



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Rehabilitační ošetřovatelství a chirurgická onemocnění břicha

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Michaela Niedermeierová

Vedoucí práce: doc. Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci s názvem **Rehabilitační ošetřovatelství a chirurgická onemocnění břicha** 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 webových 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 6. 5. 2024

.....
Bc. Michaela Niedermeierová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala především své vedoucí diplomové práce paní doc. Mgr. Lence Šedové, Ph.D. Děkuji za odborné vedení, věnovaný čas, trpělivost, cenné rady a připomínky v průběhu psaní této diplomové práce.

Dále děkuji za ochotu a vstřícnost všem informantkám, které se podílely na realizaci empirického šetření v této diplomové práci.

Závěrem bych ráda poděkovala své rodině, která mi byla velkou oporou během celé doby studia.

Rehabilitační ošetřovatelství a chirurgická onemocnění břicha

Abstrakt

Teoretická východiska: Tato diplomová práce popisuje onemocnění břišních orgánů nutná k operačnímu řešení. V další části práce popisuje rehabilitaci, rehabilitační ošetřovatelství a roli sestry při jeho realizaci. Popisujeme jednotlivé prostředky rehabilitačního ošetřování a je nastíněna problematika kinestetické mobilizace.

Cíle práce: Diplomová práce si klade čtyři cíle: zjistit informovanost sester na chirurgickém oddělení o rehabilitačním ošetřování; zjistit, zda sestry využívají prostředky rehabilitačního ošetřování u pacientů po břišních operacích; zjistit, jaké prostředky rehabilitačního ošetřování užívají sestry nejčastěji a zjistit jaké je povědomí sester o kinestetické mobilizaci.

Metodika: V empirické části této diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Byla zvolena kombinace forem dotazování a pozorování, kdy jsme realizovali polostrukturované rozhovory se všeobecnými sestrami a skryté zúčastněné pozorování pacientů. Informantky pro rozhovory tvořily všeobecné sestry pracující na chirurgických odděleních se zaměřením na břišní chirurgii. V další části empirického šetření byli pozorováni hospitalizovaní pacienti po břišním operačním výkonu. Sběr dat probíhal ve vybrané Fakultní nemocnici v Praze.

Výsledky: K zajištění výsledků této diplomové práce jsme se zaměřili na čtyři výzkumné otázky, které nám pomohly dosáhnout předem stanovených cílů. Po analýze rozhovorů, jsme zjistili, že sestry využívají jednotlivé prostředky rehabilitačního ošetřování v rámci celkové ošetřovatelské péče o pacienty po břišních operacích. Nejčastěji využívají prostředky, kterými jsou první vertikalizace po výkonu, první mobilizace a polohování nemocného. Sestry často spoléhají na přítomnost fyzioterapeuta na oddělení. Dále sestry reflektují realizaci jednotlivých prostředků rehabilitačního ošetřování. Bylo také zjištěno, že pojem kinestetické mobilizace sestry neznají. Z analýzy skrytého pozorování pacientů, bylo zjištěno, že na prostředky rehabilitačního ošetřování prováděné sestrou reagují příznivě.

Závěr: Tato diplomová práce rozšiřuje přehled o využití jednotlivých prostředků rehabilitačního ošetřování na chirurgických odděleních u pacientů po operacích břicha a možné využití kinestetické mobilizace. Informantky projeví zájem o získání více

informací právě v oblasti kinestetické mobilizace.

Klíčová slova: rehabilitační ošetřování; rehabilitační proces; prvky rehabilitace; pooperační rehabilitace; chirurgie břicha; operace břicha

Rehabilitation nursing and abdominal surgical diseases

Abstract

Theoretical basis: This diploma thesis describes diseases of the abdominal organs that require surgical treatment. The next section of the paper describes rehabilitation, rehabilitation nursing and the role of nurses during provision of this care. We describe the individual rehabilitation nursing procedures and the issue of kinesthetic mobilization is also outlined.

Goals of the paper: This diploma thesis sets four goals: to establish how informed nurses in the surgical department are of rehabilitation nursing, to establish whether the nurses use rehabilitation nursing procedures on patients who have undergone abdominal surgery, to establish what rehabilitation nursing procedures nurses use most often and to find out how knowledgeable nurses are of kinesthetic mobilization.

Methodology: The qualitative research method was chosen in the empirical section of this diploma thesis. A combination of questioning and observation was chosen, whereas we executed semi-structured interviews with general nurses and performed hidden observation of patients. General nurses working on surgical departments specializing in abdominal surgery were in the role of informants for the interviews. The next part of the empirical research included observation of hospitalised patients who had undergone abdominal surgery. Data from a selected teaching hospital in Prague was compiled.

Results: In order to obtain the results needed for this diploma thesis, we focused on four research questions, which helped us achieve the previously set goals. After analysis of the interviews, we found that nurses do utilise individual rehabilitation nursing procedures within the scope of general nursing care of patients who have undergone abdominal surgery. They most often utilise procedures such as initial verticalization post-surgery, initial mobilization and positioning of the patient. Nurses often rely on the presence of a physiotherapist on the department. We also found that nurses were not aware of the concept of kinesthetic mobilization. Analysis of observation of patients found that the response to rehabilitation nursing procedures performed by nurses is positive.

Conclusion: This diploma thesis adds to knowledge about use of individual rehabilitation nursing procedures at surgical department on patients who have undergone abdominal

surgery and the potential use of kinesthetic mobilization. Our informants expressed interest in obtaining more information in the field of kinesthetic mobilization.

Key words: rehabilitation nursing; rehabilitation process; rehabilitation elements; post-surgical rehabilitation; abdominal surgery; abdominal surgical procedures

OBSAH

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 Podstata chirurgie.....	11
1.1.1 Historický vývoj chirurgie.....	11
1.2 Chirurgie břicha.....	12
1.2.1 Anatomické poznámky	12
1.2.2 Onemocnění břišních orgánů k operačnímu řešení	13
1.2.3 Předoperační vyšetření chirurgického pacienta.....	15
1.2.4 Chirurgický výkon.....	16
1.2.5 Operační techniky v břišní chirurgii	16
1.2.5.1 Laparotomie	17
1.2.5.2 Laparoskopie.....	17
1.2.6 Pooperační péče.....	18
1.3 Prehabilitace	19
1.3.1 Pilíře prehabilitace.....	20
1.4 Rehabilitace.....	21
1.4.1 Historický vývoj rehabilitace	21
1.4.2 Definice a rozdělení rehabilitace	22
1.4.2.1 Léčebná rehabilitace	23
1.4.2.2 Sociální rehabilitace.....	23
1.4.2.3 Pedagogická rehabilitace	24
1.4.2.4 Pracovní rehabilitace.....	24
1.5 Rehabilitační ošetřovatelství	25
1.6 Role všeobecné sestry v rámci rehabilitační péče.....	26
1.7 Základní prostředky rehabilitačního ošetřování	27

1.7.1 Vertikalizace nemocného po břišní operaci	27
1.7.2 Mobilizace nemocného po břišní operaci	28
1.7.3 Polohování nemocného po břišní operaci.....	29
1.7.4 Cévní gymnastika a prevence tromboembolické nemoci	31
1.7.5 Dechová rehabilitace	32
1.8 Kinestetika a její význam v ošetrovatelské péči	33
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
3 METODIKA.....	37
3.1 Použitá metoda	37
3.1.1 Rozhovor	37
3.1.2 Pozorování	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
4 VÝSLEDKY	40
4.1 Rozhovory se všeobecnými sestrami	40
4.1.1 Identifikační údaje všeobecných sester	40
4.1.2 Seznam kategorií	40
4.2 Analýza skrytého zúčastněného pozorování pacientů	49
5 DISKUZE	56
6 ZÁVĚR	66
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	75
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	81

ÚVOD

Rehabilitace a ošetřovatelství jsou samostatné vědní obory, avšak i přesto se navzájem prolínají. Rehabilitace se netýká pouze pacientů, kteří byli kvůli úrazu či nemoci krátkodobě nesoběstační, ale i těch, jenž se již narodili s nějakým postižením či vývojovou vadou. Primárním cílem rehabilitace je opět získat co největší samostatnost a funkční zdatnost. Ošetřovatelství je definováno jako aktivní vyhledávání a uspokojování všech bio-psycho-sociálních potřeb nemocného. Poskytováním ošetřovatelské péče podporujeme a upevňujeme zdraví, ale také se podílíme na navrácení zdraví. Rehabilitační ošetřování je v mnoha zdrojích definováno jako postup léčebné rehabilitace, zaměřující se na prevenci sekundárního poškození, které ohrožuje nemocného k základní diagnóze. V rámci rehabilitačního ošetřování se uplatňují jednotlivé rehabilitační prostředky a jsou součástí celkové ošetřovatelské péče. Cílem rehabilitačního ošetřování je zamezit vzniku možných pooperačních komplikací, zachovat pacientovi co nejvyšší míru soběstačnosti a včasný návrat k běžným denním činnostem. Důležitým aspektem je realizovat rehabilitační ošetřování kontinuálně. Prostředky rehabilitačního ošetřování nejsou pouze pracovní náplní fyzioterapeutů, ale je třeba spoluúčast sester a veškerého ošetřujícího personálu.

V této diplomové práci „Rehabilitační ošetřovatelství a chirurgická onemocnění břicha“, jsme se zaměřili na rehabilitační ošetřování prováděné všeobecnou sestrou u pacientů po břišních operacích. Z toho vyplývají čtyři stanovené cíle – zjistit informovanost sester na chirurgických odděleních o rehabilitačním ošetřování; zjistit, zda sestry na chirurgických odděleních využívají prostředky rehabilitačního ošetřování u pacientů po břišních operacích; zjistit, jaké prostředky rehabilitačního ošetřování užívají sestry nejčastěji. V průběhu sepisování teoretické části nás zaujalo téma kinestetické mobilizace, proto byl přidán poslední cíl – zjistit, jaké je povědomí sester o kinestetické mobilizaci.

Téma jsem si vybrala, jelikož sama pracuji na chirurgickém oddělení a chtěla jsem získat větší přehled o této problematice.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Podstata chirurgie

Chirurgii řadíme vůbec k nejstaršímu odvětví lékařství. Tento pojem pochází z řeckého slova *cheirurgia*, jenž můžeme volně přeložit jako práce rukou (Vokurka, 2015). Jak uvádí Zeman a Krška (2023), jde o obor, který je charakteristický tím, že se využívají především rukodělné postupy. Jednoduše řečeno, chirurgie léčí nemoci a úrazy těla cestou operačního řešení, ať už manuálně či za pomoci nástrojů (Dušková, 2009).

Chirurgie prošla dlouhým vývojem, avšak v dnešní době převažuje práce klinickoexperimentálního charakteru. Již dávno opustila svůj řemeslný původ a s rozsáhlou praktickou a empirickou náplní je součástí klinického lékařství. Nedílnou součástí práce chirurga je uplatňování etických principů, kdy podmínkou úspěšné léčby je získání důvěry nemocného v průběhu celého procesu léčení (Zeman, Krška, 2023).

1.1.1 Historický vývoj chirurgie

Do dnešní podoby se chirurgie, jak ji známe, pomalu formulovala již od pravěku, kdy nejčastějšími zdravotními problémy byly zlomeniny či různá poranění, které se ošetřovaly intuitivně omýváním a chlazením vodou a následně klidovým režimem (Kazimour, 2017). První zmínky o operacích (trepanace – návrty lebky) na dochovaných pramenech spadají až do mladší doby kamenné (Čoupková, Slezáková, 2012). Jakékoliv první písemné záznamy se objevují ve starověku a pochází z Egypta – Ebersův a Smithův papyrus. Zatímco Ebersův papyrus popisuje sílu léčivých rostlin, Smithův papyrus popisuje 48 medicínských případů včetně jejich terapie. Popisuje například postupy při léčbě zlomenin, ran, ale i chirurgické výkony jako odstranění nádoru a jiné (Zeman, Krška, 2023). Vysoké úrovně dosáhla chirurgie v Řecku, kde byla založena tzv. Hippokratova škola. Sám Hippokrates ve svých spisech věnoval více pozornost léčbě hemeroidů, kýl a píštělí (Čoupková, Slezáková, 2012). Ke zvýšení celkové vzdělanosti dochází v období středověku díky rozvoji univerzit (Zeman, Krška, 2023). I přesto medicína jako taková upadá a největší roli zastávají bradýři a lazebníci (Čoupková, Slezáková, 2012). Za příznivé považujeme období novověku, kdy došlo k mnoha důležitým objevům. Významnou osobností je Williem Harvey ze 17. století, který objevil krevní oběh (Zeman, Krška, 2023). Až v 19. století se mohla moderní chirurgie rozvinout

díky třem zásadním poznatkům, jakým bylo zavedení antiseptického postupu (Lister 1867), prohlubující se vědomosti patologické anatomie (Virchov, 1858) a přelomový byl objev éterové narkózy (Morton, 1846) (Vrtík et al., 2019). Ovšem Dušková et al. (2009) uvádí jiné tři hlavní objevy, umožňující přechod k moderní medicíně – kontrola infekce, kontrola krvácení a kontrola bolesti. Později v průběhu 20. století se zlepšuje diagnostika a operační techniky. Stejně tak se rozrůstají indikace k operačním výkonům. Své využití nalézají v medicíně i antibiotika a vylepšuje se příprava před samotnými operacemi a pooperační péče (Zeman, Krška, 2023). Všeobecně rozvoj operačních výkonů byl doprovázen vznikem různých chirurgických specializací. V současnosti se jednotlivé chirurgické obory dělí na: všeobecnou chirurgii (operace břicha aj.), neurochirurgii, hrudní chirurgii, kardiovaskulární chirurgii, dětskou chirurgii, plastickou a rekonstrukční chirurgii, traumatologii, ortopedii, urologii, transplantační chirurgii, popáleninovou medicínu. Dále mezi chirurgické obory řadíme gynekologii a porodnictví, oční lékařství, ORL a stomatologii. Taktéž anesteziologie a resuscitace se rozvíjela z chirurgie (Vrtík et al., 2019).

1.2 Chirurgie břicha

Jak je zmiňováno v předchozí kapitole, chirurgie je velmi obsáhlým oborem, proto byly vytvořeny jednotlivé chirurgické specializace. Chirurgické operace břicha spadají pod všeobecnou chirurgii a Vrtík et al. (2019) uvádí, že se začínají oddělovat další superspecializace chirurgie – hepatobiliární, kolorektální a proktologická.

1.2.1 Anatomické poznámky

Břišní dutina patří mezi největší tělní dutiny v těle. Zabírá prostor tvořený částí hrudníku i zevním ohraničením břicha a obsahuje orgány označované jako útroby (žaludek, část dvanáctníku, játra, část slinivky břišní, slezina, kličky tenkého střeva, tlusté střevo). (Kudlová et al., 2020) Vnitřní část dutiny břišní je vystlána pobřišnicí, která kryje nejen břišní stěnu – *parietální peritoneum*, tak i orgány uložené v ní – *viscerální peritoneum* (Vrtík et al., 2019). *Peritoneum* je tenká průhledná blána skládající se ze dvou listů a je tvořena aktivní tkání, jež má schopnost resorpce a exsudace (Páč, 2007). Kudlová et al. (2020) stručně dělí dutinu břišní na dutinu pobřišnicovou a peritoneální dutina je dále rozdělena úponem příčného tračníku na horní část (supramesokolickou) a dolní

(inframesokolickou). Další prostory extraperitoneální jsou mezi nástěnnou pobřišnicí a stěnou břišní. Nejhlubším místem peritoneální dutiny je Douglasův prostor. Jde o přechod z vrcholu močového měchýře na *rectum* a hromadí se v něm patologické výpotky (exsudát, krev), což můžeme zjistit pomocí vyšetření *per rectum* (Vrtík et al., 2019).

Břišní svaly mají důležitou posturální funkci, na které se podílejí svaly pánevního dna společně s bránicí (Véle, 2006). Svaly břišní stěny tvoří tzv. korzet, spojující dolní okraj hrudníku a horní okraj pánve. Pomáhají utvářet břišní stěnu a vyvíjí tlak na orgány v dutině břišní a udržuje je tak ve správné pozici. Břišní svaly rozdělujeme na skupiny přední, boční a zadní (Dylevský, 2021).

1.2.2 Onemocnění břišních orgánů k operačnímu řešení

Všeobecná chirurgie zahrnuje nejčastěji mimo jiné chirurgické operace břicha a jako indikaci k chirurgickému výkonu považujeme jakoukoliv patofyziologii orgánů dutiny břišní – chirurgie břišní stěny, žaludku, duodena, tenkého a tlustého střeva, anorekta, jater, žlučových cest, pankreatu a sleziny (Vrtík et al., 2019).

- **Chirurgie břišní stěny** (Vrtík et al., 2019) – *vrozené vady* (omfalokéla, gastroschíza); *nádory* (desmoid – benigní); *kýly* (zevní, vnitřní); *záněty břišní stěny* (gangréna kůže, flegmóna, nekrotizující fascitida aj.); *traumata břišní stěny* (izolovaná či sdružená, kdy může být i postižení orgánů).
- **Chirurgie žaludku** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) – *vrozené vady* (pylorostenóza); *vředová choroba žaludku a duodena*; *zánětlivá onemocnění* – gastritida; *nádory* – benigní (leiomyomy, adenomy, hemangiomy, lipomy) či maligní (karcinom žaludku); *úrazy* (cizí tělesa, Malloyho-Weissův syndrom).
- **Chirurgie duodena** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) – *vrozené poruchy* (megaduodenum, pohyblivý dvanáctník, cévní komprese); *divertikly*; *poranění duodena* (tupá, penetrující, iatrogenní); *nádory* (benigní, maligní – poměrně vzácné).
- **Chirurgie tenkého střeva** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) – *poranění* (otevřená, zavřená); *divertikly* (Meckelův divertikl); *Crohnova choroba*; *nádory* (benigní, maligní, karcinoid).
- **Chirurgie tlustého střeva** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014; Rob, Martan et al., 2008) – *vrozené vady* (Hirschprungova choroba); *poranění tlustého střeva*;

idiopatické střevní záněty (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba); *zánětlivá onemocnění* (divertikulóza, apendicitida, kolitidy); *nádory* (polypy, karcinom tlustého střeva); *endometrióza* = patologický nález endometria jinde, než je děložní dutina (nejčastěji se vyskytuje pánevní endometrióza, ale postižen může být jakýkoliv orgán – vyjma srdce a sleziny).

- **Chirurgie anorekta** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) - *anomálie* (atrézie); *poranění* (cizí tělesa); *hemoroidy*; *anální fisura*, *abscesy*, *píštěle*, *prolaps rekta*; *nádory* (benigní, maligní).
- **Chirurgie jater** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) – *poranění jater*; *jaterní cysty* (kongenitální, získané); *jaterní abscesy*; *nádory* (benigní, maligní, metastázy).
- **Chirurgie žlučníku a žlučových cest** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) – *vrozené anomálie žlučových cest*; *zánětlivá onemocnění* (cholecystitis, cholangitis); *nádory žlučníku, žlučvodů a papily* (*benigní, maligní – karcinom*); *cholecystolithiasis, choledocholithiasis*; *stenóza papily*; *poranění žlučníku a žlučvodů*.
- **Chirurgie pankreatu** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) - *vrozené vady* (prstenčitý pankreas); *záněty* (akutní, chronické); *cysty a pseudocysty*; *nádory*; *úrazy*.
- **Chirurgie sleziny** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) - *vrozené vady*; *cysty* (vrozené či získané); *abscesy*; *nádory* (zpravidla sarkomy, možné i metastázy); *hypersplenismus*; *poranění sleziny*.
- **Náhlé příhody břišní** (Vrtík et al., 2019; Zeman, Krška, 2014) - *zánětlivé náhlé příhody břišní (NPB)* (akutní apendicitis, cholecystitis, pankreatitis, perforace vředu); *ileózní NPB* (mechanický ileus, volvulus, invaginace, neurogení ileus, cévní ileus); *traumatické NPB* (perforace dutého orgánu, tupá poranění břicha); *hemoperitoneum* = druh vnitřního krvácení, kdy se krev hromadí v peritoneu (život ohrožující stav).
- **Krvácení do trávicího ústrojí** (Vrtík et al., 2019; Balian et al., 2010; Zeman, Krška, 2014) - *hemateméza* = zvracení tekuté či sražené krve (krvácení z horní části GIT); *meléna* = mazlavá černá až dehtovitá stolice s příměsí natrávené krve (krvácení v horní části GIT); *enteroragie* = jasně červená či sražená krev z dolní části trávicího ústrojí (tračník, rektum). Příčinou krvácení bývá jedno z mnoha výše uvedených onemocnění.

1.2.3 Předoperační vyšetření chirurgického pacienta

Předoperační vyšetření chirurgického pacienta řadí Zeman a Krška (2023) mezi základní chirurgické úkony. Na tomto vyšetření se podílí řada odborností – od praktického lékaře přes anesteziologa, internistu a mnoho dalších specializovaných oborů, které jsou požádány o konzultaci v případě komplikovanějších případů. Hlavním cílem tohoto vyšetření je pro anesteziologa si správně zvolit strategii anestezie a společně s lékaři, podílejícími se na operačním výkonu, nalézt informace o možných rizicích nejen během samotného výkonu, ale i bezprostředně po operaci (Kotík, 2022).

Předoperační péče se odvíjí dle druhu operace. Jde-li o plánovaný výkon, lze s přípravou začít již několik týdnů před termínem. Zvláště u náročných operací se doporučuje úprava výživy, hmotnosti a fyzické kondice, aby se předešlo mnohým pooperačním komplikacím (Dušková, 2009).

