

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**KRISTINA TOMÁŠKOVÁ**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Kristina Tomášková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ POOPERAČNÍ  
PÉČE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Čermáková, MBA

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kristina TOMÁŠKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z17B0041K**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Specifika ošetrovatelské pooperační péče**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. Léčba pooperační bolesti. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta – Medical Services, 2014, 149 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.
- HOLUBEC, Luboš. Chirurgie pro zdravotnické nelékařské obory. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017, 103 stran. ISBN 978-80-261-0723-1.
- REPKO, Martin. Perioperační péče o pacienta v ortopedii. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5.
- POKRIVČÁK, Tomáš. Chirurgie. 1. vydání. Praha: Triton, 2014. 282 s. ISBN 978-80-7387-702-6.
- DUDRICK, Stanley J. Manual of preoperative and postoperative care. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1983. ISBN 978-07-2161-164-8.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Čermáková**

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



**PhDr. Lukáš Štich**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Kristina Tomášková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetrovatelské pooperační péče

Vedoucí práce: Mgr. Eva Čermáková, MBA

Počet stran – číslované: 49

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: chirurgie, pooperační péče, operační rána, edukace, pooperační období, pooperační komplikace

### **Souhrn:**

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se budu zabývat pojmy, jako jsou druhy operačních výkonů, předoperační a pooperační ošetrovatelská péče, její komplikace a prevence těchto komplikací. Ošetrování ran bude také věnována jedna část mé bakalářské práce. Dále vás seznámím také s materiály, kterými se rány ošetřují.

V praktické části pomocí výzkumných otázek při polostrukturovaném rozhovoru budu zjišťovat, jak jsou pacienti edukováni v pooperační ošetrovatelské péči a péči o operační ránu. Budu srovnávat pooperační péči v různých typech chirurgických operačních výkonů v různých zařízeních.

Cílem mé práce je pomocí kvalitativního výzkumu zjistit, jak jsou pacienti edukováni v pooperační péči a v péči o operační ránu.

## **Abstract**

Surname and name: Kristina Tomášková

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Specifics of nursing post-operative care

Consultant: Mgr. Eva Čermáková, MBA

Number of pages – numbered: 49

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 24

Keywords: surgery, postoperative care, surgical wound, education, postoperative period, postoperative complications

### **Summary:**

Bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part i will deal with concepts, for example - Types of surgical procedures, pre-surgical and post-surgical nursing care, its complications and prevention. Wound Treatment is also included in my work and materials used for wound treatment will be introduced too.

In the practical part based on the results obtained during the semi-structured interview I will find out how the patient are educated in the post surgery care and in the wound treatment itself. I will compare post surgery care in different types of surgical procedures in various establishments.

The main goal of this thesis is to find out how patients are educated in the wound treatment area and the post-surgery care based on the qualitative research.

## **Předmluva**

Operační výkon je pouze prvním krokem k dosažení dobrého výsledku. Stejně důležitý, jako je výkon, je kvalitní péče po operaci. Pokud je odborně prováděna pooperační péče o pacienta a jeho operační ránu, tak výsledek tohoto celého procesu je kladný. Přestože se zdravotnictví posouvá stále na vyšší úroveň, v pooperační péči záleží na přístupu zdravotnického personálu, jak se starají o pacienta a o jeho potřeby.

Cílem mé práce je zmapovat, jak jsou pacienti edukováni o pooperační péči a v péči o operační ránu. Zaměřuji se na informovanost pacientů v péči o operační ránu, spokojenost pacientů se zdravotnickým personálem, informovanost pacientů v pooperační péči a jaká byla míra podpory v rodině v průběhu hospitalizace a poté v domácím prostředí.

Pro výzkum jsem použila kvalitativní metodu šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla s ženami po plánovaných operačních výkonech.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Evě Čermákové, MBA za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem respondentům za možnost poskytnutí vypracování mých dat.



