



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Management ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí z pohledu sestry

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Milena Vopálková

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph. D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Management ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí z pohledu sestry*” jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 08. 2020

.....

Bc. Milena Vopálková

Poděkování

Děkuji Mgr. Františkovi Dolákovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vynikající spolupráci při psaní mé diplomové práce. Poděkování patří také všem informantům a respondentům, za kladný přístup a spolupráci při výzkumném šetření. Zvláště bych chtěla poděkovat své rodině, za jejich trpělivost a podporu během celého studia.

Management ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí z pohledu sestry

Abstrakt

Úvod: Vzhledem k tomu, že do ortopedické ambulance přichází klienti s potíženími pohybového aparátu, kteří bývají často méně mobilní, mají bolesti, nedostatečně se orientují v novém prostředí a situaci, považujeme za adekvátní, zabývat se komplexní ošetrovatelskou péčí o tyto klienty. Úkolem zdravotnického personálu je v tento okamžik poskytnout klientovi a jeho rodině podporu, jistotu a bezpečí, umožnit získat dostatek informací, dovedností a návyků k obnově a udržení zdraví.

Cíle práce: V této diplomové práci, byly stanoveny celkem tři cíle. Naším prvním cílem, bylo zmapování specifík managementu ošetrovatelské péče o klienty ortopedických ambulancí z pohledu sestry. Další dva stanovené cíle, se týkaly ozřejmění způsobu detekce a řešení ošetrovatelských problémů a potřeb klientů ortopedických ambulancí.

Metodika: Pro splnění cílů této práce, byly využity metody kvalitativního a kvantitativního výzkumu. V kvalitativním výzkumném šetření se jednalo o polostrukturovaný rozhovor s pěti informanty, kteří pracují ve vybraných ortopedických ambulancích Jihočeského kraje na pozici nelékařského zdravotnického pracovníka. Rozhovory s informanty byly zaznamenány na nahrávací zařízení, poté byla provedena transkripce a analýza dat pomocí kódování. Výsledky byly sumarizovány do přehledných kategorií a podkategorií. Záměrně byla vybrána dvě ortopedická ambulantní pracoviště. Jedno pracoviště byla privátní ortopedická ambulance a druhé pracoviště, byla ortopedická ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Abychom získali zpětnou vazbu na poskytovanou ošetrovatelskou péči v ortopedických ambulancích, využili jsme kvantitativní výzkumné šetření. Pomocí ankety s respondenty, kteří navštívili výše vybrané ortopedické ambulance. Zajímal nás jejich pohled a spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a edukací. K vyplnění anketního lístku, bylo osloveno celkem 160 respondentů, z každé ortopedické ambulance přesně polovina. Získaná data jsme statisticky zpracovali do přehledných grafů a tabulek. Kvantitativní výzkumné šetření, nám pomohlo získat ucelený pohled

na problematiku poskytované ošetrovatelské péče včetně edukace v těchto ambulancích a doplňuje kvalitativní výzkum.

Výsledky: Z výsledků kvalitativního šetření je jasné, že sestry ortopedických ambulancí nejvíce tíží nedostatek času na poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Bylo zjištěno, že se sestry věnují nejvíce specifickým odborným výkonům, asistenci lékaři, uspokojování nejaktuálnějších potřeb klientů a zejména administrativě. Nejméně, se však věnují prevenci a edukaci. Bylo zjištěno, že sestry nejčastěji detekují u klientů ortopedických ambulancí deficit sebedpěče, pohybu a aktivity, bolest, strach a deficit informací. K detekci ošetrovatelských problémů a potřeb, sestry nejčastěji využívají aspekce a komunikace, ale i zde zápasí s časem. Sami si uvědomují, že nemají dostatek času na uspokojení všech potřeb klientů. Z kvantitativního šetření vyplynulo, že v řešení aktuálních potřeb a přístupu sestry neexistují statisticky významné rozdíly mezi vybranými ambulancemi. V případě času na zodpovězení dotazů, edukaci a následnou spokojenost respondentů vybraných ortopedických ambulancí, můžeme říci, že existují statisticky významné rozdíly mezi soukromou ortopedickou ambulancí a ortopedickou ambulancí, která je součástí zdravotnického zařízení.

Závěr: Management ošetrovatelské péče hraje v ortopedických ambulancích velmi zásadní roli. Sumarizací poznatků z výzkumného šetření lze konstatovat, že je nevyhnutelné se v ošetrovatelském managementu u klientů ortopedických ambulancí, více zaměřit na komplexnost poskytované ošetrovatelské péče včetně edukace. Budeme-li vycházet z výsledků našeho bádání, naším navrhovaným řešením je začlenění ortopedické edukační sestry do komplexní zdravotní péče. Ortopedická edukační sestra jako jeden z článků multidisciplinárního týmu, může provázet a poskytovat podporu klientům těchto ambulancí v tak náročném období jako je onemocnění, trauma nebo operace pohybového aparátu. Výstupem práce, je návrh koncepce funkce ortopedické edukační sestry, který bude předložen sestřám ortopedických ambulancí a managementu zdravotnických zařízení jako námět na rozšiřování edukačních center pro klienty ortopedie.

Klíčová slova

Management ošetrovatelství; ošetrovatelská péče; ortopedie; klient; ambulance; sestra; edukace

Management of nursing care for clients of orthopaedic outpatient department from nurse's aspect

Abstract

Introduction: In view of the fact that clients with locomotor system difficulties (who often have impaired mobility, are in pain and have difficulties finding their way in a new environment and situation) come to the orthopaedic outpatient department, we consider it worthwhile to look at the comprehensive nursing care of these clients. The task of the healthcare personnel at this moment is to provide support, assurance and safety to the client and his family, and to allow him to gain sufficient information, skills and habits to restore and maintain his health.

Goals of thesis: A total of three goals were laid out in this thesis. Our first goal was to map out the features specific to the management of nursing care for clients of the orthopaedic outpatient department from the nurse's aspect. The other two designated goals concerned elucidation of the means for detecting and dealing with nursing care problems and needs of clients of the orthopaedic outpatient department.

Methodology: Qualitative and quantitative research methods were used in order to meet the goals of this thesis. In the qualitative research investigation there was a semi-structured interview with five informants who work in selected orthopaedic outpatient departments of the South Bohemian Region as paramedical staff. The interviews with the informants were recorded on a recording device, and this was followed by transposition and data analysis using coding. The results were summarised in structured categories and sub-categories. Two orthopaedic outpatient departments were intentionally selected. One site was a private orthopaedic outpatient department, and the other was an outpatient department that was part of a medical facility. We used a quantitative research investigation to gain feedback for the provided nursing care in the orthopaedic outpatient departments. Using surveys with respondents who attended the selected orthopaedic outpatient departments. We were interested in their perspective and satisfaction with the provided nursing care and instruction. A total of 160 respondents, exactly one half from each orthopaedic outpatient department, were asked to fill in a questionnaire. We processed the data statistically in structured graphs and tables. The

quantitative research investigation helped us gain a comprehensive picture of the provided nursing care, including instruction, in these outpatient departments, and it complements the qualitative research.

Results: Based on the results of the qualitative investigation it is clear that the greatest burden faced by nurses of the orthopaedic outpatient departments is the lack of time to provide comprehensive nursing care. It was discovered that nurses spend most time on specific professional tasks, assisting doctors, satisfying the most immediate needs of clients and, in particular, administration. However, they spend the least time on prevention and instruction. It was discovered that nurses most often note a lack of self-care, movement and activity in clients of the orthopaedic outpatient departments, along with pain, fear and lack of information. Nurses most often use visual inspection and communication to detect nursing problems, but here too they are under the pressure of time. They are themselves aware that they do not have sufficient time to satisfy all the clients' needs. The quantitative investigation showed that there were no statistically significant differences between the selected outpatient departments in the resolution of current needs and approach of nurses. In the matter of time for answering questions, instruction and subsequent satisfaction of respondents of the selected orthopaedic outpatient departments, we can say that there exist statistically significant differences between the private orthopaedic outpatient department and outpatient department that is part of the healthcare facility.

Conclusion: Management of nursing care plays an absolutely fundamental role in orthopaedic outpatient departments. A summary of the findings from the research survey allows us to state that it is unavoidable to focus more on the comprehensive nature of the provided nursing care, including instruction, in nursing care management for clients of orthopaedic outpatient departments. If we proceed on the basis of results of our research, our proposed solution is to include an orthopaedic instruction nurse in comprehensive healthcare. As a component of the multidisciplinary team, an orthopaedic instruction nurse can accompany and give support to clients of these outpatient departments at such a difficult time as illness, trauma or operation on locomotor system. The output of the thesis is material with activities of an orthopaedic instruction nurse. The output of this work is a draft concept for functional orthopaedic instruction nurses which will be submitted to nurses of the orthopaedic outpatient

departments as a suggestion for expansion of instruction centres for patients.

Keywords

Management of nursing care; nursing care; orthopaedics; client; outpatient department; nurse; instruction

Obsah

Úvod	11
1 Současný stav.....	12
1.1 Ortopedie jako obor	12
1.1.1 Historie ortopedie	12
1.1.2 Historie ortopedického ošetrovatelství.....	14
1.1.3 Ortopedie a traumatologie v číslech	14
1.2 Ortopedická ambulance.....	15
1.2.1 Vyšetřovací metody a diagnostika v ortopedii	15
1.2.2 Léčebné výkony v ortopedické ambulanci	16
1.2.3 Protetika v ortopedii	17
1.2.4 Adjuvatika v ortopedii	18
1.2.5 Léčebná rehabilitace	18
1.3 Ortopedický pacient v ambulanci.....	19
1.3.1 Potřeby nemocných v ortopedické ambulanci.....	20
1.3.2 Bolest v ortopedii	20
1.3.3 Spánek a odpočinek.....	22
1.3.4 Pohybová aktivita, emoce, strach a úzkost.....	22
1.4 Úloha sestry v ortopedické ambulanci	23
1.4.1. Kompetence sestry v ortopedické ambulanci	23
1.4.2 Komunikace jako součást profese sestry.....	25
1.4.3 Sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče	26
1.4.4 Sestra manažerka	27
1.4.5 Sestra výzkumnice a nositelka změn.....	28
1.4.6 Sestra advokátka a mentorka	29
1.4.7 Sestra edukátorka.....	29
1.4.8 Etický kodex a etika v profesi sestry.....	30
1.5 Edukace	30
1.5.1 Edukace v ošetrovatelství.....	31
1.5.2 Edukace v ortopedické ambulanci.....	31
1.5.3 Edukační programy a centra pro pacienty.....	33
2 Cíle práce	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34
2.3 Hypotéza	34
2.4 Operacionalizace pojmů.....	35
3 Metodika	38

3.1 Metodika výzkumného šetření	38
3.1.1 Metodika kvalitativního výzkumného šetření	38
3.1.2 Metodika kvantitativního výzkumného šetření	38
3.2. Charakteristika výzkumných souborů.....	39
3.2.1 Výzkumný soubor v kvalitativním šetření	39
3.2.2. Výzkumný soubor v kvantitativním šetření	39
3.3 Zpracování získaných výzkumných dat	40
3.3.1 Zpracování dat v kvalitativním výzkumném šetření	40
3.3.2 Zpracování dat v kvantitativním výzkumném šetření	40
3.3.3 Testování stanovené hypotézy	40
4 Výsledky výzkumu	41
4.1 Kvalitativní výzkum.....	41
4.1.1 Kategorie 1 Identifikace informantek ortopedických ambulancí	41
4.1.2 Kategorie 2 Specifické činnosti sestry.....	42
4.1.3 Kategorie 3 Potřeby klientů	44
4.1.4 Kategorie 4 Edukace sestrou	47
4.2 Kvantitativní výzkum.....	51
4.2.1 Věkové zastoupení respondentů	51
4.2.2 Pohlaví respondentů.....	52
4.2.3 Návštěva ortopedické ambulance respondentem	53
4.2.4 Řešení potřeb a problémů klientů sestrou	54
4.2.5 Ochota a empatie sestry v ortopedické ambulanci.....	55
4.2.6 Časové možnosti sestry na dotazy respondentů ortopedických ambulancí	56
4.2.7 Edukace respondentů ortopedických ambulancí sestrou	57
4.2.8 Hodnocení edukace respondenty.....	58
4.2.9 Spokojenost respondentů s informacemi, které byly poskytnuty sestrou.....	60
4.2.10 Zdroje dalších informací respondentů	61
4.3 Ověření stanovené hypotézy diplomové práce.....	62
5 Diskuze	64
6 Závěr	78
7 Seznam zdrojů.....	80
8 Seznam příloh.....	89
9 Seznam zkratk	95

Úvod

Tématem této diplomové práce je problematika managementu ošetrovatelské péče o klienty ortopedických ambulancí z pohledu sestry. V současné době se sestry ortopedických ambulancí setkávají s klienty různých věkových kategorií. Vzhledem k tomu, že do ortopedické ambulance přichází klienti s potížemi pohybového aparátu, kteří bývají často méně mobilní, mají bolesti, nedostatečně se orientují v novém prostředí a situaci, považujeme za adekvátní zabývat se komplexní ošetrovatelskou péčí o tyto klienty. Úkolem zdravotnického personálu je v tento okamžik poskytnout klientovi a jeho rodině podporu, jistotu a bezpečí, umožnit získat dostatek informací, dovedností a návyků k obnově a udržení zdraví. Ošetrovatelská činnost v odborné ortopedické ambulanci je velmi rozmanitá a určitými směry specifická, proto jsme se rozhodli jí věnovat pozornost. Cílem této práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče, problematiku potřeb včetně edukace klientů ortopedických ambulancí. Důležitý je pro nás pohled sester ortopedických ambulancí na tuto problematiku, ale také nás zajímá pohled klientů, kteří ortopedickou ambulanci navštívili nebo navštěvují. Teoretické poznatky budou čerpány z odborné literatury z oblasti ortopedie, traumatologie a ošetrovatelství. V této diplomové práci bude využita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Kvalitativní výzkumné šetření bude realizováno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Soubor informantů v rámci kvalitativního šetření bude tvořen sestrami vybraných ortopedických ambulancí. Následně bude provedena analýza sebraných dat, kódování a kategorizace. Kvantitativní výzkumné šetření bude provedeno technikou ankety, určenou pro pacienty ortopedických ambulancí, které doplní kvalitativní výzkum. Výzkumné šetření bude probíhat ve vybraných ortopedických ambulancích Jihočeského kraje. Výstupem práce bude koncepce funkce ortopedické edukační sestry u ortopedických klientů. Tato koncepce může být využita sestrami ortopedických ambulancí, dále zdravotnickými zařízeními jako námět na rozšiřování edukačních center pro pacienty.

1 Současný stav

1.1 Ortopedie jako obor

Ortopedie, jako samostatný lékařský obor, se zabývá léčbou a prevencí pohybového aparátu. V Čechách se tento obor v roce 1971 vyčlenil z obecné chirurgie a začal být brán jako samostatný obor, jehož součástí je také protetika. Termín „*Ortopedie*“ se v literatuře objevuje již od roku 1791 (Sosna, 2001; Karpaš, 2012). V současnosti se sestry v odborných ortopedických ambulancích setkávají s klienty, kteří mají onemocnění, úrazy nebo postižení pohybového aparátu, ať již vrozené či získané. Ortopedie je také zaměřena na screening vrozených vývojových vad pohybového ústrojí u dětí, jejich prevenci a léčbu (Sosna, 2001). Jednou z nejčastějších vrozených vývojových vad pohybového ústrojí u novorozenců je bezesporu dysplazie kyčelního kloubu. U novorozenců se tato vada vyskytuje až v 3-5 %. Zvláště riziková je poloha plodu koncem pánevním při porodu. Pokud lze na výskyt této vady pohlížet z pohledu pohlaví dítěte, pak postihuje více dívky než chlapce. Pomocí screeningové metody „*Trojího síta*“ (3 etapy ortopedického screeningového sonografického vyšetření: vyšetření novorozence 3 -5 den po porodu, v druhé etapě v 6 týdnech věku dítěte a třetí etapa vyšetření je plánována na období kolem 12. až 16 týdne věku dítěte), se podařilo tuto vrozenou vývojovou vadu kyčelního kloubu pomocí preventivních opatření dobře podchytit a úspěšně konzervativně léčit (Muntau, 2014; Lorenz, 2016).

1.1.1 Historie ortopedie

V druhé polovině 20. století byla v Československu „*Ortopedie*“ již samostatným lékařským oborem, jehož součástí se stala traumatologie pohybového ústrojí a páteře. Ortopedie představuje symbol pokřiveného stromu či vinné révy, jehož křivý kmen je korigován lanem k rovnému sloupu. V dávné historii se léčilo násilnými mechanickými tahy a korigováním skeletu pomocí obvazů a zvláštních aparátů, což bývalo velmi bolestivé a mnohdy docházelo k dalšímu poškození nemocného. Výsledky nebyly valné. Ortopedie se zabývala již v minulosti také protetikou. Historické protetické pomůcky byly zhotovovány z kůže a dřeva. Jejich funkce byla minimální, spíše splňovala estetický efekt (Sosna et al., 2001). Jak píše Chlumský (1922) ve své „*Učebnici orthopaedie*“, byla ortopedie v zahraničí vedena jako samostatný lékařský obor již od roku 1741, kdy francouzský lékař N. Andry ve své publikaci

„*L'Orthopaedie ou l'art de prevenir et de corriger dans les enfants les déformités du corps*“ vysvětlil slova: „*orthos-rovný*“ a slovo „*pais, paidos-dítě*“. Během 18. století byly zřizovány první ortopedické ústavy, kde se léčily choroby výhradně ortopedické, které byly léčeny prostými prostředky (Karpaš, 2012). Až následné období nastolilo nové poznatky v ortopedii a traumatologii. V druhé polovině 19. století s rozvojem traumatologie byly položeny základní postuláty operační léčby se zavedením principů asepse, radiodiagnostiky a anestezie (Čech, 1982; Dungl, 2005). Byly zřizovány první ortopedické kliniky. V roce 1841 byl založen český ortopedický ústav v Praze, který vedl doc. MUDr. J. Špott. Na rozvoji se podíleli i další lékaři, jako prof. MUDr. R. Jedlička, který založil ústav pro postižené. Později, v roce 1922 vznikla specializovaná ortopedická klinika v Bratislavě z iniciativy prof. MUDr. V. Chlumského, který následně roku 1925 založil s dalšími významnými profesními kolegy Československou ortopedickou společnost a odborný časopis „*Slovanský sborník ortopedický*“ (Sosna et al., 2001). Následovalo zřizování ortopedických klinik v Německu a Rakousku (Karpaš, 2012). Od roku 1927 vznikaly další ortopedické kliniky na území Československa za účasti dalších významných ortopedických lékařů naší historie. Zlomový byl rok 1935, kdy se pod vedením přednosta pražské kliniky prof. MUDr. J. Zahradníčka začala zásadním způsobem měnit léčba pohybového aparátu díky novým operačním postupům. Je právem označován za zakladatele moderní české ortopedie. Mezi další významné osobnosti ortopedie patří bezesporu prof. MUDr. Frejka, DrSc., jehož jméno je spojováno s „*Frejkovou peřinkou*“, užívanou v dětské ortopedii, stejně jako prof. MUDr. Pavlík, který je znám po celém světě díky „*Pavlíkovým třmenům*“, které se taktéž užívají k léčbě dysplazie kyčelního kloubu v dětské ortopedii (Sosna, 2001). S příchodem moderního operačního řešení traumatických zlomenin pomocí osteosyntéz se začaly vyrábět také kloubní náhrady (Karpaš, 2012). Mimo stabilních osteosyntéz byly díky převratnému objevu Sira J. Charnleye distribuovány do celého světa také kloubní náhrady o takzvaném nízkém tření, které vnesly do ortopedie nový pohled na trendy v léčbě těžkých kloubních poškození (Sosna et al., 2001). Do české historie se nesmazatelně zapsal také prof. MUDr. O. Čech, DrSc., který spolupracoval s firmou „*Poldi Kladno*“ v Československu, vyrábějící první ortopedická instrumentária, osteosyntézy a implantáty kyčelního kloubu (Sosna, 2009). Po roce 1989 došlo k rozmachu novinek a trendů v oblasti traumatologie. Byla zakládána ortopedicko-traumatologická oddělení, kde včasná operační léčba přispěla k navrácení pacientů do

plnohodnotného života. Došlo k rozvoji artroskopické a miniinvazivní operační léčby v ortopedii a traumatologii (Sosna et al., 2001).

1.1.2 Historie ortopedického ošetřovatelství

V dávných dobách poranění skeletu znamenalo ve většině případů trvalou invaliditu. Nejčastější léčbou zlomenin a traumat skeletu byla léčba konzervativní. Jednalo se o znehybnění končetiny nebo později o léčbu pomocí skeletální trakce, což byla v té době pro nemocné velmi zdoluhavá a omezující léčba. Ošetřování nemocného spočívalo v komplexní ošetřovatelské péči a rehabilitaci. Nebylo výjimkou, že nemocní dlouhodobě pobývali na lůžku a často umírali na komplikace v podobě sepse, dekubitů a dalších přidružených chorob z imobility (Chlumský, 1922). Ošetřovatelství v oboru ortopedie volalo po změnách a inovacích. Za průkopnici inovativního ortopedického ošetřovatelství můžeme považovat Agnes Hunt, anglickou sestru, která svojí vlastní zkušeností s ortopedickým onemocněním v dětství nejlépe rozuměla potřebám nemocných v tomto oboru. Ve spolupráci s lékařem v oboru ortopedie R. Jonesem, založila ortopedickou nemocnici ve městě Oswestry. Zde propagovali a zaváděli do praxe nové trendy a koncepty v první polovině 20. století, které jsou již dnes v ortopedické medicíně běžné. Agnes Hunt, se stala významnou osobností v ortopedickém ošetřovatelství a za svoji obětavost, profesionalitu a přínos v oboru, byla vyznamenána královským řádem Červeného kříže (Miller et al., 2010).

1.1.3 Ortopedie a traumatologie v číslech

Zdravotní stav populace zásadním způsobem ovlivňuje i úrazovost. Ročně je ošetřeno ve zdravotnických zařízeních kolem 2 miliónů klientů s úrazem. Vzhledem ke stoupajícím číslům úrazovosti v ČR, byly stanoveny strategické plány, jak snížit počet úrazů na minimum dle vzoru World Health Organization (dále jen WHO). Traumata jsou nejčastější příčinou invalidity různého stupně a předčasných úmrtí (Hamplová, 2019). Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále jen ÚZIS) bylo v roce 2013 v Jihočeském kraji 6 751 929 celkově všech ambulantních ošetření. Přičemž koncem roku 2013 žilo na území Jihočeského kraje 636 443 obyvatel. Z toho v témže roce, bylo ošetřeno v ortopedických ambulancích Jihočeského kraje 240 710 osob a v traumatologické ambulanci 47 225 osob. Průměrný počet ošetřených pacientů v ortopedických ambulancích Jihočeského kraje od roku 2010 do roku 2013, byl dle ÚZIS 228 188 pacientů ročně. V traumatologii Jihočeského kraje, byl tento počet

pacientů 47 430 (Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje, 2013). Je možné, že vzhledem k prodlužujícímu se věku populace a nárustu adrenalinových a kontaktních sportů se budou tato čísla pravděpodobně zvyšovat.

1.2 Ortopedická ambulance

Ortopedická ambulance poskytuje komplexní ortopedickou péči o klienty s vrozenými vadami, degenerativním onemocněním, zánětlivým onemocněním, nádory a traumaty pohybového aparátu (Sosna, 2001). Dle Plevové et al. (2012) je ambulantní zdravotní péče taková péče, která nevyžaduje hospitalizaci pacienta v lůžkové části zdravotnického zařízení. Ambulantní péče se dělí na primární, specializovanou a stacionární (Plevová et al., 2012). Jak píše Košta (2013), ambulantní péče prošla také určitými změnami. Například po roce 1948, kdy byli ambulantní specialisté soustředěni do poliklinik a nebyla možná volba výběru zdravotnického zařízení ani lékaře. Tento stav setrval do roku 1989, kdy se začalo české zdravotnictví pomalu měnit. V následujících letech došlo ke změnám ve zdravotní péči v České republice (dále jen ČR). Byly rozpuštěny okresní a národní ústavy zdraví, ordinace se privatizovaly a došlo i ke změnám v platbách z veřejného zdravotního pojištění. Docházelo k rozmachu soukromých ambulancí, ať už praktických lékařů nebo specialistů. S tímto rozmachem musel samozřejmě přijít i jiný pohled na pacienta, jako klienta. (Košta, 2013). V současnosti může být ortopedická ambulance součástí zdravotnického zařízení nebo ambulancí privátní. Nedílnou součástí provozu odborných ambulancí je dodržování zákonných norem a nařízení. Činnost ortopedické ambulance se řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákony pro lidi, © 2010-2019).

1.2.1 Vyšetřovací metody a diagnostika v ortopedii

Mezi nejdůležitější aspekty úspěšné léčby patří bezesporu správná diagnostika. K vyšetřovacím metodám v ortopedii patří zejména pečlivá anamnéza, nynější onemocnění, stav výživy, hodnocení deformit skeletu, palpáce, měření délky a obvodu končetin. Nedílnou součástí je také funkční vyšetření skeletu ve třech rovinách. Aspekci se detekuje kulhání, otoky, hematomy, deformity na skeletu a samotné držení těla. Zobrazovací metodou první linie je rentgenologické vyšetření (RTG) a další neméně důležitou zobrazovací metodou je magnetická rezonance (MRI), kde získáme přehled o stavu měkkých tkání skeletu. Další vyšetřovací metodou je sonografické vyšetření

(jako základní vyšetřovací metoda v prevenci a léčbě dysplazie kyčelního kloubu u dětí) a v neposlední řadě také počítačová tomografie (CT) či radionuklidové vyšetření. K běžným laboratorním vyšetřením krve se zaměřením na ortopedickou diagnostiku jako je kostní metabolismus a zánětlivé parametry řadíme také imunologické vyšetření, vyšetření kloubního punktátu, pokud je k dispozici, a základní neurologické a revmatologické vyšetření. Nedílnou součástí ortopedické diagnostiky je také biomechanika chůze pacienta (Dungl, Kolman et al., 2014).