Samotné předoperační vyšetření začíná vždy anamnézou. Během získávání podrobných informací, ať už lékařem, sestrou či fyzioterapeutem, navazuje zdravotník důvěrný vztah s pacientem, důležitý nejen pro správné stanovení diagnózy, ale také pro následné léčebné a ošetrovatelské výkony. Potřebné jsou informace o nynějších onemocněních a jejich příznacích, podrobný popis veškerých již prodělaných onemocnění, úrazech a operacích. Dále zjišťujeme choroby rodinných příslušníků, chronickou medikaci pacienta, přítomnost alergií, především lékových, abusus a možno doplnit o pracovní, sociální či cestovní anamnézu. U žen získáváme navíc gynekologickou anamnézu (Zeman a Krška, 2023).

V rámci fyzikálního vyšetření lékař stanovuje celkový stav klienta, a to pohledem, poslechem, pohmatem, poklepem. V případě chirurgie nezapomínáme také na vyšetření *per rectum* (Češka et al., 2015). Zeman a Krška (2023) uvádí, že důkladné provedení a následné vyhodnocení těchto pěti druhů vyšetření je důležitým požadavkem při diagnostice náhlých příhod břišních (NPB). Dále posuzujeme stav vědomí, popis chování, sledujeme stav kůže a sliznic včetně jizev, změříme tlak (TK), puls (P) a tělesnou teplotu (TT), natočíme EKG (Češka et al., 2015).

Po zhodnocení fyzického a psychického stavu se doplňují paraklinická vyšetření, jako jsou laboratorní testy a zobrazovací metody. (Zeman, Krška, 2023) Mezi základní laboratorní parametry, které jsou součástí předoperačního vyšetření, řadíme krevní obraz,

koagulační vyšetření a biochemické vyšetření krve – ionty, jaterní a pankreatické parametry, ukazatele funkce ledvin, celková bílkovina, glykemie včetně chemického vyšetření moče a sedimentu. Toto spektrum může být rozšířeno dále dle druhu chirurgického výkonu a diagnózy (Krška, 2011). Mezi základní zobrazovací metody, nejen u NPB, je RTG – v rámci předoperační přípravy navíc RTG S+P, nativní snímek břicha a dále CT. Ke kvalitní předoperační diagnostice přispívají také endoskopické výkony (Bartušek, 2020).

1.2.4 Chirurgický výkon

Chirurgickým výkonem rozumíme operaci. Jde o chirurgickou intervenci, kdy jsou vyčerpány jakékoliv předchozí možnosti léčby (Šedý, 2016). Obecně lze definovat operaci jako výkon, kdy dojde k přetěti tkání nemocného nebo ošetření dříve vzniklé rány léčby (Dušková, 2009).

Chirurgické výkony lze klasifikovat z mnoha hledisek. Operace mohou být *krvavé*, *nekrvavé*, *malé*, které lze provádět ambulantně, nebo *velké*, kdy je již třeba hospitalizace pacienta (Zeman, Krška, 2023). Podle účelu dělíme operační řešení na *diagnostické* a *léčebné*. V případě diagnostické operace se zjišťuje či upřesňuje diagnóza. Léčebný výkon, především v onkochirurgii, dále dělíme na radikální, kurativní, kdy se předpokládá úplné vyléčení, a paliativní, pakliže se dosáhne pouze zlepšení stavu nemocného (Vrtík et al., 2019). Dle urgentnosti se výkony člení na *elektivní*, kdy je dostatek času pacienta připravit k operaci, a *akutní*, kdy jsou potíže náhle vzniklé či ohrožují člověka na životě (Zeman, Krška, 2023). Zeman a Krška (2023) také uvádí ve své publikaci nové dělení dle operačního přístupu – *otevřená operace*, *miniinvazivní výkon* a příchod *robotické chirurgie*.

1.2.5 Operační techniky v břišní chirurgii

Jestliže je pacient indikován k operačnímu řešení, je třeba si řádně naplánovat vlastní průběh operace. Součástí rozvahy je i časový plán výkonu a podle toho volíme vhodnou operační techniku. Při operacích v dutině břišní se volí přístup laparotomicky nebo laparoskopicky (Zeman, Krška, 2023).

1.2.5.1 Laparotomie

Laparotomie je medicínský termín pro chirurgický výkon, kdy se běžným řezem otevře dutina břišní (Vokurka, 2023). Tento operační přístup se nejčastěji volí v případě urgentních operací či při nejisté diagnóze. Nejčastěji se provádí podélný řez, zejména horní/dolní střední laparotomie (viz Příloha 1) (Zeman, Krška, 2023). Výhodou tohoto operačního přístupu je velká přehlednost v obou polovinách dutiny břišní, možnost provádět rozsáhlé výkony a také menší anesteziologická zátěž pacienta (Hoch, 2011). Nevýhodou laparotomie je jednoznačně delší doba rekonvalescence, a tím spojená delší hospitalizace s vyššími náklady na péči. Hrozí vyšší riziko pooperačních komplikací, jako jsou rané a pozdní infekce, rozpad rány, krvácení, větší bolestivost v pooperačním období, vznik kýlu v jizvě a úmrtnost (Hoch, 2011). Ylimartimo et al. (2022) ve své 2leté studii zjistil, že mortalita po urgentní laparotomii je téměř 20 % u zúčastněných pacientů, kteří přežili 90 dní po výkonu. Dle závěrů studie je špatný výsledek způsoben především zdravotními komplikacemi pacientů již v předoperačním období. Proto jsou důležitá anamnestická data a předoperační příprava při rozhodování, jaký zvolit operační přístup, zejména u rizikových pacientů a pacientů v pokročilém věku.

1.2.5.2 Laparoskopie

Trendem současné chirurgie je snaha snížit invazivitu, a tak mnohdy velké laparotomické výkony dnes nahrazují endoskopické operační přístupy (Zeman, Krška, 2023). Jde o techniku, kdy je klasická incize nahrazena „bodovými“ vstupy, kterými se zavede optika a operační instrumentária do dutiny břišní (Krška et al., 2011). Dříve laparoskopie sloužila zásadně k diagnostickým účelům a využití převažovalo především u internistů hepatologů a v gynekologii. Právě gynekologové mají největší zásluhu na rozvoji laparoskopických výkonů. První cholecystektomie pomocí laparoskopie byla provedena v roce 1987 ve Francii, a hovoří se tak o předělu v chirurgii (Vrtík et al., 2019).

Výhodou laparoskopie v porovnání s laparotomií je dlouhodobý vývoj, dokonale vyvinutá technologie, klinické rozšíření. Dalším prokázaným přínosem pro pacienta je kratší rekonvalescence, kratší pracovní neschopnost, menší poškození tkáně, menší krevní ztráty, menší bolesti v pooperačním období, rychlejší nástup peristaltiky, kratší hospitalizace, menší náklady na léčbu, kosmetické následky – malé drobné jizvy (Krška et al., 2011).

Avšak přes veškeré zmíněné výhody má tato metoda i svá úskalí, která musí brát chirurg v potaz. Jde především o vzestup abdominálního tlaku, iatrogenní pneumoperitoneum, změna acidobazické rovnováhy způsobené právě insuflací oxidu uhličitého či změněné plicní a cirkulační mechanismy. Další nevýhodou je absence palpce, limitovaný stupeň pohyblivosti nástrojů, ztráta prostorového vidění či přenos třesu rukou (Krška et al., 2011).

O laparoskopii se také hovoří jako o tzv. miniinvazivní chirurgii a tato metoda mimo jiné umožňuje uplatnění robotizace v chirurgii (Vrtík et al., 2019).

1.2.6 Pooperační péče

Pooperační péči zahajujeme v okamžiku předání pacienta z operačního sálu na zotavovacím pokoji včetně dokumentace a lze ji rozdělit na *bezprostřední pooperační období* (den výkonu), *rané pooperační období* (dny) a *pozdní pooperační období* (Jirkovský, 2012).

Bezprostřední pooperační stadium je doba, kdy se pacient probouzí z anestezie a je monitorován na tzv. „dospávacím pokoji“. Tato místnost se nachází v blízkosti operačního sálu a je vybavena veškerými pomůckami a zařízením, které jsou nezbytné po dobu, po kterou nemocný na této jednotce setrvává (Drábková, 2016). Veškerou péči prováděnou ihned po výkonu provádí anesteziologická sestra, která kontroluje postupné probouzení pacienta z anestezie, sleduje stav vědomí, fyziologické funkce, sleduje operační ránu, veškeré invazivní vstupy, sekrece z drénů a vyhodnocuje bolest (Valenta et al., 2003). V této pooperační době jsou sesterské intervence charakteristické právě ve zotavování nemocného z anestezie a v prevenci vzniku raných pooperačních komplikací, jako je například silné krvácení z operační rány, vysoké odpady z drénů, zástava dechu (Wendsche et al., 2012). Zeman a Krška (2023) do celkové bezprostřední pooperační péče zahrnují kontrolu dýchacích cest, udržování dostatečné ventilace, monitorují se krevní ztráty a případné poruchy srdečního rytmu. Stejně tak mezi základní sledované parametry uvádí fyziologické funkce – tlak (TK), puls (P), dechová frekvence (DF), saturace, barva a turgor kůže a stav vědomí.

Na bezprostřední pooperační péči navazuje rané pooperační stadium, které se odehrává dále na specializovaných jednotkách intenzivní péče, anesteziologickém oddělení či na lůžkovém chirurgickém oddělení (Kala et al., 2010). V případě, že se pacient vrací na

standardní lůžko, vyžaduje zvýšený dohled sestry v následujících 24 hodinách. Pravidelně kontrolujeme fyziologické funkce (FF) – TK, P, DF, celkový stav vědomí, kontrola odvodů z drénů, sond, katétrů – především charakter a množství. Dále sledujeme operační ránu a vyprázdnění močového měchýře. Veškeré kontroly jsou indikovány lékařem a je třeba jasný záznam v dokumentaci (Zeman, Krška, 2023). Na JIP či ARO se předávají nemocní, kteří vyžadují zajištění vitálních funkcí, speciální pooperační péči či zvýšená monitorace. Patří sem operovaní, u nichž je vyšší riziko poruchy plicní ventilace či oběhové poruchy, nemocní po rozsáhlých nitrobřišních výkonech, nemocní s výraznými poruchami hemokoagulace, v septickém šoku či v případě výskytu komplikací již během operačního výkonu (Zeman, Krška, 2023).

1.3 Prehabilitace

Princip prehabilitace vychází z poznatků koncepce ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Řeší klinické postupy, které mohou urychlit zotavení pacienta po operačním výkonu a definují soubor doporučení, jak nejlépe připravit nemocného k operaci a provést jej tak celým perioperačním obdobím (Adamová, 2019). Protokol ERAS byl vytvořen s cílem snížit pooperační morbiditu a mortalitu tím, že zaměříme pozornost již do perioperačního období, ideálně ihned po sdělení diagnózy pacientovi (Chmelo et al., 2021). Mazúr et al. (2021) ovšem upřednostňuje koncepci prehabilitace, jenž cílí na celkové zesílení fyzického stavu před samotným chirurgickým výkonem. Princip prehabilitace vychází z poznatku, kdy se propojuje perioperační, funkční, nutriční a mentální stav nemocného se vznikem postoperačních komplikací. Podle Mazúra et al. (2021) je ideální personalizace programu, kdy se hodnotí fyzická aktivita jedince, jeho nutriční a psychický stav. Na základě těchto výsledků je vytvořena cílená intervence, jež povede ke snížení rizika pooperačních komplikací, kratší hospitalizaci a lepší kvalitě života. Také již Jones et al. (2007) ve své studii potvrdil předoperační pohybový trénink jako prospěšnou intervenci ke zlepšení kardiorespirační zdatnosti. Stejně tak její přínos pro výsledek operačního výkonu a pooperační rekonvalescenci. První zmínka o celkově intervenčním přístupu podobná prehabilitační koncepci byla studie publikována již v roce 1946. Vojáci, kteří nebyli během 2. světové války rekrutováni pro špatný zdravotní stav, se účastnili dvouměsíčního programu a u 85 % z nich došlo ke zlepšení fyzické a psychické kondice (Lednický et al., 2020).

1.3.1 Pilíře prehabilitace

Koncept prehabilitace se týká výhradně elektivní chirurgie a ideálně by měla být zahájena již po sdělení diagnózy (Chmelo et al., 2021). Prehabilitace je složena z několika pilířů a ideální délka programu nebyla zcela stanovena. Podle Banuga et al. (2017) je vhodná doba 4–8 týdnů. Carli (2020) zase uvádí, že ke zvýšení funkční kapacity o 5–10 % postačí intervence po dobu 3–4 týdnů. Ovšem stejně jako Mazúr et al. (2021) poukazuje Carli (2020) na individuální posouzení nemocného.

Mazúr et al. (2021) i Chmelo et al. (2021) se shodují, že základní stavební kámen je tvořen zlepšením *fyzické kondice*. Následuje *nutriční podpora* a předoperační *ovlivnění úzkosti*. Carli (2020) mluví o *funkční kapacitě* jako o pojmu, který vyjadřuje schopnost vykonávat činnosti každodenního života a určuje ji integrita kardiovaskulárního, plicního a muskuloskeletárního systému. Nízká funkční kapacita před operačním výkonem je spojována s větší pravděpodobností mortality do 30 dnů od výkonu, vyšším rizikem vzniku pooperačních komplikací, a tím i související delší hospitalizace. Proto je ideální perioperační období brát jako vhodnou příležitost k přípravě nemocného, zvláště u těch starších, podvyživených, s rakovinou či kteří zažívají sociální marginalizaci (Carli, 2020). Ideální cvičební režim není přesně definován, ale vhodná je kombinace silového a aerobního pohybu v délce 30–60 minut, maximálně pětkrát do týdne (Banugo et al., 2017).

Nutriční podpora je další nedílnou součástí prehabilitačních intervencí. Riziko malnutrice, typické hlavně pro onkologicky nemocné, vede až k sarkopenii, k únavě a snižuje se schopnost imunologické odpovědi organismu (Chmelo et al., 2021). Hlavním nutričním cílem je udržet bílkoviny v těle, a to hlavně posílením anabolismu a dodání tělu kvalitních proteinů (Carli, 2020). Banugo et al. (2017) uvádí, že je ideální podávat enterální výživu před každým větším operačním výkonem či nemocným s vysokým rizikem malnutrice po dobu 7–10 dnů před výkonem. Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus doporučuje chirurgickým pacientům zvýšit příjem proteinů až na dvojnásobek běžné denní potřeby. Všeobecně je dokázáno, že imunovýživa, příjem aminokyselin, omega-3 mastných kyselin a nukleotidů působí na poškození imunity a hyperzáněty způsobené reakcí na stres, podporuje hojení ran a snižuje míru infekce (Banugo et al., 2017).

Psychologická podpora hraje podstatnou roli u jakéhokoliv onemocnění. Bylo prokázáno, že perioperační ovlivnění úzkosti posiluje funkční rekonvalescenci po operaci, ale také snižuje míru potřeby analgeterapie (Mazúr et al., 2021). Prvním cílem psychologické podpory je snížit strach a úzkost v souvislosti se zjištěnou diagnózou a operací, který může přispívat ke zhoršenému hojení ran, k riziku pooperačních komplikací a delší rekonvalescenci. Druhým cílem je maximálně motivovat pacienty a umožnit jim dodržovat veškeré aspekty prehabilitačního programu (Banugo et al., 2017).

Banugo et al. (2017) navíc ve svém článku uvádí další pilíř, a tím je *lékařská optimalizace*, kam řadí předoperační odvykání kouření, snížení příjmu alkoholu a případně vhodně zredukovat hmotnost. Mazúr et al. (2021), který mimo jiné řadí pomoc s ukončením či omezením kouření ještě do psychické podpory, uvádí ideální dobu kolem 4 týdnů. Kuřáci totiž nejenže mají zhoršené hojení ran, ale jsou i náchylnější k mnohým kardiovaskulárním pooperačním komplikacím. Před operačním výkonem je třeba celkově optimalizovat zdravotní stav nemocného, jako je stabilizace chronických kardiopulmonálních onemocnění či renálních funkcí. Nemocní užívající perorální antikoagulancia se převádí na nízkomolekulární heparin, diabetici se převádí z perorálních antidiabetik na krátkodobý inzulín a jiné (Adamová, 2019).

1.4 Rehabilitace

Pojem rehabilitace je odvozen z latinského slova *rehabilitas*, což je složeno ze dvou částí – sloveso *habilitare* znamená uschopňovat a předpona *re-* s významem návratu či opakování děje. *Rehabilis* tedy ve volném překladu znamená znovu schopný (Slezáková et al., 2019). Rehabilitace jako vědní obor se netýká pouze pacientů, kteří vlivem nemoci či úrazu byli vyřazeni krátkodobě z každodenních činností, ale i těch, kteří se narodili s nějakou VVV či postižením. Hlavním cílem rehabilitace je opět získat co nejvyšší stupeň samostatnosti a funkční zdatnosti (Knapová, 2019).

1.4.1 Historický vývoj rehabilitace

Samotný výraz rehabilitace se začal využívat během první světové války ve spojených státech, kdy se vracelo mnoho vojáků z válečné fronty s těžkými zraněními. Hlavní myšlenkou byla snaha o jejich navrácení zpět do aktivního života, a proto na tento popud vznikl v roce 1918 zákon o rehabilitaci vojáků – *Soldiers Rehabilitation Act*.

V návaznosti na to vznikl o dva roky později zákon pro všechny občany, tj. *Civilian Rehabilitation Act*. U nás se péčí o vracející se vojáky z 1. světové války věnoval profesor Jedlička. Ovšem s rozdílem, že tato péče nebyla pojmenována rehabilitací a nebyla zakotvena v žádném ze zákonů (Kolář et al., 2020).

V České republice a celkově v Evropě se začala rehabilitace prosazovat až po 2. světové válce, kdy významným podnětem byla epidemie poliomyelitidy. Australanka Elizabeth Kennyová zásadně ovlivnila proces rehabilitace u tohoto onemocnění. Její metody měly významný vliv na RHB u nás z pohledu funkčního přístupu. V Jánských lázních, kde se mimo jiné stala rehabilitace poliomyelitidy hlavní náplní, působil docent Véle, který přispěl k rozvoji léčebné rehabilitace v České republice. V 60. letech vznikla myšlenka založit samostatnou rehabilitační společnost, a tak v roce 1964 bylo povoleno vzniku samostatné Československé rehabilitační společnosti v rámci Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. V roce 1992 došlo ke spojení rehabilitační a fyziatrické společnosti a v současnosti působí Společnost pro rehabilitační a fyzikální medicínu v rámci ČLS JEP (Kolář et al., 2020).

1.4.2 Definice a rozdělení rehabilitace

Rehabilitace je pojem s velmi rozsáhlým významem. V roce 1969 přichází WHO s definicí rehabilitace a uvádí ji jako „*kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti*“ (Votava, 2003). Kolář (2020, str. 2) uvádí i rozšíření této definice z roku 1981: „*Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí dysabilita, následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého.*“

Dělení rehabilitace se odvíjí od toho, z jakého pohledu na ni autor či odborník pohlíží, nebo z jaké je oblasti a dle zaměření na typ onemocnění. Peč a Probstová (2009) zpracovávají rehabilitaci na úrovni jedince, skupiny a systému. Kolář (2020) dělí dle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření. Oba pak rozdělují rehabilitaci do těchto oblastí: *léčebná (medicínská) rehabilitace, sociální rehabilitace, pedagogická rehabilitace, pracovní rehabilitace.*

Novosad (2005) navíc uvádí psychologickou rehabilitaci, rodinnou a volnočasovou rehabilitaci. Všechna tato odvětví se navzájem prolínají a díky vzájemné spolupráci

prochází celý proces vývojem od léčebných opatření po cílené začlenění. Proto je celý proces označován jako ucelený či komprehenzivní (Klusoňová, 2011).

1.4.2.1 Léčebná rehabilitace

Tato rehabilitace bývá nasazována bezprostředně po stanovení diagnózy, protože je nedílnou součástí komplexní zdravotní péče a zahrnuje soubor diagnostických, terapeutických, rehabilitačních a organizačních opatření, vedoucí k maximální zdatnosti jedince, a vytváří se tak ideální podmínky k jejímu dosažení (Kolář et al., 2020). Léčebná rehabilitace je zajišťována již od nemocniční lůžkové péče přes ambulantní péči až po péči v odborných léčebných ústavech včetně těch lázeňských (Zeman, 2016). Kolář (2020) uvádí, že pokud je léčebná rehabilitace poskytnuta včas, až jedna třetina pacientů po těžkém úrazu či onemocnění se ani nedostane do systému komplexní rehabilitace (sociální, pedagogická, pracovní). Vrací se po nemoci/úrazu do předchozí kvality života. Kolář (2020) ve své publikaci mimo jiné vypisuje i jednotlivé obory léčebné rehabilitace: *fyzioterapie, ergoterapie, rehabilitační inženýrství, fyziatrie (fyzikální terapie, balneologie, balneoterapie), myoskeletární medicína*. Nelze také opomenout léčebné postupy, které řadíme do oboru psychologie a logopedie (Kolář, 2020).