SEZNAM OBRÁZKŮ .....	12
SEZNAM ZKRATEK.....	13
ÚVOD .....	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 CHIRURGIE .....	15
2 PERIOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	15
2.1 Preoperační období .....	15
2.1.1 Edukace pacienta .....	15
2.1.2 Předoperační příprava pacienta .....	16
2.1.3 Předoperační ošetrovatelská péče.....	16
2.2 Intraoperační období .....	17
2.2.1 Identifikace pacienta.....	17
2.2.2 Druhy anestezie .....	18
2.2.3 Typy operačních výkonů .....	18
2.3 Postoperační období.....	19
2.3.1 Pooperační ošetrovatelská péče.....	19
2.3.2 Pooperační ošetrovatelská péče na běžném chirurgickém oddělení.....	20
2.3.3 Pooperační komplikace.....	26
2.3.4 Ošetřování operační rány.....	31
2.3.5 Druhy materiálu na ošetření ran .....	32
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	34
3.1 Hlavní cíl.....	34
3.2 Dílčí cíle.....	34
4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY.....	36
5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	37
6 METODIKA PRÁCE.....	38
7 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	39
8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	40
8.1 Respondentka A.....	40
8.1.1 První pocity respondentek po operačním výkonu .....	40
8.1.2 Obavy respondentek před výkonem .....	41
8.1.3 Spokojenost respondentek s pooperační péčí zdravotnického personálu.....	41

8.1.4	Jak byly respondentky informované o pooperační péči .....	41
8.1.5	Důvěra respondentek ve zdravotnický personál .....	42
8.1.6	Podpora respondentek rodinou a blízkými .....	42
8.1.7	Dodržování doporučených postupů v pooperační péči .....	42
8.1.8	Informovanost respondentek z internetových zdrojů o operačním výkonu a následné pooperační péči .....	43
8.1.9	Ošetrovatelská pooperační péče u respondentek .....	43
8.1.10	Jaké informace dostaly respondentky v péči o operační ránu .....	44
8.1.11	Edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí .....	44
8.1.12	Samostatnost a nezávislost respondentek v domácím prostředí .....	44
8.2	Respondentka B .....	46
8.2.1	První pocity respondentek po operačním výkonu .....	46
8.2.2	Obavy respondentek před výkonem .....	46
8.2.3	Spokojenost respondentek s pooperační péčí zdravotnického personálu .....	47
8.2.4	Jak byly respondentky informované o pooperační péči .....	47
8.2.5	Důvěra respondentek ve zdravotnický personál .....	47
8.2.6	Podpora respondentek rodinou a blízkými .....	48
8.2.7	Dodržování doporučených postupů v pooperační péči .....	48
8.2.8	Informovanost respondentek z internetových zdrojů o operačním výkonu a následné pooperační péči .....	49
8.2.9	Ošetrovatelská pooperační péče u respondentek .....	49
8.2.10	Jaké informace dostaly respondentky v péči o operační ránu .....	50
8.2.11	Edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí .....	50
8.2.12	Samostatnost a nezávislost respondentek v domácím prostředí .....	51
8.3	Respondentka C .....	52
8.3.1	První pocity respondentek po operačním výkonu .....	52
8.3.2	Obavy respondentek před výkonem .....	53
8.3.3	Spokojenost respondentek s pooperační péčí zdravotnického personálu .....	53
8.3.4	Jak byly respondentky informované o pooperační péči .....	53
8.3.5	Důvěra respondentek ve zdravotnický personál .....	54
8.3.6	Podpora respondentek rodinou a blízkými .....	54
8.3.7	Dodržování doporučených postupů v pooperační péči .....	54
8.3.8	Informovanost respondentek z internetových zdrojů o operačním výkonu a následné pooperační péči .....	55
8.3.9	Ošetrovatelská pooperační péče u respondentek .....	55