Sestra provádí ošetrovatelskou diagnostiku u ortopedického pacienta v ambulanci nejčastěji za pomoci osobní anamnézy, rozhovoru s klientem a aspekci pohybu klienta. Zaměřuje se na hybnost jednotlivých částí pohybového aparátu. Sleduje zejména fyziologickou či patologickou hybnost, mechaniku pohybu těla, rovnováhu klienta, polohu končetin, případné spasmy, otoky končetin a jejich funkčnost, svalový tonus, toleranci pohybu, bolest při pohybu a kolik úsilí klient musí vynaložit na změnu polohy. Dále setra hodnotí soběstačnost a sebepěči klienta. Úkolem sestry je asistovat lékaři při vyšetřovacích metodách, sledovat fyziologické funkce, odebrat vzorky biologického materiálu dle ordinace lékaře a také zajistit transport odebraných vzorků biologického materiálu do určených laboratoří ve správném čase za dodržení transportních podmínek, určených pro daný biologický materiál. Nedílnou součástí je také zhodnocení psychického stavu klienta (Trachtová et al., 2013).

1.2.2 Léčebné výkony v ortopedické ambulanci

V ortopedické ambulanci jsou ošetřováni klienti jak s akutními, tak s chronickými potížemi pohybového ústrojí. Vedle běžných vyšetřovacích metod a diagnostiky se zde provádí také speciální výkony, jako je repozice poraněných částí skeletu v lokální anestezii, fixace poraněných končetin, aplikace sádrových obvazů, intraartikulární punkce, obštriky kloubů a nasazování speciálních ortopedických pomůcek, jako jsou kolenní a kyčelní ortézy, krční límce, hliníkové dlahy, ramenní závěsy a další ortopedické léčebné pomůcky (Sosna et al., 2001). Sestra v ortopedické ambulanci asistuje při těchto výkonech a edukuje klienta v péči o ortopedickou pomůcku. Klient by měl vědět, jak o ortopedickou pomůcku při hygieně a pohybu pečovat a jak ji chránit před poškozením, aby plnila svoji funkci. Dále se v ortopedické ambulanci provádí převazy operačních ran, extrakce sutur z operační rány. Je zcela jasně legislativně upraveno, že péče o ránu patří do kompetencí všeobecné sestry. Indikace a preskripce

terapeutického materiálu k ošetřování ran je v kompetenci lékaře. V klinické praxi je péče o chronické rány zcela v kompetenci sester, které jsou proškoleny v péči a hojení chronických ran, především tam, kde je použito fázového hojení ran. Ale i zde je preskripce péče a převazového materiálu i nadále v rukou lékařů (Pokorná, Mrázová, 2012). Mezi velice specializované výkony prováděné v ortopedické ambulanci je bezesporu i léčba krevní plazmou, při které sestra asistuje. Metoda léčby krevní plazmou (*Autologous Conditioned Plasma-ACP nebo také PRP-platelet-rich plasma*), je určena k léčbě ložiskových defektů a poruch kloubní chrupavky, artrózy, poškozených menisků kolenního kloubu a u dalších ortopedických indikací. Upravená krevní plazma je nová biologická metoda pro léčbu pohybového ústrojí, kterou lze provádět v ortopedické ambulanci. Pacientovi je odebrána venózní krev, v centrifuze je upravena a poté se oddělená plazma aplikuje pacientovi do postiženého místa injekční stříkačkou za přísně aseptických podmínek. Například do kolenního kloubu (Paša, (c) 2019).

1.2.3 Protetika v ortopedii

Multidisciplinární obor zabývající se návrhem, stavbou a aplikací protetických pomůcek je ortopedická protetika. Ortopedická protetika se zabývá léčbou klientů, kteří potřebují k pohybu protézy. Protéza nahrazuje části těla, které byly ztraceny a nahrazuje jejich funkci. Plní funkci kosmetickou a funkční. Ortopedická pomůcka je navržena a vyrobena tak, aby vyhovovala klientovi. Je třeba brát v potaz psychické a fyzické předpoklady klienta a dbát na správné načasování. Je důležité, aby klient mohl plnit své osobní a společenské role. Na přelomu 18. až 19. století se protetika vyvíjela i v českých zemích, což se podařilo zejména J. Božkovi a jeho synovi, kteří se zapsali do české historie protetiky výrobou stehenní protézy s excentrickým kolenním kloubem. Další významnou osobností je bezesporu i prof. J. Hanousek, který se zabýval výrobou protéz a ortéz po celý život. V současnosti je prezentována ortopedická protetika jako interdisciplinární obor, který profesně sdružuje lékaře a ortopedicko-protetické techniky. Jejich spolupráce je velmi úzce propojena, protože ortopedicko-protetický technik pomůcku staví na podkladě indikace a rozvahy lékaře. Zde mají zásadní význam validní informace o tom, jak pacientovi pomůcka bude sloužit, co od ní očekává a co mu přinese. V řadě případů je výdej ortopedické pomůcky vázán souhlasem revizního lékaře dané zdravotní pojišťovny. Výroba každé protetické pomůcky se neobejde bez perfektní komunikace mezi pacientem, indikujícím lékařem, technikem a zdravotní

pojišťovnou. Mezi další obory ortopedické protetiky patří také například: epitetika, adjuvatika, kalceotika (Matějček, 2014).

Neméně zajímavá je statistika výroby protetických pomůcek za období 2007-2017 v ČR (NZIS REPORT č. K/20 (08/2018). Ze stručného přehledu činnosti oboru ortopedické protetiky za období 2007–2017 v ČR je jasné, že bylo zhotoveno celkem 293 901 protetických výrobků za rok 2017, oproti roku 2007, kde tento počet byl 49 715. Zatím co od roku 2007 do roku 2016 byla s nejvyšším počtem zastoupena výroba protetických vložek do obuvi, v roce 2017 to byl protetický výrobek ortézy horní končetiny (ÚZIS, 2018).

1.2.4 Adjuvatika v ortopedii

Adjuvatika, je velmi rozsáhlá skupina pomůcek, která pomáhá klientům s různým stupněm postižení kompenzovat jejich handicap. Pomáhají v pohybu v běžném životě (Dungl et al., 2014). Pomůckami ke zvládnutí sebeobsluhy se zabývá také Suchá et al. (2019), která uvádí, že výběrem a správným nácvikem používání kompenzační pomůcky klientům pomáhá ergoterapeut. Některé kompenzační pomůcky jsou dle zdravotních pojišťoven hrazeny zcela, jiné z části nebo je zdravotní pojišťovna nehradí vůbec. Dle druhu zdravotní pojišťovny klienta. Preskripce kompenzačních pomůcek je omezena odborností lékařů a některé jsou podmíněny i schválením revizního lékaře dané zdravotní pojišťovny klienta (Suchá et al., 2019). Všeobecná sestra se podílí spolu s rehabilitačním pracovníkem a ergoterapeutem na adaptaci klienta s kompenzační pomůckou a provádí rehabilitační ošetřovatelství (Kelnarová et al., 2009).

1.2.5 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je jeden z nejstarších medicínských oborů, který se zabývá obnovou funkce pohybového aparátu. Mezi základní prostředky, kterými je možné ovlivnit funkční deficit pohybového aparátu je fyzioterapie, fyzikální terapie, ergoterapie a protetika. V ortopedii hraje léčebná rehabilitace nezastupitelnou roli v úspěšném léčení nemocného, jeho cestě k návratu do plnohodnotného života s co nejméně možnými následky nemoci nebo traumatu (Geltner, Koutný, 2014). Kelnarová et al. (2009) uvádí, že „rehabilitační ošetřovatelství je soustava léčebných, psychologických, sociálně-ekonomických, pedagogických a profesionálních opatření, která jsou zaměřena na navrácení nemocného do společnosti a předcházení následků

nemocí, které by vedly k invaliditě“ (Kelnarová et al., 2009 s. 190). Rehabilitační ošetrovatelství je nedílnou součástí ošetrovatelských postupů, rozšiřuje praktické dovednosti a teoretické znalosti z fyzioterapie, je nezbytnou součástí prevence komplikací nemocí a podpory zdraví. Sestry nejčastěji vykonávají pasivní rehabilitaci formou polohování klienta v lůžku, čím přispívají k prevenci kontraktur, proleženin a omezení rozsahu pohybu v kloubech. Polohování můžeme dělit na preventivní, korekční a antalgické. Při polohování je důležité dodržet několik zásad. Polohovat ve 2hodinových intervalech, kontrolovat prokrvení a barvu pokožky, polohovat dle potřeb klienta, střídát polohy na břiše, zádech a boku. Při polohování používat polohovací pomůcky a vše zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace. Důležitou součástí polohování klienta v lůžku je bezesporu také bezpečnost. Vždy je nutné bránit pádu klienta z lůžka pomocí zábran, které jsou součástí každého nemocničního lůžka. Vždy je potřeba klientovi dát k ruce signalizační zařízení, aby mohl včas upozornit na dyskomfort v dané poloze. Mezi další nejčastější rehabilitační péči, kterou sestra provádí v oboru ortopedie, patří bezesporu pomoc klientům při nácvičku chůze s podpažními berlemi a o francouzských holích, kdy poskytuje klientovi oporu a svojí přítomností předchází pádu. Všeobecná sestra, ergoterapeut a rehabilitační pracovník, hrají primární roli v rekonvalescenci klienta. Je tedy zcela jednoznačné, že v ortopedii má rehabilitační ošetrovatelství nezastupitelnou roli v péči o klienta s nemocemi či traumatem skeletu (Kelnarová et al., 2009).

1.3 Ortopedický pacient v ambulanci

V ortopedické ambulanci se sestry setkávají s klienty, kteří mají nejčastěji problémy s mobilitou. Klienta obvykle přivede k lékaři bolest pohybového aparátu. Jde především o chronické bolesti, které jsou hůře snášeny než obrny a deformity (Dungl et al., 2014). Být aktivní, pohybovat se, je jedním z kritérií samostatnosti a sebepěče klienta. Velmi významnou skupinou ortopedických klientů, jsou bezesporu senioři. Onemocnění pohybového aparátu zasáhne nemocného nejen fyzicky, ale i psychicky a naruší jeho sociální vztahy a role. Nemocný se stává nesoběstačným v denních aktivitách jako je hygiena, oblékání, vyprazdňování a podobně (Trachtová et.al., 2013). Dle výzkumu (*ZG 2016_001*) realizovaný Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích o „*Zdravotní gramotnosti u vybraných skupin obyvatelstva jihočeského kraje*“ (2018), byla prokázána významná souvislost mezi zdravotní gramotností, chronickým onemocněním a vlivem zdravotních problémů na aktivity u seniorů,

přičemž neadekvátní zdravotní gramotnost byla prokázána u skupiny seniorů, trpících více než jedním chronickým onemocněním a snížením jejich aktivity. Je tedy zřejmé, že zdravotní gramotnost má souvislost hned s několika aspekty, zvláště u seniorů (Hajduchová, 2018). Součástí managementu ošetrovatelské péče o klienty ortopedických ambulancí je bezesporu hodnocení klienta při příchodu do ambulance. Sestra se při prvním kontaktu s klientem zaměřuje zejména na pohyb a samostatnost. Zkoumá rychlost chůze klienta, stabilitu, používání kompenzačních pomůcek, zda klient vyhledává oporu při vstávání ze židle či vyšetřovacího lůžka. Při hodnocení a diagnostice sestra sleduje zejména symetrii svalů a kloubů na obou stranách těla, těžkosti při pohybu klienta, kloubní rozsah, otok a zčervenání v okolí kloubu. Na základě komunikace s klientem, naslouchání a empatického chování, dále diagnostikuje neuspokojené potřeby v oblasti psychické, sociální a spirituální. Tyto diagnostické poznatky tvoří základnu pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (Trachtová et al., 2013).

1.3.1 Potřeby nemocných v ortopedické ambulanci

Ošetrovatelská péče je systematické vyhledávání, hodnocení, plánování a uspokojování všech potřeb nemocného a zdravého člověka. Je třeba nahlížet na člověka z holistického hlediska a uspokojovat všechny jeho potřeby prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Potřeba čili nedostatek něčeho, ovlivňuje člověka ve všech jeho úrovních a to bio-psycho-sociálních, spirituálních i duchovních. Nemoc nebo trauma pohybového aparátu, brání člověku v uspokojování jeho potřeb. Sestra na podkladě teoretických a praktických znalostí a dovedností, může klientovi pomoci uspokojit jeho potřeby (Tóthová, 2014; Trachtová et al., 2013). Svatošová (2012) uvádí, že péče o nemocné by měla být celistvá, tedy pečovat o tělo i duši a zdůrazňuje úlohu stavu lidské duše v nemoci a duchovní potřebě nemocných. Zdravotníci první linie, kterým může být i sestra ortopedické ambulance, by měli myslet i na duchovní potřeby klientů. Pomocí multidisciplinárního týmu, do kterého patří psycholog, duchovní nebo kaplan, pomáhají klientům zmírnit psychické následky nemoci. Zde hraje významnou roli umění naslouchání, citlivá a ohleduplná péče spolu s empatií (Svatošová, 2012).

1.3.2 Bolest v ortopedii

Bolest jako primární příznak nejčastěji přivede klienta ke specialistovi v oboru ortopedie a traumatologie. Nejčastější problém starší generace je v souvislosti

s degenerativním onemocněním pohybového aparátu. U mladší populace je to nejčastěji v souvislosti s traumaty skeletu (Dungl et al., 2014). Bolest je vnímána jako velmi nepříjemný subjektivní pocit a každý člověk jej vnímá individuálně. Je tvořena dvěma složkami kognitivní a emociální. Bolest je jedním z významných ukazatelů nejen v lékařské, ale i v ošetrovatelské péči (Málek, Ševčík et al., 2014). Bolest je možné dělit na bolest účelnou, podání varovného signálu ohrožení organismu, chrání před dalším poškozením, poskytuje informaci, že něco není v pořádku a vede k účelnému jednání jedince, tedy vyhledání lékaře. Na bolest je možné nahlížet také jako na neúčelovou bolest a to tak, že narušuje klientovu schopnost sebepěče, vede k utrpení, vyčerpání a stává se nesnesitelnou. Dle typu je rozlišována bolest akutní, která je v ortopedii a traumatologii většinou součástí traumatu nebo operačního výkonu (Suchá et al., 2019). Bolest rekurentní je přechod mezi akutní a chronickou bolestí závislou na čase. Často chápána jako psychosomatická, nevarující. A v neposlední řadě také na bolest chronickou (Kelnarová et al., 2009). Analýzou bolesti lékař zjišťuje nástup a intenzitu bolesti během dne, zda jde o bolest akutní či chronickou, povrchovou (kožní) nebo hlubokou (šlachy, kosti, periost). Zkoumá, zda je bolest ostrá, tupá, tahavá, píchavá, palčivá či vystřelující. Hodnotíme také, zda jde o bolest vázanou na pohyb, nebo je to bolest klidová či zánětlivá (Dungl et al., 2014). Vnímání bolesti je velmi subjektivním prožitkem a nelze jej jednoznačně paušalizovat. Souvislostmi reakcí zdravotníků na bolest klienta se zabýval Pfrunder et al. (© 2017), dle této švédské studie o poskytování analgetické léčby v přednemocniční péči u klientů s traumatem kyčle, více reagují zdravotníci s délkou praxe méně než 10let. Avšak tendence podávat analgetika častěji v souvislosti s genderovou otázkou zdravotníků, nebyla neprokázána (Pfrunder et al., © 2017). Klient často prožívá pocity úzkosti a strachu z bolesti. Nemůže spát a stává se podrážděným, často až agresivním. Tyto prožitky vyvolávají u klientů celou řadu psychosociálních problémů a úzkostných pocitů, které vedou ke snížení prahu bolesti. Nastává intolerance k bolesti a klient se stává depresivním (Janáčková, Weis, 2008). Zde je důležitá role sestry, protože kvalifikovanou a účinnou edukací může zmírnit strach, úzkost i bolest klienta (Špatenková, Smékalová, 2015). Málek, Ševčík et al. (2014), považují za důležité klienty dostatečně edukovat o pooperační bolesti, zvláště po ambulantních výkonech. Poučení lékaře se týká nejen dávkování analgetik, ale také jim léky předepsat a upozornit na možné vedlejší účinky. Ve většině se předepisují po ambulantním výkonu analgetika perorální. „*Intenzivní pooperační bolest je jedním z nejčastějších důvodů neplánované hospitalizace po ambulantním výkonu*“ (Málek,

Ševčík et al., 2014, s. 124). Vnímání bolesti je zcela individuální dle jednotlivce. Existují rozdíly ve vnímání bolesti. Jinou bolest cítí adolescenti, jinou senioři. Je nutné zohlednit také rozdíly ve vnímání bolesti dle etnika (Rokyta et al., 2017).

1.3.3 Spánek a odpočinek

Často přichází klient do ortopedické ambulance s tím, že nemůže kvůli bolesti spát. Spánek je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka. Bez kvalitního spánku je člověk unavený, podrážděný a bez energie. Spánek je charakteristický minimální fyzickou aktivitou a změnami ve fyziologických funkcích. Potřeba délky spánku se u každého jedince liší na podkladě věku, denních aktivit, způsobu života a přidružených onemocněních (Kelnarová et al., 2009). Kvalitní a dostatečný spánek ovlivňuje hned několik faktorů, proto je potřeba zaměřit se na účinné postupy na zlepšení spánku. Zvláště u klientů vyšších věkových kategorií. To potvrzuje i studie Štefan et al. (2018) uskutečněné v chorvatských pečovatelských domech, která byla zaměřena na asociace spánku v souvislosti s fyzickou aktivitou. Studie ukazuje, že zavádění specifických strategií zaměřených na zlepšení délky spánku a kvality spánku, jsou opodstatněné.

1.3.4 Pohybová aktivita, emoce, strach a úzkost

Mezi silné emociální prožitky patří bezesporu strach a úzkost. Pokud je klient dostatečně v časovém předstihu a vhodně informován, intenzita těchto nežádoucích pocitů a reakcí se sníží. Vždy je potřeba vycházet z individuality každého člověka (Janáčková, Weiss, 2008). Dle Trachtové et al. (2013), má pohybová aktivita vliv na emociální ladění člověka. Proto sledujeme u klientů pohybovou aktivitu, schopnost sebepěče a emoce při pohybu. Dingová a Králová (2017) ozřejmily, že strach je nejčastější příčinou omezování denní aktivity. Schopnost aktivního pohybu je u seniorů závislá na mnoha faktorech (Suchá et al., 2019). Lidé mají strach z pádu a jeho následků v podobě nesamostatnosti, neschopnosti a závislosti na druhých (Dingová, Králová, 2017). Tento jev se často vyskytuje v ortopedii-traumatologii, kde jsou prosté pády primární příčinou traumat skeletu. Úzkost a také strach, zvláště z dalšího pádu, výrazně ovlivňují emoce klientů, celkový průběh onemocnění a prožívání bolesti (Janáčková, Weis, 2008). Citlivou komunikací, nasloucháním, empatií, znalostmi a dovednostmi dovede sestra správně diagnostikovat a uspokojovat potřeby klienta pomocí ošetrovatelského procesu (Trachtová et al., 2013; Zacharová, 2016). Úzkost či strach se mohou objevit u klienta, který čeká dlouho v čekárně. Zde hraje roli takzvaná

„psychologie čekárny“. Dle Zacharové, (2016) je třeba klienty objednávat na určitý čas. Tím může být značně ovlivněno emoční rozpoložení klienta před vyšetřením nebo zákrokem. Sestra, zde hraje primární roli, protože svým chováním, empatií a komunikačními schopnostmi, může tyto projevy zmírnit, už při komunikaci v čekárně (Zacharová, 2016). Dle kvantitativní observační studie americké společnosti zdravotních sester „*Peri Anesthesia*“, úzkost klienta v předoperačním období výrazně ovlivňuje nejen období rekonvalescence, ale také období bezprostředně po operačním výkonu. U ortopedických klientů může úzkost, nevolnost a pooperační bolest negativně ovlivňovat celkový psychický stav i několik dní po operačním výkonu. Tento stav může u klientů přetrvávat a poté přejít do pocitů smutku, deprese a nespolupráce (Andersson et al., © 2020).

1.4 Úloha sestry v ortopedické ambulanci

Během života si každý člověk díky sociálním interakcím osvojuje svoje role. Role Agnes Hunt v ortopedickém ošetřovatelství je velmi přínosná a pohlížíme na ni jako na výzkumnici, průkopnici a inovátorku v ortopedickém ošetřovatelství (Miller et al., 2010). Každá sestra, díky sociálním interakcím, má profesionální roli v ošetřovatelském procesu (Mellanová, 2017). Plevová et al. (2011) a také Farkašová et al. (2006) jsou názoru, že profese sestry je systémem společenských rolí v několika oblastech: ošetřovatelsko-pečovatelské, expresivní, výchovné, instrumentální, poradenské, podpory a výchovy ke zdraví. Každá sestra je denně v rámci své profese v roli poskytovatelky ošetřovatelské péče, sestry manažerky, sestry výzkumnice, nositelky změn, sestry advokátky, mentorky a také edukátorky.

1.4.1. Kompetence sestry v ortopedické ambulanci

Všeobecná sestra v ortopedické ambulanci vychází z kompetencí dané zákonem, jako ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci. V souladu s legislativou ČR, jsou sestry připravovány na budoucí povolání na vysokých a vyšších odborných školách dle zákona č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a platnou vyhláškou č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Zákony pro lidi, © 2010-2019). K souvislostem kolem kompetencí sester se vyjadřovalo mnoho odborné veřejnosti, nelékařských pracovníků a bylo vydáno mnoho odborných článků.

Například ve sborníku přednášek Fakultní nemocnice Motol v příspěvku: „*Kompetence sester v Evropské unii*“, dle Křivkové a Reichertové (2015), které přinesly ucelený pohled na požadavky vzdělávání sester v EU, uznávání kvalifikací a z nich vycházejících kompetencí.

Administrativa je nedílnou součástí péče o klienta v ortopedické ambulanci. Sestra pracuje s osobními údaji klientů, zadává je do počítačového systému a vyhledává zdravotnickou dokumentaci v kartotéce. Každé zdravotnické zařízení musí vést zdravotnickou dokumentaci dle zákona 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, řádně s ní pracovat a nakládat. Zdravotnická dokumentace musí být vedena v souladu s platnými předpisy po stránce věcné, v patřičném rozsahu a chráněna před únikem osobních údajů (Zákony pro lidi, © 2010-2019). Od 25. května 2018 se ČR řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů), General Data Protection Regulation, (dále jen GDPR), (MV ČR, © 2019). Při řešení problémů, stížností, požadavků na odškodnění či obvinění zdravotníků ze spáchání trestného činu, hraje zdravotnická dokumentace primární roli (Vondráček, Wirthová, 2008). V současné době ještě mnoho zdravotnických zařízení vede dokumentaci v papírové podobě, ale přibývá zdravotnických zařízení, která disponují jen dokumentací elektronickou. V souvislosti s kybernetickým útokem na zdravotnické zařízení v ČR v roce 2019, vydal ministr zdravotnictví pokyn ve věci kybernetické hrozby (MZ ČR, © 2019). Sestra je vedle své ošetrovatelské profese také manažerkou, partnerem lékaře, poradcem klienta a zároveň administrativním pracovníkem (Plevová et al., 2012). V současné době, z důvodu navýšení administrativní zátěže sester, se ošetrovatelská dokumentace značně omezila a nemocnice zareagovaly přehodnocením rozsahu ošetrovatelské dokumentace. Nesládková, Pacltová a Manová (2019), píší v „*Dokumentace pro sestry nově a jednoduše*“, že je možné ošetrovatelskou dokumentaci zjednodušit. Vytvořily novou jednodušší ošetrovatelskou dokumentaci. Porovnávaly ji s dříve používanou ošetrovatelskou dokumentací v praxi. Nová dokumentace přinesla snížení množství formulářů, nižší časovou náročnost a lepší přehlednost. Pomocí ikon a piktogramů, vytvořily mapy ošetrovatelské péče, které popisují ošetrovatelské problémy, rizika a intervence pomocí přiřazených ikon. Tuto ošetrovatelskou dokumentaci hodlají

implementovat do elektronické podoby a tím umožnit ošetrovatelskému personálu rychle se orientovat v prioritách ošetrovatelské péče (Nesládková, Pacltová, Manová, 2019). Dle tiskové zprávy vydané 6. 12. 2019 MZ ČR, bude sestřám od následujícího roku pomáhat s administrativou nezdravotnický pracovník s cílem snížit administrativní zátěž sester. „*Vzdělávací program Administrativní pracovník ve zdravotnictví, je určen pro osoby s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou, které mají zájem pracovat ve zdravotnictví v oblasti administrativy. Absolvent vzdělávacího programu bude připraven tak, aby mohl podporovat zdravotnické pracovníky v administrativní oblasti a vykonávat další administrativní práce související se zdravotnictvím. Díky tomu se sníží administrativní zátěž zdravotnických pracovníků*“. Prezidentka České asociace sester (dále jen ČAS) tento kurz vítá a uvádí, že administrativní pracovník bude sestřám velkou podporou, výborně doplní multidisciplinární tým a umožní sestřám více se věnovat klientům (MZ ČR, © 2019).