1.4.2.2 Sociální rehabilitace

V sociální rehabilitaci jde o proces, kdy nemocný s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením nacvičuje dovednosti potřebné k soběstačnosti a samostatnosti, a to do takové míry, aby došlo k co nejlepšímu sociálnímu začlenění jedince (Kolář et al., 2020). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (2012) definuje sociální rehabilitaci jako „*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb*“. Tato služba je poskytována formou terénních, ambulantních i pobytových služeb (MPSV, 2012). K výraznému rozvoji sociální rehabilitace došlo po roce 1989, a to zejména díky nestátním neziskovým organizacím. Především občanská sdružení osob zdravotně postižených, nadací a některá zdravotnická zařízení (léčebné ústavy). V současné

době je financování sociální rehabilitace výlučně z nenárokových dotací ze státního rozpočtu (Kolář et al., 2020).

1.4.2.3 Pedagogická rehabilitace

Vzdělávání zdravotně postižených dětí, žáků a studentů se realizuje pomocí mnohých podpůrných prostředků, které se liší nebo se poskytují nad rámec na rozdíl od běžných výukových standardů. Cílem pedagogické rehabilitace je možnost poskytnout všem zdravotně znevýhodněným lidem co nejvyšší vzdělání a posílit tak jejich samostatnost a možnost se aktivně zapojit do obvyklých činností společenského života (Kolář et al., 2020). Z výše uvedeného lze pedagogickou rehabilitaci vnímat jako organizovaný proces s předem stanovenými cíli, kterých dosahujeme pomocí pedagogicko-psychologických prostředků: *edukace, reedukace, kompenzace, stimulace* (Jankovský, 2006).

Novosad (2006) ve své publikaci doplňuje, že pedagogická složka ucelené rehabilitace se zaměřuje na oblast vzdělávání, výchovy a celkově na přípravu povolání, rozvoj soběstačnosti a schopností jedince. Lze tedy vyvodit, i přestože se vzdělávání a výchova týká především dětí, žáků a studentů, že se v rámci těchto procesů můžeme věnovat i dospělým a seniorům (Neubauerová et al., 2012).

Pedagogická rehabilitace nemá své pevné ukotvení v zákonech, přesto ji ovlivňují zákony a vyhlášky spjaté přímo se speciálním vzděláváním, inkluzí a obecně systémem českého školství. Konkrétně jde o zákon č. 82/2015 Sb. – zákon, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (zákon č. 82/2015 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, 2015).

1. 4. 2. 4 Pracovní rehabilitace

Osobám se zdravotním postižením se poskytuje vyšší ochrana na trhu práce a mají právo využít pracovní rehabilitace (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004). Hlavním úkolem této složky ucelené rehabilitace je získat a udržet vhodné zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením. Na základě podání žádosti ji zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené (Kolář, 2020). V pracovní rehabilitaci jde především o poradenskou činnost zaměřující se na volbu povolání, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a také pomoc se zprostředkováním, udržením a změnou zaměstnání (zákon č. 435/2004

Sb., o zaměstnanosti, 2004). Její snahou je zkrátka plné začlenění jedince se zdravotním postižením na trhu práce (Kolář, 2020).

1.5 Rehabilitační ošetřovatelství

Kolář et al. (2020) ve své publikaci rozděluje léčebnou rehabilitaci z hlediska zaměření a účelu na dvě základní oblasti – léčebná rehabilitace zaměřující se na prevenci sekundárního poškození (rehabilitační ošetřovatelství), ohrožující nemocného k základní diagnóze a léčebná rehabilitace se zaměřením na ovlivnění funkčního deficitu s využitím fyzioterapeutických postupů.

Podobně definuje rehabilitační ošetřování také Slezáková et al. (2019) jako postup léčebné rehabilitace, jako prevence mnohých komplikací. Klusoňová a Pitnerová (2014) ve své publikaci zmiňují pojmy *rehabilitační ošetřování* a *rehabilitační ošetřovatelství*. Rehabilitační ošetřování je definováno jako činnost, kdy se uplatňují jednotlivé rehabilitační prostředky v rámci ošetřovatelského procesu a je považován za součást celkové ošetřovatelské péče. Důležitým aspektem je realizovat rehabilitační ošetřování kontinuálně, a především je nutná spolupráce nejen v rámci ošetřovatelského týmu, ale i s fyzioterapeuty (Chvojková, Hruzíková, 2014). Naopak rehabilitační ošetřovatelství je označeno jako nesprávný pojem, protože ošetřovatelství vymezují Klusoňová a Pitnerová (2014) jako samostatný vědní obor. Avšak termín rehabilitační ošetřovatelství je ukotven ve vyhlášce č. 158/2022 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků (2022), protože je zařazeno do kompetencí všeobecných i praktických sester. Ovšem je zajímavé, že pojem rehabilitační ošetřovatelství je ve vyhlášce zmíněn pouze u kompetencí praktických sester: „i) provádět rehabilitační ošetřovatelství, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce, včetně prevence dalších poruch vyplývajících ze snížené mobility nebo imobility.“ Kdežto u kompetencí všeobecných sester je již pojem rehabilitační ošetřování: „j) provádět rehabilitační ošetřování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemísťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility.“

1.6 Role všeobecné sestry v rámci rehabilitační péče

Jen málokteré povolání prodělalo celkem v krátkém časovém horizontu tak velké změny jako profese všeobecné sestry. Změny se formovaly od charitativních institucí a hospitalů přes válečná období až po dnešní profesionální ošetrovatelskou péči. Vývoj rolí je ovlivňován mnoha faktory a dělíme je do oblastí ošetrovatelsko-pečovateľské, podpory a výchovy ke zdraví, poradenství, expresivní a oblast organizace a administrativy (Plevová, 2018). Dnešní struktura sesterské role se odvíjí od cílů ošetrovatelství a vymezení předmětu. Sestra by měla naplňovat roli ošetrovatelky a pečovatelky, edukátorky, komunikátorky, poradkyně, zprostředkovatelky, nositelkami změn, advokátky nemocného, vůdce a manažerky, výzkumnice (Špirudová, 2015).

Role sestry pracující na chirurgickém oddělení vychází z interakce s chirurgickým oborem. Dnes je všeobecná sestra vysokoškolsky vzdělanou profesí a její role, které by měly být součástí pracovní náplně, se skládají ze čtyř částí (Janíková, Zeleníková, 2013). *Autonomní role* obsahují veškeré odborné činnosti (diagnostika potřeb pacienta, tvorba ošetrovatelských plánů včetně intervencí, správné užívání ošetrovatelské terminologie, vedení ošetrovatelské dokumentace, prevence vzniku nežádoucích událostí a komplikací, poskytování informací dle kompetencí sestry, podpora nemocných a rodinných příslušníků). *Kooperativní role* zahrnuje aktivity jako je plnění ordinací lékaře, komunikace v multidisciplinárním týmu, respektování a vzájemná spolupráce s ostatním ošetrojícím personálem). *Výzkumná a rozvojová role* obsahuje využití nových postupů a technologií v ošetrovatelství, zájem a účast na tvorbě ošetrovatelských standardů, zájem o odbornou literaturu či využívání principů EBN. *Koordináční a řídicí role* zahrnuje koordinaci práce ošetrovatelského týmu, sledování a řízení kvality a efektivnosti ošetrovatelské péče, mentorskou činnost (Ivanová, 2006).

Koncepce ošetrovatelství (Strnadová et al., 2021) popisuje edukační činnost jako jednu z náplní práce všeobecné sestry. Jde o činnost, kdy zprostředkovává srozumitelné informace pacientům a rodinám v rámci svých kompetencí s cílem vyhodnotit dosažené výsledky. Edukace je zde popsána jako symbol aktivního přístupu k životu a zdravého životního stylu. Zaměřena na výchovu, podporu zdraví, na prevenci vzniku komplikací a nemocí. Edukace sestry na chirurgickém oddělení cílí na přípravu pacienta před akutní či plánovaným výkonem, a především na efektivní pooperační rehabilitaci, na které v konečném důsledku závisí celkový výsledek operace (Goodman, Cynthia, 2017).

Bývalá přednostka kliniky rehabilitačního lékařství ve VFN doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. pro článek do časopisu *Florence* uvedla, že role sester je důležitou součástí v rehabilitaci. A dodala: „*Sestra s pacientem stráví nejdelší čas, má velký vliv na udržení kvality jeho života a podílí se na našem společném cíli, kterým je návrat pacienta do původního stavu.*“ (Škubová, 2016, str. 38).

Podobně vyzdvihl roli sestry v rehabilitační péči i Gutenbrunner et al. (2022) ve svém článku, kdy při příležitosti vyhlášení Mezinárodního roku sester a porodních asistentek Světovou zdravotnickou organizací v roce 2020, Global Rehabilitation Alliance a International Council of Nurse, reflektovali roli sester v rehabilitaci. Tradiční model ošetrovatelství spočívá v podpoře pacientů se základními potřebami. Ovšem v posledních letech se objevuje více modelů zaměřujících se na složitější potřeby nemocných. Pacienti jsou obvykle pasivními příjemci intervencí, ale moderní koncepce ošetrovatelství mění tyto staré vzorce a podporuje pacienty k samostatnosti a aktivitě. Nemocný je aktivně zapojován a jednotlivé intervence se nezaměřují pouze na poskytování péče, ale vzdělává pacienty, jak dosáhnout nejlepších výsledků. Tento aktivující přístup ošetrovatelské péče představuje základní princip samotné rehabilitace. Všeobecná sestra je klíčovým členem rehabilitačního týmu a je třeba pochopit, že primárně neposkytují péči o pacienta, ale především poskytují péči s pacientem. Veškerá tato péče zahrnuje vysvětlování, předvádění a neustálé procvičování s jasným cílem pomoci pacientovi (znovu) získat nezávislost v běžných denních činnostech (Gutenbrunner et al, 2022).

1.7 Základní prostředky rehabilitačního ošetřování

Slezáková et al. (2019) uvádí konkrétní preventivní prostředky – polohování, vertikalizace a mobilizace nemocného. Chvojková a Hruzíková (2014) připisují k hlavním úkonům rehabilitačního ošetřování také prevenci tromboembolické nemoci, péče o průchodnost dýchacích cest a psychickou podporu pacienta.

1.7.1 Vertikalizace nemocného po břišní operaci

V případě, že se stav pacienta zlepšuje, je vhodné jej začít pomalu vertikalizovat (Knapová, 2019). Možnost vertikalizace indikuje lékař dle typu výkonu, ale v případě, kdy je nemocný z hlediska kardiopulmonálního zatížení a intrakraniálního tlaku schopný tolerovat vyšší polohy, pomalu polohujeme do vertikály (Kolář, 2020). Vertikalizace

pozitivně ovlivňuje oběhový systém, posilují se správné funkce vyprazdňování močového měchýře a motilita střev, působí v prevenci kontraktur, pneumonie. Především včasnou vertikalizací eliminujeme změny v hemodynamice, které se mohou projevit nauzeou, bolestí hlavy, palpitací, dušností až ortostatickým kolapsem (Knapová, 2019). Kolář (2020) také uvádí, že se při stožení mnohem lépe aktivuje bránice, a tím se tak zlepšují ventilační parametry s podporou drenáže sekretu.

Vertikalizovat začínáme postupně, a to posazováním na lůžku s nataženými končetinami. Můžeme tak učinit pasivně pomocí elektricky nastavitelného lůžka či se pacient podloží polohovacími pomůckami. Zvládá-li takto sedět bez potíží, pokračujeme dalším krokem ve vertikalizaci, a to je poloha v sedě se spuštěnými dolními končetinami přes okraj lůžka. Provádíme tak pomocí posazovacího manévru a je důležité edukovat nemocného, jak jej správně provádět. Důležité především po břišních výkonech, kdy je třeba nezatěžovat břišní stěnu. Nemocný se nejdříve na lůžku otočí na bok s pokrčenými dolními končetinami, spodní paže je podél těla a snaží se opírat o loket, vrchní končetina se snaží před tělem opírat dlaní do lůžka. K samotnému posazení je třeba svést dolní končetiny z lůžka a zvedat se pomocí rukou. V této poloze nemocný nějaký čas setrvá a ideálně pro lepší stabilitu podložíme plochy nohou stoličkou nebo snížíme lůžko, aby pacient dosáhl na podlahu. V případě, že zvládá i takto sedět, pokračujeme do vertikalizace ve stoje. Opět nějakou chvíli setrvá ve stoje. Pacienta je třeba neustále jistit proti pádu (Trachtová, 2013). Sestra vždy stojí na operované straně pacienta, a takto jej doprovází při chůzi. Je nutné zvážit, zda nemocný ujde požadovaný úsek, nemá nevolnosti či závratě. V terénu si pro případ potřeby připravíme židli nebo chůzi odložíme na později (Slezáková, 2019). Hlavním cílem vertikalizace je brzy dosáhnout míry soběstačnosti pro běžné denní aktivity (Knapová, 2019).

1.7.2 Mobilizace nemocného po břišní operaci

Mobilizaci pacienta řadíme k nejdůležitějším úkolům rehabilitace. Pohyb je všeobecně základním projevem jedince a předchází vzniku mnoha komplikací, jako jsou svalové atrofie, osteoporóza, kontraktury a další (Slezáková, 2019). Všeobecná doporučení pro rehabilitaci po břišních operacích je prevence TEN, péče o jizvu, fixace rány při kašli, časná vertikalizace mimo jiné i jako prevence adhezí. Jak je uvedeno v předchozí kapitole, nemocný by se měl zvedat přes bok a nepřitahovat se pomocí hrazdičky (Čoupková, Slezáková, 2012). Nejenže je třeba pečovat o jizvu, ale je důležité i samotné

hojení rány. Proto je v rámci rehabilitace potřeba, aby tahy a tlaky na operační ránu, způsobené tahem okolních svalů či nitrobřišním tlakem, byly adekvátní stavu a můžeme hodnotit dle bolestivosti. Ideální je před zahájením vertikalizace/mobilizace podání analgetik, především v časně pooperační době (Bláhová, 2019).

Mezi základní pohyby řadíme změnu polohy, sed, stoj a chůze. Lékař vždy indikuje míru zátěže, fyzioterapeut s pacientem nacvičují jednotlivé pohyby, všeobecná sestra se věnuje polohování a pokračuje s kontinuálním rehabilitačním ošetřováním (Slezáková, 2019).

Mobilizaci dělíme do tří fází – *pasivní pohyb*, *asistovaný pohyb* a *aktivní cvičení* (Kolář, 2020).

Pasivním pohybem rozumíme, že pohyb vykonává jiná osoba či přístroj od úplné relaxace svalstva do pocitu bolesti (Kapounová, 2020). Pomocí pasivních pohybů redukuje se rozvoj spasticity, zamezuje se vzniku kontraktur a zachovává se plná pohyblivost v kloubech. Cílem pasivního cvičení je uchování pohybu v paměti (Kolář, 2020). Ošetřovatelský personál by měl znát zásady pasivního cvičení, jako jsou správně držet končetinu, pohyby provádět pomalu a správně fixovat kloub. V neposlední řadě je třeba respektovat pocity bolesti nemocného (Kapounová, 2020).

Asistovaným pohybem rozumíme aktivní pohyb nemocného za pomoci druhé osoby (Kolář, 2020). Nacvičují se základní denní činnosti, jako je sebeobsluha a soběstačnost (hygiena, oblékání, příjem potravy) (Knapová, 2019). Později nacvičujeme sed, stoj a chůzi, kdy zdravotnický personál nemocnému pomáhá, informuje a dohlíží na správné provedení pohybu (Slezáková, 2019). Jako funkční trénink označujeme nácvik přesunů, kdy učíme nemocného se co nejvíce aktivně zapojit. Nacvičujeme tak například přesuny po lůžku, přetáčení na bok, přesun z lehu na boku do šikmého sedu, posazení na okraj lůžka, nácvik ze sedu do stoje, nácvik stoje a následně i chůze (Kolář, 2020).

Aktivní cvičení vykonává nemocný sám pod dohledem podle instruktáže sestry či fyzioterapeuta (Kolář, 2020). Tímto cvičením nejenže posilujeme svalstvo, ale podporujeme funkci srdce, plic a celkově posilujeme fyzickou zdatnost (Slezáková, 2019).

1.7.3 Polohování nemocného po břišní operaci

Pacient po operaci dutiny břišní zaujímá obvykle polohu na zádech v mírném polosedu pro snadnější dýchání a v případě nauzey, zvracení či odkašlávání. V zásadě nezáleží na

poloze nemocného. Je však nutné zajistit případné drény, sondy či katétr, aby nedošlo k útlaku či dislokaci. Podstatné je dbát na zajištění adekvátní ventilace plic jako prevence plicních a tromboembolických pooperačních komplikací (Zeman, Krška, 2023).

Polohování pacienta Kapounová (2020) řadí mezi pooperační pasivní pohyby. Knapová (2019, str. 5) definuje polohování jako „*umístění těla člověka do fyziologických a terapeuticky prospěšných poloh pomocí podkládání a podpory, podpora zotavení. Ukládání nemocného nebo částí jeho těla tak, abychom preventivně zabránili sekundárním komplikacím ze špatné polohy*“. Všeobecně se polohování provádí u pacientů, kteří mají nějaké omezení, ztrátu hybnosti nebo v případě poruchy citlivosti části těla (Kolář, 2020). Změna polohy je stimulačním faktorem pro opětovný návrat motorických i senzomotorických funkcí (Knapová, 2019). Správné polohování má zásadní vliv na celkový stav nemocného. Pomáhá odlehčit kůži, především predilekční místa, a zlepšuje se prokrvení jednotlivých částí těla. Dále polohování předchází vzniku kontraktur, svalových atrofií, eliminuje bolest a zlepšuje psychickou pohodu (Kolář, 2020). Zkrátka polohujeme cíleně dle toho, jakých výsledků chceme dosáhnout. Mimo prevence dekubitů a kontraktur lze polohováním zlepšit oběhové funkce, dochází ke zlepšení pozornosti a vigility (Knapová, 2019). Kolář (2020) navíc uvádí zabránění poškození periferních nervů.

Při polohování je třeba dodržovat předem stanovené zásady (Slezáková, 2019): – znalosti o aktuálním stavu pacienta; předem seznámit nemocného se změnou polohy – důvod, postup, význam; poloha by měla být pohodlná, nebolestivá, upravovaná každé 2–3 hodiny, i v noci; nemocný leží v suchu; znát správnou techniku provedení změny polohy; znalosti a dodržování zásad bezpečné manipulace s pacientem; když je možnost, vyzvat nemocného ke spolupráci; zajistit bezpečnost polohy – využití pomůcek; dodržovat průchodné všechny drény, sondy, katétr; pravidelná kontrola pacienta a zajistit funkčnost polohy; správná komunikace sestry s pacientem během celého procesu polohování; provést záznam o polohování pacienta (Knapová, 2019).

Jak je výše uvedeno v zásadách polohování, využívají se v praxi mnohé pomůcky. Jak uvádí Trešlová (2021), jejich používání zvyšuje soběstačnost a komfort nemocného. Mimo jiné se také snižuje riziko poranění nejen samotného pacienta, ale i zdravotnického personálu. Pomůcky se stále vyvíjí. Je jich nepřehledné množství a jejich správné využití si vyžaduje zaškolení personálu. Na výběr máme například různé klíny, válce, korýtka,

polštáře (Mikula, 2008). Pacienta také můžeme přemísťovat pomocí zvedáku a různých rolovacích podložek a je-li možnost a dovoluje vybavení zdravotnického zařízení, umísťují se nemocní na antidekubitální matrace snižující tlak (Lebwohl, 2017). V neposlední řadě zdravotnickému personálu ulehčuje práci elektricky nastavitelné a polohovatelné lůžko. Postranice a hrazdička, které jsou dnes již běžnou součástí lůžek, jsou také velmi nápomocny pacientovi při změně polohy (Šeflová, 2016). Polohování není jen pracovní náplní fyzioterapeutů, ale je třeba spoluúčast veškerého ošetřujícího personálu (Kolář, 2020).

1.7.4 Cévní gymnastika a prevence tromboembolické nemoci

Tromboembolická nemoc je jednou z nejčastějších pooperačních komplikací. Riziko hluboké žilní trombózy či plicní embolie vzrůstá nejen rozsáhlostí operačního výkonu (Anderson, 2019), ale také je třeba věnovat pozornost rizikovým faktorům, jako je věk nad 40 let, obezita, diabetes, trombóza v anamnéze, oběhové poruchy, kachexie, dehydratace a jiné. Na vzniku trombózy se podílejí tři základní faktory, kterými jsou poškození cévní stěny, porucha toku cévami a porucha srážlivosti krve tzv. Virchowova triáda, zaměřuje se prevence právě k jejich ovlivnění. Prevence TEN může být nefarmakologická nebo farmakologická (Zeman, Krška, 2023).

Nefarmakologickou prevencí rozumíme pasivní a aktivní cvičení, elastická komprese a elevace končetin (Gumulec et al., 2006). Cévní gymnastiku řadíme k aktivnímu cvičení, jejímž cílem je zlepšit funkce žilně-svalové pumpy na dolních končetinách. Nemocný může takto cvičit dle aktuálního stavu a možností, a to buď v lůžku na zádech, vsedě, vestoje, nebo na břiše. Je možné využít různé pomůcky (míček, ručník aj.) nebo bez využití pomůcek, kdy pacient například krouží nohou v kotníku, cvičí prsty apod. (Knapová, 2019). Podpora svalové pumpy, poloha pacienta, včasné vstávání a elastická komprese dolních končetin napomáhají ke zvýšení žilního průtoku. Zvýšená rychlost toku krve v dolních končetinách a pánvi předchází vzniku TEN (Trachtová et al., 2013). Kompresivní terapie se aplikuje proto, aby se zamezilo již chorobně zdeformovaným povrchovým žilám, zvýšil se tak průtok hlubokým žilním systémem, a tím se zredukuje doprovázející otok. Ideální kompresí lze docílit kompresivními elastickými punčochami či elastickými obinadly (Švestková, 2013).