8.3.10	Jaké informace dostaly respondentky v péči o operační ránu .....	56
8.3.11	Edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí .....	56
8.3.12	Samostatnost a nezávislost respondentek v domácím prostředí .....	56
DISKUZE.....		57
ZÁVĚR.....		62
SEZNAM LITERATURY .....		63
SEZNAM PŘÍLOH .....		65
PŘÍLOHY.....		66
Příloha č. 1 – Vizuální analogové skóre.....		66
Příloha č. 2 – Obličejová škála bolesti .....		67
Příloha č. 3 – Diety .....		68
Příloha č. 4 – Tabulka č. 1 – výsledky výzkumu.....		70
Příloha č. 5 – Informovaný souhlas .....		71
Příloha č. 6 – Rešerše .....		72
Příloha č. 7 – Edukační materiál.....		74
Příloha č. 8 – Edukační materiál.....		75

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek č. 1 .....	viz příloha č. 1, formát JPEG
Obrázek č. 2 .....	viz příloha č. 2, formát JPEG
Obrázek č. 3 .....	viz příloha č. 3, formát JPEG

## SEZNAM ZKRATEK

PŽK .....	Periferní žilní katetr
PMK .....	Periferní močový katetr
JIP .....	Jednotka intenzivní péče
O2 .....	Kyslík
VAS .....	Visual analogue scale (vizuální analogové skóre)
FPS .....	Faces pain scale (obličejová škála bolesti)
CRP .....	C – reaktivní protein
RTG .....	Rentgen
CT .....	Computer tomograph (počítačový tomograf)
EKG .....	Elektrokardiografie
Např. ....	Například
Aj. ....	A jiné
WC .....	Toaleta
Tzv. ....	Takzvaně

## ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si zvolila záměrně, protože jsem pracovala na Dětském oddělení, kde se prováděly operační výkony dětem od 6 ti do 18 ti let. Setkávala jsem se s různými typy operačních výkonů a pooperační péče, byla vždy individuální.

V naší bakalářské práci se věnujeme ošetrovatelské pooperační péči. Chirurgie obecně, je vysoce rozsáhlý lékařský obor, který se zabývá léčbou poúrazových stavů, nemocemi a situacemi, kdy je nutno manuálně použít instrumentária. Zásah do lidského organismu a poškození integrity kůže za účelem léčby se nazývá operační výkon. Při operačním výkonu nelze nikdy stoprocentně pacientovi zaručit, že bude bez komplikací. Lidský organismus reaguje na vnější podněty individuálně a průběh celého operačního období každý snáší jinak. Pacienti, kteří mají operační výkon naplánovaný, jsou většinou dobře edukováni a psychicky připraveni na celý proces. Záleží však na několika faktorech, který pooperační stav velice ovlivňují. Například v pooperační péči je velmi důležitá empatie a podpora ze strany zdravotnického personálu a rodiny.

Naše práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. Zahrnuje edukaci pacienta před výkonem a předoperační ošetrovatelskou péči. V druhé kapitole se věnujeme druhům anestezie a typům operačních výkonů. Třetí kapitola je nejrozsáhlejší a zde se zaměřujeme na pooperační ošetrovatelskou péči na běžném chirurgickém oddělení. V poslední podkapitole uvádíme ošetřování operační rány a druhy materiálů, které jsou nejčastěji používány. Abychom mohly vypracovat teoretickou část, nechaly jsme si vypracovat rešerši ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje (příloha č. 6).

Cílem naší práce je pomocí kvalitativního výzkumu zjistit, jak jsou pacienti edukováni v pooperační péči a v péči o operační ránu. Zaměřujeme se na pooperační péči v několika zařízeních v rozdílných věkových kategoriích. Zjistíme, zda byly respondentky informované v předoperační přípravě o pooperační péči, která je čeká. Informace jsme získaly pomocí polostrukturovaného rozhovoru, které jsem vedla se třemi respondentkami. Tyto rozhovory jsou obsaženy v praktické části.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CHIRURGIE

Chirurgie je obor, který se zabývá léčbou různých typů poranění a onemocnění. Využívá se také diagnosticky a při posouzení celkového stavu pacienta a k indikaci operace. (Zeman, 2011) „*Chirurgie se dělí na všeobecné a specializované obory, podstatou je maximální týmová spolupráce, která se opírá i o výsledky jiných lékařských oborů.*“ (Čoupková, 2019, s. 9)