1.4.2 Komunikace jako součást profese sestry

Umění komunikovat s lidmi, a zvláště s klienty v náročných životních situacích patří k základním předpokladům profese sestry. Komunikace, jako prostředek dorozumívání, je podmínkou existence sociálního systému. Pomáhá jedinci se začleněním do společnosti a k navázání vztahů (Kelnarová, Matějková, 2014). První osobou, se kterou se setkává klient v ortopedické ambulanci, je sestra. Dle Zacharové, Šimíčkové-Čížkové (2011), je způsob komunikace sestry velmi důležitá, protože vytváří spojnici mezi čekárnou a ordinací. Proto by zde měla pracovat psychicky zralá, vyrovnaná sestra, vybavená schopností pozitivně motivovat klienty (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Komunikace probíhá verbálně i neverbálně. Verbální komunikaci vnímáme jako sdělování informací pomocí slov, artikulace za pomoci konkrétního jazyka. Neverbální komunikaci rozumíme předávání informací beze slov. To jsou pohyby těla, pohledy, gesta, tón hlasu, dotek a úprava zevnějšku. Už při prvním kontaktu s klientem sestra navozuje atmosféru, ve které se bude odehrávat následná linie komunikace. Komunikace ve zdravotní péči je o vzájemném porozumění a vcítění, bez kterého není možné dosáhnout spolupráce (Janíčková, Weiss, 2008). Sestra, je aktérem komunikace, ať už jde o komunikaci s lékařem, spolupracovníky nebo klientem. Komunikace je také vzájemné poskytování a předávání myšlenek, postojů, jednání a emocí. Účinnou komunikaci se předchází nedorozuměním, takzvaným komunikačním šumům. Vždy je třeba snažit se vyjádřit srozumitelně, jasně a věcně vše, co chceme sdělit. Mareš

(2002), považuje správnou, srozumitelnou a profesionální komunikaci za velmi důležitou, protože v opačném případě může dojít k sororigenii. Každý chirurgický výkon, který musí klient podstoupit, je náročný, spojen s negativními vlivy strachu a obav z bolesti. Pokud je klient dostatečně v časovém předstihu a vhodně informován, intenzita těchto nežádoucích pocitů a reakcí se sníží. Vždy je potřeba vycházet z individuality každého člověka (Janíčková, Weiss, 2008). Abychom mohli vést efektivní komunikaci ve zdravotnickém zařízení, je třeba přihlížet také k etnickým a kulturním hodnotám klientů, znát jejich názory, návyky, způsoby chování a jednání (Kelnarová, Matějková, 2014). Každá kultura má své pojetí nemoci a zdraví. Kulturně kompetentní péče je dynamický a kontinuální proces, který má za cíl poskytnout účelnou a kompetentní péči, podloženou znalostmi a vědomostmi o dané kultuře jedince. Kulturně kompetentní sestra by měla znát vlastní kulturu, pochopit odlišnosti a zbavit se předsudků. Při ošetřování klienta jiné kultury by sestra měla znát několik základních prvků ošetrovatelské péče různých minorit. Znat etnicitu klienta, jak dlouho pobývá v naší zemi, jazyk, kterým hovoří, způsob komunikace s personálem, náboženské a duchovní potřeby, stravovací návyky, klasický model rodiny dané kultury, názory na zdraví, rituály v nemoci a umírání. *„Multikulturalismus je systém přesvědčení a chování, které uznává a respektuje přítomnost rozmanitých skupin v organizaci či společenství, oceňuje a váží si jejich společensko-kulturních odlišností a podporuje a umožňuje jejich trvalé podílení se na životě společnosti v rámci inkluzivního kulturního kontextu, díky němuž je ovšem umožněno uplatnění se v rámci organizace společnosti“* (Kutnohorská, 2013, s. 15).

1.4.3 Sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče

V současné době zažívá české zdravotnictví krizi a jednou z příčin je nedostatek kvalifikovaných sester. Evropská komise se již v roce 2008 zabývala touto problematikou. Zelenou knihou v Bruselu 10. prosince 2008 byla zahájena debata o situaci ve zdravotnictví v celé Evropě, kde bylo zdůrazněno, že je potřeba zahájit kroky k přizpůsobení požadavků na zdravotní péči, vzdělání zdravotnických pracovníků, nové technologie s ohledem na stárnutí populace. Tato kniha navazuje na Bílou knihu, která je zaměřena na zdraví *„Společně pro zdraví“* 2007 (Vláda ČR, © 2005-2020).

S rozvojem medicíny jsou kladeny větší nároky nejen na kvalitní vzdělávání zdravotnických profesí, ale také na emoční inteligenci sestry, která hraje v ošetrovatelství důležitou roli. Mellanová (2017), uvádí, že se psychologií a sociologií profese sestry zabývala odborná veřejnost již v třicátých letech dvacátého století. Mnoho odborných prací, které se orientovaly na profesní předpoklady sester, byly publikovány zejména v západních zemích. Tyto odborné publikace přinesly spoustu názorů a poznatků, včetně toho, že sestra nositelka profese, je sociálně a emočně zralá osobnost. Studie autorů Beauvais et al. (2017) ukázala, že existují vztahy mezi soucitem, syndromem vyhoření, empatií a emoční inteligencí sester. S vyšší úrovní emoční inteligence a empatie je spojen pocit většího uspokojení sester v poskytování péče, snížená únavnost a nižší riziko vyhoření. Proto autoři doporučují zavádět do praxe vhodné copingové strategie pro snížení únavy a rizika syndromu vyhoření, ale zároveň takové strategie, které by zvýšily pocity spokojenosti v profesi sestry (Beauvais et al., 2017).

1.4.4 Sestra manažerka

Management v ošetrovatelství představuje systematické plánování, organizování, vedení a kontrolování lidí a činností, které vede k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Manažery můžeme dělit na vrcholové, střední a nejnižší úrovně (Plevová et al., 2012). Brabcová popisuje manažery jako vizionáře, osoby, které řídí a kontrolují, ale představují i osoby, co pomáhají zaměstnancům vést, plánovat, organizovat a kontrolovat jejich aktivity (Brabcová, 2016). Sestra manažerka by měla znát svůj hodnotový systém a autonomii (Vévoda et al., 2013). S tímto je neodmyslitelně spojeno celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků, které vede k zdokonalování dovedností, znalostí a postojů, zvláště všeobecných sester ve své profesi a tím i zkvalitňování poskytované péče (Bártlová, 2006). Ortopedické ambulance se řídí zákonem 372/2011Sb. „o zdravotních službách“ (MZ ČR, © 2010-2019) a standardy ošetrovatelské péče dané organizace (dohodnutá norma kvality poskytovaných služeb), doporučením Spojené akreditační komise (dále jen SAK), jako nástrojem kontroly poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče (SAK ČR, © 2010–2020). Zvýšená pozornost je věnována kvalitě a bezpečí v poskytování zdravotní péče občanům, a to na legislativním podkladě (Šupšáková, 2017). „Dle zákona č. 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotních služeb v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí, (Věstníkem MZ č. 16/ 2015

na minimální požadavky pro hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb. Proces externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011Sb. a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška byla vydána dne 22. března 2012. S účinností od 23. 8. 2016 byla vyhláška novelizována vyhláškou č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče“ (MZ ČR, © 2010-2019). V souvislosti s provozem ortopedické ambulance je sestra také povinna bezpečně zacházet s infekčním odpadem a nakládat s ním dle vyhlášky č.93/2016 Sb., (SZÚ ČR, 2016). Vzdělaná sestra se orientuje v současné legislativě, dodržuje zákony, vyhlášky a doporučení v souladu s etickými normami (Šupšáková, 2017).

1.4.5 Sestra výzkumnice a nositelka změn

V současné době ošetrovatelství vychází nejen z poznatků, vědomostí z odborné literatury a praxe, ale i z výzkumné základny. Základním pilířem je ošetrovatelský výzkum, který provádí sestry za účelem zkvalitňování ošetrovatelských postupů. Tím přispívají k rozvoji ošetrovatelství a zlepšování zdravotního stavu současné populace (Bártlová et al., 2009). Vysokoškolsky vzdělaná sestra je schopna kritického myšlení s holistickým přístupem k člověku, je motivována svou profesí se vzdělávat celý život, provádět výzkum a novinky zavádět do praxe (Kutnohorská, 2009). Evidence Based Nursing (dále jen EBN) je koncept ošetrovatelství, založený na důkazech. Jeho počátky jsou uváděny v Kanadě, Velké Británii, USA a dalších anglicky mluvících zemích. Poznatky z výzkumů jsou realizovány v klinické praxi Evidence Based Practice (dále jen EBP). Medicína založená na důkazech – Evidence Based Medicine (dále jen EBM), je díky rozrůstajícím se sdílením dat a informací jednou z metod používaných v medicíně. Za průkopníka EBM lze považovat A. Cochran, který ve svém díle „*Effectiveness and efficiency*“ studoval účinnost používaných terapeutických postupů. Mezi nejdůležitější složky v EBP patří: klient, zdravotník a nejrelevantnější důkaz (Patiraki et al., 2017). Pokud propojíme tyto tři složky, vyjde nám nejlepší postup či intervence. V EBN jsou pro rozhodování sestry důležitými atributy: dostupné informace a zdroje, vhodný důkaz výzkumu, odbornost a zkušenost sestry, preference a hodnoty klienta. Ve využívání EBN v praxi brání sestřám několik možných překážek. Většinou jde o důvody nepřístupnosti k informačním zdrojům v zaměstnání, nedostatečné bibliografické zdroje v nemocničních knihovnách, nebo zaměstnavatelé omezující

internetový přístup z důvodu hrozby kybernetických útoků. Dále to může být neznalost cizích jazyků či nezkušenost s vyhledáváním v online databázích (Jarošová, Zeleníková, 2014).

1.4.6 Sestra advokátka a mentorka

V ošetrovatelské profesi je role sestry zaměřena na podporu a pomoc druhému člověku (Bártlová et al., 2009). Mezi další specifické role sestry patří bezesporu role advokátky a mentorky. Roli advokátky nejčastěji vykonává sestra v souvislosti s dotazy klientů. Pokud jsou dotazy v její kompetenci, zodpoví je. Ve zdravotnickém zařízení každý klient vyhledává osobu, na kterou se může kdykoli s čímkoli obrátit a svěřit se. Ve většině případů jsou to sestry, které tráví s klientem nejvíce času. Sestra, jako obhájkyně práv klienta, je zodpovědná za poskytování kvalitní a efektivní ošetrovatelské péče všem klientům bez rozdílu (Škrla, Škrlová, 2008). Sestra, jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, je vázána povinnou mlčenlivostí vyplývající ze zákona č.20/1966 Sb., který ukládá všem pracovníkům ve zdravotnictví povinnost zachovávat mlčenlivost o veškerých skutečnostech, o nichž se dověděli v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy byli této povinnosti zproštěni nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu. Z dikce předpisu jednoznačně vyplývá, že platným právním předpisem uložená povinná mlčenlivost se vztahuje na všechny skutečnosti, tedy nejen na diagnózu a léčebný postup, jak byla dříve mlčenlivost chápána. Vztahuje se i na skutečnosti týkající se rodiny klienta, jeho sociálních záležitostí, pracovního zařazení, náboženství, ale také na zcela konkrétní informace o osobě klienta (Vondráček, 2010). Role mentorky je součástí každodenní práce v souvislosti se zapracováním nových kolegů na pracovišti nebo vykonávající dohled nad studenty ošetrovatelství na klinickém pracovišti. Tato činnost vyžaduje určité pedagogické znalosti, schopnosti, dovednosti a způsobilost (Škrla, Škrlová, 2008).

1.4.7 Sestra edukátorka

Sestra v roli edukátorky musí disponovat znalostmi a vědomostmi z oboru medicíny, ošetrovatelství, pedagogiky, sociologie, andragogiky, didaktiky a dalších vědních disciplín. Nedílnou součástí jsou komunikační dovednosti a empatie. Edukace je proces mezi zdravotníkem a klientem, který podléhá určitým pravidlům a postupům (Svěráková, 2012). Efektivním nasloucháním, rozhovorem a podporou, lze klienta získat ke spolupráci a tím jej motivovat k dosažení společného cíle (Škrla, Škrlová,

2008). Sestra edukátorka, by měla svým vstřícným a empatickým přístupem vytvářet vhodné podmínky pro účinnou edukaci s ohledem na klienta, jako na individualitu. Sestra se při edukaci může setkat s bariérami. Jak ze strany klientů, tak ze strany zdravotníků a zdravotnických zařízení. U klientů a jejich rodinných příslušníků jde nejčastěji o bariéry v oblasti neschopnosti nést zodpovědnost za své zdraví, popření potřeby edukace, zhoršené vnímání v souvislosti s onemocněním či věkem, strachem, úzkostí, depresí, nespoluprací klienta nebo jeho rodiny. U zdravotníků a zdravotnických zařízení jde nejčastěji o podceňování edukace, nevhodné prostředí pro edukaci, ignorování potřeb klientů, nedostatečné časové rezervy pro edukační činnost, nedostatečná empatie a komunikační schopnosti zdravotníků a v neposlední řadě i možné nedostatečné znalosti o edukačním procesu (Svěráková, 2012).

1.4.8 Etický kodex a etika v profesi sestry

„Etika v ošetrovatelství vychází z cílů současného ošetrovatelství, jak byly definovány v programu „Zdraví pro všechny do 21. století“ a profesionální role sestry“ (Kutnohorská, 2007 s.21). Etický kodex Mezinárodní rady sester (dále jen ICN) byl poprvé přijat roku 1953. V ČR se k Etickému kodexu hlásí sestry prostřednictvím ČAS, akceptovaného od 29. března 2003. Ošetrovatelská péče je poskytována všem stejně s respektem k lidskému životu, lidské důstojnosti a právům člověka bez ohledu na etnicitu, národnost, víru, kulturní rozdílnost, politické přesvědčení, pohlaví a sociální postavení. Etický kodex sester tvoří tyto základní pilíře: sestra a spoluobčan, sestra a ošetrovatelská praxe, sestra a společnost, sestra a spoluzaměstnanci a také, sestra a profese (Malíková, 2011). Etika v ošetrovatelské praxi pomáhá udržet určitá pravidla v poskytování ošetrovatelské péče se zachováním respektování základních lidských práv a důstojnosti v jednání s lidským jedincem (Heřmanová et al., 2012).

1.5 Edukace

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova „educō, educare“, což znamená vést vpřed, vychovávat“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Potřeba rozsahu edukace je závislá na stupni deficitu vědomostí, znalostí, návyků a postojů edukanta. Při deficitu vědomostí, znalostí, správných návyků a postojů ve vztahu ke svému zdraví, může docházet k negativním vlivům, které ovlivňují nynější zdraví, ale i zdraví v budoucnosti. Cílem edukace je ovlivnit chování a jednání jedince tak, aby bylo dosaženo pozitivní změny v oblasti vědomostí, jednání, návyků, postojů a dovedností. Proces edukace má svá

specifika. Edukační proces je také vzájemné sdílení informací, dovedností a postojů (Gurková, 2017). Základnou edukačního procesu jsou: edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukantem, je člověk, který získává nové vědomosti a dovednosti, edukátorem je subjekt, který vědomosti a dovednosti předává, edukačním konstruktem jsou edukační materiály, předměty a nástroje, které využíváme při edukaci a edukačním prostředím je prostor, kde edukace probíhá. Mezi základní atributy v edukaci patří: motivace (chtít něco změnit), zvolit srozumitelný komunikační prostředek (jazyk), postupovat vždy systémově (od nejjednoduššího k složitějšímu), názornost, individualizace dosahování cíle, opakování a kontrola naučených dovedností a také zpětná vazba (Juřeníková, 2010).

1.5.1 Edukace v ošetrovatelství

Sestry v ošetrovatelském procesu působí na klienty v oblasti vzdělávání a výchovy (Juřeníková, 2010). Věda, která zkoumá obecnou problematiku zákonitostí ve výchově a vzdělávání je pedagogika, za přispění dalších vědeckých disciplín (Svěráková, 2012). V ošetrovatelské praxi se setkáváme s pojmem „*Edukační standard*“, jež je vymezen určitou normou pro udržení požadované úrovně edukace (Juřeníková, 2010). Účinná edukace může klienty připravit na předoperační, pooperační a rekonvalescenční období v jeho nemoci (Trachtová et al., 2013). Důležitost spolupráce v edukaci klienta a zdravotníka zdůrazňuje i Gurková (2017), pro správnou a účinnou edukaci je třeba se dívat na onemocnění z více pohledů, jak z pohledu zdravotníka, tak i z pohledu klienta samotného. Kvalitní a profesionální edukace klienta, dle Trachtové et al. (2013) a Gurkové (2017), směřuje ke snížení doby rekonvalescence a snížení nákladů na celkovou léčbu.

1.5.2 Edukace v ortopedické ambulanci

Edukace zaujímá velmi významné místo v ošetrovatelské péči a tím také v ortopedické ambulanci. Edukační realita je součástí celé společnosti i každého jedince. V ortopedických ambulancích se sestry zaměřují zvláště na primární, sekundární a terciální edukaci. Cílem primární edukace je předcházet vzniku něčeho nežádoucího pro zdraví jedince, sekundární edukace je zaměřena na nemocné, u kterých účinnou edukací předcházíme zhoršení zdravotního stavu a rozvoji dalších komplikací a terciální edukaci vedeme s nemocnými, kteří se již nemohou zcela vyléčit, pomáháme zlepšit jejich kvalitu života a předcházet dalším komplikacím v jejich nemoci nebo postižení.

Základy, na kterých by sestra měla stavět správnou a účinnou edukaci, jsou dispozice znalostí v oblasti pedagogiky a andragogiky. Andragogika je aplikovaná vědní disciplína, zabývající se vzděláváním a učením dospělých. V ošetrovatelské praxi je realizován ošetrovatelský a edukační proces. Ošetrovatelský proces je diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocování uspokojování ošetrovatelských potřeb klienta v oblasti fyzických, psychosociálních a spirituálních oblastech. Edukační proces, je zaměřen na připravenost se učit, vyučování a učení, se záměrem pozitivně ovlivnit znalosti, dovednosti, chování a postoje klienta ke svému zdraví a nezhoršování nemoci (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukační proces má několik fází, které je třeba dodržet. V první fázi posuzujeme klienta a zkoumáme jeho přístup ke zdraví, ochotu ke změnám s ohledem na jeho věk, vzdělání a další faktory, které mohou edukaci ovlivňovat. Mezi nejdůležitější krok v edukačním procesu lze označit motivaci klienta. Bez nástinu nutnosti změny není možné aktivovat hybnou sílu ke změně v chování, postojích a názorech klienta. K úspěšné edukaci je potřeba stanovit edukační plán. Ten musí obsahovat téma edukace v souvislosti s aktuálním problémem klienta, stanovení cíle, kterého chceme edukací dosáhnout, metodu, kterou budeme klienta edukovat, co bude obsahem edukace, prostor, kde bude edukace probíhat, časový harmonogram, pomůcky, které budou užity v edukačním procesu, časovou rezervu na vyhodnocení edukačního procesu a zpětnou vazbu. Při edukaci je potřeba přihlížet k aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu klienta a přizpůsobit tak časovou a obsahovou náročnost. Další krok je zaměřen na vyhodnocení výsledků edukace a zpětnou vazbu. Je naprosto klíčové si ověřit, zda klient pochopil a osvojil si nové dovednosti, návyky a postoje, které byly tématem edukace. Nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace je i edukační záznam. Edukátor a edukant stvrzují svým podpisem uskutečnění edukace v edukačním listu (Svěráková, 2012). Vzory edukačních záznamů (listů) se mohou dle pracovišť lišit. Edukační dokumentací a její obsahovou analýzou s návrhem vlastního edukačního záznamu v chirurgických oborech se zabývá Kopová, kde zdůrazňuje, že sestry nemají problém přijmout jiný, nový edukační záznam, než byl dosud na výzkumném pracovišti používán, ale musí se sami ještě edukovat v edukaci (Kopová, 2018).

V ortopedické ambulanci se nejčastěji jedná o edukaci v souvislosti s používáním kompenzačních pomůcek, aplikace nízkomolekulárních antikoagulačních preparátů, správná obvazová technika elastických obinadel, edukace v předoperačním období a pooperační rekonvalescenci. V souvislosti plánovanou ortopedickou operací je to

zejména: chůze o berlích, antiluxační režim, pohyb a polohování, použití nástavce na toaletu, navlékače ponožek, podavačů, péče o kyčelní ortézu, kolenní, ramenní ortézy a příprava domácího prostředí po návratu ze zdravotnického zařízení. Edukace by měla probíhat v souladu s doporučením lékaře, ergoterapeuta, sestry a rehabilitačního pracovníka (Juřeníková, 2010, Dougherty, Joyce, 2017). V ortopedické ambulanci pro prevenci a léčbu dysplázie kyčelního kloubu se jedná o edukaci abdukčního balení dítěte a další specifická edukace (Clarke, Santy-Tomlinson, 2014).

1.5.3 Edukační programy a centra pro pacienty

Některá zdravotnická zařízení disponují edukačními centry pro pacienty, kde pořádají edukační programy a instruktáže. Edukační programy, projekty a instruktáže, mají za úkol poskytnout podporu, odborné informace a edukaci odborníky v dané problematice, klientům se shodným specifickým onemocněním, diagnózou, zdravotním znevýhodněním nebo postižením (Svěráková, 2012). Edukace klientů ve specializovaných oborech zdravotní péče je jedním z důležitých aspektů v komplexní zdravotní péči, bez ohledu na stát nebo zdravotnické zařízení (Charalambous et al., 2018). Edukace klientů a jejich rodinných příslušníků velmi významná, obzvláště v souvislosti se zvládáním pooperační bolesti pomocí nefarmakologických metod. Pokud je rodina a klient dostatečně edukován o plánu rekonvalescence po ortopedické operaci, snižuje se potřeba užívání analgetik (Rahmani et al., © 2019).

2 Cíle práce

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat ošetrovatelskou problematiku včetně edukace klientů v ortopedické ambulanci z pohledu sestry.

Cíl 2: Zjistit, jak sestry detekují ošetrovatelské problémy a potřeby klientů v ortopedické ambulanci.

Cíl 3: Zjistit, jak řeší sestry saturaci potřeb klientů v ortopedické ambulanci.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jakým způsobem, sestry detekují ošetrovatelské problémy a potřeby klientů ortopedické ambulance?

VO 2: Jakým způsobem sestry řeší problematiku saturování potřeb klientů ortopedické ambulance?

VO 3: Jakým způsobem sestry edukují klienty ortopedické ambulance?

2.3 Hypotéza

H: Klienti privátní ortopedické ambulance jsou více spokojeni s edukací než klienti ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení.

2.4 Operacionalizace pojmů

Management ošetrovatelství

„Termín management v ošetrovatelství vyjadřuje poznatky o jednotlivých úrovních řízení v aplikaci na ošetrovatelství, přičemž se využívá pojmů všeobecného managementu. Termínem ošetrovatelský management, označujeme řízení práce sester, tedy řízení ošetrovatelského procesu. Operativní plánování u jednotlivých pacientů, které sestra vykonává a plánuje na nejnižší organizační úrovni“ (Plevová, 2012, str. 32).

Ošetrovatelská péče

„Ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti“ (Zákon č. 372/2011 Sb. § 5, písm. g, MZ ČR, © 2010-2019)

Ortopedie

„Ortopedie, jako samostatný lékařský obor, který se zabývá prevencí a léčbou vrozených a získaných vad, úrazů, jejich následků a různých akutních i chronických onemocnění pohybového aparátu“ (Sosna et al., 2001, str. 13).

„Ortopedie je obor, zabývající se vrozenými a získanými deformitami, funkčními onemocněními a poraněními podpůrného a pohybového aparátu, jejich léčbou a rehabilitací. Kromě léčby je významná zejména prevence, tedy zabránění vzniku onemocnění a deformit pohybového aparátu“ (Schneiderová, M., 2014, s. 254).

Klient

„Osoba je v ošetrovatelství příjemcem ošetrovatelské péče. Ve vztahu k osobě se ošetrovatelství zaměřuje na proces zdraví a nemoci, chování a prožívání člověka ve vzájemném působení s prostředím, vlivy ošetrovatelských intervencí na člověka jako

příjemce ošetrovatelské péče a interaktivní proces mezi pacientem, sestrou a prostředím“ (Plevová et al., 2011, str. 130-131).

Ambulance

Ambulance je prostor, místo, kde je poskytována zdravotní péče, která nevyžaduje hospitalizaci. *„Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení, které poskytuje jednodenní péči, a je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty“ (Hamplová, 2019).*

Sestra

Vzdělaná, kvalifikovaná a kompetentní osoba, která na základě vzdělání poskytuje ošetrovatelskou péči. Řídí se zákonem č. 96/2004 Sb. *„Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)“ (Zákon 96/2004 Sb., © 2010-2019).*

„Činnost sestry spočívá v ošetrovatelské péči o nemocné nebo postižené, v péči o osoby staré a nemohoucí, Zvolit si povolání sestry znamená svobodně se rozhodnout pro službu jinému člověku, která spočívá v poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví“ (Kutnohorská, 2007, s. 21).

Edukace

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova „educio, educare“, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Spokojenost

Je subjektivní osobní pohoda, která je souhrnem pocitů, postojů, hodnot a emocí vyvolaných rozdílem mezi požadavky a reálnou hodnotou. Toto hodnocení se řídí subjektivními měřítky, která závisí na momentálních okolnostech, ve kterých se daná osoba nachází. (Křivohlavý, 2013). Kebza (2015), uvádí spokojenost *„Well-being“* jako osobní pohodu neboli subjektivní prožitek na bio-psych-soc-spirituální úrovni.

„více spokojeni“

Pro operacionalizaci tohoto pojmu v diplomové práci jsme vycházeli z několika parametrů kvantitativního výzkumného šetření s respondenty vybraných ortopedických ambulancí. A to z otázek č. 4, 5, 6, 7, 8, 9 anketního lístku (příloha 2), kde jsme zkoumali statisticky významné rozdíly v jednotlivých odpovědích respondentů na otázky, týkající se spokojenosti (Vlastní výzkum, 2020).

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno v ortopedických ambulancích Jihočeského kraje s písemnými souhlasy zástupců vybraných zdravotnických zařízení. Pro výzkumnou část této práce byly použity metody kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření kvalitativní i kvantitativní bylo zcela anonymní.