U nemocných s nízkým rizikem tromboembolické nemoci postačí aplikace nefarmakologické profylaxe, jakou je včasná mobilizace případně kompresivní terapie.

Pacienti se středním až vysokým rizikem TEN by mimo komprese měli mít i farmakologickou prevenci – tromboprofylaxe LMWH (Štěpánková, 2021). Anderson et al. (2019) zjišťoval ve své studii, jak dlouho po operačním výkonu s LMWH profylaxí pokračovat. Štěpánková (2021) ve svém článku uvádí dobu obvykle 7–10 dní či do propuštění pacienta a u malignit je indikace prodloužena na 4 týdny. Anderson et al. (2019) v závěru studie doporučuje prodloužený cyklus farmakologické prevence u nemocných, kteří podstupují rozsáhlý chirurgický výkon. Prodlouženou profylaxí se v tomto případě myslí podávat LMWH po dobu delší než tři týdny (s rozmezím 19–42 dní).

Aplikace LMWH se provádí subkutánním podáním. Místa vpichu jsou horní zevní třetina paže, horní zevní třetina stehna či anterolaterální oblast břicha. Po výkonech v oblasti břicha volíme místo vpichu na paži nebo stehně, protože se injekce nesmí aplikovat do modřin, do míst lokálního zánětu a dále do míst častých vpichů a exantémů (Vytejková et al., 2015). Specifikem aplikace této lékové skupiny je aplikace v úhlu 90 ° do předem vytvořené řasy, neaspiruje se a řasa se drží po celou dobu aplikace. Místo vpichu se nemasíruje (Jirkovský et al., 2012).

1.7.5 Dechová rehabilitace

Správné dýchání ovlivňuje veškeré funkce organismu (Knapová, 2019), a proto je dechová rehabilitace nepostradatelnou součástí péče o dýchací systém (Vytejková, 2013). Respirační rehabilitace se věnuje přirozeným způsobem a rytmem dýchání a analyzujeme jej pohledem vestoje i vsedě, sledujeme frekvenci, hloubku a průběh dechové vlny (Dvořák, 2007). Cílem dechové rehabilitace je optimalizovat dechový vzor, zvýšit rozvíjení hrudníku a sílu dýchacích svalů a také usnadnit odkašlávání (Mikulášková et al., 2021). Smolíková a Máček (2010) uvádí, že hlavním cílem respirační gymnastiky je vylepšit dechovou hygienu a zvýšit průchodnost dýchacích cest. Dále snížit obstrukci průdušek a snížit zahlenění. Knapová (2019, str. 12) říká o dechové rehabilitaci, že *„podporuje a usnadňuje vykašlávání, zlepšuje plicní ventilaci, pomáhá předejít dechovým komplikacím, obstrukcím, snižuje riziko pneumonií, pozitivně podporuje metabolismus a celkově přispívá k urychlení regenerace a zlepšení fyzické kondice“*. Konkrétně u nemocných po břišních operacích využíváme dechovou gymnastiku jako prevenci pooperačních komplikací, jako je atelektáza, zápal plic či poruchy dýchání. (Dvořák, 2007)

Vytejčková (2013) rozlišuje aktivní a pasivní rehabilitační techniky dechové rehabilitace. Aktivní techniky provádí nemocný sám nebo ve spolupráci se sestrou či fyzioterapeutem a pasivní techniky provádí sám fyzioterapeut například u nespolupracujících pacientů (v bezvědomí).

Mezi aktivní techniky respirační rehabilitace dle Vytejčkové (2013) řadíme *dechovou gymnastiku*, která přispívá ke zvýšení fyzické kondice, k profylaxi změn na pohybovém aparátu. Cvičení dělíme na *statické*, kdy hrají roli hlavní dýchací svaly a cílem je obnovit dechový vzor, a *dynamické*, kdy se využívá prohloubené dýchání spojené se současnými pohyby trupu, končetin a hlavy. *Autogenní drenáž* je technika vědomě řízeného dýchání, vedoucí k uvolnění a mobilizaci sekretu z dýchacích cest, a proto je vhodná u zahleněných pacientů. *Instrumentální drenážní techniky* mají za úkol zlepšit ventilaci a usnadnit expektoraci pomocí různých pomůcek (PEP maska, Flutter, Accapella, Triflo; – viz Příloha 2) (Knapová, 2019).

Mezi pasivní techniky řadíme *kontaktní dýchání* (Vytejčková, 2013). Jde o metodu, kdy ruce fyzioterapeuta vedou a prohlubují dýchací pohyby nemocného, tím se snižuje dechová frekvence, dochází k odstranění hlenů z dýchacích cest a lépe se provzdušní plíce. A dále *vibrační masáže stěny hrudníku*, které jsou metodou velmi podobnou kontaktnímu dýchání, ovšem při výdechu ruce fyzioterapeuta provádí vibrace.

V neposlední řadě je nedílnou součástí dechové rehabilitace péče o hygienu dýchacích cest (Dvořák, 2007). Především pokud jsou pacienti zahlenění. Nejprve je nutné uvolnit hlenu inhalací a poté vykašlat. V případě potřeby nahromaděný hlen odsajeme (Knapová, 2019). Je také třeba nácviku vykašlávání a kašle, kdy nemocného edukujeme odkašlávat s fixací operační rány (Dvořák, 2007).

1.8 Kinestetika a její význam v ošetrovatelské péči

Podrazilová (2015) řadí kinestetickou mobilizaci k moderním trendům v ošetrovatelství, ale i přesto je koncept kinestetiky velkou neznámou.

Výraz kinestetika se skládá ze slova „*kinesis*“ – pohyb a „*aesthetics*“ – vnímání. Zakladateli tohoto konceptu jsou Dr. Frank Hatch a Dr. Lenny Maieta a začíná se využívat od 70. let 20. století pro popis lidského pohybu a funkce. V roce 1998 založila všeobecná

sestra Heidi B. Mißbach pohybovou školu Viv-Arte a následně do ošetrovatelské péče začlenila prof. Ch. Bienstein. Koncept kinestetiky je založen na vědeckých poznatcích, kterými jsou *poznatky z kybernetiky*, kdy společně pohybový aparát působí na okolí a smyslové orgány. Výsledkem je uzavřený kruh mezi organismem a prostředím. *Feldenkreiseova metoda* je terapie pomocí pohybu, při níž si pacient cíleně uvědomuje svůj pohyb. Na základě tohoto vnímání pak lépe koordinuje pohyb. Také vychází z humanistické *psychologie a poznatků moderního tance* (Kramperová et al., 2010).

Ošetrovatelskému personálu koncept kinestetické mobilizace umožňuje pochopit pohyb jako základní lidskou potřebu a využívat pohybových rezerv nemocného, kdy zdravotník vykoná pohyb společně s pacientem za co nejmenšího užití vlastní síly. V praxi se často setkáváme využití hrubé síly, kdy zdravotnický personál používá k přesunu pacienta různé polohovací pomůcky. Ovšem tento způsob manipulace má negativní účinek nejen na pacienta samotného, který je v tomto případě naprosto pasivním účastníkem, ale i riziková pro samotný personál (Podrazilová, 2015). O vlivu kinestetiky na muskuloskeletální poruchy u zdravotníků, se zabývala ve svém článku Freiber et al. (2016). Autoři porovnávali celkem 13 studií a lze předpokládat, že celý koncept může snížit vnímanou námahu a muskuloskeletální problémy u personálu manipulujícího s pacienty. Podrazilová (2015) vyzdvihuje, jak je manipulace s pacientem při využití kinestetické mobilizace šetrná z důvodu minimalizace bolestivých podnětů a je zachována pohybová činnost při samotném polohování. Zároveň je sníženo riziko poranění ošetřujícího personálu, ke kterému mnohdy dochází při špatné manipulaci s nemocným. V kinestetice je důraz kladen především na preventivní a rehabilitační podporu pohybu, nácvik a celkově zlepšení pohybové interakce. Nejenže podpoříme a upevníme pacientovi pohybové schopnosti, a to s minimálním vynaložením vlastní námahy (Kramperová et al., 2010).

Kinestetická mobilizace není jen pohybový a komunikační koncept, ale zapojuje model myšlení. Jde o jednoduchý a praktický instruktážní model pomáhající pacientům provádět běžné denní činnosti (příjem jídla a pití, hygiena, oblékání, vyprazdňování) (Kinestetika, 2008–2016). Kinestetické principy jsou nástrojem tohoto učebního procesu: *Vztahující se ke komunikaci* – interakce (mezi vnitřní a vnější skutečností); námaha; okolí a jeho vlivy. *Vztahující se k činnosti* – lidský pohyb (odlišné pohybové vzorce); lidské funkce (pohyb s určitým záměrem); funkční anatomie (činnost, která může být pohybovým aparátem vykonávaná různě) (Kramperová et al., 2010).

Kinestetická mobilizace je nejen ideální metodou k manipulaci s nemocnými s pohybovým omezením, ale zároveň je to jeden z mála konceptů zaměřených i na samotný ošetrovací personál, kdy jim ulehčuje manipulaci s imobilními nemocnými, a pomáhá tak předcházet častým problémům jako jsou například bolesti zad (Kramperová et al., 2010).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit informovanost sester na chirurgických odděleních o rehabilitačním ošetřování.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry na chirurgických odděleních používají prvky z rehabilitačního ošetřování u pacientů po břišních operacích.

Cíl 3: Zjistit, jaké prvky rehabilitačního ošetřování užívají sestry nejčastěji.

Cíl 4: Zjistit, jaké je povědomí sester o kinestetické mobilizaci.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké prostředky rehabilitačního ošetřování používají sestry na chirurgických odděleních u pacientů po břišních operacích?

Výzkumná otázka 2: Jak sestry realizují rehabilitační ošetřování u pacientů s chirurgickým onemocněním břicha?

Výzkumná otázka 3: Jak na rehabilitační ošetřování reagují pacienti?

Výzkumná otázka 4: Využívají sestry metody kinestetické mobilizace při ošetřování pacientů po břišních operacích?

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Pro empirickou část diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Tato metoda byla zvolena záměrně pro podrobnější zkoumání vybraného tématu a předání osobních zkušeností jednotlivých respondentů. Byla zvolena kombinace forem dotazování a pozorování. Technikou byl zvolen polostrukturovaný rozhovor a zúčastněné skryté pozorování. Sběr dat se uskutečnil po domluvě s náměstkyní pro nelékařská zdravotnická povolání ve vybrané Fakultní nemocnici v Praze v průběhu února a března roku 2024.

3.1.1 Rozhovor

Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor pro všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení. Tento typ rozhovoru je flexibilnější a volnější než strukturované rozhovory a zároveň jsou systematičtější a organizovanější než nestrukturovaný rozhovor. (Wildemuth, 2009) Pro rozhovor bylo připraveno po předchozí konzultaci s vedoucí práce 35 otázek (Příloha 3), které byly v průběhu doplňovány o další podotázky. Během rozhovorů byly vysvětleny jednotlivým respondentkám pojmy, kterým neporozuměly. Přes časovou vytíženost a námitky ze strany všeobecných sester bylo nakonec uskutečněno šest rozhovorů. Každý z nich probíhal jednotlivě po domluvě s respondentkami v klidném prostředí, které si samy zvolily, a dle jejich časových možností – v průměru 60 minut. Před zahájením každého rozhovoru byly sestry seznámeny s tématem a vysvětlen důvod tohoto výzkumného šetření. Dále byly informovány, že veškerá použitá data jsou zcela anonymní a budou použita výhradně k účelům této diplomové práce.

Získaná data byla redukována o nedokončené myšlenky, věty a výroky nepodstatné pro výzkum. Všechny rozhovory byly doslovně zaznamenávány v elektronické podobě. K analýze dat byl následně každý rozhovor vytištěn do papírové formy a rozčleněn do menších celků dle jednotlivých výzkumných otázek. Pro podrobnější zpracování byla zvolena technika tužka-papír a pomocí otevřeného kódování byly jednotlivé údaje v každém z rozhovorů rozebrány, pojmenovány a nově byly poskládány na základě stanovených kódů. Celkem bylo stanoveno osm kategorizačních skupin: informovanost o rehabilitačním ošetřování, přínos rehabilitačního ošetřování, použití jednotlivých

prostředků rehabilitačního ošetřování, prehabilitace, první kontakt s pacientem po výkonu/překladech z JIP, vertikalizace, mobilizace a polohování, ostatní prostředky rehabilitačního ošetřování a kinestetická mobilizace.

3.1.2 Pozorování

Pro další část empirického šetření byla zvolena technika skrytého zúčastněného pozorování. Jde o formu výzkumu, kdy je pozorovatel součástí komplexního zkoumání skupiny a zároveň tím nenarušuje přirozenost zkoumaného celku. (Reichel, 2009) Průběh probíhal dle předem vytyčených pozorovacích kritérií a zaznamenán do předem připraveného pozorovacího archu (Příloha 4). Pozorování bylo zaměřeno na pacienty hospitalizované na chirurgických odděleních ve vybrané Fakultní nemocnici v Praze po prodělaném operačním výkonu dutiny břišní v průběhu února a března roku 2024.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru byl proveden záměrně, a to na chirurgické klinice vybrané Fakultní nemocnice v Praze. Osloveno bylo celkem 13 praktických a všeobecných sester technikou sněhové koule. Šlo o záměrný výběr informantek. Kritériem pro vstup do studie bylo pracoviště informantek, a to chirurgické oddělení se zaměřením na břišní chirurgii. Počet informantů byl dán obsahovou saturací. Z celkového počtu 13 oslovených bylo 7 informantek, které i přes ubezpečení o anonymitě a využití dat pouze k účelům této diplomové práce odmítlo kvůli časové vytíženosti. Zbývajících 6 informantek s rozhovorem souhlasilo. V následné kapitole empirického šetření v rámci zachování anonymity byly informantky označeny jako „S1–S6“. Jedna informantka je praktická sestra, zbylých pět jsou všeobecné sestry. Jedna sestra má střední vzdělání s maturitou. Dvě sestry mají vyšší odborné vzdělání a dvě sestry mají vysokoškolské vzdělání – bakalářské. Dvě sestry mají navíc specializační vzdělání – jedna ARIP a druhá specializaci v chirurgickém ošetřovatelství. Délka praxe sester ve zdravotnictví je od půl roku do 35 let. Předchozí praxe informantek byla různorodá, i když stále chirurgického zaměření. Jedna sestra pracovala na ARO a JIP či na kardiologii – katetizační sály. Druhá sestra pracovala rok na onkologii a třetí sestra pracovala na gynekologické a chirurgické ambulanci či na ortopedii.

Pro pozorování bylo vybráno celkem 11 pacientů, kteří byli hospitalizováni na vybraných odděleních břišní chirurgie Fakultní nemocnice v Praze. Šlo o skryté zúčastněné pozorování, tedy pacienti byli vybráni náhodně tak, aby byli vždy v pooperačním období po chirurgickém břišním výkonu. Měli jsme dvě skupiny pacientů. Jedna skupina šla bezprostředně po výkonu zpět na standardní oddělení a pozorování tak probíhalo již od nultého pooperačního dne. Šlo o pacienty 1, 2, 5, 7 a 10. Druhá skupina pacientů byla překladem z JIP na standardní oddělení, tedy byli již několikátý den po výkonu. Pacienti 6 a 8 byli druhý pooperační den. Pacienti 3, 9 a 11 byli třetí pooperační den a pacient 4 byl pozorován od čtvrtého pooperačního dne. Pro zachování anonymity byli pacienti v další části výzkumného šetření této diplomové práce označeni jako „P1–P11“. Při propuštění do domácího léčení či překladu na jiné pracoviště byli pacienti navíc dotázáni, jak byli celkově spokojeni s předchozím rehabilitačním ošetřováním. Zpětnou vazbu takto poskytli 4 pacienti. Jeden pacient byl zmatený a dezorientovaný a zbývajících 6 odmítlo rozsáhleji hodnotit. Opět, pro zachování skrytého pozorování a anonymity účastníků, byly tyto dotazy vzneseny po přiložení dotazníkového hodnocení v rámci celostátního průzkumu Nejlepší nemocnice roku 2024.

4 VÝSLEDKY

4.1 Rozhovory se všeobecnými sestrami

4.1.1 Identifikační údaje všeobecných sester

Tabulka 1 – Identifikace informantek

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nejvyšší dosažené vzdělání	VOŠ	VŠ - bakalář	SZŠ	VOŠ	VŠ - bakalář	SZŠ
Specializační vzdělání	-	ARIP	-	-	specializace v chirurgii	-
Délka praxe ve zdravotnictví	12 let	27 let	35 let	7 let	10 let	6 měsíců
Délka praxe na břišní chirurgii	9 let	17 let	35 let	6 let	10 let	6 měsíců
Předchozí praxe	GYN AMB; všeob. chir. AMB, ortopedie	chirurgická JIP a ARO, kardiologie – katetrizační sály	-	ONKO CHIR.	-	-

ZDROJ: vlastní

4.1.2 Seznam kategorií

1. Informovanost o rehabilitačním ošetřování
2. Přínos rehabilitačního ošetřování
3. Použití jednotlivých prostředků rehabilitačního ošetřování
4. Prehabilitace
5. První kontakt s pacientem po výkonu/překladem z JIP
6. Vertikalizace, mobilizace a polohování
7. Ostatní prostředky rehabilitačního ošetřování
8. Kinestetická mobilizace

1. Informovanost o rehabilitačním ošetřování

V této kategorii jsme zjišťovali, kde se jednotlivé informantky setkaly s pojmem rehabilitačního ošetřování, co pro ně tento pojem znamená a zda zařazují rehabilitační ošetřování do celkově poskytované ošetrovatelské péče o pacienta.

V otázkách, kde se informantky setkaly s pojmem rehabilitační ošetřování a kde získaly informace, se odpovědi většinou shodují, že první zmínky o tomto pojmu byly již na škole a pak dále získávaly zkušenosti díky praxi. Sestra 2 uvedla: *„S tím rehabilitačním ošetřováním jsem se setkala již na JIP, kam docházela fyzioterapeutka, která nám ukazovala, jak o pacienty pečovat v době její nepřítomnosti.“* Shodně odpovídaly i sestra 3 a sestra 5, že si rozšířily obzory o této problematice díky spolupráci s fyzioterapeutem, který dochází na oddělení.

V otázce, co pro informantky znamená pojem rehabilitační ošetřování odpověděla sestra 5: *„Pro mě to znamená jako součást běžné ošetrovatelské péče, kdy například díky včasné vertikalizaci zajistíme brzký návrat soběstačnosti pacientovi nebo díky polohování předcházíme proleženinám a mnoho dalšího.“* Dále se shodovaly odpovědi sester 1, 2, 3 a 6, kdy odpověděly, že díky rehabilitačnímu ošetřování předchází pooperačním komplikacím. Prevence vzniku dekubitů, imobilizačního syndromu aj. uvedly sestry 2, 3, 4, 5 a 6. Sestra 6 také reagovala: *„Zároveň zde probíhá spolupráce mezi sestrou, fyzioterapeutem a doktorem.“*

Mnohé odpovědi navazují v další otázce, zda využívají rehabilitačního ošetřování v rámci běžné ošetrovatelské péče. Zde všechny informantky shodně uvádějí, že využívají při každé směně, především v pooperačním režimu při včasné vertikalizaci po výkonu.

2. Přínos rehabilitačního ošetřování

V této kategorii jsme mapovali všeobecně přínos rehabilitačního ošetřování a přínos pro samotného pacienta a sestru.

Ve všech otázkách týkajících se všeobecného přínosu rehabilitačního ošetřování, přínosu pro samotného pacienta a přínosu pro sestru se odpovědi shodně prolínají. Jako všeobecný přínos rehabilitačního ošetřování uvedla sestra 3: *„Svým způsobem ulehčuje práci nám sestram a zároveň i pacientovi. V rámci prevence – pádu, dekubity, nižší riziko pooperačních komplikací apod.“* Sestra 3 a sestra 5 se shodují, že rehabilitační ošetřování

je součástí každodenní péče o pacienta, a tím mu pomáhají se po výkonu navrátit zpět do každodenního režimu až do úplné soběstačnosti.

S tím souvisí i odpovědi na otázky přínosu rehabilitačního ošetřování zaměřené přímo na pacienta či na sestru. Informantky uvádějí, že rehabilitační ošetřování usnadňuje práci s pacientem, kdy se mu po operačním výkonu postupně navrácí soběstačnost a předchází se mnohým komplikacím. Sestry pak pro svou práci vidí velký přínos právě v předcházení komplikací, ať už jako dekubity a pády či pooperační, a tím si ušetří mnohé další úkony spojené s následnou ošetrovatelskou péčí, jak uvedla sestra 2: *„Ono to všechno souvisí s prevencí komplikací, které pak díky tomuhle rehabilitačnímu ošetřování nemusím řešit. Pacient má lepší náladu, lépe komunikuje atd.“* Sestra 5 navíc uvádí, že se pak může věnovat plnění dalších ordinací lékaře či ostatním pacientům a sestra 6 vidí velké uspokojení při své práci, když vidí, jak se pacientovi daří a posouvá se vpřed.

