitace v ordinaci praktického lékaře? Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jestli lze v menším městě sestavit dostatečně kvalifikovaný rehabilitační tým? Třetí výzkumná otázka se týkala pacientů, zda budou vůbec, a do jaké míry ochotni se zúčastnit procesu rehabilitace? A jaký bude jejich přístup k procesu? Poslední výzkumná otázka se týkala zdravotní sestry, zda je schopna v rámci svých aktuálních kompetencí v ordinaci praktického lékaře efektivně koordinovat proces rehabilitace?

Sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů a zkrácených kazuistik. Rozhovory byly prováděny v ordinaci praktického lékaře a týkali se pacientů, kteří se připravují na operační výkon, ale i zdravotních sester, které zde pracují již mnoho let. Rozhovor s pacienty byl zaměřen na spolupráci v procesu rehabilitace a jejich přístup k procesu. Rozhovor se sestrami, byl zaměřen na to, v jakém rozsahu lze uplatnit koncept rehabilitace v ordinaci praktického lékaře, zda lze sestavit v menším městě dostatečně kvalifikovaný rehabilitační tým, a jestli může zdravotní sestra v rámci svých kompetencí koordinovat celý proces rehabilitace. Konkrétním oblastem rozhovoru předcházely základní identifikační údaje, kterými v případě pacientů bylo pohlaví, věk a operační výkon. Pacientů jsme se ptali pouze na věk. V tabulce č. 1 je tedy uvedeno pohlaví, věk a operační výkon pacientů. V rozhovoru u zdravotních sester byla použita tabulka, ve které byly identifikační údaje, kterými v případě zdravotních sester byly pohlaví, věk, vzdělání a počet let u praktického lékaře.

Jak uvádí Chmelo et al (2021) prehabilitace označuje řadu intervencí zahrnutých v předoperační péči o pacienta, které jsou navrženy tak, aby minimalizovaly perioperační rizika, zlepšily zotavení a přinesly vynikající pooperační výsledky. Dané téma získává stále větší pozornost nejen v mezinárodním měřítku, ale i v České republice. Pokud dojde u pacienta před operací k zvýšení funkční kapacity, propad nebude tak hluboký a dojde k rychlejšímu navrácení do normálního stavu.

Jak již bylo zmíněno první výzkumná otázka se týkala konceptu prehabilitace. Zaměřili jsme se na to, v jakém rozsahu lze uplatnit koncept prehabilitace v ordinaci praktického lékaře. Z výsledků výzkumného šetření vyšlo najevo, že koncept prehabilitace lze uplatnit ordinaci praktického lékaře problematicky, z důvodu nízké dostupnosti specialistů a dlouhých čekacích termínů. Sestra S1 uvedla, že v menším městě je problém uplatnit tento koncept z důvodu nedostatečného personálu a jejich objednávacích termínů. V Třeboni je nízký počet všech specialistů, kteří jsou potřeba k sestavení multidisciplinárního týmu. Důležitá je i spolupráce a ochota pacientů v konceptu prehabilitace. Sestra S2 sdílela stejný názor, že koncept prehabilitace uplatnit lze velmi obtížně.

Druhá výzkumná otázka se týkala sestavení dostatečně kvalifikovaného prehabilitačního týmu. Autoři Banugo a Amoako (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. Zdravotní 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, z důvodu 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 mnoho zkušených odborníků. Svobodník (2009) uvádí, že cílem multidisciplinárního týmu je zlepšení profesionálního přístupu k pacientům a usnadnění výměny informací mezi jednotlivými členy týmu. Dle mého názoru si myslím, že 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 problematicky z důvodů nízké nedostupnosti specialistů.