3.1.1 Metodika kvalitativního výzkumného šetření

Dle Kutnohorské (2009) jde v kvalitativním výzkumu o slovní interpretaci činů, myšlenek a jevů v dané oblasti zkoumání. V kvalitativním výzkumném šetření této diplomové práce byl použit polostrukturovaný rozhovor s informanty, kteří pracují na pozici nelékařského zdravotnického pracovníka v ortopedických ambulancích ve vybraných zdravotnických zařízení Jihočeského kraje. Polostrukturovaný rozhovor byl veden na podkladě 8 otevřených otázek, kde jsme se ptali na identifikační údaje v oblasti vzdělání a délky praxe v ortopedické ambulanci. Poté jsme pokládali otázky, týkající se „*Managementu ošetrovatelské péče o klienty ortopedických ambulancí*“, které byly během rozhovoru dále rozvinuty o podotázky související s tématem (příloha 1). Pokud to bylo nutné, pokládali jsme doplňující otázky, abychom získali od dotazovaného rozvinutější a podrobnější odpovědi. Rozhovory byly se souhlasem informantů zaznamenávány na nahrávací zařízení. Délka rozhovoru byla přibližně 15-20 minut. Rozhovory probíhaly s informanty jednotlivě, nejčastěji v ordinaci ortopedické ambulance mimo ordináční dobu, nebo na denní místnosti sester ortopedických ambulancí. Všichni informanti souhlasili před začátkem výzkumného šetření ústně s provedením výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno v období září 2019 až březen 2020 s ohledem na časové možnosti informantů

3.1.2 Metodika kvantitativního výzkumného šetření

Kvantitativní výzkumné šetření (4.2), které doplňuje kvalitativní výzkum (4.1), jsme se rozhodli použít pro získání zpětné vazby od respondentů (klientů) ortopedických ambulancí. Dle Kutnohorské (2009) kvantitativní výzkum doplňuje kvalitativní a naopak, i když jsou v nich data zpracována odlišně. V kvantitativním výzkumném šetření této diplomové práce bylo použito ankety s 10 uzavřenými otázkami (příloha 2)

učené pro respondenty (klienty) vybraných ortopedických ambulancí. V anketním listu jsme se dotazovali na pohlaví respondentů a další zkoumané aspekty se zaměřením na uspokojování jejich potřeb v ortopedické ambulanci, vnímání empatie a ochoty sester ortopedických ambulancí a hodnocení edukace provedené sestrou v souvislosti s onemocněním, se kterým přichází klient do ortopedické ambulance, nebo plánovaným operačním výkonem. Výzkumné šetření probíhalo v čekárně během ordinační doby vybraných ortopedických ambulancí. Oslovení respondentů k vyplnění anketního lístku probíhalo výzkumníkem, u každého respondenta jednotlivě, po ošetření v ortopedické ambulanci s ústním informováním o anonymním výzkumném šetření k tématu diplomové práce. Výzkumné šetření bylo realizováno v období listopad 2019 až únor 2020.

3.2. Charakteristika výzkumných souborů

3.2.1 Výzkumný soubor v kvalitativním šetření

V kvalitativním výzkumném šetření této diplomové práce se jednalo o záměrně vybraný soubor informantů pracujících v profesi nelékařského zdravotnického pracovníka ve vybraných ortopedických ambulancích Jihočeského kraje. Výzkumný vzorek tvořilo 5 sester pracujících v ortopedických ambulancích, které jsou ve výzkumné části v souvislosti se zachováním anonymity označeny S1, S2, S3, S4, S5. Výzkumný vzorek tvořily 3 všeobecné sestry a 2 praktické sestry, které pracují ve vybraných ortopedických ambulancích.

3.2.2. Výzkumný soubor v kvantitativním šetření

V kvantitativním výzkumném šetření tvořili výběrový soubor respondenti, kteří byli ošetřeni ve vybraných ortopedických ambulancích Jihočeského kraje. Zajímaly nás názory respondentů, jejich pocity, spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a edukací v ortopedické ambulanci, kde byli ošetřeni. Osloveno bylo celkem 160 respondentů z toho 80 respondentů z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení a 80 respondentů, kteří navštívili ortopedickou ambulanci privátní.

3.3 Zpracování získaných výzkumných dat

3.3.1 Zpracování dat v kvalitativním výzkumném šetření

Rozhovory s informantkami byly s jejich zřetelným ústním souhlasem zaznamenávány na nahrávací zařízení, posléze byla provedena transkripce získaných rozhovorů a analýza dat pomocí otevřeného kódování „*technikou vyložení karet*“. Kódování je realizováno postupem, kdy jsou získaná data rozebrána, roztríděna a následně poskládána novým způsobem (Švaříček, Šedřová et al., 2014). Pročítáním přeepsaného textu jsme rozhovory rozebrali na jednotky a k těmto jednotkám jsme pak přiřadili kódy, které nesly znaky dané jednotky. Někdy to byla přímo slova z odpovědí informantů, tyto kódy označují (Švaříček, Šedřová, et al., 2014) jako „*in vivo*“, někdy to byla i celá věta. Kódy, které jsme získali, jsme seřadili a sumarizovali do celků, které jsou v diplomové práci zpracovány do kategorií a k nim dílčích podkategorií s vybranými citacemi informantů.

3.3.2 Zpracování dat v kvantitativním výzkumném šetření

Kvantitativní část výzkumného šetření byla zpracována v programu Microsoft Excel využitím statistického softwaru SPSS. Data jsou zpracována do přehledných sloupcových grafů a tabulek s popisem zjištěných dat. Data byla získána pomocí ankety (příloha 2), určené pro respondenty ortopedických ambulancí. V kapitole 4 „*Výsledky výzkumu*“ jsme pro přehlednější zpracování výsledků šetření v grafech a tabulkách, nazvali ortopedické ambulance: ortopedickou privátní ambulanci (*Soukromá*) a ortopedickou ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení (*V nemocnici*).

3.3.3 Testování stanovené hypotézy

Jelikož se stanovená hypotéza: „*Klienti privátní ortopedické ambulance jsou více spokojeni s edukací než klienti ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení*“ týká spokojenosti, bude χ^2 test proveden z jednotlivých dílčích otázek č. 4, 5, 6, 7, 8, 9 anketního lístku (příloha 2). Testovaná hypotéza pro každou otázku zvlášť bude ve tvaru: H_0 : Hodnocení daného problému nezávisí na tom, zda jsou respondenti ze soukromé či nemocniční ortopedické ambulance. H_1 : Hodnocení daného problému závisí na tom, zda jsou respondenti ze soukromé či nemocniční ortopedické ambulance.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kvalitativní výzkum

4.1.1 Kategorie 1 Identifikace informantek ortopedických ambulancí

Tabulka Y vzdělání a délka praxe informantek v ortopedických ambulancích

Informantka	Vzdělání	Obor	Délka praxe v ambulanci
S1	SZŠ	Všeobecná sestra	15let
S2	SZŠ	Praktická sestra	9 měsíců
S3	SZŠ	Praktická sestra	2 měsíce
S4	SZŠ	Všeobecná sestra	1 rok a 3 měsíce
S5	SZŠ	Všeobecná sestra	více jak 15let

Zdroj: Vlastní výzkum 2020

V první kategorii jsme sjednotili informace o vzdělání a délce praxe v ortopedické ambulanci. Zjišťovali jsme nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe informantek v ortopedické ambulanci. Z rozhovorů bylo zjištěno, že ve vybraných ortopedických ambulancích, kde bylo výzkumné šetření realizováno, pracují 3 všeobecné sestry (S1, S4, S5) a 2 praktické sestry (S2, S3). Všechny informantky uvedly, že mají pouze středoškolské vzdělání. Jedna informantka uvedla, že má postgraduální specializační studium v oboru ortopedie (S4), to však není zaznamenáno v tabulce Y. V rozhovoru (S5) uvedla: „*Myslím si, že není potřeba zde mít vysokou, stejně děláme stejnou práci a nikdy jsem neměla pocit, že mám nedostatečné vědomosti nebo vzdělání, nejvíc dává samozřejmě praxe.*“ (S1) „*Mám maturitní vzdělání a na ortopedické ambulanci pracuji už 15let.*“

Ohledně délky praxe v ortopedické ambulanci odpovídaly informantky rozdílně. Udávaly časový údaj od několika měsíců po několik let. Z rozhovorů bylo zjištěno, že 2 informantky (S2, S3), pracují na ortopedické ambulanci méně než 1 rok a 3 informantky (S1, S4, S5) více než jeden rok. Ovšem 3 informantky (S2, S3, S4) uvedly, že mají zkušenosti i z lůžkové části ortopedie a traumatologie. (S2) uvedla: „*Pracuji tu 9 měsíců, chodila jsem sem občas i dříve, ale nepravidelně, práce je tady zajímavá.*“ Informantka (S3) hovořila o krátké době praxe, a to jen dva měsíce. „*Jsem tady jen*

krátce, tady je práce trochu jiná než na lůžkovém oddělení ortopedie.“ Informantka (S4) uvedla: *„Pracuji zde v této ortopedické ambulanci jeden rok a 3 měsíce, baví mě to tady, ale mám také několikaleté zkušenosti z oddělení, což je výhoda.*“ Bylo zjištěno, že praktická sestra pracuje v ortopedické ambulanci spolu s všeobecnou sestrou, nebo jen všeobecná sestra. Bylo také zjištěno, že informantky se navzájem v jednotlivých ortopedických ambulancích zastupují dle požadavků provozu. V přímé souvislosti na otázku dalšího vzdělávání informantky uvedly, že se vzdělávají průběžně na odborných seminářích a kongresech v oboru, s ohledem na zajímavost témat přednášek z oboru ortopedie a traumatologie. Na otázku možností získání vyššího vzdělání, 4 informantky uvedly, že by studium s ohledem na časovou náročnost a nutnost pracovat už asi nezvládly. Jedna informantka možnost dalšího vzdělávání nevyloučila (S3). Všechny informantky shodně také uvedly, že nejvíce zkušeností a poznatků jim přináší praxe v oboru. Práci na ortopedické ambulanci hodnotí společně jako přínosnou, zajímavou ale i psychicky náročnou.

4.1.2 Kategorie 2 Specifické činnosti sestry

Na základě získaných dat byla vytvořena druhá kategorie *„Specifické činnosti sestry“*, ve které jsou detekovány specifické ošetrovatelské činnosti informantek ortopedických ambulančí, kterým se věnují nejčastěji. V této kategorii byla data dále rozčleněna do 3 podkategorií s názvy: *Odborné výkony a asepsy, Administrativní zátěž, Management spolupráce*

Podkategorie: Odborné výkony a asepsy

V této podkategorii všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5) shodně uváděly činnosti spojené s převazy operačních ran, aplikací intramuskulárních injekcí, asistenci lékaři při nitrokloubní punkci, obstríku kloubu a také odběry biologického materiálu, což uvedla (S5). Ošetrovatelskou péči o kožní defekty v oblasti operační rány zmínila (S3) shodně s (S2), kde (S2) hovořila o zásadách dodržování aseptických postupů při všech výkonech *„V tomto oboru je sterilita a hygiena obzvláště důležitá jde o super sterilní postupy, které je nutno zachovávat. Vše provádíme super sterilně chirurgickými nástroji, což je na obratnost zručnost sester velmi náročné.*“ Důležitost dodržování sterility a práci s nástroji zmínila i informantka (S4), která sterilní přístup považuje za prioritní. V rozhovoru (S4) uvedla: *„Asepsy při převazech je v tomto oboru prioritní, pokud provádíme intra artikulární výkon, jako je třeba obstrík kloubu, aplikace plazmy*

nebo kolagenových preparátů, je přísná asepse na místě.“ V souvislosti s výkony, které informantky uváděly, (S5) také zmínila ošetřování a výkony na osobách nezletilých a ošetřování traumat, tam je dle informantky obzvláště důležitý citlivý přístup a empatie: *„Je to někdy složité, protože zde ošetřujeme traumata a také děti.“*

Podkategorie: Administrativní zátěž

Ze získaných dat je zřejmé, že informantky se ve velké míře věnují administrativním úkonům a telefonování. Mezi nejčastější administrativní úkony patří záznam klienta do počítačového systému, kontrola osobních údajů a platnost pojištění. Dále informantky uváděly zvýšenou administrativu v souvislosti s vedením zdravotních záznamů klientů a orientaci v kartotéce nemocných. Jedna informantka zmínila administrativní zátěž v oblasti vedení ortopedické ambulance v souvislosti s objednáváním zdravotnického materiálu. Zvýšenou administrativní zátěž jasně definovaly 4 informantky (S1, S2, S4 a S5). (S5) uvedla: *„Tato činnost v ortopedické ambulanci sestry velmi zatěžuje.“* Nedostatek času kvůli administrativě uvedla i (S2): *„Chtěla bych tohle změnit. Plánuje se sem sekretářka, která by řešila administrativní věci a já se mohla věnovat svojí práci.“*

Podkategorie: Management spolupráce

Jako další ze specifických činností v ortopedické ambulanci v rozhovoru informantky uvedly (S1, S2, S3, S4, S5) spolupráci s lékaři při výkonech. Spolupráce je zvláště významná u výkonů jako jsou repozice fraktur a následné přikládání sádrové fixace klientům. Při této činnosti je někdy třeba spolupráce hned několika osob. Nutná je spolupráce sanitáře, sestry a lékaře. V některých případech i pracovníků jiných komplementů, jako je rentgenologický pracovník. V případě, že je nutný zákrok v ambulanci celkové anestezii, je součástí týmu také anesteziolog a anesteziologická sestra. Mezi další specifické činnosti sestry, řadily informantky asistenci při přikládání ramenních závěsů u klientů s luxací ramenního kloubu a traumatech pažní kosti. (S1): *„Zde je opravdu nutné, aby ramenní závěs byl přiložen správně za kontroly lékaře, tak je tomu i u sádrových fixací končetin. Tam může dojít k otoku končetiny, zaškrcení, informuji o možných příznacích nefunkčnosti sádrové fixace a cvičení s prsty na horní končetině.“* Dle informantek je spolupráce důležitá pro návaznost zdravotní péče. (S2) řekla: *„Nejdůležitější je týmová práce, když tady v ambulanci jsem s kolegyní, rozdělíme si práci. Jedna dělá administrativu a druhá asistuje lékaři. Důležitá je také*

atmosféra.“ Což potvrzuje i (S3): „*Nejdůležitější je si práci umět zorganizovat a spolupracovat s lékařem.*“ (S5) také považuje za jednu z nejdůležitějších činností výbornou souhru s lékařem a odpověděla „*Po těch letech už vím, co který lékař chce při převazu.*“ Při asistenci lékaři je důležitou součástí důvěra a spolupráce. O psychické pohodě a shodě lékaře se sestrou hovořila i (S2), uvedla: „*Důležitá je psychická pohoda.*“ Jako neméně důležitou detekuje informantka spolupráci s rodinou klienta. (S1) podotkla: „*Spolupráce s rodinou je nenahraditelná, když klient není schopen si dojít do lékárny pro pomůcku, jde rodina, což oceňuji, to samé je i s přepravou pacienta na vyšetření. Role rodiny je nezastupitelná*“.

4.1.3 Kategorie 3 Potřeby klientů

„*Potřeby klientů*“ je třetí kategorie v této výzkumné části. V této kategorii jsme sumarizovali data, která souvisí s detekcí potřeb a problémů klientů, které informantky uvedly v rozhovorech. Pod touto kategorií jsou zařazeny podkategorie: *Komunikace a emoce, Tišení bolesti, Pohyb a aktivita, Podpora.*

Podkategorie: Komunikace a emoce

Komunikaci považují za důležitou všechny dotazované informantky (S1, S2, S3, S4 i S5), ale společně také uvádějí, že na hlubší rozhovor s klientem nemají dostatek času. Komunikace mezi klientem a sestrou má základy v empatii a důvěře. (S2): „*Nejvíc se zaměřuji na komunikaci s klientem, tam se dozvím, co jej trápí. Jsou často vystresovaní a potřebují řešit psychické problémy v souvislosti s jejich onemocněním.*“ (S1) detekuje ošetrovatelské problémy klientů pohledem a popřípadě se doptává: „*Detekuji pohledem, popřípadě se doptávám, ale rozhovor vede s klientem většinou lékař už v ordinaci, my nemáme čas.*“ I informantka (S3) udává nedostatek času na podrobný rozhovor s klientem: „*Hovořím s klientem v ten okamžik, kdy lékař píše do počítače, je to těžký, naobjednaných klientů je moc a není na ně dost času, který potřebují.*“ Ze získaných dat je zřejmé, že informantky postrádají dostatek času na komunikaci a detekci emočního rozpoložení klientů. Informantka (S2) zdůraznila důležitost psychické pohody. „*Důležitá je i ta psychická pohoda, ale najdou se i pacienti, kteří jsou agresivní a nenechají si nic vysvětlit. Nejčastěji komunikací řeším nespokojenost klientů v čekárně, nejsou spokojeni s délkou čekání, což je stresuje.*“ Informantka (S5) „*Komunikace začíná s klientem už v čekárně při prvním kontaktu, někdy je složité klientům vysvětlit, že není možné je ošetřit ve sjednaný čas, obzvláště, když přijde trauma nebo děti, ta*

ošetřujeme přednostně, někdy se na mne doslova klienti sesypou. Je to rozdílné, každý klient potřebuje něco jiného je to specifické. Někdo potřebuje nejprve zmírnit bolest, jiný zase potřebuje uklidnit a popovídat si.“ (S4) uvedla, že velmi často komunikuje s klienty telefonicky: „Jo, telefony zvoní pořád, často objednávám klienty do počítače na určitý čas, což mi zabere někdy více času, než najdeme termín podle požadavku klienta.“

Z rozhovorů vyplynulo, že neskrývají své emoce ani informantky (S1, S2, S3, S4, i S5). Vnímají, že nemají dostatek času na klienty. *„Dost mne to mrzí, (S5), nestíhám si v klidu s klienty sednout, a vše probrat. Na detekci a saturování potřeb je málo času, někdy je mi to trapné, jak se pořád spěchá.“ (S1): „Klienti mají moc informací v krátkém čase a nestačí to vše pobrat.“ Informantka (S5) také uvedla, že prožívá strach: „Máme na každého pacienta několik minut, je to někdy až nesnesitelné, pracovat v takovém kvapu, to, aby měl člověk strach, že se něco přihodí, myslím třeba nežádoucí událost.“ Jako rušivý element 2 informantky uvedly (S5, S4) zvonící telefon. (S5): *Často zvoní telefon, když ho hned nezvednete, tak se na konci drátu dozvíte občas i něco nepěkného, no je to tak. Tolerance a pochopení se vytrácí ze společnosti.“ (S3) uznává, že má ještě málo zkušeností a nejistoty ve své práci „Jsem tu krátce, ale v plném provozu na saturování potřeb dostatek času úplně není, když něco nevím, je tu našťástí druhá sestřička.“ Informantka (S2) se setkala v ortopedické ambulanci také s agresí a nepochopením: „Najdou se prostě lidi, kteří jsou agresivní a nenechají si nic vysvětlit, to jsem zažila taky, jsou nervózní, není to pro mne příjemný.“ Tato informantka (S2), ale také dodala, že zažila i pocity uznání: „U jednoho mladého klienta jsme zkusili vlhké hojení, byl náramně spokojený.“**

Podkategorie: Tišení bolesti

V souvislosti s kategorií „Potřeby“, byla informantkami nejvíce zmiňována bolest pohybového aparátu klientů. V ortopedické ambulanci informantky detekují jak bolest akutní, tak i bolest chronickou. Klienti často potřebují znát důvod své bolesti. Uspokojování této potřeby uvedly shodně všechny informantky ortopedických ambulančí. Bolest ovlivňuje klienty na všech úrovních a určitým způsobem ovlivňuje klienta i po psychické stránce. Často slyší od klientů, že žít s bolestí, je něco nepředstavitelného a obtěžujícího. S bolestí souvisí i pohybová aktivita a samoobslužnost klientů. Řešení bolesti v ortopedické ambulanci uvedla (S1) takto:

„Nejčastěji řeším bolest, která klientům komplikuje samoobslužnost.“ (S2) odpověděla, že využívá komunikace, aby klienta rozptýlila a odvedla pozornost od bolesti: „Detekuji ošetrovatelské problémy vizuálně, sleduji, jestli se klient potí, jestli má bolest, také jestli je ve stresu nebo se jen bojí. Lékař naordinuje většinou analgetika i.m., snažím se klienta rozptýlit a vtáhnout ho do tématu.“ (S5) uvedla, že bolest řeší prioritně aplikací analgetik dle ordinace lékaře: „Většinou dostanou injekci na bolest. Ti klienti, co si stěžují na bolest chronickou, lékař předepíše analgetika v tabletkách a léčebnou rehabilitaci. Já se snažím je podpořit aspoň psychicky, na víc nemám bohužel čas.“ (S3) detekuje ošetrovatelskou problematiku vizuálně: „Všímám si celkového dojmu pacienta, jeho chůze, pohybu vůbec, zda se naklání na jednu stranu a postupně se doptávám. Takto detekuji bolest. Samozřejmě musíme upřednostnit akutní potíže klienta. Na saturování ošetrovatelských potřeb tu ale moc času není, to musím říct.“

Podkategorie: Pohyb a aktivita

Jednou z dalších podkategorií, je mobilita u klientů ortopedických ambulancí a možnost vykonávání denních aktivit. Jak bylo výše popsáno v souvislosti s bolestí, je často omezen pohyb klientů. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4 i S5), shodně detekují v ošetrovatelské diagnostice nesoběstačnost klientů v denních aktivitách. Deficit sebezpečí uvedla (S5): *„Detekuji nejčastěji deficit sebezpečí, imobilitu a akutní bolest, tak se snažím, aby byl pacient bez bolesti a zajímám se o to, jak klientovi usnadnit mobilitu. Ptám se, jestli má mu berle vyhovují a jestli zvládá chůzi o berlích dobře.“* Mnoho klientů potřebuje pomoc při přesunu na vyšetřovací lůžko, pomoc při svlékání a oblékání, pomoc s přepravou na rentgenové pracoviště. Ne všichni klienti mají doprovod a přijíždějí k vyšetření na ortopedickou ambulanci dopravní zdravotní službou. Jak informantky jednotně uvedly, péče o imobilní klienty patří bezesporu k nejnáročnějším. Mnoho klientů potřebuje k chůzi kompenzační pomůcky: podpažní berle, francouzské hole, eventuelně vozík či chodítka. Informantky se také shodně vyjádřily, že mají na pracovišti k dispozici sedačky a lehátka pro přepravu klientů k dalším vyšetřením. Informantka (S4): *„U starších klientů se zaměřuji na kompenzační pomůcky, zda mají funkční pomůcky, které jim usnadní pohyb. Imobilita klientů je v ortopedii velmi častá. Proto je práce na této ambulanci občas náročná.“* Mezi jeden z nejčastějších ošetrovatelských problémů zařadila nesoběstačnost také (S2). (S1) uvedla, že by bylo lepší počítat větší časovou rezervou, zvláště u klientů, kteří potřebují více času. Informantky se v rozhovoru zmínily, že na řešení všech deficitů nemají

dostatek času. Nedostatek času při saturování těchto ošetrovatelských potřeb specifikovala i (S2), a také konstatovala: „*Chtěla bych tohle změnit.*“

Podkategorie: Podpora

V této podkategorii jsou zařazena data o podpoře klientů ortopedických ambulancí. Každá změna zdravotního stavu sebou nese nové situace a interakce. Ve výzkumném šetření informantky specifikovaly důležitost podpory klienta v náročné situaci jako je trauma nebo plánovaný operační výkon. Jako významný index stresového faktoru u klientů, považují informantky zvláště příčiny traumat a pádů. Zvláště u seniorů po traumatu jsou informantkami detekovány u klientů známky stresové reakce. Jedná se o strach z dalšího pádu a následného úrazu. (S1): „*Mnozí starší klienti mají přidružené choroby a spoustu dalších chronických potíží, bojí se dalšího pádu, je nutné pomáhat klientům starší generace při běžných činnostech, Jako je oblékání a svlékání, pomáhá mi zde sanitář, ale ne vždy tu je. Jede s jiným pacientem na rentgen a v ten moment jsem tu sama. Je to občas fyzicky namáhavá činnost.*“ Dle získaných dat je situace jiná u mladší populace, kdy informantky řeší problematiku plnění sociální role klienta v souvislosti s pracovní neschopností. Tam je nutná psychická podpora a podání informací. Dle (S5) je nejproblematictější pracovní neschopnost klientů OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná), dodala: „*Tam je to vždy hra s časem. Klient je odkázán na sám na sebe a když není schopen pracovat, je to problém, tam je důležitá psychická stránka a spolupráce klienta. No, není to jednoduché. Za tak malý časový interval, který stráví klient v ordinaci, nelze klientovi poskytnout dostatek psychické a duševní podpory, kterou by potřeboval.*“

4.1.4 Kategorie 4 Edukace sestrou

Poslední kategorie se zabývá edukací klientů ortopedických ambulancí. Zajímalo nás, jakým způsobem a v jakém rozsahu informantky edukují klienty ortopedických ambulancí. Zkoumali jsme, kdy se věnují informantky edukaci klientů, zda mají k dispozici edukační materiály a pomůcky, jestli provádí záznam do zdravotnické dokumentace a v neposlední řadě, jak hodnotí edukaci klientů ortopedických ambulancí ze svého pohledu. V této kategorii, byly rozpoznány 4 podkategorie: *Průběh ošetrovatelské edukace, Edukační pomůcky, Edukační záznam a Překážky a bariery.*