3. Použití jednotlivých prostředků rehabilitačního ošetřování

V této kategorii zjišťujeme, jaké znají sestry jednotlivé prvky rehabilitačního ošetřování a jaké z těchto prostředků nejčastěji využívají při své každodenní ošetrovatelské péči. Dále jestli využívají kompenzační a polohovací pomůcky a vybavenost jednotlivých oddělení pro poskytování rehabilitačního ošetřování.

Všechny informantky shodně znají základní prvky rehabilitačního ošetřování, kterými jsou vertikalizace, mobilizace a polohování, které také využívají ve své praxi nejčastěji. Dechovou rehabilitaci zmínila sestra 1, 2, 3, 4 a 5. Sestra 1 konkrétně uvedla k dechové rehabilitaci: *„Tu u nás na oddělení hlavně provádí fyzioterapeut, ale my jej někdy hlavně přes víkend zastupujeme a pacient například fouká do rukavice apod. Žádné pomůcky pro dechovou rehabilitaci nemáme.“* Cévní gymnastiku uvedla sestra 1 a sestra 5. Aplikaci tepla a chladu zmínily ve svých odpovědích sestry 3 a 4. Sestra 5 uvedla: *„No a tu dechovou rehabilitaci a cévní gymnastiku, to je spíše již práce fyzioterapeuta.“*

Dále se všechny informantky shodly na využívání kompenzačních a polohovacích pomůcek. Z kompenzačních pomůcek se nejvíce opakovala signalizace v dosahu pacienta, polohovací lůžko a pomůcky k mobilizaci všeobecně jako je chodítka, berle, hůlky. Sestra 2 navíc uvedla hrazdičku, o které zase sestra 5 řekla: *„Hrazdičku moc nevyužívám, pacient při její použití dost často zatíná břišní svaly a není tak moc platná.“*

Z polohovacích pomůcek se nejvíce opakovaly antidekubitní matrace, opěrná křesílka, polštáře či schůdky pod nohy při sezení.

V otázce, zda si myslí, jestli je jejich oddělení dostatečně vybaveno pro poskytování rehabilitačního ošetřování, se odpovědi rozcházely. Sestra 1 uvedla: *„Máme na oddělení mnoho nesoběstačných lidí a nemáme dostatek personálu, málo času na vše a málo pomůcek k polohování.“* Sestra 2 si myslí, že mají oddělení dostatečně vybaveno. Nedostatek pomůcek zase řeší sestra 3 tím, že si v případě potřeby vypůjčí z jiného oddělení. Sestra 4 reaguje: *„Máme tu výhodu fyzioterapeuta, kdy mnoho věcí vysvětlí pacientovi on. Ale jinak já za sebe mohu říci, že není dostatek časového prostoru, aby ta péče byla dostatečná.“* Sestra 5 si myslí, že mají pomůcek dost a doplňuje: *„Máme i bezbariérový přístup do sprchy, chodítka. Každé lůžko je polohovatelné.“* Sestra 6 si myslí, že je oddělení vybaveno částečně pro poskytování ošetrovatelské péče.

4. Prehabilitace

V této kategorii se ptáme informantek, zda ještě před výkonem provádí nácvik rehabilitačních prvků, které jsou důležité pro pooperační období.

Sestra 1 a sestra 6 odpověděly, že nácvik některých prvků provádějí. Sestra 1 odpověděla, že pacient dostane poučení, a konkretizovala: *„Co může po operaci provádět, prevence pádu, prevence pooperačních komplikací, jak bude vstávat z postele přes bok a první vstávání pod dozorem sestry, prevence bolesti, kdykoliv si může zazvonit atd.“* Obdobně odpověděla sestra 6: *„Ano, s pacienty si ukazujeme například vstávání v pooperačním období k dané operaci. Nejdříve vše vysvětlíme a po operaci realizujeme.“* Sestra 2 žádný nácvik před operačním výkonem s pacientem neprovádí a jako důvod uvedla: *„Není to zvykem na našem oddělení.“* Sestra 3 také žádný nácvik prvků rehabilitačního ošetřování před výkonem neprovádí a dodala: *„Vlastně jsem se s tím nikdy nesečkala, že by se před výkonem něco nacvičovalo. Jako jo, řeknu pacientovi vždycky jak zhruba bude probíhat ten den výkonu, kdy orientačně půjde na sál, zda se vrátí k nám na oddělení či půjde na JIP, ale to je asi tak vše. Zbytek mu vysvětlím, až se vrátí z dospávacího pokoje.“* Sestra 4 také neprovádí žádný nácvik prvků rehabilitačního ošetřování před výkonem, protože není časová kapacita. Sestra 5 také stejně jako sestra 3 vše vysvětluje pacientovi až po příjezdu pacienta po operaci a dodává: *„Ne vždy je na to dostatek času. Navíc si myslím, že je toto zbytečné. Lidé jsou mnohdy po narkóze zmatení, ještě dospávají a až jsou sami*

připravení a cítí se na to, poučím je o veškerých dalších krocích péče. Samozřejmě pokud pacient sám vznesl dotaz ještě před výkonem, ráda mu vše vysvětlím.“

V otázce, zda si myslí, jestli by nebylo vhodné zařadit nácvik některých prvků rehabilitačního ošetřování v rámci předoperační přípravy, byly odpovědi různé. Sestra 1 odpověděla, že je to velmi individuální. Základní informace před výkonem pacientovi sdělí, ale po operaci veškeré postupy zopakuje. Dále uvádí: *„Také záleží na fyzickém i psychickém stavu pacienta před výkonem.“* Podobného názoru zastávala sestra 3, která si myslí, že by bylo poučení až po výkonu. Sestra 5 uvedla, že by mohl být nácvik některých prvků rehabilitačního ošetřování prospěšný, a doplnila: *„Co vím, prosazuje se u nás hlavně příprava před zavedením stomie. To si zajišťují stomické sestřičky. Mnohdy se mi stalo, že pacient byl informován i jak správně vstávat, sedat si po výkonu, jak se starat o operační ránu (vyšitou stomii) a jiné – právě od stomické sestřičky.“* Sestra 2 si myslí, že by takovou přípravu měl provádět fyzioterapeut. Na otázku, jaké prvky rehabilitačního ošetřování by zařadily k předoperační přípravě, jednoznačně všechny informantky uvedly nácvik první vertikalizace.

5. První kontakt s pacientem po výkonu/z JIP

V této kategorii jsme zjišťovali, jak probíhá první kontakt s pacientem bezprostředně po operaci břicha a první kontakt s pacientem při překladu z JIP.

U těchto otázek informantky obsáhle popisovaly běžnou pooperační péči o pacienta po výkonu od sledování fyziologických funkcí, operační rány, invazivních vstupů, drénů a jiných vývodů až po plnění ordinací lékaře. Sestra 1 odpověděla: *„Po příjezdu ze sálu, když si její převezmu ze sálu od anesteziologa, zavezu její na pokoj, vysvětlím mu kde najde signalizační zařízení, poučím její že nesmí vstávat, v případě bolesti či toalety, použije signalizačního zařízení, změřím FF včetně saturace, zkontroluju operační ránu, drény a jiné vývody, zda má nasazený Hartmanův pás, nechám kapat infuze dle ordinace lékaře, poučím pacienta o otáčení třeba na bok, aby si nepoškodil operační ránu či drény aj., chodím kontrolovat každých 15 minut po dobu 2 hodin a informuju službu oddělení, že je pacient po sále aby udělal zápis a eventualně upravil další ordinace lékaře. Ještě poučen o jídle a pití, v rámci prevence pádu poučen, aby nevstával sám, proto použití signalizace a eventualně vstávat se sestrou či na toaletu na mísu, klozet.“* Pro náš výzkum však bylo nutné separovat odpovědi k otázce rehabilitačního ošetřování. Informantky shodně

odpovídaly, že vždy informují pacienta, aby poprvé po výkonu nevstával sám, ale s doprovodem ošetřujícího personálu a připraví signalizační zařízení vždy v dosahu pacienta. Sestra 1 vždy pacientovi vysvětlí kde najde signalizační zařízení. Poučí jej, že poprvé nesmí vstávat sám, ale vždy s doprovodem. Sestra 2 uvádí: *„Přizpůsobím prostředí pacientově stavu tj., aby měl v dosahu tekutiny a signalizační zařízení.“* A také nabídne analgetika či v případě nauzey antiemetika. Sestra 5 ukáže pacientovi možnost polohování lůžka a ovládací zařízení nechá v dosahu pacienta. Analgetika nabídnou hned s prvním kontaktem také sestry 3, 5 a 6.

Při prvním kontaktu s pacientem po operaci břicha po překlada z JIP, je poučení velmi obdobné. Vždy sestry zajistí signalizační zařízení v dosahu pacienta. Sestra 1 uvedla: *„Předává mi jej sestřička na JIP, kdy mi předá ústně informace a dokumentaci, zkontroluji FF, drény, operační rámu, plním ordinace lékaře a zavolám službu, aby provedla zápis o pacientovi a případně upravila ordinace. Jinak viz výše poučení atd.“* Sestry 2, 3, 4 a 5 také seznámí pacienta s chodem oddělení. Sestra 3, 4 a 5 navíc zjišťují při předání informace, zda již pacient vstával sám či s dopomocí, jak zvládá hygienu apod. Sestra 5 doplňuje: *„Rehabilitaci jako takovou si převezme do péče fyzioterapeut přítomní na oddělení (přes týden). Případně co se týká vstávání z lůžka, vysvětlím mu nejdříve jak to provede, pak se pustíme do praxe takřkajíc. Mnohdy je třeba postup opakovat.“*

6. Vertikalizace, mobilizace a polohování

V této kategorii zjišťujeme, jak všeobecné sestry poprvé vertikalizují pacienty po operaci břicha, jak celkově probíhá mobilizace takového pacienta, zda jej po výkonu polohují, případně jaké využívají kompenzační a polohovací pomůcky.

Všechny informantky se shodly na odpovědích, že nejprve pacienta poučí, jak bude první vstávání probíhat, a poté dle vysvětleného postupu samotnou vertikalizaci realizují. Nejvíce do detailu odpověď obsáhla sestra 2: *„Nejdříve pacienta poučím, jak bude vertikalizace probíhat a proč po něm vyžadují tento postup. Tedy abychom nezatěžovali břišní stěnu, nezpůsobili kýlu a aby jej to tolik nebolelo. Nejdříve jej odkryju a zkontroluji bandáže dolních končetin. Nejdříve pacienta uložím na bok, poté mu řeknu, jakou rukou se má opřít o lůžko. Pomáhám mu do sedu a současně dávám nohy z lůžka. Poté nechám pacienta sedět, dokud si není jistý, že zvládne vstát, že se mu nemotá hlava a nemá nauzeu.“* Sestra 4 popisuje stejný postup a dodává: *„Nezvedat se přes hrazdičku, aby*

nenapínal břicho.“ Sestra 5 odpověděla také obsáhle jako sestra 2 a dodala: *„Ideálně, když si přidržuje i tu operační rámu. Někdy mají pacienti Hartmanův pás, který sám o sobě to břicho hezky stáhne.*“ Všechny informantky shodně popisovaly celý postup první vertikalizace. Odpovědi se lehce rozcházejí v otázce, kdy je vhodné po výkonu vertikalizovat. Sestra 2 vertikalizuje pacienta cca 6 hodin od příjezdu zpět na oddělení a doplňuje: *„Pokud to pacient nevyžaduje, tak až druhý den ráno či s dostatečným odstupem po výkonu.*“ Sestra 3 nechává vertikalizaci na samotném pacientovi podle toho, jak se sám cítí a jak stav dovoluje. Stejně odpovídají i sestry 5 a 6.

V otázce mobilizace samotné se také informantky shodují, kdy ze sedu pomalu přechází do stoje a pomalu chůze dle stavu pacienta. Sestra 1, 2, 3 a 5 shodně uvádějí, že samotnou mobilizaci zajišťuje a podrobněji vysvětluje fyzioterapeut. S2 doplňuje: *„Průběžně kontroly, zda pacient doporučení dodržuje. Pokud ne, znovu mu jej vysvětlím a vysvětlím i důvod, proč by měl takto postupovat a pokusím se jej přesvědčit, že je to důležité. V následujících dnech pacient prodlužuje vzdálenosti. Až do úplné soběstačnosti.*“ Stejně tak sestry 3, 4 a 5 pomáhají pacientovi se vstáváním či jej doprovází na toaletu/sprchu do doby, než si je pacient jistý, že to zvládne sám.

V případě polohování se odpovědi informantek opět shodují, kdy polohují nesoběstačné pacienty jako prevence vzniku dekubitů. Mobilní pacienti si zvolí polohu, která jim nejvíce vyhovuje, případně si polohu upraví díky polohovacímu lůžku. Sestra 2 uvádí: *„Pacienti se většinou domnívají, že musí ležet na zádech a příliš se nehýbat. Poučím je, že s určitou mírou opatrnosti, aby si nevytrhly například drén a s dostatečnou analgezií, je možné se otáčet i na boky. Že je to naopak prospěšné jako prevence zánětu dýchacích cest.*“

V rámci polohování všechny uvedly, že využívají různé polohovací pomůcky, jako jsou různé válce, polštáře či křesílko k udržení pacienta v sedě na lůžku jako opora zad. Z kompenzačních pomůcek se opakovala signalizace v dosahu pacienta či postranice. Sestra 2 využívá hrazdičku, ke které dodává: *„S opatrností s ohledem na zvýšený tlak pak na tu operační rámu.*“

7. Ostatní prostředky rehabilitačního ošetřování

V další kategorii zjišťujeme, zda všeobecné sestry provádí cévní gymnastiku, jak provádějí kompresivní terapii a případná specifika prevence TEN. Dále zjišťujeme, zda

sestry provádí dechovou rehabilitaci či využívají i jiných prostředků rehabilitačního ošetřování. Zajímalo nás také, zda mají sestry dostatečný čas v průběhu směny pro poskytování rehabilitačního ošetřování.

V otázkách cévní gymnastiky se informantky shodují, že tuto problematiku řeší fyzioterapeut přítomný na oddělení. Pouze sestra 1 a sestra 2 uvedly, že po sundání bandáží z dolních končetin poučí pacienta, aby cvičil nohama, protahoval špičky a pokrčoval nohy v kolenou.

Kompresivní terapii sestry provádí pomocí elastických obinadel nebo když si pacient sám donese kompresivní punčochy. Sestra 1 uvedla, že využívají pouze kompresní punčochy a elastické bandáže maximálně u obézních pacientů, jinak tuto možnost nevyužívají. V rámci všeobecné prevence TEN žádná specifika sestry neuvádějí. Podávají vždy lékařem naordinované LMWH a provádějí kompresivní terapii. Sestra 2 při plnění těchto ordinací vždy vysvětlí pacientovi důvod těchto opatření. Sestry 5 a sestra 6 navíc uvádějí, že bandážují dolní končetiny až k tříslům.

Dechovou rehabilitaci, jak se všechny informantky shodly, provádí s pacientem vždy fyzioterapeut. U této otázky zmiňuje navíc sestra 5: *„Já maximálně v případě kašle pacientovi vysvětlím, že si má ideálně pokrčit dolní končetiny a přidršet operační ránu a pak si může odkašlat. Případně podáváme nějaká mukolitika či antitusika pro utišení kašle, aby jej tolik nedráždil. Případně i analgetika, kdyby si operační ránu více rozdráždil.“* O přidržení operační rány v případě kašle se zmiňuje i S6.

Jako další prostředky rehabilitačního ošetřování uvedly sestra 2, 3, 4 a 5 aplikaci tepla a chladu. Sestra 2 a sestra 5 podrobněji uvedly, že tyto prostředky využívají převážně v případě konzervativního postupu léčby dle ordinace lékaře.

V otázce časových možností k provádění rehabilitačního ošetřování se informantky převážně shodly, že hodně záleží na momentálním složení pacientů na oddělení. Sestry 2, 3, 5 a 6 se snaží vysvětlit pacientům to nejpotřebnější, ale ne vždy je tolik časového prostoru nebo personálu.

8. Kinestetická mobilizace

V této kategorii mapujeme povědomí sester o kinestetické mobilizaci. Zjišťujeme, zda sestry znají tento výraz, jaké mají zásady manipulace s pacientem po břišní operaci, jak

je na oddělení zajištěno poskytování rehabilitačního ošetřování o fyzicky náročného pacienta, jak probíhá školení všeobecných sester v rámci rehabilitačního ošetřování a zda by byl zájem o více informací k problematice metody kinestetické mobilizace.

U této otázky pouze sestra 2 měla trochu povědomí, o čem vypovídá metoda kinestetické mobilizace. Ostatní informantky neměly tušení, o co se jedná, a tak bylo potřeba během rozhovorů vždy nastínit, o čem tato problematika pojednává. Na základě odpovědí „NE“ jsme dále zjišťovali, jestli mají na oddělení stanovené zásady manipulace s nemocným po břišní operaci a jak probíhá školení sester v rámci rehabilitačního ošetřování všeobecně. Všechny sestry si myslí, že nějaký dokument mít k dispozici budou, ale nikdy jej samy nevyhledávaly. Školení sester přímo k rehabilitačnímu ošetřování pacientů po břišní operaci nezažily. Vždy v době příchodu na nynější pracoviště byly informovány o specifikách péče o takové pacienty v rámci seznámení se s chodem a prací na oddělení. Pouze sestra 4 uvedla: *„Nynější zaměstnavatel mi nenabídl možnost školení v rámci rehabilitačního ošetřování. V předchozím zaměstnání jsme měli kurz, jak manipulovat s pacientem.“*

V otázce, jak mají zajištěnou manipulaci s fyzicky náročným pacientem, odpověděly informantky shodně, že nijak zvlášť a snaží se si vždy zajistit dostatek pomocného personálu například i z jiných oddělení a pomohou si například pomůckou rollboard. Více vybavení nejsou. Sestra 3 a sestra 4 uvedly, že se snaží pacienty vždy namotivovat ke spolupráci a soběstačnosti a dají k dosahu signalizační zařízení.

Všechny informantky zaujala tato metoda a ocenily by více informací v rámci nějakého kurzu, kde by si jednotlivé techniky mohly osobně vyzkoušet. Sestra 4 uvedla, že by jí stačila i brožura k této problematice.

4. 2 Analýza skrytého zúčastněného pozorování pacientů

Tabulka 2 – Pozorovací arch pro pacienty

	Pacient bezprostředně po výkonu zpět na oddělení						Pacient překladem zpět z JIP na standardní oddělení				
	P1	P2	P5	P7	P10	P11	P3	P4	P6	P8	P9
Fyzický stav P před výkonem:											
• chodící	x	x		x	x	x			x	x	x
• částečně soběstačný			x					x			
• imobilní							x				
Zájem P o informace:	A	A	A	N	A	N	N	A	A	A	A
Pacientova iniciativa:											
• aktivní		x	x		x			x	x	x	x
• pasivní	x			x		x	x				
První vstávání po výkonu:											
• nutné opakování postupu	x				x	x					
• P dodržuje pokyny sestry		x	x	x							
Vyžádání analgetik před vertikalizací/mobilizací	N	A	A	N	N	A	N	A	A	A	A!
Využití kompenzačních pomůcek	N	A	A	A	N	A	A!	A	A	A	A
Využití polohovacích pomůcek	N	N	A	N	N	N	A!	A	A	A	N
Dodržování léčebného režimu:											
• dodržení dietního omezení	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A
• správný postup vertikalizace	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A
• pravidelné RHB ošetřování	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A
• péče o operační ránu	A	A	A	A	N	A	N	A	A	A	A
• prevence TEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Návrat soběstačnosti:											
• úplný	x	x		x	x	x			x	x	x
• částečný			x				x	x			

ZDROJ: Vlastní

Pacient 1

Pacient se bezprostředně po výkonu vrátil zpět na standardní oddělení. Pozorování tedy probíhalo od nultého pooperačního dne. Před samotným výkonem byl chodící a plně soběstačný. Zajímal se o informace, kdy může jíst/pít, vstávat po operaci a kdy si bude moci dojít na toaletu a do sprchy. Byl spíše pasivní a udělal pouze to, co mu sestra řekla. Během první vertikalizace bylo potřeba opakovat jednotlivé kroky správného vstávání. Před samotnou vertikalizací/mobilizací nikdy nevyžadoval analgetika a nevyužíval možnosti kompenzačních ani polohovacích pomůcek. Po zbytek hospitalizace dodržoval pacient lékařem ordinovaný dietní režim, postupoval správně při každé vertikalizaci a spolupracoval v rámci rehabilitačního ošetřování. Naučil se správně pečovat o operační ránu a byla dodržena prevence TEN. Ještě před samotným propuštěním se vrátil k úplné soběstačnosti. Pacient nechtěl podrobněji hodnotit celkovou péči v rámci rehabilitačního ošetřování.

Pacient 2

Pacient se zpět na standardní oddělení vrátil bezprostředně po operačním výkonu. Pozorování tedy probíhalo od nultého pooperačního dne. Před operací byl plně soběstačný a chodící. Aktivně se sám zajímal o informace, kdy může již po výkonu pít a jíst, kdy si bude moci dojít na toaletu a do sprchy. Při první vertikalizaci dodržoval pokyny sestry a nebylo nutné postup opakovat. Pacient hlavně v prvních pooperačních dnech využíval možnosti analgetik před každou vertikalizací a využíval také kompenzační pomůcky jako signalizační zařízení, možnosti polohovacího lůžka, postranice k přidržení při otáčení se na bok. Hrazdičku využil pouze v případě posunu v lůžku. Pacient po celou dobu hospitalizace dodržoval dietní omezení, správný postup při každé vertikalizaci, aktivně spolupracoval v rámci rehabilitačního ošetřování i s fyzioterapeutem. Naučil se pečovat o operační ránu a byla dodržena prevence TEN. Pacient měl své vlastní kompresivní punčochy, které mu doporučil lékař před přijetím k výkonu. V době propuštění byl pacient opět plně soběstačný. S péčí během hospitalizace byl spokojený, ale podrobněji se nechtěl vyjadřovat.