## 2 PERIOPERAČNÍ OBDOBÍ

Zahrnuje preoperační, intraoperační a postoperační období. (Zeman, 2011)

### 2.1 Preoperační období

Tento pojem se nedá vymezit na určitý čas, může trvat i měsíce. Zahrnuje péči o pacienta od té doby, co se lékař rozhodne k operačnímu výkonu a končí v době, kdy pacienta přivezeme na operační sál. (Janíková, 2013) Toto období je velmi variabilní, jelikož závisí na stavu pacienta a na příčině, která vede k operačnímu výkonu. (Wendsche, 2012) Hlavní cíl preoperační (neboli předoperační) přípravy je nejlépe připravit podmínky k tomu, aby nemocný zvládl operační zátěž a pooperační období. (Janíková, 2013)

#### 2.1.1 Edukace pacienta

Edukace pacientů je velice důležitou součástí perioperační ošetrovatelské péče. Správné informace o perioperační péči jsou pro pacienta stejně důležité, jako informace o jeho onemocnění. Hlavním cílem edukace je, aby pacient pochopil celý perioperační proces a byl připraven na operační výkon se související náležitostmi. Pacientovi je důležité sdělit, jak bude probíhat předoperační příprava, nastínit možné komplikace, které mohou nastat v pooperačním období a délka předpokládaného pobytu v nemocničním zařízení. Nedílnou součástí edukace je bolest, která bude nějaký čas pacienta doprovázet v pooperačním období. U každého je bolest individuální, proto nelze přesně předem určit, jakou bude mít intenzitu a charakter. Pro pacienty je podstatné, aby jim lékař sdělil, jakým způsobem lze bolest zmírnit. Lékař by měl nastínit pacientovi lokalizaci operační rány, aby pacient po probuzení z anestezie, nebyl překvapen.

Důležité je v perioperační edukaci u pacienta zmírnit strach z neznámého prostředí, snížit obavy z výkonu, redukovat pocity úzkosti a obavy z budoucnosti. Poskytnout pacientovi potřebné informace k operačnímu výkonu a optimistický náhled na jeho onemocnění. Edukace posiluje sebevědomí a spokojenost pacienta a tím vysoce ovlivňuje pooperační období. (Jedličková, 2019)

Lidé jsou zahlceni informacemi z internetu či jiných informačních zdrojů o perioperační péči a výsledkem je potom buď přehnané obavy a strach nebo naopak velký optimismus. Pacient je od perioperačního období zahlcen spousta informacemi od několika zdravotnických pracovníků z různých oborů. Pacienta o pooperačním období především edukuje lékař a sestra, aby pacienta co nejlépe připravili na celý operační průběh.

Pacientovi lze informace poskytnout ústním rozhovorem, písemnou formou pomocí letáčků, nebo ukázkou na videu. (Jedličková, 2019)

### **2.1.2 Předoperační příprava pacienta**

Hlavním cílem této přípravy je vytvoření vhodných podmínek ke zvládnutí operační a pooperační zátěže. Slouží k tomu, aby se rány hojily nekomplikovaně a u pacienta proběhla správná rekonvalescence. Při přípravě před operačním výkonem využíváme prvky obecné, které by měly být splněny u každého chirurgického výkonu a prvky speciální, které se liší diagnózou a druhem chirurgického výkonu. (Zeman, 2011) Při přípravě pacienta je nedílnou součástí poskytnout mu dostatečné množství informací, vysvětlit potřebné přípravy před operací a seznámit s možnými komplikacemi, které můžeme očekávat v pooperačním čase. (Kala, 2010) Pacient musí být seznámen s možnými riziky, která plynou z různých způsobů léčby. Lékař je povinen pacientovi sdělit informace o postupu operačního výkonu a očekávané výsledky, včetně doby trvání léčby a rekonvalescence. (Schneiderová, 2014)

### **2.1.3 Předoperační ošetrovatelská péče**

Před chirurgickým výkonem je nutné vysvětlit pacientovi, že má provést očistu celého těla. Musí odložit všechny snímatelné náhrady (protézy), šperky a odstranit líčidla. Nedílnou součástí je také oholení operačního pole a sestra má povinnost zkontrolovat, zda všechny tyto hygienické požadavky splnil. Pacient je poučen, že nesmí jíst, pít ani kouřit minimálně 6-8 hodin před operačním výkonem. (Schneiderová, 2014)

Každý chirurgický výkon má své speciální přípravy ale lze ji obecně rozdělit na celkovou a místní.