Třetí výzkumná otázka, na kterou jsme se ptali, byla směřována jak na pacienty, tak i na zdravotní sestry. Zajímalo nás, jak budou pacienti ochotni spolupracovat v procesu rehabilitace a jaký bude jejich přístup k samotnému procesu. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že většina pacientů je ochotna spolupracovat v konceptu rehabilitace. Dle mého názoru je spolupráce s pacienty nedílnou součástí jejich dalšího postupu a léčby. Čím lépe je vedena spolupráce, tím je lepší a někdy i kratší výsledek léčby. Větší část pacientů (P3, P4, P5, P7, P9) by využili pouze dvě části z rehabilitační přípravy. Pacienti P1, P8 a P10 by z rehabilitační přípravy využili všechny její složky. Pouze P2 uvedl, že by podstoupil jen jednu z částí rehabilitační přípravy. P6 uvedla, že by nevyužila žádnou část z této přípravy. Její odpověď zněla: „*V případě mé operace bych nevyužila ani jednu z možností rehabilitační přípravy. Myslím si, že v těchto směrech nemám žádný problém. U mne a mého operačního výkonu je rehabilitační příprava zcela zbytečná a nepodstoupila bych ji.*“ Předoperační optimalizace může být cílena prostřednictvím rehabilitačního programu, které se mohou soustředit na jednu nebo více složek (Rombey, 2020). Bylo doloženo, zlepšení kardiopulmonální zdatnosti a nižší pooperační morbidita na základě konceptu rehabilitace. Individualizace je klíčová, pokud se jedná o programy rehabilitace, protože umožňuje optimální účinnost. (Chmelo et al., 2021). Odpovědi, které jsme získali od zdravotních 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 a dělá jim problém dojezdová dostupnost, ale 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 rehabilitačnímu plánu. Je zásadní posoudit pacientovu ochotu a schopnost dodržet plán jako celek (Carli, 2020).

Dále nás zajímalo, jak byl dobře vysvětlen pacientovi operační výkon, na který se připravuje. Větší část pacientů se shodovala tím, že operační výkon jim byl zdravotní sestrou vysvětlen dobře. Pouze dva pacienti P2 a P4 uváděli, že operační výkon jim byl

vysvětlen, ale neměli dostatečné informace. Nespokojený byl P9, který uvedl, že vysvětlení operačního výkonu trvalo přibližně 4 minuty a připadal si na obtíž. Dle mého názoru si myslím, že důkladná edukace je základ všeho. Podle výzkumu Edwardse (2017) a Jonese (2011) je edukační složka předoperační přípravy rovněž důležitým faktorem. Jones a jeho kolegové v rámci své studie zjistili, že edukace pacientů má pozitivní vliv, a to nejen na snížení úzkosti, ale také na zkrácení doby hospitalizace v dlouhodobém horizontu. Studie však dodává, že tato výhoda není pozorována u jednorázových edukací. Domnívám se, že správná edukace vede k očekávaným změnám a dobré spolupráci pacientů. S1 uvedla, že v ordinaci praktického lékaře nemají dostatek času na to, aby důkladně vysvětlovaly operační výkon. Uvádí, že kdyby bylo více času na řádnou edukaci pacientů, určitě by se se snížilo riziko stresu před operací. S2 odpověděla, že dnešní doba je zcela uspěchaná a v ordinaci není dostatek časového prostoru na řádnou edukaci pacientů.

Informantů jsme se ptali, zda vidí přínos v prehabilitační přípravě. Všichni informanti se zcela shodli, že přínos v prehabilitační přípravě před operačním výkonem vidí. P8 doplnil, že vzhledem k jeho věku v konceptu vidí veliký přínos. Tvrzení informantů podporuje i tvrzení autorů Banugo a Amoako (2017), kteří uvádí, že existuje technika nazývaná prehabilitace, která slouží ke zlepšení výkonu operačního zákroku na pacientovi. Tato technika spočívá v zvýšení funkční kapacity pacienta před samotným zákrokem a vede k lepším pooperačním výsledkům. Tyto tvrzení se shodují i s tvrzením od Lednického et al (2020). Uvádí, že chirurgové a anesteziologové považují prehabilitaci za výhodnou předoperační intervenci s pozitivním výsledkem. Tyto všechna tvrzení jsou v souladu s výzkumem, kde u devíti pacientů došlo k zlepšení pooperačních výsledků díky předoperační prehabilitaci. Pouze jedna pacientka P6 odmítala prehabilitační přípravu před operací.

Čtvrtá výzkumná otázka, která směřovala na zdravotní sestry se týkala jejich aktuálních kompetencí. Ptali jsme se na to, zda je zdravotní sestra v ordinaci praktického lékaře schopna v rámci svých aktuálních kompetencí efektivně koordinovat proces prehabilitace. Kompetence sester v České republice jsou legislativně stanoveny ve vyhlášce č. 391/2017 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Žiáková et al., 2009). Dle mého názoru nemůže zdravotní sestra koordinovat proces prehabilitace, z důvodu aktuálních kompetencí všeobecných sester. Zdravotní

sestra nemůže objednávat a posílat pacienty k různým specialistům bez indikace lékaře. Odpovědi od zdravotních sester byly jednoznačné. Nelze koordinovat proces rehabilitace dle aktuálních kompetencí zdravotní sestry. Dle Hartla a Hartlové (2010) se kompetence týká souboru kvalifikací, schopností a vlastností nezbytných pro konkrétní obor nebo činnost. Vojtíšková (2006) tvrdí, že každá kvalitní zdravotní sestra, která spolupracuje s lékařem po delší dobu, logicky usiluje o zvyšování svých kompetencí v ordinaci. Moudrý praktický lékař podporuje profesionální rozvoj své zdravotní sestry a umožňuje jí takový rozvoj.