Podkategorie: Průběh ošetřovatelské edukace

V této podkategorii popisovaly informantky samotný průběh edukace klientů v ortopedických ambulancích. Na otázku, zda klienty ortopedické ambulance důsledně edukují odpovídaly informantky rozdílně. Ve většině případů, informantky jen vysvětlují a na názornou ukázkou, nácvik a zpětnou vazbu s klientem nemají dostatek času. Z rozhovorů bylo zřejmé, že informantky mají snahu edukovat. Ale ze získaných dat jsme se dozvěděli, že důslednou edukaci se všemi fázemi, provádí pouze informantka (S4) z celkového počtu 5 informantek. Informantky (S1, S5, S2) připouští, že edukují jen za určité situace. Jedna informantka připustila (S3), že řádná edukace neprobíhá. Informantka (S3) připouští: „*Chtělo by to změnit. Lékař předepíše berle, oni (klienti) si je vyzvednou a už nepřijdou. Tady edukace neprobíhá. Tady ne.*“ Informantka (S5) sdělila: „*edukuji, ale jen když je to nutné, není tolik času se věnovat dostatečně pacientům.*“ (S1) odpověděla: „*Výjimečně, jen u starých lidí, u kterých se předpokládá, že to potřebují.*“ Informantka (S2) vnímá, že je ošetřovatelská edukace opomíjena a jsou upřednostňovány informace interpretované lékařem: „*Řeknu svůj názor, jak by to mohlo být, ale všechno by měl říkat lékař, informuji, jak je to v mých možnostech, není na to dost času, představuji si to jinak.*“ Nejvíce edukuje ve své praxi dle zjištěných dat informantka (S4): „*Pokud jde pacient na ambulantní výkon, edukuji ho. Jak udržovat obvaz v suchu a čistotě, nenamáčeli ho. Většinou jdou pacienti druhý den na převaz a edukujeme při převazu znovu. Někdy je to jen předání informací, ale u mladší generace je to dostatečné.*“

Další informací, která nás zajímala, byla otázka, koho edukují informantky nejčastěji a kde. Z dostupných dat bylo vyhodnoceno, že nejčastěji edukují informantky klienty se sádrovou fixací na končetině v prevenci tromboembolické nemoci, klienty, které čeká ambulantní a plánovaný operační výkon a v neposlední řadě informantky zmínily také maminky, které přichází do ortopedické ambulance na preventivní vyšetření kyčlí se svými dětmi. „*Edukujeme pacienty se sádrovou fixací, to vždycky, protože může dojít k otoku, zaškrčení a tam to musíme eventuelně stříhnout*“, odpověděla (S1). Odpověď (S2) zněla: „*No, ambulance jedna místnost, kde se dělá sono dětských kyčlí, lékař jim řekne, jak se dělá, když mají tu peřinku nebo to široké balení. Široké balení jen vysvětlujeme.*“

Podkategorie: Edukační pomůcky

Do této podkategorie byly zařazeny edukační pomůcky, které jsou součástí edukačního procesu u klientů ortopedických ambulancí. Na otázku, zda mají informantky k dispozici pomůcky k edukaci v ortopedické ambulanci, odpověděly (S1) a (S2), že disponují informačními letáčky a brožurami pro pacienty, kteří jdou na velký operační výkon. (S1 a S3) shodně uvedly, že mají z kompenzačních pomůcek k dispozici v ortopedické ambulanci pouze podpažní berle a francouzské hole. Kyčelní ortézy, kolenní ortézy, ramenní závěsy a sádrové fixace jsou přikládány pod vedením lékaře. U kyčelních a kolenních ortéz je určen rozsah pohybu končetiny dle lékaře. „*Důležitá je edukace u klientů s frakturou pažní kosti, kde přikládá ramenní závěs lékař*“, uvedla (S1). Na otázku, zda informantky vysvětlují přípravu domácího prostředí a používání pomůcek v koupelně u klientů po operačním výkonu se mám dostalo odpovědi od informantek, že to nestíhají. Dvě informantky uvedly, že klienti jsou připravováni na velký operační výkon instruktáží rehabilitačním pracovníkem. Ze zjištěných dat je ale zřejmé, že informantky poskytují klientům základní edukační materiál v podobě letáku (S2) uvedla: „*Máme informační letáky pro pacienty, jsou tam čísla, kam si mají zavolat. Pro klienty, kteří jsou na výměnu kloubu tady máme dvoustránkový letáček, co je bude čekat a na co by se měli připravit. Podstupují informační instruktáž na rehabilitaci, tam je připraví. Učí je chůzi o berlích, do schodů, ze schodů, zvedání z lůžka.*“ Na otázku, zda klienty ještě někdo edukuje ohledně domácího zázemí a období rekonvalescence, sestra odpověděla: „*No, to nevím, to už jde mimo mě.*“ Informantka (S3) uznala, že je nutné a prospěšné se edukaci věnovat více. Taktéž informantka (S4) připustila, že tuto problematiku by vyřešila edukační sestra, která by se mohla dostatečně a někdy i opakovaně věnovat klientům. Na otázku, zda informantky edukují maminky v dětské ortopedické ambulanci v souvislosti s kyčelní dysplazií, nám odpověděly informantky shodně, že tam mají více času. Zde hlavní informace podává lékař. Informantka (S4) připouští: „*Některé mladé maminky nepoužívají látkové pleny, neví, jak se skládají, používají jen papírové. Látkové pleny jim nic neříkají. Tam by bylo potřeba někdy edukaci opakovat.*“ (S1) řekla: „*Edukujeme maminky, tam skutečně ano.*“

Podkategorie: Edukační záznam

V předposlední podkategorii jsme se zaměřili na zápis ošetřovatelské edukace do dokumentace klienta ortopedické ambulance. Všechny informantky ortopedických

ambulanci naprosto jednoznačně uvedly, že záznam o ošetrovatelské edukaci neprovádí. (S1) konstatovala: „Záznam do dokumentace o edukaci neprovádím, lékař pouze uvádí, že pacient byl poučen a informacím rozumí. Sestra žádný papír do dokumentace nezakládá, že proběhla edukace na to, či ono téma.“ (S3), pracující občas na lůžkovém oddělení ortopedie odpověděla: „Edukační záznam do dokumentace nezakládáme, na oddělení ano.“ (S2) uvedla: „Tohle my neděláme. Ve zprávě má pacient jen, že byl informován.“

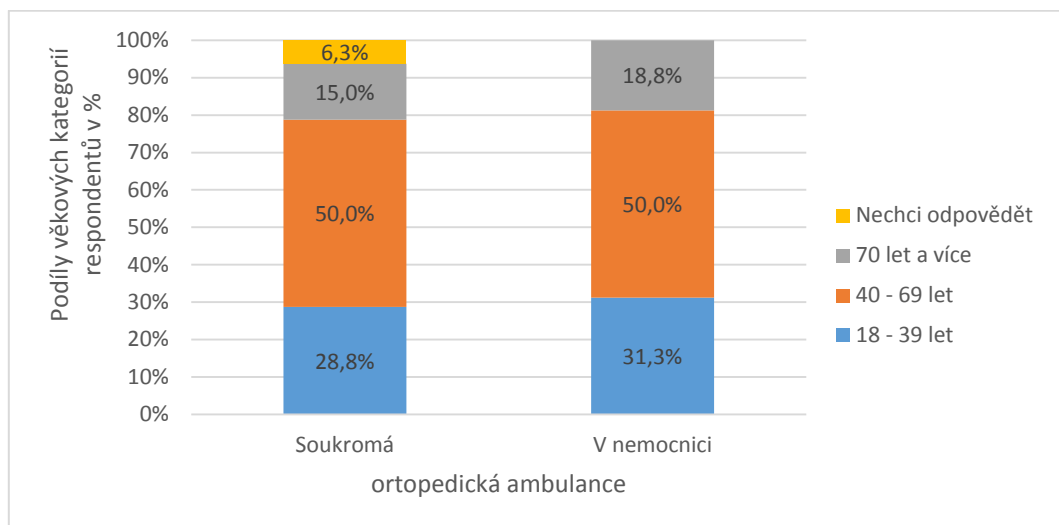
Podkategorie: Překážky a bariery

V poslední podkategorii jsme sumarizovali překážky, které brání informantkám věnovat se dostatečně edukaci ortopedických klientů. Ze získaných dat vyplynulo, že si informantky uvědomují, že ošetrovatelská edukace je nedostatečná, a to z důvodu nedostatku časových rezerv. Přičemž si plně uvědomují důležitost edukace. Informantky (S1) a (S2) shodně připustily, že by se mohly více věnovat edukaci, kdyby měly v ambulanci administrativní pracovníci, která by převzala administrativu. (S1) uvedla: „Myslím, že ne vždy je edukace dostatečná, určitě ne. Největší problém je čas, ale také přidružené choroby klientů, vyšší věk a spolupráce klientů. Starším klientům, je nutné vše víckrát opakovat, vše jim pomalu a opakovaně předvádět, informací je moc najednou, řešení? Asi ještě jeden pracovník navíc, středoškolského vzdělání, buď administrativní, který by za mne udělal administrativu a já mohla edukovat, anebo, edukační pracovník.“ (S2) odpověděla takto: „Řešením by byla administrativní pracovnice, nebo další sestra v ortopedické ambulanci, která by mohla plně věnovat edukaci.“ (S3) je názoru, že edukace je důležitá, ale není na ni dostatek času, „řešením je méně pacientů a mít na ně víc času“. Jako důvod nedostatečné edukace v ortopedické ambulanci (S4) uvedla, že vidí příčinu v neustále zvonících telefonech od pacientů, kteří se chtějí objednat k vyšetření. V souvislosti s touto překážkou vidí informantka také problém v nedostatečném prostředí, a proto bývá edukace zaměřena jen na nejnutnější informace. Někteří klienti potřebují více času na tak velké množství informací, je nutné v klidu víckrát některé informace opakovat a přesvědčit se, zda jim klient rozuměl. Informantky také zmínily, že zvláště nutná je dostatečná edukace u seniorů, ale tam je nutnost opakování a dostatečná časová rezerva. Poté (S4) konstatovala: „přínosem by byla edukační sestra“.

4.2 Kvantitativní výzkum

4.2.1 Věkové zastoupení respondentů

Graf 1 Věkové kategorie respondentů v ortopedických ambulancích



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 1 Četnosti dle věkových kategorií respondentů

		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
Věk	18-39 let	23	25	48
	40-69 let	40	40	80
	70 let a více	12	15	27
	Nechci odpovědět	5	0	5
Celkem		80	80	160

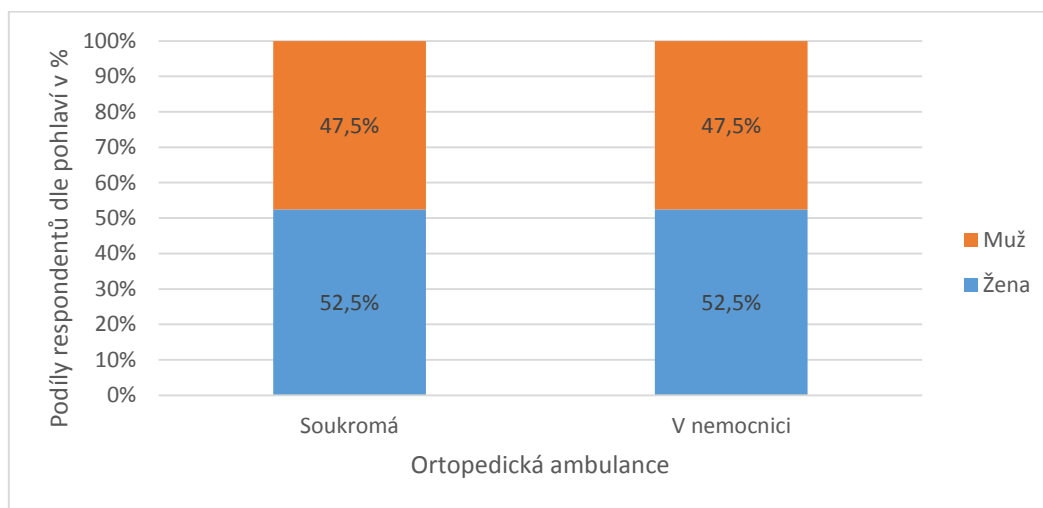
Zdroj: vlastní výzkum 2020

První otázka v anketním listě se týkala věku respondentů. Věkové skupiny jsme pro rychlejší orientaci rozdělili do tří věkových kategorií (graf 1 a tabulka 1) plus kategorii „*nechci odpovědět*“. 5 respondentů ze soukromé ortopedické ambulance odpovědět na otázku věku nechtělo. Kdežto v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení na otázku věku odpověděli všichni respondenti (tabulka 1). Z pohledu věku respondentů byla v ortopedických ambulancích nejvíce zastoupena věková kategorie od 40 do 69 let. V obou ambulancích to byla shodně přesně polovina respondentů (50 %) (graf 1). Nejmenší skupinu respondentů zastupovala věková kategorie nad 70let, v soukromé ortopedické ambulanci to bylo 12 respondentů, což činilo (15 %) a v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení to bylo 15 (19 %) respondentů z celkového počtu jednotlivých ortopedických ambulancí. Nejmladší

věková skupina byla více zastoupena v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení a to v (31 %) čili 25 respondentů, kdežto v soukromé ortopedické ambulanci to bylo o 2 % méně, tedy 23 respondentů (graf 1 a tabulka 1).

4.2.2 Pohlaví respondentů

Graf 2 Zastoupení respondentů dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 2 Četnost zastoupení respondentů dle pohlaví

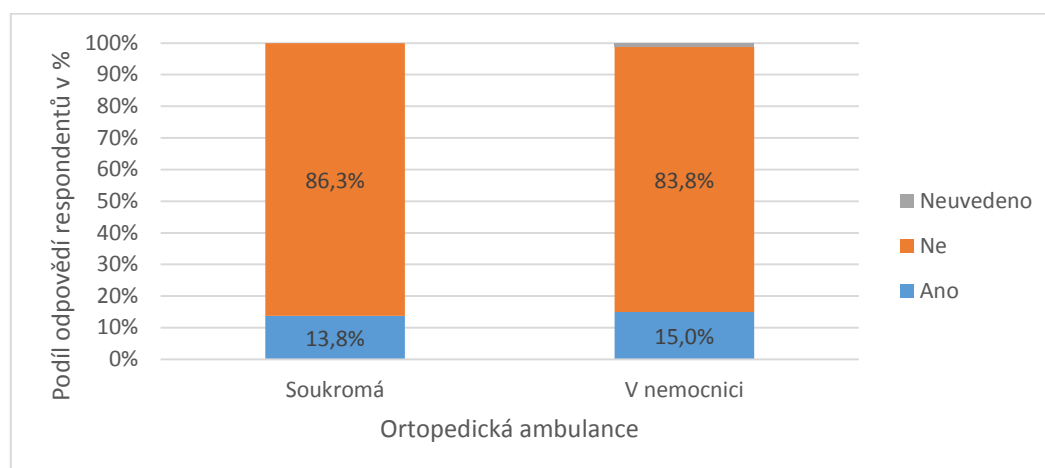
		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
Pohlaví	Žena	42	42	84
	Muž	38	38	76
Celkem		80	80	160

Zdroj: vlastní výzkum 2020

V druhé otázce anketního listu jsme se ptali na pohlaví respondentů. Z pohledu zastoupení pohlaví bylo výzkumné šetření v soukromé ortopedické ambulanci i ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení absolutně vyrovnané. Výzkumného šetření se zúčastnilo v každé ortopedické ambulanci 42 žen a 38 mužů z počtu 80 respondentů z každé ambulance (tabulka 2). Dle (grafu 2) je to 52,5 % žen a 47,5 % mužů z celkového počtu 160 (100 %) respondentů shodně v obou ortopedických ambulancích.

4.2.3 Návštěva ortopedické ambulance respondentem

Graf 3 První návštěva ortopedické ambulance respondentem



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 3 Četnost první návštěvy respondentů ortopedické ambulance

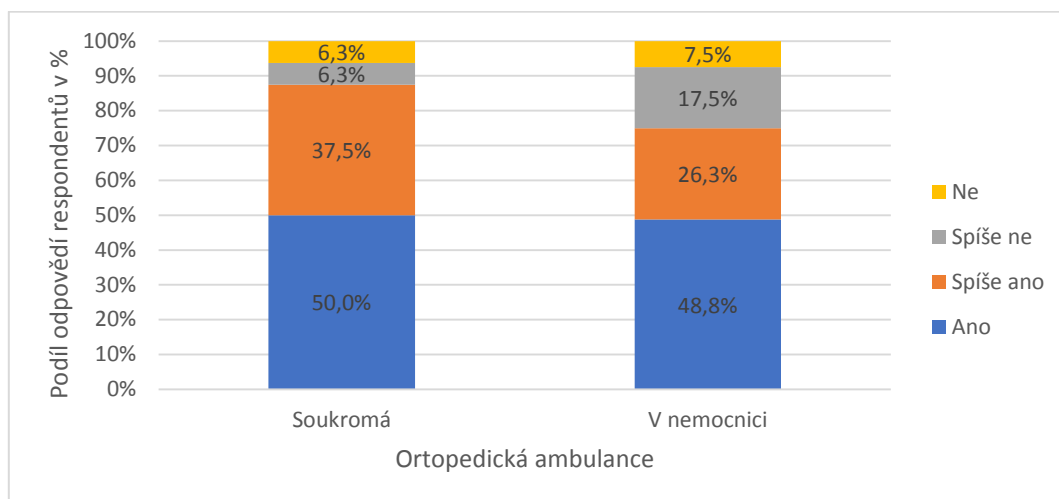
		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
Návštěva	Ano	11	12	23
	Ne	69	67	136
	Neuvedeno	0	1	1
Celkem		80	80	160

Zdroj: vlastní výzkum 2020

Třetí otázka sledovala kolikátá je to návštěva respondenta v dané ortopedické ambulanci. Pro 136 respondentů z celkového počtu všech 160 respondentů to nebyla první návštěva (tabulka 3). Soukromou ortopedickou ambulanci poprvé navštívilo 11 (14 %) respondentů a 12 (15 %) jich navštívilo poprvé ortopedickou ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení. Z celkového počtu obou ambulancí to bylo 23 respondentů tedy (14 %). Opakovaná návštěva to byla pro 69 (86 %) respondentů ze soukromé ortopedické ambulance a pro 67 (84 %) respondentů z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení (tabulka 3 a graf 3). Jeden respondent z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení, na tuto otázku v anketním listu neodpověděl.

4.2.4 Řešení potřeb a problémů klientů sestrou

Graf 4 Řešení potřeb a problémů sestrou



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 4 Četnosti odpovědí respondentů na řešení jeho potřeb sestrou

		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
Potřeby	Ano	40	39	79
	Spíše ano	30	21	51
	Spíše ne	5	14	19
	Ne	5	6	11
Celkem		80	80	160

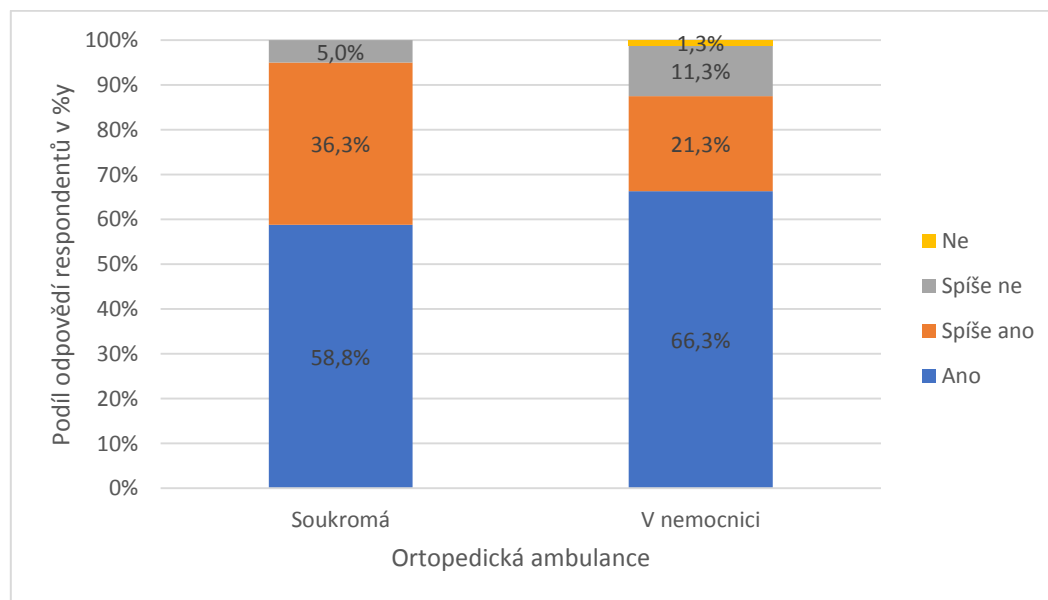
Zdroj: vlastní výzkum 2020

Čtvrtá otázka sledovala, jestli sestra ortopedické ambulance aktivně řešila aktuální potřeby a problémy respondentů v souvislosti s jejich onemocněním či plánovanou operací. U této otázky můžeme vidět už mírné rozdíly v odpovědích respondentů v jednotlivých ambulancích. Z celkového počtu respondentů soukromé ambulance, odpovědělo „ano“ nebo „spíše ano“ 88 % respondentů, zatímco u respondentů z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení byl tento podíl 75 %, z celkového počtu respondentů této ambulance. Odpověď „spíše ne“ uvedlo v soukromé ortopedické ambulanci 6 % respondentů, kdežto v ortopedické ambulanci, která součástí zdravotnického zařízení byl počet značně vyšší, a to 18 % respondentů (graf 4). Absolutní nespokojenost s řešením potřeb a problémů zaznamenalo do

anketního listu celkem 11 respondentů (tabulka 4). Procentuálně svoji nespokojenost s řešením potřeb a problémů vyjádřilo 6 % respondentů ze soukromé ortopedické ambulance a 8 % respondentů z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení (graf 4).

4.2.5 Ochota a empatie sestry v ortopedické ambulanci

Graf 5 Ochota a empatie sestry



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 5 Četnosti odpovědí na spokojenost s přístupem sestry (ochota a empatie)

		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
Ochota	Ano	47	53	100
	Spíše ano	29	17	46
	Spíše ne	4	9	13
	Ne	0	1	1
Celkem		80	80	160

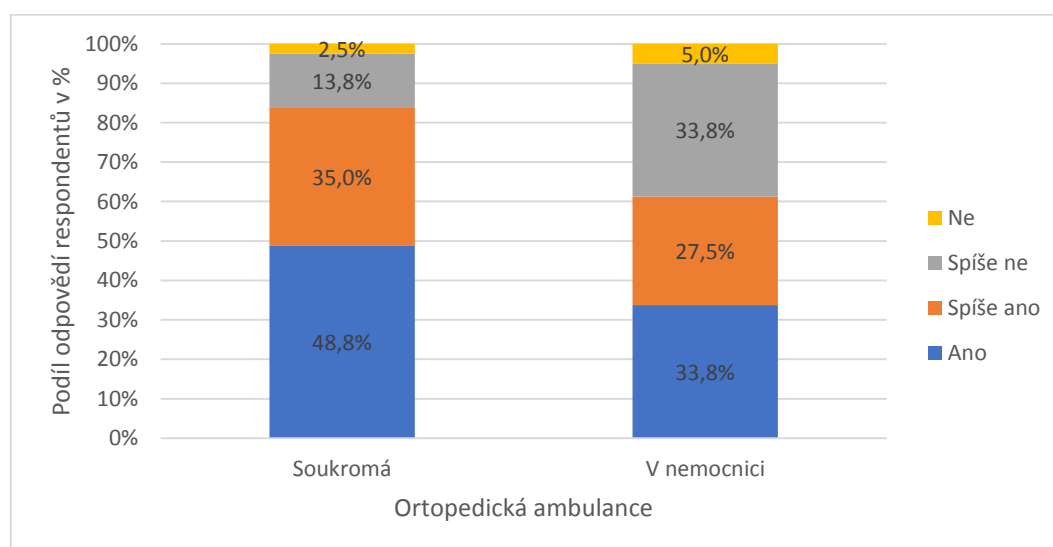
Zdroj: vlastní výzkum 2020

Následující otázka sledovala odpovědi respondentů na spokojenost s ochotou a empatií sestry v ortopedické ambulanci. Dle grafu 5 odpověď „ano“ zvolilo v ortopedické ambulanci soukromé 59 % (47) respondentů, ale v ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení byla odpověď „ano“ vyšší a to v 66 % (53) respondentů. Z

počtu respondentů daných ortopedických ambulancí je patrné, že podíl odpovědí „ano“ a „spíše ano“ je mezi ambulancemi velmi podobný, i když u soukromé ortopedické ambulance je tento podíl mírně vyšší. S přístupem a empatií sestry nebyl spokojen 1 (1,3 %) respondent v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení, kdežto v soukromé ortopedické ambulanci neuvedl odpověď „ne“ ani jeden respondent. Odpověď „spíše ne“ označilo v anketním listě 9 (11 %) respondentů z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení a jen 4 (5 %) respondenti z ortopedické ambulance soukromé (tabulka a graf 5).