Celkovou předoperační přípravu podstupují všichni pacienti před plánovaným výkonem. Zahrnuje vyprázdnění močového měchýře, proto můžeme zavést (pokud je nutný) permanentní močový katetr, nebo vyzvat pacienta aby se šel vymočit. Před výkony tlustého střeva je důležitá příprava střeva a to jej vyprázdnit. Nejčastěji střevo vyzprazdňujeme klyzmatem. Také je důležité zavést PŽK z důvodu podání premedikace, anestetik, následné léčby a hlavně z důvodu rychlého řešení případných komplikací. „*Před operací pacientovi bandážujeme dolní končetiny elastickými obinadly nebo navlékáme kompresní punčochy a aplikujeme nízkomolekulární hepariny podle ordinace.*” (Schneiderová, 2014, s. 26)

Místní příprava opět závisí na chirurgickém výkonu. V oblasti předpokládaného operačního pole nesmí být přítomny jakékoliv kožní infekce. (Wicker, 2017) Nejvíce toto platí u obézních pacientů, protože v kožních záhybech dochází k zapařeninám a velmi často je zde přítomna mykóza. Hlavně u žen by neměly být nalakované dlouhé nehty, protože se pod nimi hromadí nečistoty. Oholení operačního pole se provádí až bezprostředně před operací, protože oholení delší dobu před výkonem by molo způsobit folikulitidu, která vzniká při odstraňování ochlupení jednorázovými žiletkami.

Pacienta vyzveme, aby se šel vymočit (pokud nemá PMK) a poté můžeme aplikovat premedikaci dle ordinace lékaře. Pacienta odvážíme na operační sál vleže, nahého a pouze přikrytého prostěradlem nebo přikrývkou. Předáváme pacienta na operační sál s veškerými složkami zdravotnické dokumentace a nemá u sebe žádné osobní věci. (Schneiderová, 2014)

Velice důležitá je pečlivá identifikace pacienta, která předchází záměně člověka či operovaného místa. Každé zdravotnické zařízení má svůj stanovený postup pro identifikaci. Mezi nejvíce osvědčené způsoby patří náramky se jménem a ústní dotaz na pacienta. (Jedličková, 2019)

## **2.2 Intraoperační období**

Toto období začíná převzetím pacienta z předsálí až do předání personálu na běžné oddělení nebo na JIP. V tomto období je péče zajišťována pracovníky operačního sálu. (Janíková, 2013)

### **2.2.1 Identifikace pacienta**

Důležitým krokem je kontrola dokumentace a operačního programu. Vždy se vyžadují alespoň dva způsoby identifikace pacienta například jméno a datum narození. Na operačním sále také provádíme kontrolu identifikace pacienta. Nazýváme ji vícestupňovou

a jedná se o kontrolu anesteziologickou sestrou a následně ještě perioperační obíhající sestrou. Po provedení této identifikace je pacient přeložen na operační stůl.

Je důležité předejít také nežádoucím událostem, jako jsou záměny operované strany, končetiny či orgánu. Lékař kontroluje dokumentaci pacienta, dobře viditelné označení místa výkonu (nesmyvatelným fixem) a stranový verifikační protokol. V případě neshody nemůže být operační výkon proveden. (Jedličková, 2019)

### **2.2.2 Druhy anestezie**

Celková anestezie se podává se nitrožilně, inhalačně, nitrosvalově, rektálně a přímo endotracheálně. (Čoupková, 2019)

Místní anestezii dělíme podle místa aplikace na povrchovou, slizniční, okrskovou, infiltrační, neuroaxilární a perispinální.