Pacient 3

Pacient byl po výkonu na standardní oddělení přeložen z JIP. Pozorování tedy probíhalo od třetího pooperačního dne. Již před výkonem byl imobilní a dezorientovaný. Veškerou péči tedy zajišťovaly všeobecné sestry a pomocný ošetřující personál, který využíval veškeré možnosti polohovacích pomůcek, jako byly například různé válce, kuličkové polštáře, antidekubitní matrace, molitanové podložky a pečovaly také o predilekční místa. V případě lucidní chvilky pacient hojně využíval signalizačního zařízení. Díky veškeré péči personálu bylo zajištěno dodržení dietních omezení. Ve spolupráci s fyzioterapeutem byla zajištěna i snaha o vertikalizaci a mobilizaci celkově. Prevence TEN byla po celou dobu hospitalizace, kdy sestry nejen podávaly LMWH, ale také každý den prováděly bandáže dolních končetin. V případě operační rány byla péče složitější, jelikož si pacient neustále sundával derivační sáčky z korugovaného drénu a snažil se si sahat i pod sterilní krytí. Sestry vždy opakovaně ránu ošetřily. Postupně se během hospitalizace pacient zklidnil, před propuštěním byla spolupráce lepší a pacient byl částečně soběstačný. S dopomocí si sám provedl hygienu, najedl se a napil se. Kvůli pacientově dezorientaci nebylo možné získat jeho validní posouzení rehabilitačního ošetřování.

Pacient 4

Pacientka byla po výkonu přeložena z JIP na standardní oddělení. Pozorování tedy probíhalo od čtvrtého pooperačního dne. Před výkonem byla částečně soběstačná. Po překladu na oddělení byla pacientka sama aktivní, dotazovala se, kdy bude moci zase normálně jíst a dotazovala se na přítomnost fyzioterapeuta, aby se trochu zase osamostatnila. V prvních dnech aktivně využívala možnosti analgetik před každou vertikalizací a mobilizací. Používala kompenzační a polohovací pomůcky především jako oporu zad, když seděla, chodítka při chůzi. Využívala i možnost polohovacího lůžka. Po celou dobu hospitalizace dodržovala dietní omezení, dodržovala správný postup vertikalizace a sama se dožadovala mobilizace společně s fyzioterapeutem nebo v době návštěv i za pomoci rodinných příslušníků. Naučila se pečovat o operační ránu a byla dodržena prevence TEN. Na konci hospitalizace byla částečně soběstačná jako před operací.

Sama pacientka zhodnotila péči takto: *„Byla jsem se zdejší péčí nadmíru spokojená. Už od začátku, kdy jsem byla přijatá, mi sestřičky vždy vše trpělivě vysvětlily. Zodpověděly*

na veškeré moje dotazy, a že jich bylo. To víte, už jsem stará dáma, co špatně slyší, a je se mnou horší pořízení. Já sama jsem se snažila co nejvíce cvičit s rehabilitační sestřičkou. Nerada někoho obtěžuji. Byli tu na mě všichni moc hodní.“

Pacient 5

Pacient se po výkonu vracel zpět na standardní oddělení. Pozorování tedy probíhalo od nultého pooperačního dne. Již před operací byl částečně soběstačný – chodil pomocí francouzských berlí. Zajímal se sám o veškeré dění kolem sebe, ptal se, kdy bude moci pít, jak to bude s jídlem takto po výkonu a kdy si bude moci sám dojít na toaletu a do sprchy. Při první vertikalizaci dodržoval pokyny sestry a nebylo třeba jednotlivé kroky opakovat. V prvních dnech využíval možnost analgetik vždy před vertikalizací a využíval signalizačního zařízení, možnosti polohovacího lůžka a postupně začal opět chodit pomocí svých berlí. Během své hospitalizace dodržoval dietní omezení, správný postup vertikalizace a pravidelně aktivně rehabilitoval. Naučil se pečovat o operační ránu a byla dodržena prevence TEN. Pacient na konci hospitalizace byl schopen se o sebe postarat sám, chodil s pomocí francouzských berlích jako před nástupem do nemocnice.

Pacient 6

Pacient byl po výkonu přeložen z JIP na standardní oddělení. Pozorování tedy probíhalo od druhého pooperačního dne. Před operací byl plně soběstačný a chodící. Byl aktivní a dotazoval se, jaký bude další postup ohledně jídla a chůze. Využíval možnosti analgetik před vertikalizací/mobilizací a v průběhu hospitalizace používal kompenzační a polohovací pomůcky. Po celou dobu hospitalizace dodržoval veškerý léčebný režim – dietní opatření, správný postup vertikalizace, pravidelně rehabilitoval s fyzioterapeutkou, poté chodil i sám. Naučil se pečovat o operační ránu a byla dodržována prevence TEN. Při ukončení hospitalizace byl pacient opět plně soběstačný.

Pacient 7

Pacient se bezprostředně po výkonu vrátil zpět na standardní oddělení. Pozorování tedy probíhalo od nultého pooperačního dne. Před výkonem byl plně soběstačný a chodící. Pacient byl první dny po operaci spíše pasivní, sám se na nic nevyptával, nic jej nezajímalo. Veškeré informace, jakým způsobem bude probíhat další péče, mu sdělila

sestra či lékař během vizity. Při první vertikalizaci dodržoval pokyny sestry, nebylo nutné postup opakovat. Sestra však dohlížela, zda pacient dodržuje správný postup. Pacient nevyužíval možnosti analgetik ani polohovacích pomůcek. Používal pouze možnosti polohovacího lůžka či v případě potřeby signalizačního zařízení. Během celé hospitalizace dodržoval dietní opatření, správný postup vertikalizace, pravidelné rehabilitační ošetřování, naučil se pečovat o operační ránu a byla dodržena prevence TEN. Při propuštění byl pacient opět plně soběstačný jako před výkonem.

Pacient 8

Pacientka byla na standardní oddělení přeložena z JIP. Pozorování tedy probíhalo od druhého pooperačního dne. Před výkonem byla plně soběstačná a chodící. Zajímala se aktivně o veškeré informace, jaký bude další léčebný postup, jak to bude dále s jídlom a rehabilitací jako takovou. Využívala hojně analgetika před každou vertikalizací/mobilizací. Z kompenzačních pomůcek využívala signalizačního zařízení, pomocí postranic si pomáhala při přetáčení v lůžku či využívala možnosti polohovacího lůžka k úlevovým polohám. V prvních dnech po překladech z JIP využívala chodítko při chůzi, později zvládala chůzi samostatně. Z polohovacích pomůcek z počátku využívala polštáře na podložení dolních končetin a polohovala si lůžko dle potřeby.

V průběhu hospitalizace nastaly u pacientky komplikace, podstoupila revizi dutiny břišní a další pobyt na oddělení JIP, proto bylo pozorování přerušeno. Avšak po několika dnech, ještě v době provádění výzkumu, se vrátila zpět na standardní oddělení a pokračovali jsme v pozorování. Pacientka byla stejně aktivní jako při prvním překladech z JIP, zajímala se o veškeré informace a dění. Ovšem byla už opatrnější v pohybu, dlouho vyžadovala doprovod při chůzi na toaletu či dopomoc při hygieně. Neustále se ujišťovala, zda postupuje správně. Byla více vnímavá na jakoukoliv, pro ni nezvyklou, bolest a skutečně v pravidelných intervalech vyžadovala podání analgetik. Stejně aktivně využívala všech kompenzačních a polohovacích pomůcek. Až úzkostlivě dodržovala veškerý léčebný režim – dietní omezení, správný postup vertikalizace, pravidelnou rehabilitaci, na kterou vyžadovala pouze fyzioterapeuta. Operační rána byla vlivem komplikací velká, převazy trvaly vždy dlouhou dobu a pacientka vše těžce nesla. Nabízenou psychologickou pomoc odmítala, vzala si vždy pouze hypnotika na noc. Pacientka se i přes veškeré tyto komplikace hojila velmi dobře, a to vše se postupně projevovalo i na jejím psychickém

stavu. Nakonec byla schopná i samostatně chůze bez doprovodu a při překladi na jiné oddělení v rámci nemocnice byla pacientka opět plně soběstačná.

Sama pacientka zhodnotila péči takto: *„S veškerou péčí na tomto oddělení a klinice všeobecně jsem byla nadmíru spokojená. Veškerý personál byl milý, vstřícný a empatický. Po tom, co se mi objevily komplikace, jsem se opravdu bála, co bude dál. Bála jsem se udělat jakýkoliv pohyb. Ale i přesto byly sestry chápavé, a i když měly hodně práce okolo, našly si čas na veškeré mé dotazy a strachy.“*

Pacient 9

Pacientka byla po výkonu přeložena z JIP na standardní oddělení. Pozorování tedy probíhalo od třetího pooperačního dne. Před výkonem byla plně soběstačná a chodící. Aktivně se zajímala o veškeré informace, kdy bude moci jíst, jaký bude další léčebný postup. V prvních dnech striktně vyžadovala analgetika nejen před vertikalizací/mobilizací, ale i před převazem operační rány. Využívala signalizační zařízení a polohovací lůžko. V průběhu celé hospitalizace dodržovala dietní omezení, správný postup vertikalizace a mobilizace. Naučila se pečovat o operační ránu a byla dodržována prevence TEN. Před propuštěním byla pacientka opět plně soběstačná.

Pacientka zhodnotila péči následovně: *„Ano, byla jsem spokojená s veškerou péčí zde. Po předchozí zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení jsem byla velmi nedůvěřivá a bála jsem se, ale vždy mi tu všichni zodpověděli na veškeré mé dotazy. Pokaždé, když jsem potřebovala s něčím pomoci, přivolaná sestřička pomohla nebo mě doprovodila na toaletu. Pan doktor byl také velmi vstřícný a vždy mi zodpověděl všechny mé otázky.“*

Pacient 10

Pacientka se bezprostředně po výkonu vrátila na standardní oddělení. Pozorování tedy probíhalo od nultého pooperačního dne. Před výkonem byla plně soběstačná a chodící. Po výkonu byla pacientka velmi aktivní, zajímala se, jak bude probíhat další péče a kdy bude moci jít domů. Pacientce byly zodpovězeny veškeré dotazy a musela být opakovaně poučena, aby byla po výkonu v klidu, aby nevstávala samostatně, ale vyčkala na doprovod. I přes veškeré snahy ošetřujícího personálu pacientka nedodržovala správný postup vertikalizace, nevyužila žádné kompenzační ani polohovací pomůcky, nedodržovala dietní opatření. Vyžadovala podepsání reverzu. Přivolaný lékař pacientce

vysvětlil, jaký je její zdravotní stav, jaká by byla rizika takto po výkonu. Patientka si reverz rozmyslela a byla jí lékařem naordinována uklidňující medikace. Po několika dnech byla pacientka klidnější a snažila se dodržovat pokyny ošetřujícího personálu a veškerý léčebný režim. Na konci hospitalizace byla opět plně soběstačná. Sama podrobněji hodnotit celkovou péči odmítla, nicméně si byla vědoma svého počátečního chování a omlouvala se za vzniklé problémy.

Pacient 11

Pacient byl po výkonu z JIP přeložen zpět na standardní oddělení. Pozorování tedy probíhalo od třetího pooperačního dne. Před výkonem byl soběstačný a chodící. Z počátku spíše pasivně přijímal veškeré informace od sester. Později se začal sám aktivně vyptávat, jaká bude další péče, kdy bude moci jíst. V prvních pár dnech vyžadoval podání analgetik před vertikalizací/mobilizací a využíval i kompenzační a polohovací pomůcky. Po celou dobu hospitalizace dodržoval dietní opatření, správný postup vertikalizace, pravidelné rehabilitační ošetřování. Naučil se správně pečovat o operační ránu a byla dodržována prevence TEN. Před propuštěním byl pacient opět plně soběstačný.

5 DISKUZE

Tato diplomová práce řešila problematiku rehabilitačního ošetřovatelství a chirurgických onemocnění břicha. Zaměřili jsme se na všeobecné sestry pracující na chirurgických odděleních, které provádějí rehabilitační ošetřování u pacientů po břišních operacích. Tímto směrem byly stanoveny celkem čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost sester na chirurgických odděleních o rehabilitačním ošetřování. Druhý cíl zjišťoval, zda sestry na chirurgických odděleních využívají prostředky rehabilitačního ošetřování u pacientů po břišních operacích. Cílem třetím jsme zjišťovali, jaké prostředky rehabilitačního ošetřování užívají sestry nejčastěji. A posledním cílem bylo zjistit, jaké je povědomí sester o kinestetické mobilizaci. Pro sběr dat výzkumného šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, kdy byla vybrána kombinace forem dotazování a pozorování. Výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami a skrytého zúčastněného pozorování pacientů. Respondentky pro rozhovory tvořily všeobecné sestry pracující na chirurgických odděleních se zaměřením na břišní chirurgii. S realizací rozhovorů jsem se potýkala s velkými problémy. Osloveno bylo celkem 13 praktických a všeobecných sester. Z celkového počtu 13 oslovených bylo 7 respondentek, které i přes ubezpečení o anonymitě a využití dat pouze k účelům této diplomové práce, kvůli časové vytíženosti odmítly. Setkala jsem se i s reakcemi, že veškerou rehabilitaci provádí s pacienty fyzioterapeut, a nevěděly by tedy, jak odpovídat. Zbývajících 6 informantek již s rozhovorem souhlasilo. Další část výzkumného šetření byla zaměřena pomocí skrytého zúčastněného pozorování na pacienty hospitalizované na chirurgických odděleních. Sběr dat se uskutečnil na zmíněných odděleních ve vybrané Fakultní nemocnici v Praze.

V úvodu bych ráda zmínila pojmy „rehabilitační ošetřovatelství“ a „rehabilitační ošetřování“, aby nedocházelo k rozkolu názorů. Klusoňová a Pitnerová (2014) ve své publikaci definují rehabilitační ošetřování jako činnost, kdy jsou uplatňovány rehabilitační prostředky v rámci ošetřovatelského procesu a je považováno za součást komplexní ošetřovatelské péče. Naopak rehabilitační ošetřovatelství označují autorky jako nesprávný pojem. Také Dosbaba et al. (2021) ve své publikaci popisuje, že termín rehabilitační ošetřovatelství se již nepoužívá, protože ošetřovatelství je samostatný vědní obor se svou teorií, praxí a výzkumem. Termín rehabilitační ošetřovatelství je ovšem ukotven ve vyhlášce č. 158/2022 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků, protože je zařazeno do kompetencí všeobecných i praktických sester. Když se ovšem podíváme

do výše zmíněné vyhlášky, je zajímavé, že pojem rehabilitační ošetrovatelství je uveden pouze u kompetencí praktických sester. Kdežto u kompetencí všeobecných sester je již zmíněn pojem rehabilitační ošetrování.

Na počátku výzkumného šetření jsme od všeobecných sester zjistili identifikační údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání a případné absolvování specializačního vzdělání. Dále nás zajímala délka praxe ve zdravotnictví a jak dlouho pracují na chirurgickém oddělení. Výsledná data jsou popsána v charakteristice výzkumného souboru a shrnuta v Tabulce 1. V první kategorii nás zajímalo první setkání informantek s pojmem rehabilitačního ošetrování. Dále, co pro ně tento pojem znamená a jestli zařazují rehabilitační ošetrování k poskytování komplexní ošetrovatelské péče o pacienta. Všechny sestry poprvé slyšely o pojmu rehabilitačního ošetrování již během studia na škole a zkušenosti nabývaly postupně v praxi. Sestra 3 se více zajímala o tuto problematiku samostudiem a také uvedla: *„Hodně díky spolupráci s fyzioterapeutem.“* Stejně odpověděly i sestry 2 a 5, že si rozšířily poznatky k této problematice díky spolupráci s fyzioterapeutem, který dochází na oddělení. V otázce významu pojmu rehabilitačního ošetrování odpověděla sestra 5: *„Pro mě to znamená jako součást ošetrovatelské péče.“* Doshaba et al. (2021) definuje rehabilitační ošetrování jako specifickou formu ošetrovatelské péče, navazující na běžné ošetrovatelské intervence. Podobně odpovídaly i sestry 1, 2, 3 a 6, které díky rehabilitačnímu ošetrování předcházejí pooperačním komplikacím, dekubitům, imobilizačnímu syndromu a jiným. Sestra 6 také odpověděla: *„Zároveň zde probíhá spolupráce mezi sestrou, fyzioterapeutem a doktorem.“* Mnohé odpovědi navazovaly na další otázku, zda využívají rehabilitační principy v rámci běžných ošetrovatelských činností. Zde všechny sestry shodně uvedly, že je využívají při každé směně, především v pooperačním režimu při včasné vertikalizaci po výkonu. Myslím si, že jde o takové činnosti, které jsou během praxe už tak zautomatizované, že si člověk ani nepřipouští, že by mělo jít o specifickou péči prováděnou také všeobecnou sestrou. Nejspíše proto jsem se setkala při oslovování s odmítnutím a názorem, že vše kolem rehabilitace je náplní práce pouze fyzioterapeutů. S tímto názorem jsme se shodli i s jednotlivými informantkami v průběhu rozhovorů.

V další kategorii jsme se zabývali otázkami přínosu rehabilitačního ošetrování a přínosu pro samotného pacienta a sestru. Odpovědi na všechny tři otázky se shodně prolínají. Jak uvedla sestra 3: *„Svým způsobem ulehčuje práci nám sestram a zároveň i pacientovi.“* Sestra 3 a sestra 5 se také shodovaly, že rehabilitační ošetrování je součástí každodenní

péče o pacienta, a tím mu pomáhají se po operaci vrátit zpět k běžným činnostem až k návratu plné soběstačnosti. S tím souvisí otázky přínosu rehabilitačního ošetřování přímo na pacienta a sestru. Především se informantky shodovaly, že rehabilitační ošetřování pacientovi postupně navrácí soběstačnost a předchází mnohým komplikacím, jako jsou ty pooperační, prevence dekubitů a pádů. Sestra 2 zmínila také informovanost pacienta. S touto odpovědí souhlasím. Myslím si, že když pacientovi vše správně vysvětlím, například jak bude poprvé vstávat apod., tím předejdu právě těm komplikacím a ušetřím si další úkony spojené s následnou ošetrovatelskou péčí. Jak uvedla sestra 2: „*Ono to všechno souvisí s prevencí komplikací, který pak díky tomuhle rehabilitačnímu ošetřování nemusím pak řešit.*“ Podobně reagovala sestra 5, kdy se pak může věnovat plnění dalších ordinací lékaře či ostatním pacientům. Sestra 6 jako přínos uvedla uspokojení za svou dobře odvedenou práci, když se pacientovi daří a dělá pokroky.

Ve třetí kategorii jsme se zabývali jednotlivými prostředky rehabilitačního ošetřování. Slezáková (2019) uvádí základní preventivní prostředky – polohování, vertikalizace a mobilizace pacienta. Chvojková a Hruzíková (2014) k hlavním úkonům rehabilitačního ošetřování připisují také prevenci tromboembolické nemoci, péče o průchodnost dýchacích cest a psychickou podporu pacienta. Knapová (2019) ve svém výukovém materiálu doplňuje ještě prvky bazální stimulace, nácvik sebeobsluhy, dechovou rehabilitaci a cévní gymnastiku. Všechny informantky znají základní prvky rehabilitačního ošetřování, kterými jsou vertikalizace, mobilizace a polohování a využívají je při poskytování ošetrovatelské péče nejčastěji. Dechovou rehabilitaci uvedly všechny respondentky kromě sestry 6. Na cévní gymnastiku si vzpomněla sestra 1 a sestra 5, která dodala: „*Dechová rehabilitace a cévní gymnastika, to je spíše již práce fyzioterapeuta.*“ Aplikaci tepla a chladu zmínily ve svých odpovědích sestry 3 a 4. Dále se všechny informantky shodly na využívání kompenzačních a polohovacích pomůcek. Z kompenzačních pomůcek se nejvíce opakovala signalizace v dosahu pacienta, polohovací lůžko a pomůcky k mobilizaci, jako je chodítko, berle či francouzské hole. Sestra 2 také uvedla hrazdičku. Sestra 5 ovšem řekla: „*Hrazdičku moc nevyužívám, pacient při její použití dost často zatíná břišní svaly a není tak moc platná.*“ Z polohovacích pomůcek se nejvíce opakovaly antidekubitní matrace, opěrná křesílka, polštáře či schůdky pod nohy při sezení. V otázce vybavenosti oddělení pro poskytování rehabilitačního ošetřování se už odpovědi více rozcházely. Sestra 1 uvedla: „*Nemáme dostatek personálu, málo času na vše a málo pomůcek k polohování.*“ Sestra 4 se

shodovala se sestrou 1 v nedostatku časového prostoru, aby ta péče byla dostatečná, avšak doplnila, že mají výhodu fyzioterapeuta přítomného na oddělení, který pacientovi vysvětlí některé věci více dopodrobna. Sestra 3 zase řeší nedostatek pomůcek tím, že si je v případě potřeby vypůjčí z jiného oddělení. Sestry 2, 5 a 6 uvedly, že mají oddělení dostatečně vybaveno pro poskytování rehabilitačního ošetřování.