4.2.6 Časové možnosti sestry na dotazy respondentů ortopedických ambulancí

Graf 6 Časové možnosti sestry na dotazy respondentů v ortopedických ambulancích



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 6 Četnosti odpovědí respondentů na časové možnosti sestry na zodpovězení dotazů

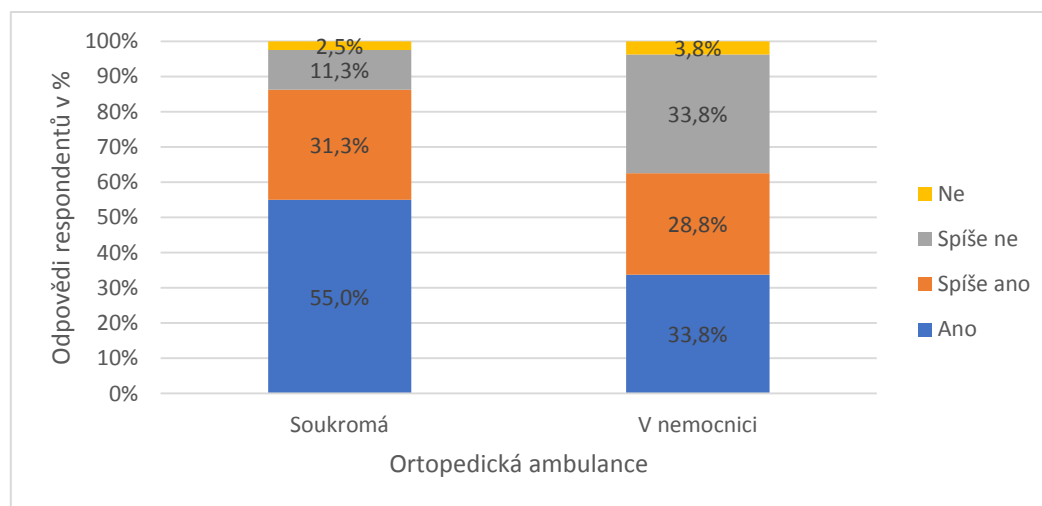
		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
Dotazy	Ano	39	27	66
	Spíše ano	28	22	50
	Spíše ne	11	27	38
	Ne	2	4	6
Celkem		80	80	160

Zdroj: vlastní výzkum 2020

Šestá otázka anketního listu sledovala odpovědi na otázku: „Měla na Vás a Vaše dotazy sestra ortopedické ambulance dostatek času?“ Z grafu 6 je na první pohled zřejmé, že v soukromé ortopedické ambulanci měly sestry více času na dotazy respondentů než v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení. Odpověď „Ano“ nebo „Spíše ano“ uvedlo v případě soukromé ortopedické ambulance 84 % respondentů, zatímco u ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení byl tento podíl pouze 61 % respondentů (graf 6). S časovými možnostmi sestry na zodpovězení dotazů nebyli spokojeni 2 (2,5 %) respondenti v soukromé ortopedické ambulanci. O dva více, tedy 4 (4,5 %) respondenti v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení (tabulka a graf 6).

4.2.7 Edukace respondentů ortopedických ambulančí sestrou

Graf 7 Edukace respondentů ortopedických ambulančí sestrou



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 7 Četnosti odpovědí respondentů, zda je sestra ortopedické ambulance edukovala

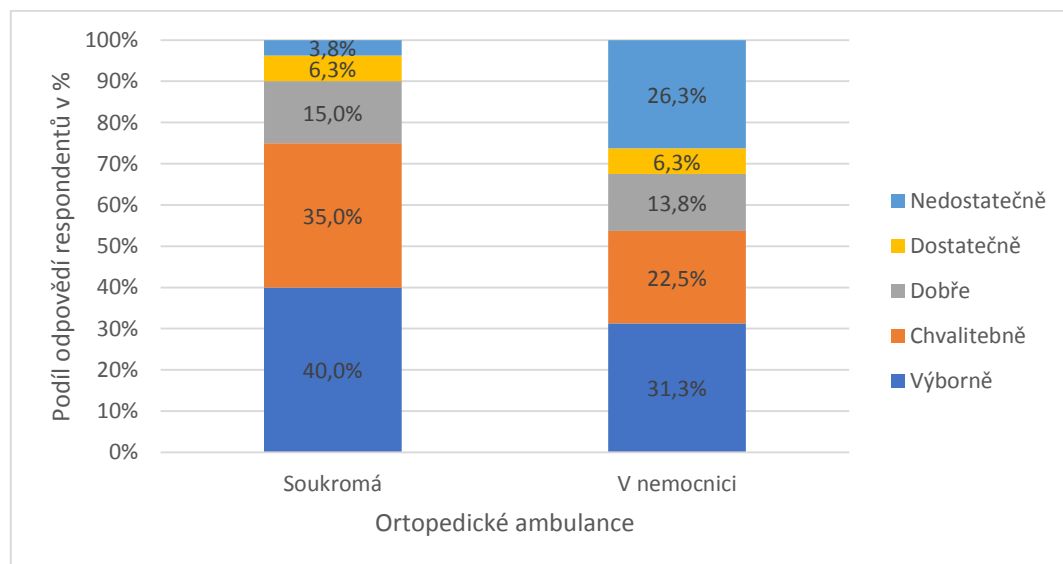
		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
Edukace	Ano	44	27	71
	Spíše ano	25	23	48
	Spíše ne	9	27	36
	Ne	2	3	5
Celkem		80	80	160

Zdroj: vlastní výzkum 2020

Edukací respondentů ortopedických ambulancí se budeme zabývat ještě v dalších částech kvantitativního šetření, ale zde v podkapitole 4.2.7, jsme sledovali odpovědi respondentů na otázku, zda respondenty sestra ortopedické ambulance edukovala v souvislosti s jejich onemocněním či plánovanou operací. Je patrné, že častěji byli respondenti edukováni v souvislosti s jejich onemocněním či plánovanou operací v soukromé ortopedické ambulanci, kde odpověď „Ano“ byla v 55 %, což činilo 44 odpovědi respondentů této ortopedické ambulance a dalších 31 %, což činilo 25 respondentů, uvedlo odpověď „Spíše ano“. Zatímco v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení uvedlo odpověď „Ano“ 34 %, což bylo 27 odpovědi respondentů a odpověď „Spíše ano“ 29 %, což činilo podíl 23 respondentů této ortopedické ambulance. Edukace neproběhla u 2 (2,5 %) respondentů soukromé ortopedické ambulance a v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení se jednalo o 3 (4 %) respondenty, kteří uvedli, že je sestra needukovala (tabulka a graf 7).

4.2.8 Hodnocení edukace respondentů

Graf 8 Hodnocení edukace dle respondentů na škále užitečnosti 1-5 jako ve škole



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 8 Hodnocení edukace dle četnosti odpovědí respondentů na škále užitečnosti

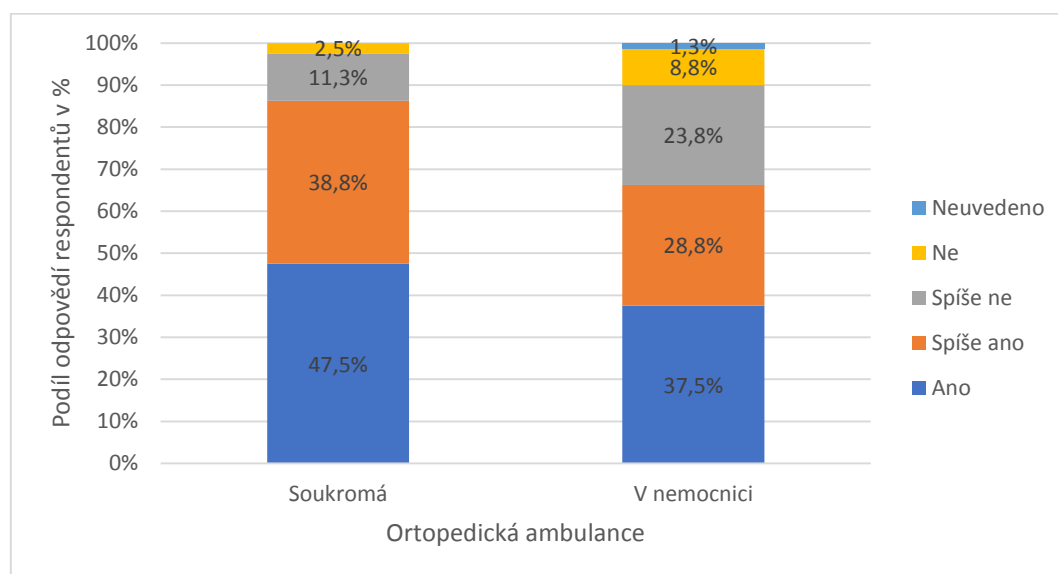
		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
Známka	Výborně	32	25	57
	Chvalitebně	28	18	46
	Dobře	12	11	23
	Dostatečně	5	5	10
	Nedostatečně	3	21	24
Celkem		80	80	160

Zdroj: vlastní výzkum 2020

Osmá otázka v anketním listu sledovala u respondentů hodnocení edukace sestrou v souvislosti s jejich onemocněním nebo plánovaným operačním výkonem. Respondenti měli edukaci ohodnotit na škále užitečnosti dle známek jako ve škole. Z grafu 8 je jednoznačné, že celkově lepšího hodnocení dosahuje soukromá ortopedická ambulance oproti ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení. Soukromá ambulance dostala známku „Výborně“ v 40 % odpovědí (graf 8), což činilo 32 respondentů (tabulka 8), zatímco ortopedická ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení pouze v 31 % odpovědí (graf 8), a to činilo 25 respondentů (tabulka 8). Známku „dobře“, ohodnotilo edukaci sestrou v soukromé ortopedické ambulanci 15 % respondentů. V ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení tuto odpověď zvolilo o 1 % méně respondentů. Známka „dostatečně“, byla zvolena v obou ambulancích shodně a to v 6 % (graf 8). Zarážející je velký rozdíl v hodnocení „Nedostatečně“, kdy soukromá ortopedická ambulance má toto hodnocení pouze ve 4 % (pouze 3 respondenti), zatímco ortopedická ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení ve více jak čtvrtině, tedy ve 26 %, kdy takto odpovědělo 21 respondentů (graf a tabulka 8).

4.2.9 Spokojenost respondentů s informacemi, které byly poskytnuty sestrou

Graf 9 Spokojenost respondentů s informacemi



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 9 Spokojenost respondentů s poskytnutými informacemi

		Ordinace		Celkem
		Soukromá	V nemocnici	
spokojen	Ano	38	30	68
	Spíše ano	31	23	54
	Spíše ne	9	19	28
	Ne	2	7	9
	Neuvedeno	0	1	1
Celkem		80	80	160

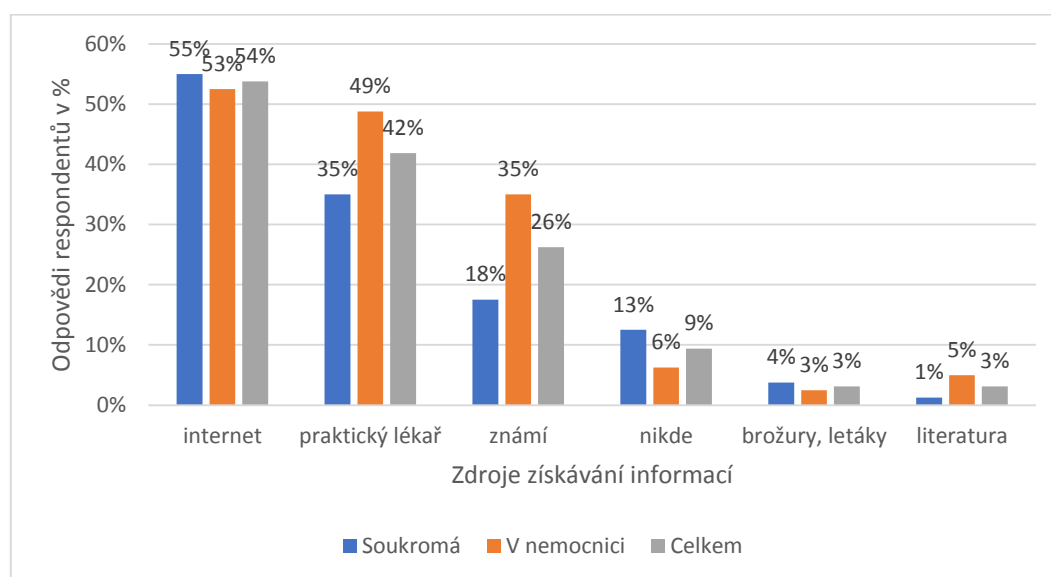
Zdroj: vlastní výzkum 2020

Předposlední otázka, tedy devátá v anketním listu, sledovala odpovědi respondentů na spokojenost s množstvím poskytnutých informací sestrou v souvislosti s jejich onemocněním či plánovaným operačním výkonem. Výsledky vidíme v grafu 9. Stejně jako u předchozí otázky týkající se známky, i zde je jasné, že spokojenější byli respondenti soukromé ortopedické ambulance oproti respondentům ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Při porovnání odpovědí „Ano“ a „Spíše ano“ je zřejmé, že tyto možnosti uvedlo (86 %) 69 respondentů soukromé ortopedické ambulance, ale pouze (66 %) 53 respondentů ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Odpověď „spíše ne“ uvedlo v soukromé ambulanci

(11,3 %) 9 respondentů, kdežto v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení to bylo (23,8 %) to je 19 odpovědí respondentů. Odpověď „Ne“ uvedlo jen 9 respondentů z obou ortopedických ambulaní, což činí (6 %) z celkového počtu (100 %) 160 respondentů. Jeden respondent z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení neodpověděl (graf 9 a tabulka 9).

4.2.10 Zdroje dalších informací respondentů

Graf 10 Využití dalších zdrojů informací respondentů



Zdroj: vlastní výzkum 2020

Tabulka 10 Četnosti zastoupení využívaných zdrojů informací respondenty

	ordinace		
	Soukromá	V nemocnici	Celkem
internet	44	42	86
praktický lékař	28	39	67
známí	14	28	42
nikde	10	5	15
brožury, letáky	3	2	5
literatura	1	4	5

Zdroj: Vlastní výzkum 2020

Poslední otázka v anketním listu, sledovala, kde respondenti získávají další informace, na které se nestihli v ortopedické ambulanci zeptat. Respondenti mohli uvést 2 odpovědi. Výsledky byly přepočítány na celkové počty respondentů v jednotlivých

ortopedických ambulancích a celkem (tabulka 10). Z grafu 10 je patrné, že respondenti nejčastěji využívají jako zdroj informací „internet“ a to, ve více jak 50 % z celkového počtu všech respondentů (graf 10). Z tabulky 10 je patrné, že v soukromé ortopedické ambulanci tuto možnost zvolilo 44 respondentů což činilo (55 %) respondentů této ambulance. V ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení to bylo podobné. Tam tuto odpověď zvolilo 42 (53 %) respondentů. Větší rozdíly vidíme u využití informací od praktického lékaře a známých, kde tuto možnost častěji využívají respondenti ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Jako zdroj informací „brožury a letáky“, označilo jen 5 respondentů z celkového počtu. V soukromé ortopedické ambulanci to bylo ve 3 případech a v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení, to bylo pouze ve 2 případech. Větší podíl respondentů 10 (13 %) soukromé ortopedické ambulance, nemá potřebu dohledávat další potřebné informace (graf 10 a tabulka 10).

4.3 Ověření stanovené hypotézy diplomové práce

Tabulka 11 - Výsledky X2 testu nezávislosti v kontingenční tabulce

Proměnná	Zkratka	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
Řešila aktivně sestra ortopedické ambulance Vaše aktuální potřeby v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovanou operací?	Potřeby	5,955	3	0,114
Přistupovala k Vám sestra s ochotou a empatií?	Ochota	6,414	3	0,093
Měla na Vás a Vaše dotazy sestra ortopedické ambulance dostatek času?	Dotazy	10,305	3	0,016*
Edukovala Vás sestra ortopedické ambulance v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovanou operací?	Edukace	13,354	3	0,004**
V případě, že Vás sestra ortopedické ambulance edukovala v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovanou operací, ohodnot' na škále užitečnosti od 1 do 5.	Známka	16,577	4	0,002**
Byl/a jste spokojen/a s množstvím informací, které Vám byly poskytnuty v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovanou operací v ortopedické ambulanci?	Spokojenost	9,298	3	0,026*

Zdroj: vlastní výzkum 2020

Pozn. * statisticky významné rozdíly na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$

** statisticky významné rozdíly na hladině významnosti $\alpha = 1 \%$

Z tabulky 11 je patrné, že testované hypotézy nezamítáme u proměnné „Potřeby“ a „Ochota“ (p-hodnoty jsou vyšší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$), u všech ostatních proměnných na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ testované hypotézy zamítáme (p-hodnoty jsou menší než $\alpha = 5 \%$), to znamená, že existují statisticky významné rozdíly v odpovědích mezi respondenty soukromé ortopedické ambulance a ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení v oblasti edukace, známkování edukace a zodpovězení dotazů respondentů. Stanovená hypotéza byla ověřena. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že klienti privátní ortopedické ambulance jsou více spokojeni s edukací než klienti ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Bylo ověřeno, že v řešení aktuálních potřeb a přístupu sestry neexistují statisticky významné rozdíly mezi ambulancemi. Ale v případě času na zodpovězení dotazů, edukaci a následnou spokojenost respondentů, můžeme říci, že existují statisticky významné rozdíly mezi soukromou ortopedickou ambulancí a ortopedickou ambulancí, která je součástí zdravotnického zařízení. Z předchozích tabulek již víme, že soukromá ortopedická ambulance ve všech případech měla lepší hodnocení.

5 Diskuze

Tématem této diplomové práce je „*Management ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí z pohledu sestry*“. Ortopedická ambulance je prostředím první linie, které poskytuje lékařskou a ošetrovatelskou péči klientům s onemocněním, poruchou či traumatem pohybového ústrojí (Sosna, 2009). Ortopedie mne provází celým mým profesním životem, po více jak dvacet let. Kladla jsem si otázku, kdo ortopedickým klientům pomůže toto náročné období nemoci a rekonvalescence zvládnout a uspokojí jejich potřeby v ambulantním režimu zdravotní péče. Zvládnout tak náročnou životní situaci, jako je poranění skeletu z různých příčin, ortopedický operační výkon nebo chronické onemocnění pohybového aparátu, není pro klienty jednoduché a mnohdy hledají pomocnou ruku. Proto jsme se rozhodli, zaměřit se na management ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí, tedy tam, kde to všechno začíná. Našimi cíli v této diplomové práci bylo zmapovat ošetrovatelskou problematiku u klientů ortopedických ambulancí včetně edukace z pohledu sestry. Zjistit, jakým způsobem sestry detekují a řeší potřeby a problémy klientů ortopedických ambulancí. K dosažení stanovených cílů jsme si stanovili tři výzkumné otázky (viz str. 34). Abychom získali podrobné informace na naše výzkumné otázky, využili jsme polostrukturovaný rozhovor se sestrami vybraných ortopedických ambulancí (viz příloha 1). Jelikož považujeme edukaci v ortopedických ambulancích za jeden ze základních pilířů ošetrovatelské péče, pokusili jsme se pomocí ankety s klienty vybraných ortopedických ambulancí (příloha 2) ověřit stanovenou hypotézu (viz str.34). Prozkoumáním výsledků kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření jsme získali ucelený pohled na ošetrovatelskou péči včetně edukace v ortopedických ambulancích.

V ortopedických ambulancích pracují zdravotničtí pracovníci různého stupně vzdělání a délkou praxe. V první kategorii kvalitativního šetření (4.1.1), jsme nejprve zmapovali identifikační údaje o našich informantech. „*Nejvyšší dosažené vzdělání informantek a délku praxe v ortopedické ambulanci*“. Překvapivě jsme nenašli v ortopedických ambulancích vysokoškolsky vzdělanou všeobecnou sestru, ale jen středoškolsky vzdělané všeobecné sestry a praktické sestry. Dle Bártlové vzdělaná sestra a celoživotní vzdělávání vede k zdokonalování dovedností, znalostí a postojů zvláště všeobecných sester ve své profesi a tím i zkvalitňování poskytované péče (Bártlová, 2006). Profesi

sestry a ošetrovatelství jako takového se snaží podporovat a pozdvihnout projekt ICN a WHO „*Nursing Now*“, ke kterému se připojuje i ČR a představuje sestru jako vzdělanou profesionálku v oboru ošetrovatelství, upozorňuje na její význam pro společnost a podporu zdraví v 21. století. Podpora a uznání kompetencí vzdělaných sester je významným přínosem pro rozvoj ošetrovatelství (ČAS, © 2017). Proto považujeme úroveň vzdělání sester za velmi podstatné. V našem výzkumném šetření bylo zjištěno, že se informantky průběžně během své kariéry vzdělávají na seminářích, konferencích a kongresech většinou s ortopedickou tematikou. Domníváme se, že všeobecná sestra by se měla vzdělávat ve všech oborech a udržovat si tak profesní bdělost. Obzvláště pokud sestra pracuje dlouhodobě ve stejném specializovaném oboru. Zde pouze jedna informantka z pěti uvedla, že je ochotna se dále vzdělávat na univerzitním typu školského zařízení. Ohledně délky praxe bylo zajímavým zjištěním, že informantky buď pracují na ortopedické ambulanci dlouhodobě, nebo jen velmi krátce (viz. tabulka Y). Služebně starší a zkušenější všeobecná sestra ortopedické ambulance provádí mentoring nově příchozím všeobecným sestřím nebo praktickým sestřím.

V kvantitativním výzkumném šetření jsme taktéž zkoumali identifikační údaje o respondentech, zajímal nás věk a pohlaví. Z identifikačních údajů o respondentech, kteří odpovídali na naše dotazy v anketním lístku, jsme získali přehled v podkapitole *4.2.1 Zastoupení jednotlivých věkových kategorií respondentů dle věku*. Zastoupení jednotlivých věkových kategorií lze vidět v (tabulce 1). Pohledem na (graf 1) víme, že nejvíce byla zastoupena věková kategorie respondentů od 40 do 69 let. Dle (tabulky 1) 5 respondentů soukromé ortopedické ambulance na věk odpovědět nechtělo. Pokud budeme hodnotit *4.2.2 Zastoupení respondentů dle pohlaví* (graf 2), byly kategorie mužů a žen zastoupeny naprosto shodně v obou ortopedických ambulancích, což nebylo náměrem. Dále nás zajímalo, kolikrát je to návštěva respondenta v ortopedické ambulanci. Dle grafu 3, pro 136 respondentů z celkového počtu všech 160 respondentů, to nebyla (4.2.3) první návštěva ortopedické ambulance. Můžeme tedy konstatovat, že dotazovaní klienti mají opakované zkušenosti s návštěvou ortopedické ambulance, a proto můžeme informace vyplněné respondenty v anketním lístku, považovat za relevantní.

V druhé kategorii kvalitativního šetření jsou specifikovány činnosti, které sestry v ortopedické ambulanci pokládají za nejfrekventovanější. Tato kategorie (4.1.2)

„*Specifické činnosti sestry*“ byla dále rozčleněna do tří podkategorií: *Odborné výkony a asepsy, Administrativní zátěž, Management spolupráce.*

V podkategorii *Odborné výkony a asepsy* byly zmapovány nejčastější ošetrovatelské činnosti, kterým se sestry věnují: převazy operačních a chronických ran, odběrům biologického materiálu, dodržování asepsy a nejvíce informantky zmiňovaly asistenci lékaři při malých odborných výkonech, jako jsou například intra artikulární injekce či punkce kloubu. V souvislosti s aseptickými postupy, které informantky zdůrazňovaly naprosto všechny shodně, vnímají obor ortopedie jako velmi náročný na dodržování aseptických podmínek, který považují v ortopedii za prioritní. (S2) hovořila o zásadách dodržování aseptických postupů při všech výkonech: „*V tomto oboru je sterilita a hygiena obzvláště důležitá jde o super sterilní postupy, které je nutno zachovávat. Vše provádíme super sterilně chirurgickými nástroji, což je na obratnost a zručnost sester velmi náročné.*“ Což potvrzuje i Schumpelick (2013) každá sestra, instrumentářka a lékař, by měli dobře znát všechny chirurgické nástroje a umět s nimi zručně pracovat.

Druhá podkategorie byla nazvána „*Administrativní zátěž*“, zde jsme se dozvěděli, že informantky ortopedické ambulance jsou nad míru zatížené administrativou a nemají dostatek času na ošetrovatelskou činnost, v takovém rozsahu, jak by si představovaly. Samozřejmě si informantky uvědomují, že vedení zdravotnické dokumentace je nezbytnou součástí poskytování komplexní zdravotní péče. (S5) uvedla: „*Tato činnost v ortopedické ambulanci sestry velmi zatěžuje.*“ I MZ ČR je názoru, že administrativní zátěž zdravotníků je neadekvátní, a proto přichází s návrhem podpořit navýšení počtu administrativních pracovníků ve zdravotnických provozech: „*Je velmi důležité, aby každý zdravotník dělal tu práci, ke které je kvalifikovaný. Aby fungovaly týmy od pomocného a nižšího zdravotnického personálu, přes praktické a všeobecné sestry, až po lékaře. Administrativu pak mají zajišťovat administrativní pracovníci, aby se lékaři a sestry mohli věnovat své práci naplno*“ (MZ ČR, 2019).

Všechny oslovené informantky si také uvědomují významnost spolupráce s multidisciplinárním týmem v oboru ortopedie a traumatologie. Proto do třetí podkategorie, která nám vznikla, jsme zařadili data související s „*Managementem spolupráce*“. Obzvláště při traumatech skeletu, kdy je nutná spolupráce více zdravotnického personálu a dalších komplementů, informantky považují spolupráci za

důležitou pro návaznost zdravotní péče. (S2) řekla: „*Nejdůležitější je týmová práce*“. S tím souhlasí i Vévoda et al. (2013), kdy dobrá spolupráce mezi členy celého týmu a dobrá pracovní atmosféra má pozitivní vliv na kvalitu poskytované zdravotní péče a dosažení optimálních výsledků. Informantka (S1) neopomněla zdůraznit významnou roli a kladnou spolupráci rodin klientů. Čtyři dotazované informantky z pěti považují vzájemnou důvěru, kvalitní spolupráci a psychickou pohodu na pracovišti mezi lékařem a sestrou za velmi důležitou. Jedna informantka také zdůraznila význam spolupráce s rodinou. S tímto se ztotožňuje i Vévoda et al. (2013), kdy vzájemná důvěra a respekt podporuje profesionální a kvalitní komunikaci, která je ve zdravotnictví nepostradatelná. Interpersonální vztah sestra a lékař, patří k nejvýznamnějším aspektům atmosféry na pracovišti, což ze své praxe mohu jen potvrdit. Stejného názoru je i Brabcová, která uvádí, že pro poskytování kvalitní a komplexní péče je podmínkou dobrá spolupráce, návaznost a kontinuita zdravotní péče se zajištěním kvalitní organizace provozu. Kolegiální chování, vzájemný respekt a důvěra jsou základními pilíři zdravého pracovního týmu (Brabcová, 2016).