Jako poslední je kombinovaná. (Janíková, 2013)

### **2.2.3 Typy operačních výkonů**

**Ambulantní operační výkony** nevyžadují hospitalizaci a není u nich nutná speciální předoperační příprava. Nejčastěji se provádějí na ambulantních sálech v lokální anestezii, ale lze je provést i v anestezii celkové za přítomnosti anesteziologa. Po úplném odeznění anestezie pacient může opustit zařízení v doprovodu zodpovědné osoby. (Schneiderová, 2014)

**Operační výkony prováděné za hospitalizace** jsou takové, při kterých musíme pacienta předoperačně připravit na zákrok. Po těchto výkonech je nutné pacienta monitorovat pro možnosti vzniku komplikací. Provádí se v celkové či místní anestezii.

**Plánované operační výkony** jsou indikovány pro chronické onemocnění, které nelze léčit konzervativně. Například operace nádorových onemocnění.

**Akutní operační výkony** je potřeba provést v nejkratším čase ihned po určení diagnózy a po předoperačních vyšetření, která jsou nezbytně nutná. Akutně operační výkony jsou například náhlé příhody břišní a další onemocnění, která člověka ohrožují na životě.

**Urgentní operační výkony** se nemohou odkládat. Bez okamžitého operačního výkonu je pacient bezprostředně ohrožen úmrtím. Příkladem je masivní tepenné krvácení.

**Radikální operační výkony** zcela řeší onemocnění, které bylo indikováno. Například u onkologických onemocnění.

**Paliativní operační výkony** se provádí pro zlepšení kvality života pacienta, ale výkon terapeuticky neřeší základní onemocnění.

**Jednodobé operační výkony** se využívají například pro cholecystektomii při chronické cholecystitidě nebo pro apendektomii při akutním zánětu. Jsou to výkony, které jedním operačním zákrokem dořeší jedno onemocnění.

**Vícetdobé operační výkony** jsou naplánované na více etap a nelze vše řešit v jedné době. Je nutné uspořádat plán operačních výkonů (například plastické operace).

**Diagnostické operační výkony** se využívají velice často. Jejich cílem je zjistit příčinu potíží, které není možné diagnostikovat jinými metodami. Také jsou jako druhotné pro potvrzení diagnóz a to například při mamograficky potvrzeném nádoru prsu se provede punkce s následným histologickým potvrzením. (Schneiderová, 2014)

**Léčebné operační výkony** neboli terapeutické mají za cíl vyléčit pacienta (například odstranění nádoru).

**Krvavé operační výkony** jsou při většině chirurgických zákroků. Dochází při nich ke krvácení, protože je záměrně porušen povrch těla (kůže nebo sliznice). V průběhu celého operačního výkonu dle fyziologických zásad operování má být krvácení stavěno, aby nedocházelo k velkým krevním ztrátám.

**Nekrvavé výkony** jsou prováděny endoskopicky, bez porušení integrity organismu. Příkladem jsou různé typy repozic zlomenin. (Schneiderová, 2014)

## **2.3 Postoperační období**

Porucha celistvosti tkání charakterizuje operaci, s níž se organismus vypořádává hojením. Reakce organismu závisí na velikosti operačního traumatu, na délce a způsobu celkové anestezie a míře pooperační systémové reakce organismu. (Ferko, 2015)

### **2.3.1 Pooperační ošetrovatelská péče**

Po operačním výkonu pacient zůstává pod stálým dohledem, po dobu nezbytně nutnou, dokud nedojde k obnově základních vitálních funkcí (vědomí, dýchání a oběhu). Pacient musí být plně při vědomí a mít stabilní vitální funkce. Dohled nad pacienty je plně indikován i při výkonech prováděných v lokální anestezii. Protože i v těchto případech je možný vznik komplikací, kterým je nutno předejít. (Zeman, 2011)