Čtvrtou kategorii jsme nazvali prehabilitace. Avšak z popisu tohoto termínu v teoretické části lze usoudit, že se jedná převážně o lékařské intervence ještě před samotnou hospitalizací. Chmelo et al. (2021) ve svém článku zmiňuje nutnost pozitivně motivovat pacienta, protože prehabilitace může pro mnohé z nich znamenat radikální změnu životního stylu. Už v této chvíli může pomoci sestra převážně z ambulantních zařízení, která povede konstruktivní a empatický rozhovor s pacientem, umožňující tak vyjádřit jeho obavy. V rozhovorech se sestrami jsme se zaměřili spíše na intervence již za hospitalizace pacientů a dotazovali jsme se, zda před výkonem v rámci krátkodobé předoperační přípravy provádí nácvik rehabilitačních prostředků, které jsou důležité pro pooperační období. Pouze sestra 1 a sestra 6 provádějí nácvik některých prostředků. Jak uvedla sestra 6: „*Nejdříve vše vysvětlíme a po operaci realizujeme.*“ Sestra 1 také ukazuje pacientovi, jak bude po výkonu vstávat z lůžka přes bok. Sestra 5 uvedla. „*Co vím, prosazuje se u nás hlavně příprava pacienta před zavedením stomie. To si zajišťují stomické sestřičky.*“ Ostatní sestry nácvik prostředků rehabilitačního ošetřování před výkonem neprovádějí. Shodně odpovídaly, že se s tím právě nikdy nesetkaly nebo to není zvykem na oddělení. Sestra 1 také odpověděla: „*Také záleží na fyzickém a psychickém stavu pacienta před výkonem.*“ Sestra 2 uvedla, že takovou přípravu by měl provádět fyzioterapeut. Ovšem všechny sestry se shodly, že když už by měly zařadit nějaký prostředek rehabilitačního ošetřování k předoperační přípravě, určitě by to byl nácvik první vertikalizace.

V páté kategorii se již pomalu přesouváme k realizaci rehabilitačního ošetřování. Ještě před samotným praktikováním jednotlivých prostředků nás zajímalo, jak probíhá první kontakt sestry s pacientem, ať už bezprostředně po výkonu nebo překladem z JIP. Informantky obsáhle popisovaly běžnou pooperační péči o pacienta po výkonu, kdy monitorují fyziologické funkce v časovém horizontu, jaký naordinoval anesteziolog. Dále kontrolují stav operační rány, invazivních vstupů, drénů a jiných vývodů, celkový stav pacienta a plní jednotlivé ordinace lékaře. Z jednotlivých rozhovorů bylo nutné separovat odpovědi k tématu rehabilitačního ošetřování. Sestry se shodovaly, že vždy informují

pacienta, aby s prvním vstáváním vyčkali na doprovod ošetřujícího personálu a uloží signalizační zařízení v dosahu pacienta. Sestra 2 přizpůsobí prostředí pacientově stavu tak, aby měl v dosahu tekutiny a vše potřebné. Navíc sestra 5 informuje pacienta o možnosti polohovacího lůžka a ovládací zařízení také nechává v jeho dosahu. Stejně tak zjišťuje, kdy dostal pacient naposledy analgetika případně mu je nabídne. Analgetika či antiemetika nabídnou s prvním kontaktem také sestry 2, 3 a 6. V případě, kdy je pacient po operaci břicha překladem z JIP na standardní oddělení, je první kontakt dle výpovědi sester velmi obdobný. Vždy zajistí signalizační zařízení v dosahu pacienta a některé jej seznámí s chodem oddělení. Pouze sestry 3, 4 a 5 si sami zjišťují během předávání pacienta, zda již pacient vstával a jak zvládá hygienu. Sestra 5 také odpověděla, že rehabilitaci jako takovou si přebírá do péče fyzioterapeut, ale jak doplňuje: „*Co se týká vstávání z lůžka, vysvětlím mu nejdříve, jak to provede, pak se pustíme do praxe.*“

V navazující kategorii se zabýváme realizací základních prostředků rehabilitačního ošetřování, kterými jsou vertikalizace, mobilizace a polohování. Trachtová (2013) uvádí podrobný postup vertikalizace. Provádí se pomocí posazovacího manévru, který je třeba pacientovi důkladně vysvětlit, protože právě po břišních operacích není vhodné zatěžovat břišní stěnu. Všechny sestry shodně odpovídaly, že pacienta nejprve informují o jednotlivých krocích postupu a poté realizují samotnou vertikalizaci. Všechny informantky shodně popisovaly postup vertikalizace, kdy se pacient nejprve přetočí na bok, poté se rukou zapře o lůžko, pomáhají mu do sedu a současně sundávají dolní končetiny z lůžka. Z rozhovorů vyplývá nejasnost, kdy je ideální doba k první vertikalizaci po výkonu. V žádném použitém zdroji při sepisování teoretické části jsem se nedopátrala doporučené doby, kdy je vhodné poprvé vertikalizovat nemocného. Proto se domnívám, že toto lze posuzovat individuálně dle aktuálního stavu samotného pacienta. V této otázce se také rozcházel odpovědi informantek. Sestra 2 poprvé vertikalizuje nemocného zhruba 6 hodin od výkonu a dodala: „*Pokud to pacient nevyžaduje, tak až druhý den ráno.*“ Sestry 3, 5 a 6 provádějí první vertikalizaci podle toho, jak se cítí sám pacient a jak dovoluje jeho celkový stav. Sestra 4 uvedla: „*Nezvedat se za hrazdičku, aby nenapínal břicho.*“ Hrazdičku zmínily sestry 2 a 5 již v druhé kategorii popsané výše, kde jsme se dotazovali na využívání kompenzačních pomůcek. Na nevhodnost využívání hrazdičky také poukazují ve své publikaci autorky Čoupková a Slezáková (2012). Dalším základním prvkem rehabilitačního ošetřování, kterým se zabýváme, je mobilizace. Slezáková (2019) řadí mobilizaci k nejdůležitějším prvkům

rehabilitace z důvodu prevence vzniku mnoha komplikací, jako jsou svalové atrofie, osteoporóza, kontraktury a jiné. Sestry 1, 2, 3 a 5 uvedly, že samotnou mobilizaci podrobněji vysvětluje a zajišťuje fyzioterapeut. Sestra 2 průběžně kontroluje pacienta, zda dodržuje správné postupy vertikalizace a v případě potřeby opakovaně vysvětluje postup. Sestry 3, 4 a 5 pomáhají nemocnému se vstáváním a případně jej doprovází na toaletu či do sprchy do doby, než si je jistý, že to zvládne sám. Posledním základním prvkem rehabilitačního ošetřování je polohování. Dle Koláře (2020) se polohování provádí u pacientů, kteří mají nějaké omezení či ztrátu hybnosti a slouží jako prevence vzniku kontraktur, svalových atrofií, eliminuje bolest a zlepšuje psychickou pohodu. Zeman a Krška (2023) uvádějí, že je v zásadě jedno, v jaké poloze bude ležet pacient po břišní operaci, avšak je nutné zajistit případné sondy, drény či katétrů před útlakem či dislokací. Sestra 2 právě takto vysvětluje možnost polohování pacientovi a dodává: „*Pacienti se většinou domnívají, že musí ležet na zádech a příliš se nehýbat.*“ Informantky jinak shodně vypovídají, že si pacienti volí polohu sami, která jim nejvíce vyhovuje. Případně si ji upraví sami díky polohovacímu lůžku. Polohují pouze nesoběstačné pacienty jako prevence vzniku dekubitů. Bláhová (2019) také uvádí, že je ideální především v časně pooperační době před zahájením vertikalizace a mobilizace podání analgetik. Analgezií zde zmínila pouze sestra 2. Také v rámci polohování jsme se zabývali využíváním kompenzačních a polohovacích pomůcek. I zde se hodně opakovaly pomůcky, jako jsou různé polohovací válce, polštáře či křesílko k udržení pacienta vsedě na lůžku jako opora zad. Z kompenzačních pomůcek se opět opakovala signalizace v dosahu pacienta či postranice.

V sedmé kategorii jsme se zabývali ostatními prostředky rehabilitačního ošetřování. Knapová (2019) řadí cévní gymnastiku k aktivnímu cvičení, jejímž úkolem je zlepšit funkce žilně-svalové pumpy na dolních končetinách. Sestry se shodují, že problematiku cévní gymnastiky řeší fyzioterapeut přítomný na oddělení. Pouze sestry 1 a 2 poučí pacienta po sejmutí bandáží z dolních končetin, aby si cvičil nohama, protahoval špičky a pokrčoval nohy v kolenou. Kompresivní terapii provádějí převážně pomocí elastických obinadel, případně pomocí kompresivních punčoch, když mají pacienti donesené z domova. V rámci všeobecné prevence TEN žádná specifika sestry neuvádějí. Sestra 2 dodává: „*Vše vždy pacientovi vysvětlím – proč, co a jak.*“ Dalším prostředkem rehabilitačního ošetřování je dechová rehabilitace, kterou Vytejková (2013) popisuje jako nepostradatelnou součástí péče o dýchací cesty. Dvořák (2007) uvádí dechovou

gymnastiku, konkrétně po břišních operacích, jako důležitou součást prevence pooperačních komplikací, jakými jsou atelektáza, poruchy dýchání či zápal plic. Uvědomuji si, že jde o starší publikaci, než je ideální časový rozsah pro tvorbu této diplomové práce. Avšak si myslím, že toto tvrzení je i v dnešní době stále aktuální. Podobně jako u cévní gymnastiky sestry uváděly, že i problematiku dechové rehabilitace provádí s pacientem vždy fyzioterapeut. Pouze sestry 5 a 6 doplnily, že v případě kašle si má pacient přidržen operační ránu. Sestra 5 nabídne antitusika pro utišení kašle a v případě potřeby i analgetika. Jako další prostředky rehabilitačního ošetřování uvedly sestry 2, 3, 4 a 5 aplikaci tepla a chladu, které využívají převážně v případě konzervativního postupu léčby dle ordinace lékaře. V závěru kategorie jsme se zabývali časovými možnostmi k realizaci rehabilitačního ošetřování. Sestry shodně reagovaly, že hodně záleží na složení pacientů na oddělení v dané chvíli. Snaží se vysvětlit pacientům to nejpotřebnější, ale mnohdy není právě tolik časového prostoru či personálu.

V poslední kategorii jsme se věnovali kinestetické mobilizaci. V průběhu sepisování teoretické části nás toto téma zaujalo, protože Kramperová et al. (2010) jej popisuje jako jeden z mála konceptů zaměřený přímo na ošetřující personál, kdy jim pomáhá předcházet častým zdravotním problémům, jako bývají například bolesti zad právě ze špatné manipulace s pacientem. Podrazilová (2015) ve svém článku popisuje kinestetickou mobilizaci jako moderní trend ošetřovatelství, ovšem i přesto je tento koncept velkou neznámou. Pouze sestra 2 měla trochu povědomí, o čem vypovídá metoda kinestetické mobilizace. Ostatní informantky neměly ponětí, o co se jedná, a tak bylo třeba během rozhovorů vždy nastínit tuto problematiku. Zajímalo nás tedy, zdali mají na jednotlivých odděleních alespoň stanovené zásady manipulace s nemocným po břišní operaci. Sestry uváděly, že vždy v době nástupu na oddělení byly informovány o specifikách péče o pacienty po břišních operacích v rámci seznámení se s chodem a prací na oddělení. Ovšem nejsou si jisté, zda mají formálně stanoveny nějaké zásady manipulace s takovýmto pacientem. V otázce manipulace o fyzicky náročného pacienta informantky odpovídaly, že se snaží si vždy zajistit dostatek pomocného personálu třeba i z jiných oddělení a pomáhají si například pomůckou rollboard. Více nijak zvlášť vybavení nejsou. Sestry 3 a 4 se navíc snaží takovéto pacienty vždy namotivovat ke spolupráci, soběstačnosti a zajistí signalizační zařízení v dosahu. Všechny informantky velmi zaujal tento koncept a projevíly zájem o více informací ke zmíněné problematice. Ideálně ve formě kurzu, kde by si jednotlivé techniky mohly vyzkoušet.

V druhé části empirického šetření jsme se zaměřili na pacienty po břišní operaci, kteří byli hospitalizováni na chirurgických odděleních pomocí skrytého zúčastněného pozorování. Výsledná data jsou uvedena v charakteristice výzkumného souboru a shrnuty v Tabulce 2. K pozorování bylo vybráno celkem 11 náhodných pacientů. Pozorovaná skupina byla dále rozdělena na dvě menší skupiny. Jedna skupina, kde bylo 5 pacientů, se vracela bezprostředně po výkonu zpět na standardní oddělení. Pozorování tak probíhalo od nultého pooperačního dne. Druhou skupinou byli pacienti, kteří byli přeloženi po velkých břišních operacích z JIP na standardní oddělení. Zde bylo šest pacientů. Pacienti 6 a 8 byli tedy pozorováni od druhého pooperačního dne, pacienti 3, 9 a 11 byli pozorováni od třetího pooperačního dne a pacient 4 byl pozorován od čtvrtého pooperačního dne. Před začátkem výzkumného šetření byla stanovena pozorovací kritéria, kdy jsme zjišťovali fyzický stav pacienta před výkonem, zájem pacienta o informace a celkově jeho iniciativu. U skupiny pacientů, kteří se vraceli bezprostředně po výkonu na standardní oddělení nás zajímalo, jak probíhá první vertikalizace po operaci. Další kritéria byla opět shodná pro obě skupiny, a to, jestli vyžadují analgetika před mobilizací, využívání kompenzačních a polohovacích pomůcek, dodržování léčebného režimu a v závěru návrat soběstačnosti. Podrobná analýza pozorování je popsána v podkapitole 4.2.

Na počátku této diplomové práce byly spolu s cíli stanoveny také čtyři výzkumné otázky. Na první výzkumnou otázku – *Jaké prostředky rehabilitačního ošetřování používají sestry na chirurgických odděleních u pacientů po břišních operacích?* – jsme vyvodili odpověď, že sestry znají tři základní prostředky rehabilitačního ošetřování. Těmi jsou vertikalizace, mobilizace a polohování. Zmíněné prvky používají v rámci každodenní komplexní ošetrovatelské péče. Další prostředky rehabilitačního ošetřování mají také v povědomí, ale ty při své praxi nepoužívají vůbec nebo jen okrajově.

Z druhé výzkumné otázky – *Jak sestry realizují rehabilitační ošetřování u pacientů s chirurgickým onemocněním břicha?* - jsme vyvodili, že při samotné realizaci vždy respektují celkový stav pacienta. Přizpůsobí prostředí pacientovým potřebám, využívají mnohé kompenzační a polohovací pomůcky. Dále nabídnou pacientovi v případě potřeby analgetika. Vždy pacientovi nejprve vysvětlí kroky a důvody jednotlivých rehabilitačních prostředků a následně se pustí do samotné realizace. Některé sestry i dále sledují, zda pacient provádí jednotlivé úkony správně. Výsledky odhalily i slabá místa. Sestry hodně spoléhají na přítomnost fyzioterapeuta, který pravidelně dochází na příslušná oddělení, a

tak u některých důležitých prvků rehabilitačního ošetřování, kterými cévní gymnastika a dechová rehabilitace bezesporu jsou, nevědí, jak přesně realizovat. Jak uvádějí autorky Chvojková a Hruzíková (2014), důležitým aspektem je realizovat rehabilitační ošetřování kontinuálně. Proto si myslím, že všechny prostředky rehabilitačního ošetřování nejsou pouze pracovní náplní fyzioterapeutů, ale je třeba spoluúčast sester a veškerého ošetřujícího personálu. Rehabilitační ošetřování je také ukotveno ve vyhlášce 158/2022 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků, jak jsme již zmiňovali v úvodu diskuze, a patří tedy do kompetencí praktických a všeobecných sester. Zde je uvedeno, že sestra může bez indikace a bez odborného dohledu v souladu s diagnózou určenou lékařem „provádět rehabilitační ošetřování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemísťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility“. Plevová et al. (2018) ve své publikaci také uvádí, jak by měla být sestra aktivní při poskytování každodenní ošetrovatelské péče. Mimo jiné by měla zastávat roli iniciátorky potřebných intervencí v rámci ošetrovatelského procesu.

Na třetí výzkumnou otázku – *Jak na rehabilitační ošetřování reagují pacienti?* – jsme hledali odpovědi pomocí pozorování a vyvodili jsme, že reagují příznivě. Většina pacientů se sama aktivně zajímají, jaké budou další kroky v léčbě a na konci hospitalizace se vždy vrací do míry soběstačnosti, se kterou přišel do nemocnice. Výsledky však také odhalily, že pacienti mají rehabilitaci stále velmi úzce spjatou hlavně se spoluprací pouze s fyzioterapeutem.

Na čtvrtou výzkumnou otázku – *Využívají sestry metody kinestetické mobilizace při ošetřování pacientů po břišních operacích?* – jsme zjistili, že pouze jedna sestra měla minimální povědomí o tom, co tento koncept obnáší. Zbylé sestry tento pojem neznaly. Avšak i přesto se snaží manipulovat s nemocným tak, aby to nepřineslo negativní účinek na pacienta a zároveň nebyl rizikový ani pro samotný ošetřující personál. Všechny sestry projevíly zájem o získání více informací k této problematice, a proto se domníváme, že by to mohlo být podnětem pro management nemocnic či zdravotnických zařízení obecně, aby zajistil svým zaměstnancům kurz na téma kinestetické mobilizace.

V závěru diskuze bych ráda zmínila roli ošetrovatelství v rehabilitaci, která často bývá nedocenená. S tím souvisí i postoj sester k rehabilitačnímu ošetřování. Je zásadní poukázat na roli sestry jako na klíčovou součást rehabilitačního týmu. Domnívám se, že motivace sester v této problematice je aktuálně považována za zásadní faktor na cestě k úspěchu. Jak uvádí Guttenbrunner (2021) ve svém článku, je důležité pochopit, že sestry primárně neposkytují péči o pacienta, ale především poskytují péči s pacientem, a přimět tak nemocného, aby se o sebe postaral podle svých schopností a dovedností. Myslím si, že je určitě správně se držet stanovených postupů a plnění ordinací lékaře. Ovšem pokud bude chybět vhodně směřovaná komunikace ze strany sester, zahrnující vysvětlování, předvádění a procvičování, s cílem pomoci pacientovi znovu získat postupně nezávislost, je pak zbytečné jakékoliv předešlé úsilí.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce na téma „*Rehabilitační ošetřovatelství a chirurgická onemocnění břicha*“ je zaměřena na rehabilitační ošetřování realizované všeobecnou sestrou u pacientů po břišních operacích. Hlavními cíli této práce bylo zjistit informovanost sester o rehabilitačním ošetřování na chirurgických odděleních, zda využívají jednotlivé prostředky rehabilitačního ošetřování u pacientů po břišních operacích a které z nich využívají nejčastěji. Posledním cílem bylo zjistit povědomí sester o kinestetické mobilizaci.

Pro empirické šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu kombinací forem rozhovorů a pozorování. Osloven byl určitý počet sester a z rozhovorů vyplývá, že sestry znají tři základní prostředky rehabilitačního ošetřování, které využívají automaticky v rámci komplexní ošetrovatelské péče. Další prvky znají velmi okrajově a téměř vůbec je nerealizují. Při samotné realizaci sestry vždy respektují zdravotní stav nemocného, přizpůsobí prostředí a pokaždé pacientovi v první řadě vysvětlí kroky a důvody jednotlivých rehabilitačních prostředků a až následně se pustí do praktikování. V tomto ohledu jsme objevili i slabá místa, kdy se sestry spoléhají na přítomnost fyzioterapeuta, který pravidelně dochází na příslušná oddělení, a tak nevědí, jak některé prvky rehabilitačního ošetřování realizovat. Také sami pacienti mají rehabilitaci stále spjatou pouze se spoluprací s fyzioterapeutem. Z pozorování pacientů ale vzešlo, že na rehabilitační ošetřování prováděné sestrou reagují příznivě. Také se ukázalo, že sestry neznají pojem kinestetické mobilizace. I přesto se snaží manipulovat s nemocným tak, aby nebyl rizikový pro ošetřující personál.

Tato diplomová práce poskytuje užitečné informace, které mohou být vhodným podnětem pro management nemocnic, aby zajistil svým zaměstnancům dostatek znalostí a vědomostí v dané problematice.

Z výsledků vyplývají nedostatky, které mě vedly k přípravě odborného semináře pro ošetrovatelskou jednotku, kde probíhal výzkum, na téma: *Realizace prostředků rehabilitačního ošetřování u pacientů po břišních operacích*.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMOVIČ, Zuzana, 2019. Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře. *Medicína v praxi* [online]. 16(4): 277–279. [cit. 28. bře. 24] Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2019/04/15.pdf>

ANDERSON, David R., MORGANO, G. Paolo, BENNETT Carole et al., 2019. American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. *Blood Adv* [online]. Dec 10; 3 (23): 3898–3944. [cit. 2024-02-20]. Dostupné z: <https://ashpublications.org/bloodadvances/article/3/23/3898/429211/American-Society-of-Hematology-2019-guidelines-for>

BALIAN, Axel, et al., 2010. *Hépto-gastro-enterologie*. 7. vydání. Paris: VERNAZOBRES-GREGO. ISBN 978-2-81830-041-1.