Uspokojování potřeb je nedílnou součástí ošetřovatelství a opírá se o teorii Abrahama Maslowa (Kutnohorská, 2013). V třetí kategorii kvalitativního výzkumného šetření (4.1.3) s názvem „*Potřeby klientů*“, jsou sumarizována data získaná v souvislosti s uspokojováním potřeb klientů ortopedické ambulance. V této kategorii byla data zařazena do čtyř podkategorií: *Komunikace a emoce*, *Tišení bolesti*, *Pohyb a aktivita*, *Podpora*.

Komunikace a emoce jsou základními stavebními kameny při poskytování zdravotní péče. Vždyť komunikovat znamená vzájemně si sdělovat informace, emoce, myšlenky a postoje (Hartl, Hartlová, 2009). Pro komunikaci v ošetřovatelství je dle Kutnohorské (2013) důležitá multikulturní kompetentnost sester a zdravotnického personálu. Již při prvním kontaktu s klientem v čekárně je udáván směr, způsob komunikace a také vnímání druhého subjektu v komunikačním toku informací. V souvislosti s VO 1 (viz str. 34), jakým způsobem sestry detekují ošetřovatelské problémy a potřeby klientů ortopedické ambulance, je zřejmé, že je to právě komunikace, aspekce a detekce emočního rozpoložení klienta, které umožňují sestrám diagnostikovat ošetřovatelské problémy a neuspokojené potřeby. Velmi často informantky řeší pocity strachu u klientů ortopedických ambulancí. Což potvrdily shodně všechny oslovené informantky. Snaží se pomocí adekvátní komunikace a empatie tyto emociální prožitky klientů

potlačít. Někdy se sestry setkávají ve své profesi i s agresivitou a nepochopením, což potvrdila více než jedna informantka. Jedná se nejčastěji o agresivitu verbálního typu ze strany klientů. Bylo zjištěno, že informantky ortopedických ambulancí, postrádají dostatek času na dostatečnou komunikaci, zmapování problémů, diagnostiku deficitů potřeb a zvrát negativního emočního rozpoložení klientů. Informantka (S2) zdůraznila důležitost psychické pohody: „*Důležitá je i ta psychická pohoda, ale najdou se i pacienti, kteří jsou agresivní a nenechají si nic vysvětlit. Nejčastěji komunikací řeším nespokojenost klientů v čekárně, nejsou spokojeni s délkou čekání, což je stresuje*“. Výzkumné šetření ukázalo, že informantky v ortopedických ambulancích nemají dostatek času na adekvátní komunikaci s klientem, což uvedlo všech pět účastnic výzkumu. (S3) uvedla: „*Hovořím s klientem v ten okamžik, kdy lékař píše do počítače, je to těžký, naobjednaných klientů je moc a není na ně dost času, který potřebují*“.

Jestli má sestra v ortopedické ambulanci dostatek času jsme také zkoumali z pohledu respondentů, kteří tuto ordinaci navštívili. 4.2.6 *Dostatek času na komunikaci s klientem a zodpovězení jeho dotazů*, jsme zkoumali ve výzkumné otázce 6 anketního lístku (příloha 2). Výsledky dle grafu 6, zobrazují míru nespokojenosti s časovými možnostmi sestry, kterou uvedlo 16 % respondentů v soukromé ortopedické ambulanci a dokonce 39 % respondentů v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení. Shrnutím výsledků je tedy zřejmé, že sestry i klienti ortopedických ambulancí postrádají dostatek času na vzájemnou komunikaci.

Emoce jsou nedílnou součástí jakékoli komunikace a určitým způsobem ovlivňují její směr a význam (Hartl, Hartlová, 2009). Z našeho výzkumu vyplynulo, že i námi dotazované informantky prožívají své emoce ve své profesi, neskrývají zklamání a negativní pocity z nedostatku času na své klienty. „*Dost mne to mrzí (S5), nestíhám si v klidu s klienty sednout, a vše probrat. Na detekci a saturování potřeb je málo času, někdy je mi to trapné, jak se pořád spěchá*“. (S5) také uvedla, že prožívá strach. „*Máme na každého pacienta několik minut, je to někdy až nesnesitelné, pracovat v takovém kvapu, to, aby měl člověk strach, že se něco přihodí, myslím třeba nežádoucí událost*“. Strachem v ošetrovatelské profesi se zabývala i Prokopová, která ve své bakalářské práci uvádí, že sestry během výkonu své profese opravdu zažívají pocity strachu (Prokopová, 2011). Což naše závěry potvrzuje. Jak uvedla jedna z informantek, strach z nežádoucí události je reálný. Zdravotnická zařízení se snaží nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi účinně předcházet a popřípadě se z nich poučit, a to

„*Managementem rizik v ošetrovatelské praxi*“ (Brabcová, 2016). MZ ČR stanovilo v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. „*Jedním z opatření jsou RBC (Resortní bezpečnostní cíle) zákon č. 372/2011 Sb., § 47, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, dle doporučení Rady Evropské unie a WHO Světové aliance pro bezpečí pacientů*“ (MZ ČR, 2015).

Nedílnou součástí při řešení ošetrovatelské problematiky neuspokojených potřeb klientů je bezesporu empatie a ochota sestry v ortopedické ambulanci. 4.2.5 *Ochota a empatie sestry v ortopedické ambulanci*, (graf 5, a tabulka 5), znázorňuje vnímání ochoty a empatie sestry k neuspokojeným potřebám z pohledu klientů ortopedických ambulaní. Zde je patrné, že klienti ortopedických ambulaní jsou spokojeni s ochotou a empatií sester ortopedických ambulaní. Zajímavostí je, že odpověď „*ano*“ zvolilo (66 %) 53 respondentů v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení. V soukromé ortopedické ambulanci tuto odpověď zvolilo jen (59 %) což bylo 47 respondentů. Z počtu respondentů daných ortopedických ambulaní je patrné, že podíl odpovědí „*ano*“ a „*spíše ano*“ je mezi ambulanecemi velmi podobný, i když u soukromé ortopedické ambulance je tento podíl mírně vyšší. V soukromé ortopedické ambulanci to je 76 respondentů (95 %) a v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení to je 70 respondentů (88 %) z celkového počtu respondentů jednotlivých ortopedických ambulaní. S přístupem a empatií sestry, nebyl spokojen 1 (1,3 %) respondent v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení, kdežto v soukromé ortopedické ambulanci neuvedl odpověď „*ne*“ ani jeden respondent. Odpověď „*spíše ne*“ označilo v anketním listě 9 (11 %) respondentů z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení a jen 4 respondenti (5 %) z ortopedické ambulance soukromé. Můžeme tedy konstatovat, že s empatií a ochotou sestry, jsou klienti ortopedických ambulaní většinou spokojeni.

Další neuspokojenou potřebou v ošetrovatelské péči o klienta ortopedické ambulance zařazené do druhé podkategorie tohoto výzkumného šetření, byla detekována *bolest a její tišení*. Jeden ze základních ukazatelů poruchy systému celistvosti organismu. Bolest je vnímána každým člověkem individuálně a nelze prožívání bolesti paušalizovat (Málek, Ševčík et al. 2014). Všechny dotazované informantky uvedly, že se s bolestí pohybového aparátu u klientů ortopedické ambulance velmi často setkávají. V návaznosti na řešení potřeb a problémů dle VO 2 (viz str. 34) této diplomové práce,

informantky k uspokojení této potřeby aplikují klientům analgetika intramuskulárně dle ordinace lékaře a snaží se s klientem o jeho problematice bolesti mluvit. (S2) uvedla: „*Detekuji ošetrovatelské problémy vizuálně, sleduji, jestli se klient potí, jestli má bolest, také jestli je ve stresu nebo se jen bojí. Lékař naordinuje většinou analgetika i.m., snažím se klienta rozptýlit a vtáhnout ho do tématu.*“ Jiné podpůrné prostředky jako je například kryoterapie, sestry v ortopedické ambulanci nepoužívají. Vynikající léčebné výsledky kryoterapie uvádí (Poděbradský, Poděbradská, 2009), kdy lokální kryoterapii, lze aplikovat na posttraumatické stavy, při akutní exacerbaci zánětlivých stavů v ortopedii a u chronických chorob jako je například revmatoidní artritida. V souvislosti s péčí o své zdraví je nutné zmínit, že současná populace často navštíví lékaře specialistu v oboru ortopedie pro bolest pohybového aparátu, aniž by využili jakéhokoliv prostředku pro zmírnění bolesti, například běžně dostupná analgetika, neaplikují běžné laické léčebné praktiky jako je klidový režim, úprava denních aktivit, úlevové polohy a podobně, ještě před návštěvou ortopedické ambulance. Lze tedy polemizovat nad tím, zda toto chování klientů souvisí se zdravotní gramotností nebo neochotou zúčastnit se na zlepšení a péči o své zdraví. Dle Bártlové et al. (2018), je zdravotní gramotnost dospělé populace na neuspokojivé úrovni a značné nedostatky jsou zvláště v praktických informacích, které se týkají zdravotní problematiky a podpory vlastního zdraví. Zvyšováním zdravotní gramotnosti, obzvláště u seniorů, lze snížit frekvenci návštěvnosti lékařů. Je tedy na místě, aby se odborná veřejnost zaměřila na strategie, které budou vést ke zvýšení zdravotní gramotnosti napříč populací (Bártlová et al., 2018). S tímto názorem se ztotožňuje i Zanchetta et al. (2013), kdy v souvislosti s nízkou zdravotní gramotností populace zdůrazňuje zásadní roli sestry, jako propagátorky zdraví.

S uspokojováním potřeb klientů ortopedické ambulance souvisí otázka 4 v anketním lístku (příloha 2), kde jsme se dotazovali respondentů, zda *sestry aktivně řeší jejich aktuální potřeby*. Pohledem na podkapitolu 4.2.4 *Řešení potřeb a problémů sestrou*, je patrné, že sestry soukromé ortopedické ambulance řeší aktivněji uspokojování potřeb klientů a to o 13 % častěji než v ortopedické ambulanci, která součástí zdravotnického zařízení. Z celkového počtu respondentů soukromé ambulance 80 respondentů, jsme dostali kladnou odpověď od 70 respondentů (88 %), zatímco u respondentů z ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení byla kladná odpověď už méně častá, a to jen v 75 %, což činilo počet 60 respondentů. Absolutně

nespokojených bylo pouze 11 respondentů z celkového počtu 160 dotazovaných účastníků kvantitativního výzkumu (tabulka 4). Otázkou zůstává, proč tomu tak je. Je možné, že soukromý poskytovatel zdravotních služeb si více uvědomuje křehkost a individualitu každého klienta než poskytovatel zdravotních služeb, který je součástí instituce pro poskytování zdravotních služeb? Touto otázkou bychom se mohli zabývat i z jiných úhlů. Jedinou odpovědí mohou být kvalitativní kritéria, která souvisí s managementem poskytování zdravotní péče „*spokojený a dobře edukovaný pacient, vede ke snížení nákladů na celkovou léčbu a dobré reputaci zdravotnického zařízení*“. Domníváme se, že spokojenost klientů s uspokojováním potřeb je značně ovlivňována empatií, kvalitou komunikace zdravotnického personálu s klientem a dostatkem času na individuální potřeby klienta. S tím koresponduje i názor Ptáčka, Bartůňka et al., kteří píší že: „*spokojenost či nespokojenost pacientů se zdravotní péčí je značně ovlivněna kvalitou komunikace*“ (Ptáček, Bartůňek et al., 2015, str. 77).

Pohyb a aktivita, je jeden ze základních fyziologických potřeb člověka. Hovoříme-li o zdravém životním stylu, pak pravidelný pohyb a aktivita, tvoří jeden ze základních determinantů zdraví. Zdraví prospěšnou pohybovou aktivitu podporuje i (HEPA-health enhancing physical activity) ve strategickém dokumentu: *Globálního akčního plánu podpory fyzické aktivity 2018-2030* (WHO, © 2020). Traumata jsou nejčastější příčinou nesoběstačnosti v denních aktivitách napříč populací. Proto je třeba věnovat pozornost aktivitám pro snížení úrazovosti v populaci preventivními komunitními programy jako jsou: Zdravá města, Města přátelská k seniorům, Bezpečná komunita, Bezpečná škola, Zdraví podporující nemocnice atd. (Hamplová, 2019). Všechny informantky (S1, S2, S3, S4 i S5), velmi často detekují nesoběstačnost klientů v pohybu a aktivitě, (S5) uvedla: „*Detekuji nejčastěji deficit sebezpečí, imobilitu a akutní bolest, tak se snažím, aby byl pacient bez bolesti, a zajímám se o to, jak klientovi usnadnit mobilitu. Ptám se, jestli má berle, vyhovují a jestli zvládá chůzi o berlích dobře.*“ Mnoho klientů potřebuje pomoc při přesunu na vyšetřovací lůžko, pomoc při svlékání a oblékání, pomoc s přepravou na rentgenové pracoviště. Ortopedický klient, který k aktivitě a pohybu využívá kompenzační pomůcku, je určitým způsobem handicapovaný a potřebuje podporu a pomoc. Domníváme se, v tento okamžik je role sestry nezastupitelná. Emocionální podporou, důslednou edukací a podporou v pohybu klienta s kompenzační pomůckou, mohou sestry ortopedických ambulancí snížit deficit pohybové aktivity, nebo zamezit jeho

prohlubování a tím podpořit návrat nemocného do plnohodnotného života. Deficit pohybové aktivity, poruchy sebezpečí a imobilitu detekují v ortopedických ambulancích, naprosto shodně všechny informantky v našem kvalitativním výzkumu této diplomové práce.

Komunikovat a naslouchat je základním atributem v ošetrovatelství. Umění komunikace, naslouchání, empatie a podpory jsou v psychologii ošetrovatelství nejdůležitějšími aspekty pro poznání nemocného, ale i sebe sama (Zacharová, Šimíčková -Čížková, 2011). V profesi sestry je velmi důležité, aby disponovala prosociálním chováním neboli altruismem. Poskytnout pomoc, podporu druhému člověku, nebo konat dobro ve prospěch druhého s cílem prospět, a to bez nároku jakékoli odměny či prospěchu (Výrost et al., 2008). V podkategorii *Podpora*, jsme se soustředili na poskytování podpory klientům ortopedických ambulancí ze strany sestry. Výzkumným šetřením byl vyvozen závěr, že podpora sestry v ortopedické ambulanci se ubírá jiným směrem u seniorů oproti populaci v produktivním věku. U seniorů je to především podpora a motivace seniora nezůstávat v inaktivitě a posílit aktivity pro snížení strachu a nejistoty. U populace v produktivním věku, je to převážně podpora psychická, kde klient řeší otázky sociálních následků traumatu či neplánované operace spojenou s dlouhodobější pracovní neschopností. Zda jsou klienti spokojeni s podporou sestry v podobě poskytovaných informací, jsme získali otázkou 9 v anketním listu, která sledovala *4.2.9 Spokojenost s množstvím poskytnutých informací sestrou, v souvislosti s jejich onemocněním či plánovaným operačním výkonem*. Z výsledků je patrné, že s dostatkem informací byli spokojenější opět respondenti soukromé ortopedické ambulance oproti respondentům ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Spokojenost vyjádřilo (86 %) čili 49 respondentů soukromé ortopedické ambulance, ale pouze (66 %) 53 respondentů ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Spíše nespokojenost, uvedlo v soukromé ambulanci (11,3 %) 9 respondentů. Kdežto v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení to bylo (23,8 %) což bylo 19 respondentů. Jasnou nespokojenost s poskytnutými informacemi vyjádřilo celkem 9 klientů, což činí (6 %) z celkového počtu 160 respondentů (graf 9 a tabulka 9).

V poslední kategorii kvalitativního výzkumného šetření (4.1.4), jsme se zabývali *edukací klientů* v ortopedických ambulancích, která souvisí s VO 3 (viz str. 34). Zajímá nás proces ošetrovatelské edukace a s tím spojených aktivit sester v ortopedických

ambulancích. V této kategorii (4.1.4) vznikly 4 podkategorie: *Průběh ošetrovatelské edukace, Edukační pomůcky, Edukační záznam, Překážky a bariéry*. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry ortopedických ambulancí dostatečně needukují klienty z důvodu časové tísně. Z celkového počtu pěti informantek pouze jedna provádí důslednou edukaci se všemi zásadními kroky (S4). Tři informantky (S1, S2, S5) uvedly, že edukují, ale jen ve výjimečných situacích či případech, když je to bezpodmínečně nutné. Jedna informantka (S3) připustila, že žádná edukace v ortopedické ambulanci vlastně neprobíhá. Bylo zjištěno, že v praxi se jedná zejména o edukaci klientů s naloženou sádrou fixací na končetině, přiloženým ramenním závěsem na horní končetinu, aplikace subcutáních injekcí k prevenci tromboembolické nemoci a edukace v souvislosti s operačním výkonem. Dle Šulistové a Trešlové (2012), je cílem edukace předcházet nemocem, zhoršení zdravotního stavu vlivem nemoci či postižení a zabránit komplikacím. Sestra, jako jeden z nejpočetnějších členů v systému zdravotnictví má nezastupitelné místo v odborné činnosti zaměřené na prevenci, udržení a podporu zdraví. V podkapitole kvantitativního šetření (4.2.7) jsme sledovali odpovědi respondentů na otázku, zda respondenty *sestra ortopedické ambulance edukovala v souvislosti s jejich onemocněním či plánovanou operací*. Z tohoto šetření je jasné, že klienti soukromé ortopedické ambulance jsou edukováni častěji a to v 86 %. V ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení probíhá edukace jen v 63 %. Pouze 2 respondenti nebyli nijak edukováni v soukromé ortopedické ambulanci, což činilo 2,5 % z celkového počtu dotazovaných respondentů této ambulance. V ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení se jednalo o 3 respondenty z celkového počtu 80 dotazovaných, tedy (4 %) respondentů, kteří uvedli, že je sestra needukovala (graf 7 a tabulka 7).

Další podkapitolou v kategorii (4.1.4) jsou *edukační pomůcky*, které jsou nepostradatelnou součástí edukačního procesu. Zjišťovali jsme, zda sestry ortopedických ambulancí mají k dispozici edukační pomůcky a využívají je v edukační praxi. Bylo zjištěno, že sestry mají k dispozici kompenzační pomůcky, jako jsou podpažní berle, francouzské hole a edukační informační letáčky. Některé z těchto pomůcek k edukaci využívají, ale nejvíce to jsou letáčky. Ramenní závěsy, kyčelní ortézy, kolenní ortézy a ortézy na horní končetinu jsou po vyzvednutí v prodejně zdravotnických potřeb přiloženy klientovi pod přímým vedením lékaře. Zajímala nás také edukace klientů v souvislosti s přípravou na operační výkon a pobyt v nemocnici.

Pouze dvě informantky uvedly, že klienty, připravují na operační výkon pomocí instruktáže, kterou provádí rehabilitační pracovník. Předoperační instruktáž je doporučována u klientů před operací velkých nosných kloubů (TEP) kyčle a kolene. Klient dostává poukaz na rehabilitační oddělení, kde si může instruktáž individuálně domluvit na stanovený termín. Obsahem instruktáže je nácvik chůze o berlích, do schodů, ze schodů, vstávání z lůžka a polohování v lůžku.

Neméně zajímavý je pohled klientů na edukaci sestrou v ortopedických ambulancích. Zkoumali jsme, jak edukaci vnímají samotní klienti a jak by ji ohodnotili na škále užitečnosti známkami od 1-5 jako ve škole *4.2.8 Hodnocení edukace respondenty*. Ze znázornění v grafu 8 je jasné, že celkově lepšího hodnocení dosahuje opět soukromá ortopedická ambulance oproti ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení. Soukromá ambulance dostala známku „*Výborně*“ v 40 % odpovědí, kterou označilo 32 respondentů, zatímco v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení se jednalo pouze o 31 % odpovědí, což ve výsledném statistickém výpočtu znamenalo, že tuto odpověď zvolilo pouze 25 respondentů. Známkou „*Nedostatečně*“, ohodnotili respondenti edukaci v soukromé ortopedické ambulanci pouze ve 4 % (3 respondenti), zatímco v ortopedické ambulanci, která je součástí zdravotnického zařízení toto hodnocení zvolilo 21 respondentů, tedy 26 %, což činí víc jak čtvrtinu celkového počtu dotazovaných respondentů této ambulance, nemůžeme zastírat, že nás toto číslo velmi překvapilo (graf 8 a tabulka 8). Dle našich výsledků je nutné se edukaci klientů ortopedických ambulancí věnovat precizněji s náležitou časovou rezervou. Edukační činností sester se zabývala i Hanousková (2015). Její výsledky korespondují v našich závěry. Ke shodným závěrům jsme došli v několika shodných bodech. Například, že sestry vnímají shodné překážky a bariéry v edukačním procesu. Okrajově jsme mapovali i edukaci v ambulanci pro prevenci a léčbu dysplazie kyčelního kloubu u dětí. Ve většině případů zde provádí edukaci lékař. Informantky i my považujeme edukaci v této ortopedické ambulanci za velmi důležitou a přínosnou. Jak zmínila jedna z informantek (S4): „*Některé mladé maminky nepoužívají látkové pleny, jak se skládají, používají jen papírové. Látkové pleny jim nic neříkají. Tam by bylo potřeba někdy edukaci opakovat.*“ (S1) dodala: „*Edukujeme maminky, tam skutečně ano.*“ Jelikož jsme se v našem kvalitativním i kvantitativním výzkumném šetření konkrétně nezaměřovali na tuto problematiku, rozhodli jsme se, že ji nebudeme dále hodnotit v této diplomové práci. Ze získaných informací se ale

domníváme, že problematika edukace ve speciální ortopedické ambulanci pro prevenci a léčbu dysplazie kyčelního kloubu u dětí je tak rozsáhlá a specifická, že je nutné se jí zabývat mnohem podrobněji a mohla by být tématem ke zpracování samostatné diplomové práce.

V podkategorii *Edukační záznam*, v kategorii (4.1.4) *Edukace sestrou*, jsme se zaměřili na způsob záznamu edukace do dokumentace klientů ortopedických ambulancí. Zjistili jsme, že informantky ortopedických ambulancí, záznam o ošetrovatelské edukaci do ambulanní dokumentace neprovádí. S touto skutečností se ztotožňuje i Hanousková (2015). Rahmani et al., (© 2019). Mluví o edukaci jako jedním z nástrojů, jak ovlivnit průběh rekonvalescence. Při úvahách nad touto problematikou se domníváme, že by bylo přínosné, aby klient měl veden edukační záznam již před plánovaným operačním výkonem. Z obsahu edukačního záznamu z ortopedické ambulance by bylo jasně zdokumentováno, zda byl klient edukován, na jaké téma, kým a kde, zda se klient zúčastnil edukační instruktáže před operačním výkonem, zda instruktáž zvládl a v jakém rozsahu, zda je nutné edukaci opakovat a další přínosné informace pro návaznost ošetrovatelské a rehabilitační péče na lůžkovém ortopedickém oddělení nebo v následném období rekonvalescence.

V poslední podkategorii s názvem *Překážky a bariéry* v kapitole (4.1.4) jsme zmapovali nejčastější příčiny nedostatečné edukace klientů z pohledu sester ortopedických ambulancí. Jako nejzávažnější příčinu nedostatečné edukace informantky ortopedických ambulancí vidí nedostatek času. Jsme názoru, že úspěšnost edukačního procesu závisí i na dalších determinantech, jako je zdravotní gramotnost klientů, edukační prostředí, rušivé elementy (například zvonící telefony), neschopnost klientů nést zodpovědnost za své zdraví, popření potřeby edukace, zhoršené vnímání v souvislosti s onemocněním či věkem, strach, úzkost nebo deprese či životní situace. Naše závěry jsou v souladu s tvrzením Špatenkové a Smékalové (2015) a také Petřkové (2006), které uvádějí, že edukace, zvláště seniorů, může být komplikovaná řadou bariér, jako jsou situační, andragogické, psychologické, organizační a informační bariéry.

Nelze popřít, že edukace v ortopedických ambulancích probíhá. Je však na zamyšlenou, do jaké míry a s jakou úspěšností. Ptali jsme se *4.2.10 respondentů ortopedických ambulancí, kde získávají informace, na které se nestačili v ortopedické ambulanci zeptat*. Výsledky nás zas tolik nepřekvapili, a to v souvislosti se současnými trendy

a využíváním technologií. Bylo zjištěno (graf 10), že klienti ortopedických ambulancí využívají k získání dalších informací nejčastěji internet, a to ve více jak 50 % z celkového počtu dotazovaných respondentů. Za zmínku stojí i fakt, že dalším významným zdrojem informací jsou pro klienty praktičtí lékaři 42 % či známí 26 % (graf 10). Naše závěry korespondují s Kaasem et al. (2018), který poukazuje na využívání jako nejčastějšího informačního pramenu v problematice prevence a péče o zdraví právě internet. Až poté se populace obrací na praktické lékaře. Jako další zdroje informací lidé uvádějí známé, rodinu či přátele, pouze ojediněle využívají odbornou literaturu a naučné pořady. Toto zjištění, je u dospělé populace Jihočeského kraje (Kaas et al., 2018). Dostupnost internetových zdrojů s tématy prevence a péče o zdraví je prakticky neomezená. Lze pouze polemizovat nad kvalitou a věrohodností zveřejňovaných informací. Že klienti získávají informace z médií, ale v nespécifické míře jsou schopni posoudit jejich validitu, potvrzuje i Dolák et al, (2018), odborníci doporučují nejvalidnější informační zdroje, jako jsou letáky či brožury, které by měli být ve větší míře dostupnější. Ve využívání internetových zdrojů klientem je odborná veřejnost zdrženlivější (Dolák et al, 2018). Edukaci tudíž považujeme za velmi důležitou a přínosnou pro všechny klienty ortopedických ambulancí napříč populací. Je třeba se soustředit na bariéry a překážky v komplexní edukaci a chtít něco změnit.