V rámci posouzení účinnosti rehabilitace před plánovanými operačními výkony by bylo ideální provést výzkum na větším vzorku pacientů. Rehabilitace před plánovanými operačními výkony zaznamenala pozitivní změny u devíti pacientů. Jedna pacientka odmítla rehabilitační přípravu.

Velkým přínosem vidím vytvoření webových stránek, které by nabízely komplexní informace o konceptu rehabilitace a všechny její pilíře. Následně by se pacienti mohli dočíst o různých předoperačních úpravách svého životního stylu a také by zde mohly být telefonní kontakty na specializované pracovníky.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem role sestry v ordinaci praktického lékaře v koordinaci prehabilitace pacientů před plánovanými operačními výkony. Cílem č. 1 bylo definovat strukturu a rozsah prehabilitace, kterou je možno indikovat z ordinace praktického lékaře. Cílem č. 2 bylo navrhnout složení prehabilitačního týmu a v praxi tento tým sestavit. Cílem č. 3 bylo na případech konkrétních pacientů objednaných k elektivním chirurgickým zákrokům v praxi ověřit funkčnost konceptu prehabilitace i prehabilitačního týmu v podmínkách ordinace praktického lékaře. Cílem č. 4 bylo prověřit možnosti a kompetence sestry v ordinaci praktického lékaře v rolích koordinátorky prehabilitace a navigátorky pacientů podstupujících prehabilitaci.

Dále byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které na zaměřují na to, zda lze uplatnit koncept prehabilitace v ordinaci praktického lékaře a v menším městě sestavit dostatečně kvalifikovaný prehabilitační tým. Zajímalo nás také zda budou pacienti ochotni spolupracovat v procesu prehabilitace a jaký bude jejich přístup k samotnému procesu. Poslední, co nás zajímalo bylo, zda je sestra v ordinaci praktického lékaře schopna dle svých aktuálních kompetencí efektivně koordinovat proces prehabilitace.

Z analýzy výsledků byly vytvořeny odpovědi na výzkumné otázky. První odpovědí je, že koncept prehabilitace v ordinaci praktického lékaře lze uplatnit problematicky. Dotazované zdravotní sestry odpověděli, že koncept prehabilitace lze uplatnit velmi obtížně z důvodu nedostupnosti specialistů a dlouhých čekacích termínů. Operační výkon u pacienta musí být plánovaný, aby byl čas sestavit tento tým. Nelze sestavit prehabilitační tým týden před operací. Druhá odpověď na výzkumnou otázku zněla, že v menším městě nelze sestavit prehabilitační tým z důvodu nedostupnosti některých specialistů. Třetí odpověď na výzkumnou otázku: Většina pacientů je ochotná spolupracovat, ale najdou se i někteří, kteří odmítají péči. Přístup pacientů k prehabilitační přípravě je odlišný. Někteří pacienti využili všechny složky prehabilitace, ale někteří jen její části. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že zdravotní sestra dle svých aktuálních kompetencí není schopna koordinovat celý proces prehabilitace. Sestra nemůže objednávat pacienty ke specialistům bez indikace lékaře.

Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací pro sestry v ordinaci praktického lékaře, ale také i pro pacienty. Mohla by sloužit také k rozšíření kompetencí všeobecných sester v ordinaci praktických lékařů.

7 Seznam použité literatury

1. ADAMOVIČ, Z., 2019. Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 16(4), 277-279 [cit. 2022-01-11]. 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
2. BANUGO, P. et al., 2017. Prehabilitation. *BJA Education*. 17(12), 401-405. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2058534917302020>
3. BLAŽEK, M. et al., 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Internal Medicine for Practice*. 14(11), 422-428 [online]. [cit. 20.4.2023]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/en/artkey/int-201211-0006.php>
4. CARLI, F., 2020. Prehabilitation for the Anesthesiologist. *Anesthesiology*. 133(3), 645–652 [cit. 2021-01-27]. Dostupné z: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/133/3/645/108226/Prehabilitationfor-the-Anesthesiologist>
5. CARLI, F., 2020. Prehabilitation for the Anesthesiologist. *Anesthesiology*. 133(3), 645–652 [cit. 2021-01-27]. Dostupné z: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/133/3/645/108226/Prehabilitationfor-the-Anesthesiologist>
6. COUFALOVÁ, J. et al., 2015. *Totální endoprotéza kolenního kloubu: Standard fyzioterapie doporučený UNIFY ČR*. UNIFY ČR. ISBN neuvedeno. Dostupné také z: <http://www.unify-cr.cz/obrazky-soubory/4-1-5-rtf-51818.pdf?redir>
7. DOSBABA, F. et al., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.
8. DURRAND, J. et al., 2019. Prehabilitation. *Clinical medicine journal*. [online]. [cit. 2023-02-21]. Dostupné z: <https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/19/6/458>