BANUGO, Pele, AMOAKO, Derek, 2017. Prehabilitation. *BJA Education* [online]. Volume 17, Issue 12, Pages 401–405 [cit. 2024-03-31]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/bjaed/article/17/12/401/4083340>

BARTUŠEK, Daniel, VÁLEK, Vlastimil, et al., 2020. Zobrazovací metody u neúrazových náhlých příhod břišních. *Gastroenterologie a hepatologie: Gastroenterology and hepatology* [online]. 74(6):520-532. [cit. 2023-11-27]. Doi: 10.48095/ccgh2020520

BLÁHOVÁ, Barbora, 2019. *Rehabilitace u pacientů s břišní kýlou*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, 87 s.. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Marie Vitujová.

CARLI, Francesco, 2020. Prehabilitation for the Anesthesiologist. *Anesthesiology* [online]. 133:645–652 [cit. 2024-03-31] Dostupné z: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/133/3/645/108226/Prehabilitation-for-the-Anesthesiologist>

ČEŠKA, Richard, ŠTULC, Tomáš, Vladimír TESAŘ et al., 2015. *Interna*. 2., aktualizované vydání [brožované ve 3 svazcích]. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7387-885-6.

ČOUPKOVÁ, Hana a SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. 2.*, dopl. vyd. Sestra (Grada). Praha:Grada. ISBN 978-80-247-3602-0.

DOSBABA, Filip; KŘÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin, 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.

DRÁBKOVÁ, Pavla, 2016. Ošetrovatelská péče u pacientů po operacích na standardním oddělení. *Florence* [online]. Číslo 1-2; ISSN 2570-4915 [cit. 2023-11-24].

DUŠKOVÁ, Markéta, 2009. *Úvod do chirurgie: učební text pro studenty 3. LF UK*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Klinika plastické chirurgie 3. LF a FNKV. ISBN 978-80-254-4656-0.

DVOŘÁK, Radmil, 2007. *Základy kinezioterapie*. 3. vyd., (2. přeprac.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1656-4.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2021. *Základy funkční anatomie*. 2. vydání. Olomouc: Poznání. ISBN 978-80-88395-08-9.

FREIBERG, Alice, GIRBIG, Maria, EULER, Ulrike et al., 2016. *Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases – A scoping review*. *J Occup Med Toxicol* [online]. 11, 24 [cit. 2024-02-25].

GOODMAN, Terri et CYNTHIA, Spry, 2017. *Essentials of Perioperative Nursing*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 376 s.. ISBN 9781284079821.

GUMULEC, Jaromír, 2010. Prevence žilního tromboembolizmu. *Medicina pro praxi* [online]. 7(4), 163–166 s. [cit. 2024-02-20]. ISSN 1803-5310.

GUTENBRUNNER, Christoph, STIEVANO, Alessandro, STEWART, David et al. *Nursing – a core element of rehabilitation*. *International Nursing Review*. [online] 2022, vol.69, 13-19. [cit. 2024-02-26] Doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12661>

HOCH, Jiří a LEFFLER, Jan, c2011. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 9788073452537.

- CHMELO, J., PHILLIPS, A. W. et al., 2021. Prehabilitation, improving postoperative outcomes. Prehabilitace, cesta ke zlepšení pooperačních výsledků. *Rozhledy v chirurgii* [online]. 100(9), 421–428 [cit. 30.03.2024]. Doi: 10.33699/PIS.2021.100.9.421-428.
- CHVOJKOVÁ, Lenka a HRUZÍKOVÁ, Jana, 2014. Rehabilitační ošetřovatelství – teorie a praxe. *Florence* [online]. č. 11. ISSN 2570-4915. [cit. 10.02.2024]
- IVANOVÁ, Kateřina, 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-442-9.
- JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JANKOVSKÝ, Jiří, 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Triton. ISBN 978-80-7254-730-5.
- JIRKOVSKÝ, Daniel a HLAVÁČOVÁ, Marie, 2012. *Ošetřovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.
- JONES, W. Lee, PEDDLE, J. Carolyn, EVES, D. Nail et al., 2007. Effects of presurgical exercise training on cardiorespiratory fitness among patients undergoing thoracic surgery for malignant lung lesions. *Cancer* [online]. 110(3):590-8. [cit. 30.03.2024] Doi: 10.1002/cncr.22830
- KALA, Zdeněk a Igor PENKA, 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-518-1.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KAZIMOUR, Ivan, 2016. *Historie zdravotnictví*. E-knihy jedou. 450 s.. ISBN 978-80-751-2595-8
- KINESTETIKA, 2008-2016 [online]. [cit. 2024-02-25]. Dostupné z: https://www.kinestetika.cz/?page_id=76

KLUSOŇOVÁ, Eva a PITNEROVÁ, Jana, 2014. *Rehabilitační ošetřování klientů s těžkými poruchami hybnosti*. Vyd. 3., upr. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-567-9.

KLUSOŇOVÁ, Eva, 2011. *Ergoterapie v Praxi*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-538-8

KNAPOVÁ, Jaroslava, 2019. Výukový materiál: Rehabilitační ošetřovatelství [online]. Ostrava: Inovace VOV. [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/486/page01.html>

KOLÁŘ, Pavel, 2020. *Rehabilitace v klinické praxi*. Druhé vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-500-9.

KOTÍK, Luboš, 2022. *Předoperační vyšetření dospělých*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-714-3.

KRAMPEROVÁ, Hana et al., 2010. *Novinky v ošetrovatelské péči* [online]. [cit. 2024-02-25]. Dostupné z: http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf

KRŠKA, Zdeněk, 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3815-4.

KUDLOVÁ, Pavla, GATĚK, Jiří, KUBICOVÁ, Miroslava, 2020. *Ošetrovatelská péče v břišní chirurgii* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, nám. T. G. Masaryka 5555, [cit. 2023-02-06]. ISBN 978-80-7454-958-8. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/45941/Osetrovatelsk%a1_pece_v_br%a1isni_chirurgii_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LEBWOHL, G. Mark et al., 2017. *Treatment of Skin Disease* [online]. 912 s. Publisher: Elsevier. [cit. 2024-02-16] ISBN 978-07020-6912-3.

LEDNICKÝ, Štefan et al., 2020. Prehabilitace. *Česká gynekologie* [online]. 85(5): 352-356 [cit. 02.04.2024] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2020-5-9/prehabilitace-124829>

MAZÚR, A. et al., 2021. Prehabilitation in surgery – narrative review. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 32(3), 136–141 [cit. 30.03.2024]. Doi: 10.36290/aim.2021.023

MIKULA, Jan a MÜLLEROVÁ, Nina, 2008. *Prevence dekubitů*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.

MIKULÁŠKOVÁ, Monika; IMRICHOVÁ, Barbora a NEUMANNOVÁ, Kateřina, 2021. Možnosti rehabilitace u pacientů po prodělaném onemocnění covid-19. *Dermatologie pro praxi* [online]. 15(2):63 [cit. 2024-02-25] Doi: 10.36290/der.2021.012

MPSV, 2020. *Sociální rehabilitace (§70) a sociálně terapeutické dílny (§67)*. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny [cit. 04.01.2024]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67->

NEUBAUEROVÁ, Lenka; JAVORSKÁ, Miroslava a NEUBAUER, Karel, 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-174-7.

NOVOSAD, Libor, 2000. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.

NOVOSAD, Libor, 2006. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3.

PÁČ, Libor, 2007. *Anatomie člověka II: splachnologie, kardiovaskulární systém, žlázy s vnitřní sekrecí*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4291-9.

PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

PLEVOVÁ, Ilona, 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-7108-886.

PODRAZILOVÁ, Petra, 2015. Význam kinestetiky pro ošetřovatelskou péči. *Florence* [online]. XI (5), 38–39 s. [cit. 2024-02-25] ISSN:1801-464X.

POSLEPEK, R. et al., 2020. Laparotomie – co je to a kdy se používá? Co při ní očekávat? *Rehabilitace.info Magazín o zdraví* [online]. [cit. 29.11.2023] Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/laparotomie-co-je-to-a-kdy-se-pouziva-co-pri-ni-ocekavat/>

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Sociologie (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART, c2008. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2900-8.

SMOLÍKOVÁ, Libuše a MÁČEK, Miloš, 2010. *Respirační fyzioterapie a plicní rehabilitace*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-527-3.

STRNADOVÁ, Alice, HLADÍKOVÁ, Lenka et al., 2021. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2024-02-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf

ŠEDÝ, Jiří, 2016. Chirurgický výkon. *MEDprofi Databáze odborných textů pro zdravotnictví* [online]. [cit. 2023-11-27] Dostupné z: <https://www.mediprofi.cz//a4f2u>

ŠEFLOVÁ, Lenka et al., 2016. Dekubity v praxi. *Medicina v praxi* [online]. 13(5). 263-267 s. [cit. 2024-02-16] DOI: 10.36290/med.2016.057.

ŠKUBOVÁ, Jarmila, 2016. Sestry se učily navzájem s fyzioterapeuty, ergoterapeuty a ostatními NLZP. *Florence – odborný časopis pro NLZP* [online]. [cit. 2024-02-25] Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/3/sestry-se-ucily-navzajem-s-fyzioterapeuty-ergoterapeuty-a-ostatnimi-nlzp/>

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Lucie, 2021. Novinky v prevenci a léčbě trombózy. *Profi medicína* [online]. [cit. 2024-02-20]. Dostupné z: <https://profimedicina.cz/novinky-v-prevenci-a-lecbe-trombozy/>

ŠVESTKOVÁ, Sabina, 2013. *Kompresivní terapie v praxi* [online]. Aktuální farmakoterapie, 9(3), 117-119 [cit. 2024-02-20]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/03/04.pdf>

TRACHTOVÁ, Eva, TREJTNAROVÁ, Gabriela a MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

TREŠLOVÁ, Marie a DOLÁK, František (ed.), 2021. *Fyzická manipulace s pacientem v ošetrovatelské péči: (praktická příručka)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-866-5.

VÉLE, František, 2006. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Vyd. 2., (V Tritonu 1.). Praha: Triton. ISBN 80-7254-837-9.

VOKURKA, Martin a HUGO, Jan, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VOKURKA, Martin a HUGO, Jan, 2023. *Praktický slovník medicíny*. 12. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-770-9.

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

VRTÍK, Luděk; ČAMBAL, Marek; GRGÁČ, Ivan; HRBATÝ, Boris; MORAVANSKÝ, Norbert et al., 2019. *Základy chirurgie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-4320-6.

Vyhláška č.158/2022 Sb., *Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů* [online]. Zákony pro lidi. [cit. 10.02.2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-158/zneni-20220701>

VYHNÁNEK, František, 2003. *Chirurgie I: pro střední zdravotnické školy. 2., přeprac.* vyd. Praha: Informatorium. ISBN 80-733-3005-9.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část.* Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata, SEDLÁŘOVÁ, Petra, WIRTHOVÁ, Vlasta et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část.* Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3421-7

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a ŠTEFKOVÁ, Ivana, c2012. *Perioperační ošetrovatelská péče.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WILDEMUTH, M. Barbara, 2009. *Applications of social research methods to questions in information and library science / Barbara M. Wildemuth.* Westport, Conn. : Libraries Unlimited, 421 p. ISBN 9781591585039

YLIMARTIMO, T. Aura, LAHTINEN, Sanna. et al., 2022. Long-term Outcomes After Emergency Laparotomy: a Retrospective Study. *Journal of Gastrointest Surgery* [online]. Sep;26(9):1942-1950. [cit. 29.11.2023] doi: 10.1007/s11605-022-05372-3.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti [online]. *Zákony pro lidi.* [cit. 03.02.2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435#cast3>

Zákon č. 82/2015 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání [online]. *Zákony pro lidi.* [cit. 03.02.2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-82>

ZEMAN, Marek, 2016. *Obecné základy kinezioterapie.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-605-0.

ZEMAN, Miroslav a KRŠKA, Zdeněk et al., 2014. *Speciální chirurgie. 3., dopl. a přeprac.* vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5

ZEMAN, Miroslav a KRŠKA, Zdeněk, 2023. *Chirurgická propedeutika.* Čtvrté, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3484-7.

8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

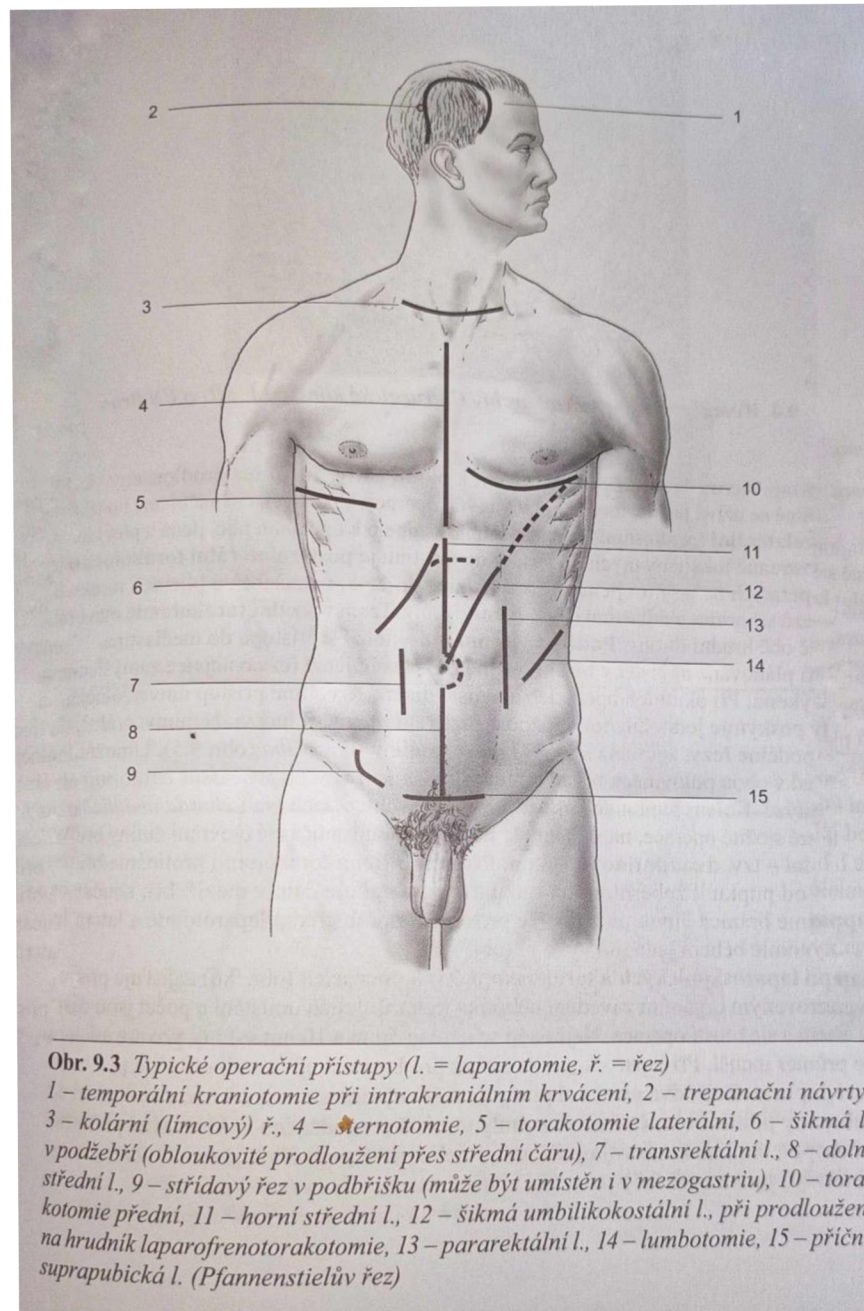
Příloha 1 – Operační přístupy

Příloha 2 – Pomůcky pro dechovou rehabilitaci – Flutter, Acapella, Triflow

Příloha 3 - Otázky k rozhovoru – všeobecné sestry

Příloha 4 - Pozorovací arch – pacienti

Příloha 1 - Operační přístupy



ZDROJ: Zeman, Krška (2023)

Příloha 2 - Pomůcky pro dechovou rehabilitaci

Flutter



Acapella



Triflow



ZDROJ: Vlastní

Příloha 3 - Otázky k rozhovoru – všeobecné sestry

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Aktuálně probíhající vzdělání?
 - Absolvování specializačního vzdělání?
2. Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?
3. Jak dlouho pracujete na chirurgii?
4. Setkala jste se již s pojmem rehabilitační ošetřování?
5. Kde jste získala informace o rehabilitačním ošetřování?
6. Co podle Vás znamená rehabilitační ošetřování?
7. Používáte rehabilitační ošetřování při Vámi poskytované ošetrovatelské péči?
8. V čem je podle Vás všeobecně přínosné RHB ošetřování?
9. Jaký myslíte, že je přínos RHB ošetřování pro samotného pacienta?
10. Vnímáte nějaký přínos RHB ošetřování pro sestru?
11. Provádíte ještě před výkonem u pacientů nácvik rehabilitačních prostředků důležité pro pooperační období?
 - Jaký je důvod proč neprovádíte nácvik RHB prvků?
12. Myslíte si, že by bylo vhodné zařadit nácvik některých prvků do předoperační přípravy?
 - Jaké prvky byste zařadila k předoperační přípravě?
13. Jaké znáte prvky/prostředky rehabilitačního ošetřování?
14. Které prvky/prostředky rehabilitačního ošetřování využíváte nejčastěji?
15. Využíváte v rámci RHB ošetřování kompenzační pomůcky? Jaké?
16. Využíváte v rámci RHB ošetřování polohovací pomůcky? Jaké?
17. Myslíte si, že je vaše oddělení dostatečně vybaveno pro poskytování RHB ošetřování? (pomůcky aj.)
18. Jak probíhá Váš první kontakt s pacientem po operaci břicha? (po příjezdu z dospávacího pokoje?)
19. Jak probíhá Váš první kontakt s pacientem při překladi z JIP, kdy je po břišní operaci?
20. Kdy a jak poprvé vertikalizujete pacienta po břišní operaci?
21. Jak celkově probíhá mobilizace pacienta po břišní operaci?
22. Polohujete pacienta po břišní operaci? Jak?
23. Využíváte při polohování nějaké kompenzační pomůcky? Jaké?

24. Využíváte možnost při polohování polohovacích pomůcek? Jaké?
25. Provádíte s pacientem cévní gymnastiku? Jak?
26. Jak provádíte u vás na oddělení kompresivní terapii
27. Má u vás na oddělení nějaká specifika prevence TEN? Jak probíhá?
28. Provádíte s pacientem dechovou rehabilitaci? Jak?
29. Využíváte ještě jiných prostředků v rámci RHB ošetřování? Za jakým účelem?
30. Máte v průběhu směny dostatečný čas pro poskytování RHB ošetřování?
31. Znáte pojem kinestetická mobilizace?
 - ANO – Vidíte nějaký větší přínos kinestetické mobilizace v praxi?
 - V čem si myslíte, že pomáhá kinestetická mobilizace všeobecným sestřám?
 - V čem si myslíte, že pomáhá kinestetická mobilizace pacientům?
 - NE – Máte stanovené na oddělení nějaké zásady manipulace s nemocným po břišní operaci?
 - Jakým způsobem probíhá na oddělení školení sester v rámci RHB ošetřování?
32. Jak je na oddělení zajištěno poskytování RHB ošetřování u fyzicky náročného pacienta?
33. Zajímalo by Vás více informací o kinestetické mobilizaci?
34. Upřednostnila byste spíše nějakou brožuru/ošetřovatelský standard nebo byste se raději účastnila osobně nějakého kurzu?
35. Vnímáte na vašem oddělení nějaké silné stránky RHB ošetřování? Případně naopak ty slabé stránky a prostor pro zlepšení?
36. Ocenila byste více informací v rámci RHB ošetřování?

ZDROJ: vlastní

Příloha 4 - Pozorovací arch pro pacienty

	Pacient bezprostředně po výkonu zpět na oddělení						Pacient překladem zpět z JIP na standardní oddělení				
	P1	P2	P5	P7	P10	P11	P3	P4	P6	P8	P9
Fyzický stav P před výkonem:											
• chodící											
• částečně soběstačný											
• imobilní											
Zájem P o informace:											
Pacientova iniciativa:											
• aktivní											
• pasivní											
První vstávání po výkonu:											
• nutné opakování postupu											
• P dodržuje pokyny sestry											
Vyžádání analgetik před vertikalizací/mobilizací											
Využití kompenzačních pomůcek											
Využití polohovacích pomůcek											
Dodržování léčebného režimu:											
• dodržení dietního omezení											
• správný postup vertikalizace											
• pravidelné RHB ošetřování											
• péče o operační ránu											
• prevence TEN											
Návrat soběstačnosti:											
• úplný											
• částečný											

ZDROJ: vlastní

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – anesteziologické resuscitační oddělení

CT – počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katétr

ČLS JEP – Československá lékařská společnost J.E.Purkyně

DF – dechová frekvence

EBN – Evidence based nursing (ošetřovatelství založené na důkazech)

FF – fyziologické funkce

GIT – gastrointestinální trakt

JIP – jednotka intenzivní péče

LMWH – nízkomolekulární hepariny

NPB – náhlé příhody břišní

ORL – otorinolaryngologie

P – puls

PŽK – permanentní žilní katétr

RHB – rehabilitace

RTG – rentgenové vyšetření

RTG S+P – rentgenové vyšetření srdce a plic

TEN – tromboembolická nemoc

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

USG – ultrasonografie

VVV – vrozená vývojová vada

WHO – Světová zdravotnická organizace