V kvantitativním šetření byla *stanovena hypotéza*, která měla ověřit spokojenost klientů s edukací, která jim byla poskytnuta v souvislosti s jejich onemocněním či plánovaným operačním výkonem v ortopedické ambulanci. Naše hypotéza zněla: „*Klienti privátní ortopedické ambulance jsou více spokojeni s edukací než klienti ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení*“. Vzhledem k tomu, že se hypotéza týkala vyjádření spokojenosti klientů ve vybraných ortopedických ambulancích, bylo na místě, vycházet z několika parametrů, a to z dílčích otázek anketního lístku (tabulka 11). Dle výsledků tedy můžeme říci, že v řešení aktuálních potřeb a přístupu sestry neexistují statisticky významné rozdíly mezi ambulancemi. V případě času na zodpovězení dotazů, edukaci a následnou spokojenost respondentů, existují statisticky významné rozdíly mezi soukromou ortopedickou ambulancí a ortopedickou ambulancí, která je součástí zdravotnického zařízení. Z dílčích částí kvantitativního šetření v ortopedických ambulancích, již víme, že byla vždy lépe hodnocena soukromá ortopedická ambulance. Naše *hypotéza byla ověřena*.

Shrnutím všech poznatků výzkumného šetření, lze konstatovat, že management ošetrovatelské péče v ortopedické ambulanci je určitými směry specifický. Sestry zde zastávají hned několik profesních rolí. Nelze popřít, že sestry v ortopedických ambulancích, poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči, jen postrádají jeden z nejdůležitějších aspektů potřebný pro tento proces a tím je čas. Některá slabá místa jsme přeci jen našli. Jako necitlivější místo v managementu ošetrovatelské péče o klienty ortopedické ambulance se jeví nedostatečná edukace klientů. Primární příčinou se opět jeví časové možnosti sestry. Cíle, které byly na počátku této diplomové práce stanoveny, byly splněny.

6 Závěr

Tato diplomová práce mapuje management ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí. Sestra, jako poskytovatelka kompetentní ošetrovatelské péče, klade důraz v klinickém rozhodování na individualitu a podporu klientů. Sestry denně dělají závažná rozhodnutí a tím ovlivňují směr managementu péče. Úkolem sestry ortopedické ambulance je poskytnout klientům pomoc a podporu, zmírnit následky traumatu nebo onemocnění pohybového aparátu. V teoretické části této práce jsme popsali obor ortopedie a traumatologie od historických pramenů po současnost. Nahlédli jsme do historie prvopočátků ortopedického ošetrovatelství a nastínili koncepci poskytované péče v ortopedické ambulanci. Zabývali jsme se úlohami a rolmi sestry a přiblížili specifické aspekty ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí včetně komunikace a edukace. V empirické části této diplomové práce jsme se pokusili pomocí výzkumného šetření dosáhnout stanovených cílů. Cíl 1: Zmapovat ošetrovatelskou problematiku včetně edukace klientů v ortopedické ambulanci z pohledu sestry. Cíl 2: Zjistit, jak sestry detekují ošetrovatelské problémy a potřeby klientů v ortopedické ambulanci. Cíl 3: Zjistit, jak řeší sestry saturaci potřeb klientů v ortopedické ambulanci. Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru s informantkami vybraných ortopedických ambulancí. Na základě našich cílů, byly stanoveny 3 výzkumné otázky. První výzkumná otázka sledovala, jakým způsobem, sestry detekují ošetrovatelské problémy a potřeby klientů ortopedických ambulancí. K diagnostice ošetrovatelských potřeb dochází už při vcházení klienta do ordinace, kdy se sestry zaměřují na mobilitu a sebeděči klienta. Bylo zjištěno, že k detekci ošetrovatelských problémů a potřeb využívají nejčastěji aspekci a komunikační dovednosti. Sestry si ale sami uvědomují, že nemají dostatek času na uspokojení všech detekovaných potřeb klientů, které jsou často zastírány emočním rozpoložením klientů. Druhá výzkumná otázka sledovala, jakým způsobem sestry řeší problematiku a saturování potřeb klientů ortopedické ambulance. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že na uspokojení všech aktuálních neuspokojených potřeb a problémů klientů ortopedických ambulancí nemají sestry dostatek času. Nejčastěji řeší jen ty opravdu nejaktuálnější potřeby jako je bolest, strach, deficit sebeděče, imobilita, potřeba kompenzační pomůcky a deficit informací v souvislosti s jejich onemocněním, traumatem nebo plánovanou operací. Z výzkumného šetření byl vyvozen závěr, že podpora sestry v ortopedické ambulanci se ubírá jiným směrem u seniorů, oproti populaci v produktivním věku. U seniorů je to

především podpora a motivace seniora nezůstávat v inaktivitě a posílit aktivity pro snížení strachu a nejistoty. U populace v produktivním věku je to převážně podpora v zmírnění sociálních následků a dopadů traumatu či neplánované operace spojenou s dlouhodobější pracovní neschopností. Třetí výzkumná otázka sledovala odpovědi informantek, jakým způsobem edukují klienty ortopedické ambulance. Výzkumným šetřením se prokázalo, že sestry ortopedických ambulancí klienty edukují, ale ne zcela dostatečně. Jako překážky a bariéry se jeví nadměra administrativy, nevhodné edukační prostředí, nedostatek času, rušivé elementy (například zvonící telefony), neschopnost klientů přijmout větší množství informací, nést zodpovědnost a spoluúčasť na svém zdraví, věk či životní situace. Abychom získali ucelený pohled na problematiku ošetrovatelské péče včetně edukace klientů ortopedických ambulancí, využili jsme kvantitativního výzkumného šetření s respondenty, kteří ortopedickou ambulanci navštívili a získali tak zpětnou vazbu. Naše hypotéza, kterou jsme na počátku stanovili, byla ověřena na základě existujících statisticky významných rozdílů v odpovědích respondentů soukromé ortopedické ambulance a ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že klienti privátní ortopedické ambulance, jsou více spokojeni s edukací než klienti ortopedické ambulance, která je součástí zdravotnického zařízení. Management ošetrovatelské péče, hraje v ortopedických ambulancích velmi zásadní roli. Sumarizací poznatků a prodiskutováním výsledků této práce lze konstatovat, že je nevyhnutelné se v managementu ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí, více zaměřit na komplexnost poskytované ošetrovatelské péče, včetně řádné edukace. Budeme-li vycházet pouze z výsledků našeho bádání, je naším navrhovaným řešením začlenění ortopedické edukační sestry (příloha 3) do komplexní ortopedické péče. Domníváme se, že ortopedická edukační sestra může být jeden z článků multidisciplinárního týmu, který provází, edukuje a podporuje klienty ortopedických ambulancí v tak náročném období, jako je onemocnění, trauma nebo operace pohybového aparátu.

7 Seznam zdrojů

1. ANDERSSON, V. et al., © 2020. The Impact of Preoperative Patient Anxiety on Postoperative Anxiety and Quality of Recovery After Orthopaedic Surgery. [databáze]. USA: *J Perianesth Nurs.* [2020-03-11]. DOI: 10.1016/j.jopan.2019.11.008. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32147278>.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2006. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. *Zdravotnictví v ČR.* 9. (3). s. 102-1 3. ISSN 1213-6050.
3. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství.* Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje.* Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2201-1.
5. BEAUVAIS, A. et al., 2017. The role of emotional intelligence and empathy in compassionate nursing care. *Mindfulness & Compassion. College of Arts and Science, Fairfield University, United States.* (2), Juli-December, 92-100. DOI.org/10.1016/j.mincom.2017.09.001.
6. BRABCOVÁ, I., 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče.* ZSF JCU v Českých Budějovicích: 68 s. ISBN 978-80-7394-604-3.
7. CLARKE, S., SANTY-TOMLINSON, J., 2014. *Orthopaedic and Trauma Nursing: An Evidence-Based Approach to Musculoskeletal Care.* Oxford. *Wiley Blackwell.* 360 s. ISBN 978-1-118-43885-5.
8. ČECH, O. et al., 1982. *Stabilní osteosyntéza v traumatologii a ortopedii.* 2. přepracované vydání. Praha: Avicenum. 307 s. ISBN neuvedeno.
9. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, © 2017. *Projekt Nursing Now ČR.* [online]. ČAS. [cit.2020-08-02]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/projekt-nursing-now/>.
10. DINGOVÁ, M., KRÁLOVÁ, E., 2017. Fear of Falling Among Community Dwelling Older Adults. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 580-587, m ISSN 2336-3517.*

11. DOLÁK, F. et al., 2018. Přístup pacientů k možnostem zlepšení zdravotní gramotnosti v některých oblastech z pohledu odborné veřejnosti. In: BÁRTLOVÁ, S. et al. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. s. 109-132. ISBN 978-80-271-2201-1.
12. DOUGHERTY, P., J., JOYCE, B., L., 2017. *The Orthopedic Educator: A Pocket Guide*. Springer. 214 s. ISBN 978-3-319-62943-8.
13. DUNGL, P. et al., 2005. *Ortopedie*. Praha: Grada. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
14. DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie*. Praha: Grada. 2. přepracované a doplněné vydání. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
15. DUNGL, P., KOLMAN, J. et al. 2014. Ortopedická diagnostika. In: DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. Praha: Grada. 2. přepracované a doplněné vydání. S. 7-46. ISBN 978-80-247-4357-8.
16. FARKAŠOVÁ, D. et al. 2006. *Ošetřovatelství teorie*. Martin: Osvěta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
17. GELTNER, D., KOUTNÝ, Z., 2014. Léčebná rehabilitace. In: DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. Praha: Grada. 2 přepracované a doplněné vydání, s. 55-73. ISBN 978-80-247-4357-8.
18. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění-edukace, motivace a podpora pacienta*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
19. HAJDUCHOVÁ, H., 2018. Zdravotní gramotnost u seniorů Jihočeského kraje. In: *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva JIHOČESKÉHO KRAJE*. Praha: Grada. s. 53-66. ISBN 978-80-271-2201-1.
20. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 142 s. ISBN 978-80-271-2826-6.
21. HANOUSKOVÁ, R., 2015. *Edukační činnost sestry v ambulanci*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
22. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2009. *Psychologický slovník*. Praha: portál. 2. vydání. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

23. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
24. CHARALAMBOUS, A. et al., 2018. Content of Orthopedic Patient Education Provided by Nurses in Seven European Countries. *Clinical nursing research*. 9/27(7), 770-789. DOI: 10.1177/1054773817713178.
25. CHLUMSKÝ, V., 1922. *Učebnice orthopaedie*. Praha: Bursík & Kohout. 354 s. ISBN neuvedeno.
26. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
27. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
28. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
29. KAAS, J. et al. 2018. Zdravotní gramotnost dospělé populace Jihočeského kraje. In: BÁRTLOVÁ, S. et al. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. s. 37-52. ISBN 978-80-271-2201-1.
30. KARPAŠ, K., 2012. *Historická učebnice ortopedie*. *Ortopedie*. 2012, 6 (4), 183 s. ISSN 1802-1727.
31. KEBZA, V., 2015. *Chování člověka v krizových situacích*. 3. vydání. Praha: Česká zemědělská univerzita. 142 s. Provozně ekonomická fakulta. ISBN: 978-80-213-2591-3
32. KELNAROVÁ, J. et al. 2009. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy-2. ročník*, 2 díl. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-3106-3.
33. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 2. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
34. KOPOVÁ, K., 2018. *Edukační dokumentace v chirurgických oborech*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
35. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-4422-3.

36. KŘIVKOVÁ, J., REICHERTOVÁ, S., 2015. Kompetence sester v Evropské unii. In. *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 1999-(eds). Příspěvek ve sborníku. s. 180-183.
37. KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4436-0.
38. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
39. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
40. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
41. LORENZ, A., 2016. *Screening dysplazie kyčelního kloubu u novorozence*. *Zdravotnictví a medicína*. 16(6), s. 21. ISSN 2336-2987.
42. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
43. MAREŠ, J., 2002. *Iatropatogenie a sororigenie, aneb, Jak lze poškozovat člověka*. Vysoká škola J.A. Komenského. 2. vydání. 59 s. ISBN 978-80-867 2300-6.
44. MATĚJÍČEK, M., 2014. Ortotika protetika. In: DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. Praha: Grada. 2 přepracované a doplněné vydání, s. 93-115. ISBN 978-80-247-4357-8.
45. MÁLEK, J., ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta. 3. doplněné vydání. 149 s. ISBN 978-80-204-3522-4.
46. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetřovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
47. MILLER, F. et al., 2010. *Agnes Hunt: Order of the British Empire, Royal Red Cross, Orthopaedic nursing, Nurse, Osteomyelitis*. Inglés: Alphascript Publishing. 84 p. ISBN-13: 978-6132907714.
48. MUNTAU, A., C., 2014. *Pediatrie*. Praha: Grada. 2. české vydání. 588 s. ISBN 978-80-247-4588-6.

49. MV ČR, © 2019. GDPR-legislativa. [online]. [cit. 2020-03-08]. MV ČR. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/gdpr/clanek/gdpr-web-legislativa-legislativa.aspx>.
50. MZ ČR, 2015. Resortně bezpečnostní cíle. in: *Věstník 16/2015. _Resortní bezpečnostní cíle-září 2015.* [online]. [cit. 2020-06-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpececi/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html.
51. MZ ČR, © 2019. Administrativní pracovník uleví lékařům a sestřám od administrativy. [online]. *Tisková zpráva.* [cit. 2019-12.13.]. MZ ČR. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/administrativni-pracovnik-ulevi-lekarum-a-sestram-od-administrativy_18185_1.html.
52. MZ ČR, © 2019. Pokyn Ministerstva zdravotnictví ve věci kybernetické hrozby. [online]. [cit. 2019-12.13.]. MZ ČR. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/pokyn-ministerstva-zdravotnictvi-ve-veci-kyberneticke-hrozby/>
53. NESLÁDKOVÁ, E., PACLTOVÁ, P., MANOVÁ, I., 2019. Dokumentace pro sestry nově a jednoduše. *Florence.* 15(1), 22-23. ISSN 1801-464 X.
54. PAŠA, L., (c) 2019. ACP léčba plazmou. In: *Sportovní traumatologie.* [cit. online]. [2019-12-12]. Dostupné z: <https://www.pasa.cz/stranka/36/acp-lecba-plazmou/>.
55. PATIRAKI, E. S. et al., 2017. Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. *International Journal of Nursing Knowledge.* 28 (2), 88-93. DOI: 10.1111/2047-3095.12120.
56. PETŘKOVÁ, A. 2006. *Psychologie učení a vzdělávání dospělých: studijní text pro distanční studium.* Olomouc: Hanex. 80 s. ISBN 80-85783-63-0.
57. PFRUNDER, A. et al., © 2017 Ambulance Personnel's Management of Pain for Patients with hip Fractures; Based on Ambulance Personnel's gender and Years of Experience. [databáze]. Švédsko: Elsevier Ltd. [2020-03-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28826952>.
58. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. Ošetřovatelství I. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

59. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
60. PODĚBRADSKÝ, J., PODĚBRADSKÁ, R., 2009. *Fyzikální terapie: Manuál a algoritmy*. Praha: Grada. 218 s. ISBN 978-80-247-2899-5.
61. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
62. PROKOPOVÁ, R., 2011. *Strach při výkonu ošetrovatelské profese*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
63. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
64. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 987-80-247-3976-2.
65. RAHMANI, M. et al., © 2019. The Effect of Family-Oriented Educational Intervention on Postoperative Pain after Orthopedic Surgery. [databáze]. Irán: *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*. [2020-03-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31956597>
66. ROKYTA, R. et al. 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-271-0940-1.
67. SAK ČR, © 2010–2020. Akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení. 2. vydání. Spojená akreditační komise. [online]. SAK ČR. [cit.2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/files/62378c2369108e1eea782c045163392b/akreditacni-standardy-ambulrev2018finalencry.pdf>.
68. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
69. SCHUMPELICK, V., 2013. *Chirurgie-stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4531-2.

70. SOSNA, A., 2009. Přínos celoživotního díla prof. Čecha pro českou ortopedii a traumatologii. *Acta Chirurgiae Orthopaedicae et Traumatologiae Čechoslovaca*. 76(2). 150-152 s. ISSN 0001-5415.
71. SOSNA, A. et al., 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
72. SUCHÁ, J. et al., 2019. *Praktický rádce pro život seniora, Trénink paměti, cvičení, aktivity, prevence nemocí...* Brno: Albatros Media a.s. 163 s. ISBN 978-80-264-2709-4.
73. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
74. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
75. SZÚ, 2016. Certifikovaná metodika pro nakládání s odpady ze zdravotnických, veterinárních a jim podobných zařízení. Státní zdravotní ústav. [online]. SZÚ. [cit. 2020-03-08]. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/projekt-tacr-metodika-pro-nakladani-s-odpady-ze>.
76. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
77. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů-Geragogika a Gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
78. ŠTEFAN, L. et al. 2018. Sleep Duration and Sleep Quality Are Associated with Physical Activity in Elderly People Living in Nursing Homes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. Nov 9;15(11): 2512. DOI: 10.3390/ijerph15112512.
79. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice. Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
80. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb-manuál pro praxi*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.

81. ŠVARŤÍČEK, R. ŠEĐOVÁ, K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
82. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
83. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCONZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
84. ÚZIS ČR., 2018. Stručný přehled činnosti oboru ortopedická protetika za období 2007-2017. [online]. *ÚZIS-Statistika zdravotních služeb. Ambulantní péče*. č. K/20 (08/2018). [cit.2020-03-08]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K20_A050_ortopedicka_protetika_2017.pdfcare-recipients-in-the-us-by-recipient-age/.
85. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
86. VLÁDA ČR, © 2005-2020. Zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví. [online]. *Vláda ČR* [cit. 2020-02-20].
Dostupné z: <https://www.euroskop.cz/8446/10224/clanek/zelena-kniha-o-pracovnicich-ve-zdravotnictvi>.
87. VONDRÁČEK L., 2010. *Právní minimum pro sestry. Příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN: 978-80-247-3132-2.
88. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
89. Vyhláška č. 98/2012 Sb., © 2010-2019., o zdravotnické dokumentaci. [online]. [cit. 2019-11-26]. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.
90. Vyhláška č. 391/2017 Sb., © 2010-2019., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č.2/2016 Sb. [online]. [cit. 2019-11-26]. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>.

91. VÝROST, J. et al. 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada. 408 str. ISBN 978-80-247-1428-8.
92. WHO, © 2020. Global action plan on physical activity 2018-2030: more Active People for a Healthier World. [online]. *WHO* [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/gappa/action-plan>.
93. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 987-80-271-9238-0.
94. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
95. ZANCHETTA, M. et al. 2013. Undergraduate Nursing Students integrating Health literacy in Clinical settings. *Nurse Educ Today*, 33(9): 1026-1033. DOI: 10.1016/j.nedt.
96. Zákon č. 96/2004 Sb. © 2010-2019., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online]. [cit. 2019-11-26]. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
97. Zákon č. 201/2017 Sb. © 2010-2019., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, platnou vyhláškou č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2019-11-26]. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>.
98. Zákon č. 372/2011 Sb. © 2010-2019., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. [online]. *Zákony pro lidi*. [cit. 2019-11-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>.
99. Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje, 2013. [online]. *ÚZIS CZ*. [cit. 2019-12-07]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/cinzdrz2013.pdf>.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k rozhovoru s informantkami

Příloha 2 Anketní list pro klienty ortopedických ambulancí

Příloha 3 Návrh činnosti ortopedické edukační sestry

Příloha 1 Otázky k rozhovoru s informantkami

- 1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
- 2. Jak dlouho pracujete na ortopedické ambulanci?**
- 3. Jaké specifické ošetrovatelské činnosti se v ortopedické ordinaci věnujete nejčastěji?**
- 4. Jakým způsobem detekujete ošetrovatelské problémy a potřeby klientů ortopedické ambulance a jak je řešíte?**
- 5. Máte na saturování ošetrovatelských problémů a potřeb u klientů ortopedické ambulance dostatek času?**
- 6. Jak edukujete klienty v souvislosti s jejich onemocněním či plánovaným operačním výkonem?**
- 7. Máte na rozhovor klientem a edukaci klienta v ortopedické ambulanci dostatek času?**
- 8. Myslíte si, že edukace klientů v ortopedické ambulanci je podle Vás dostatečná?**

Anketa pro pacienty ortopedické ambulance.

Dobrý den, jsem studentkou navazujícího magisterského studia Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, modul chirurgie na ZSF JCU České Budějovice. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymní ankety, která bude sloužit jako výzkumný podklad pro mou diplomovou práci, která se zabývá Managementem ošetrovatelské péče u klientů ortopedických ambulancí.

Správné odpovědi prosím kroužkujte:

1) Vyplňte prosím Váš věk:

a) 18-39 let b) 40-69 let c) 70 let a více d) nechci uvádět

2) Pohlaví:

a) žena b) muž

3) Navštívil/a jste ortopedickou ambulanci poprvé?

a) ano b) ne

4) Řešila aktivně sestra ortopedické ambulance Vaše aktuální potřeby v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovanou operací?

(např.: akutní bolest, úzkost, strach, Vaše dotazy a podobně?)

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

5) Přistupovala k Vám sestra s ochotou a empatií?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

6) Měla na Vás a Vaše dotazy sestra ortopedické ambulance dostatek času?

a) ano b) spíš ano c) spíš ne d) ne

7) Edukovala Vás sestra ortopedické ambulance v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovanou operací?

(např.: o správném používání, funkci a péči o předepsané kompenzační pomůcky, jak pečovat o ránu, o prevenci tromboembolické nemoci, jak se připravit na plánovaný operační výkon nebo jak si připravit domácí prostředí v období rekonvalescence a podobně?)

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

8) V případě, že Vás sestra ortopedické ambulance edukovala v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovanou operací, ohodnoťte na škále užitečnosti od 1 do 5 (jako ve škole).

a) výborně b) chvalitebně c) dobře d) dostatečně e) nedostatečně

9) Byl/a jste spokojen/a s množstvím informací, které Vám byly poskytnuty v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovanou operací v ortopedické ambulanci?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

10) Kde získáváte další informace, když je potřebujete v souvislosti s Vaším onemocněním či plánovaném operačním výkonem, na které jste si v ortopedické ambulanci nevzpomněli? (zde, je možné označit dvě odpovědi)

a) praktický lékař b) brožury, letáky c) literatura d) internet e) známí f) nikde

„Podáváme pomocnou ruku v období nemoci, traumatu nebo plánované operace“

Ortopedická edukační sestra

Edukační centrum pro pacienty

Ortopedická edukační sestra je vysokoškolsky vzdělaná Všeobecná sestra dle novely zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Disponuje dlouholetou praxí a zkušenostmi v ošetrovatelské péči o ortopedické klienty.

Ortopedická edukační sestra je součástí multidisciplinárního týmu, ve kterém je lékař ortoped, komunitní sestra, rehabilitační pracovník, zdravotně-sociální pracovnice, nutriční terapeut, klinický psycholog a pracovník pro duchovní podporu.

Pořádá a vede odborné semináře s tematikou ortopedické ošetrovatelské péče pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Spolupracuje s ambulantními a lůžkovými komplementy zdravotnických zařízení.

Poskytuje základní edukaci, reedukaci a komplexní ošetrovatelskou edukaci klientům ortopedie. Pořádá edukační setkání ortopedických klientů, které spojuje společná témata. Provází, podporuje a edukuje klienty a jejich rodinné příslušníky během tak náročného období, jako je onemocnění pohybového aparátu, trauma nebo plánovaný ortopedický operační výkon.

Tvoří edukační materiály pro klienty ortopedie za spolupráce multidisciplinárního týmu. Zabývá se ošetrovatelským výzkumem a poznatky zavádí do praxe.

Ortopedická edukační sestra poskytuje:

- individuální nebo skupinové edukace před nebo po plánovaném ortopedickém operačním výkonu po dohodě s klienty a ošetřujícím lékařem, pomáhá k brzkému návratu do plnohodnotného života
- pomáhá s přípravou na plánovaný operační výkon za spolupráce multidisciplinárního týmu
- informuje v oblasti přípravy domácího prostředí před plánovanou operací totální endoprotézy kyčle, edukuje o aplikaci podkožních injekcí pro prevenci tromboembolické nemoci, učí a nacvičuje s klienty správnou metodu bandážování dolních končetin
- edukuje klienty, jak zvládnout sebekéči v domácím prostředí, edukuje o možnostech využití dalších pomůcek pro nácvik sebekéče. Informuje o možnostech zapůjčení zdravotnických prostředků na období rekonvalescence
- edukuje klienty, jak pečovat o operační ránu v domácím prostředí
- spolupracuje s komunitní sestrou a pomáhá k co nejrychlejšímu návratu klientů do domácího prostředí po úrazu nebo plánovaném operačním výkonu, který vyžadoval hospitalizaci
- motivuje a edukuje klienty ve zdravém životním stylu, informuje o prevenci úrazů.
- pomáhá klientům řešit sociální důsledky nemoci nebo úrazu za spolupráce zdravotně-sociální pracovnice

Zdroj: Seznam zdrojů a výsledky této diplomové práce

Autor: Bc. Milena Vopálková

9 Seznam zkratek

%	procento
ACP	Autologous Conditioned Plasma
ICN	International Council of Nurses-Mezinárodní rada sester
CT	Výpočetní tomografie
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
doc.	docent
DrSc.	doctor scientiarum – doktor věd
EBM	Evidence Based Medicine
EBN	Evidence Based Nursing
EBP	Evidence Based Practice
EU	Evropská unie
GDPR	General Data Protection Regulation
HEPA	Health enhancing physical activity
ICN	Mezinárodní rada sester
MRI	Magnetická rezonance
MUDr.	Medicinae universae doctor – doktor medicíny
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NZIS ČR	Národní zdravotnický informační systém České republiky
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
Pozn.	poznámka

prof.	profesor
PRP	Platelet-rich plasma-Plazma bohatá na destičky
RBC	Resortně bezpečnostní cíle
RTG	rentgen
S	sestra informantka
SAK	Spojená akreditační komise
Sb.	sbírka zákonů
str.	strana
SZŠ	Střední zdravotnická škola
TEP	totální endoprotéza
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
viz.	„podívej se“, odkaz na jiné místo v textu
VO	výzkumná otázka
WHO	World Health Organization