9. 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.
10. EDWARDS, K. et al., 2017. Preoperative Education for Hip and Knee Replacement: Never Stop Learning. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 10(1), 356-364. <https://doi.org/10.1007/s12178-017-9417-4>
11. FUNNELL, R. et al., 2009. *Tabbner's Nursing Care. Theory and Practice*. 5th ed. Saint Louise: Elsevier. 974 p. ISBN 9-780-7295-3857-2.
12. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 9788024718682.
13. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 191 s. ISBN 9788027104611.
14. HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
15. HOLEŠOVSKÝ, J., 2020. *Jaké metody rehabilitace pomáhají od bolesti kloubů?* [online]. Ulekare.cz [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: <https://www.ulekare.cz/clanek/jake-metody-rehabilitace-pomahaji-od-bolesti-kloubu-424201>
16. HYTYCH, V. a kol., 2013. *Minimum z plicní chirurgie: krok za krokem*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-347-3.
17. CHMELO, J. et al., 2021. Prehabilitation, improving postoperative outcomes. Prehabilitace, cesta ke zlepšení pooperačních výsledků. *Rozhledy v chirurgii: mesicnik Ceskoslovenske chirurgicke spolecnosti*. 100(9), 421–428. <https://doi.org/10.33699/PIS.2021.100.9.421-428>
18. JANDOUREK, J., 2007. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0.
19. JANÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. 249 s. Sestra. ISBN 978–80-247-4412-4.
20. JANÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

21. JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5093-4.
22. JENSEN, B., 2019. *The role of the nursing manager in ERAS pathways; Nurses will play an important part in future integrated prehabilitation programmes*.
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
23. JOBÁNKOVÁ, M., 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
24. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
25. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.
26. KELNAROVÁ, J. et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník - 2. díl*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-247-5330-0.
27. KNOP, K., 1999. *Lázeňství, ekonomika a management*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 80-7169-717-6.
28. KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
29. KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
30. KONOPÁSEK B., 2004. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha: Galén. 177 s. ISBN 80-7262-287-010.
31. KONOPÁSEK, B. et al., 2004. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-287-0.
32. KOTÍK, L., 2019. *Předoperační vyšetření dospělých*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 135 s. ISBN 978-80-204-5104-0.
33. KOVÁŘ, P., 2020. *Předoperační rehabilitace před výměnou kloubů urychluje rekonvalescenci*. [online]. I-senior.cz [cit. 2023-02-20]. Dostupné také z:

<https://www.i-senior.cz/predoperacni-rehabilitace-pred-vymenou-kloubu-urychluje-rekonvalescenci>

34. KŘÍŽOVÁ, J. et al., 2019. *Enterální a parenterální výživa*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 151 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5009-8.
35. KŘÍŽOVÁ, J., 2014. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3326-8.
36. KUBÍČEK, M., 2017. *TEP kolenního kloubu – léčebně rehabilitační postupy před a po operaci, lázeňská léčba. Léčebná rehabilitace v ortopedii a revmatologii*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o., s. 54-76. ISBN 978-80-7496–312-4.
37. LEDNICKÝ, Š. et al., 2020. Prehabilitace. *Čes. Gynek.* 85(5), 352-356. [online]. [cit. 20.4.2023]. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2020-5-9/prehabilitace-124829>
38. MAGUROVÁ, D. et al., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.
39. MAZÚR, A. et al., 2021. Prehabilitation in surgery – narrative review. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 32(3), 136-141. <https://doi.org/10.36290/aim.2021.023.html>
40. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04148.x>
41. Ministerstvo Zdravotnictví České republiky, 2015. *Platný indikační seznam pro lázeňskou péči: Materiál k aplikaci zákonné úpravy v oblasti poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče*. [online]. Praha, MZ ČR [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/9952/22314/Materiál%20k%20aplikaci%20zák.%20úpr.%20v%20oblasti%20poskytování%20LLRP.pdf>
42. Ministerstvo práce a sociálních věcí odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení odbor trhu práce, 2016. *Ministerstvo práce a sociálních věcí odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení odbor trhu práce* [online]. Praha [cit. 2023-05-01]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_c.1-

2016_na_podporu_realizace_prostupneho_systemu_socialni_a_pracovni_rehabil
i.pdf/5ee51e78-e010-8495-1bd2-d9cc9108d072

43. MISCONIOVÁ, B., 1998. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra*. Praha: NCDP ČR. 41 s. ISBN neuvedeno.
44. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
45. NICHOLLS, A. at al., 2006. *Perioperative medicine: managing surgical patients with medical problems*. Oxford: Oxford University Press, 400 p. ISBN 9780199211739.
46. PIRSCHER, C., 2016. *The Power of Prehabilitation* [online]. ONS Voice [cit. 2022-5-1]. Dostupné z: https://voice.ons.org/news-and-views/the-power-of-prehabilitation?fbclid=IwAR10G7vwE65mySPtcDnwQc68rbBOXRINcvzjPI9t45J7kK9w1_OZkMVds-E
47. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
48. PODŠKUBA, A. et al., 2014. *Ortopedie: 2. přepracované a doplněné vydání. 2. vydání*. Praha: Grada publishing, a.s., s. 807-896, 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
49. POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.
50. RIEGER, Z. et al., 1996. *Ostrov rodiny: Integrovaný přístup pro práci s rodinou: příručka pro odborníky*. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-901773-8-7.
51. ROMBEY, Tanja, Helene ECKHARDT a Wilm QUENTIN, 2020. Cost-effectiveness of prehabilitation prior to elective surgery compared to usual preoperative care: protocol for a systematic review of economic evaluation. *BMJ Open* [online]. **10**(12), 1-8 [cit. 2021-01-12]. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen2020-040262
52. SKALICKÁ, H., 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 149 s. ISBN 9788024710792.
53. SLÁDKOVÁ, Petra, 2021. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4986-3.

54. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1.vyd. Praha: Grada, 300 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
55. SVOBODNÍK, P., 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 125 s. ISBN 978-807-0134-986.
56. 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.
<https://doi.org/10.14735/amgh201512>
57. ŠVÁB, J. et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada. 209 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
58. VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 8024712628.
59. VOJTÍŠKOVÁ, J., 2006. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Solen medical education*. 2, 94-96. [online]. [cit. 20.4.2023]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/med-2006020012_Kompetence_vseobecne_sestry_v_ordinaci_praktickeho_lekare.php
60. VOTAVA, J., 2003. *Ucelená Rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
61. VOTAVOVÁ, M., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, s. 429-432. ISBN 978-80-7262-657-1.
62. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
63. WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.
64. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.
65. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo – teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta. 322 s. ISBN 80-806-3304-2.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam otázek k rozhovoru s pacienty

Příloha 2 – Seznam otázek k rozhovoru se sestrami

9 Seznam zkratek

AIM – akutní infarkt myokardu

CMP – cévní mozková příhoda

DK – dolní končetina

DM II. typu – diabetes mellitus II. typu

EKG – elektrokardiografie

GIT – gastrointestinální trakt

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

PN – pracovní neschopnost

RHB – rehabilitace

RTG – rentgenové záření

TEN – tromboembolická nemoc

TEP – totální endoprotéza

TSK – tracheostomická kanyla

10 Seznam obrázků

Obrázek 1: Teoretický model prehabilitace (Carli, 2020)

Příloha 1

Seznam otázek k rozhovoru s pacienty

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

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Příloha 2

Seznam otázek k rozhovoru se sestrami

1. Máte v ordinaci praktického lékaře dostatečný prostor na edukaci, objednání a samotnou přípravu pacienta na operaci?
2. Jak dlouho před plánovanou operací začínáte s přípravou pacienta?
3. Jsou pacienti schopni spolupráce?
4. Jaká je dostupnost psychologické péče a možnosti následného objednání?
5. Jaká je dostupnost nutričního terapeuta a možnosti následného objednání?
6. Jaká je dostupnost rehabilitačního pracovníka a možnosti následného objednání?
7. Je ve Vašich kompetencích objednávání k těmto specialistům?
8. Kam lze objednávat pacienty z menšího města ke specialistům?
9. Lze podle Vašeho názoru a v jakém rozsahu uplatnit koncept prehabilitace?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023