Po operaci v bezprostředním období je péče o pacienta společná pro chirurgického lékaře a anesteziologa. (Zeman, 2011) Po přerušení celkové anestezie a po extubaci je pacient předán na pooperační (dospávací) pokoj, kde je plně sledován. (Schneiderová, 2014) Lékař (chirurg) kontroluje stav operační rány (drény, krvácení), anesteziolog sleduje vitální funkce a zdravotní sestry zajišťují péči pacienta. Transport z dospávacího pokoje závisí na stavu pacienta a jeho vitálních funkcí. (Zeman, 2011) Musí být při vědomí, spontánně dýchat a být oběhově stabilní bez známek masivního pooperačního krvácení. „*Hlavním účelem dospávacího pokoje je ovšem péče o pacienta bezprostředně po výkonu v celkové anestezii, obvykle 15-30 minut.*“ (Wichsová, 2013, s. 153)

### **2.3.2 Pooperační ošetrovatelská péče na běžném chirurgickém oddělení**

Následná pooperační péče se za běžných podmínek uskutečňuje na lůžkovém chirurgickém oddělení, kam je pacient převezen z pooperačního pokoje. Pacient, který je po celkové anestezii, vyžaduje zvýšený a pravidelný dohled sestry po zbytek dne a přes noc. Patří k němu pravidelná kontrola vědomí, krevního tlaku, dýchání, pulzu, vyprazdňování, odvod z drénů (množství a kvalita sekretu), katétrů, sond a kontrola obvazu. Důležité je plnění pooperačních ordinací, které předepíše lékař z operačního sálu.

O monitoraci musí být veden záznam do dokumentace s uvedením času, kontroly a jejího výsledku. V případě neadekvátních změn (tachykardie, bradykardie, respirační změny) je sestra povinna neprodleně informovat lékaře a zintenzivnit kontrolu pacienta.

Pacienti, jejichž stav vyžaduje zvýšené sledování, zajištění vitálních funkcí a speciální pooperační léčbu, jsou převezeni na specializované jednotky intenzivní péče (JIP), anesteziologické oddělení. Jsou to například pacienti, u kterých předpokládáme možné poruchy plicní ventilace, oběhové poruchy, po rekonstrukčních cévních výkonech, pacienti s poruchou vědomí, po operaci či úrazu mozku a další.

Po transplantaci orgánů pacienti vyžadují intenzivní péči na oddělené jednotce se zvláštním epidemiologickým režimem.

Na jednotce intenzivní péče je pacient tak dlouho, dokud to jeho zdravotní stav vyžaduje. Poté se překládá na lůžkové oddělení nižší intenzivní péče nebo na standardní oddělení. (Zeman, 2011)

Po stabilizaci na pooperačním pokoji je pacient předán na standardní lůžkové oddělení s kompletní dokumentací. Ta obsahuje záznam o vedení anestezie, operační

protokol, doporučení a ordinace pro bezprostřední péči jako například doporučení pro oxygenoterapii, infuzní terapii, pooperační analgezií, laboratorní a jiná vyšetření, atd. Pacient je uložen na lůžko, které by mělo být dobře přístupné a musí být pacientovi dostupná signalizace, aby si mohl přivolat personál. (Kala, 2010)

### **Kontrola vitálních funkcí a jejich stabilita**

V pravidelných intervalech dle rozpisu lékaře je měřen tlak, pulz, saturace krve O<sub>2</sub> a sleduje se stav vědomí. Je to z důvodu odhalení příznaků šoku, hypoxie a jiných komplikací. Důležité je zajištění polohy nemocného po operaci. (Jedličková, 2012)

### **Zajištění polohy nemocného**

Nejčastěji je pacient uložen na záda s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy, která zajišťuje snadnější dýchání a odkašlávání. Pacient musí být natolik probuzen, aby byl schopen polykat, odkašlat a plnit pokyny sestry. Záleží však na typu operačního výkonu, protože výkony v oblasti krku a hlavy vyžadují polohu v polosedě a někdy je potřeba být i na břiše. V některých případech, respektujeme přání pacienta a polohu může zaujmout takovou, která mu vyhovuje, ale klademe důraz na prevence vzniku možných komplikací, proto se jim snažíme předejít. (Zeman, 2011) Sestra musí zajistit především bezpečnost pacienta a to prevencí pádu z lůžka pomocí zábran, zamezit vznik otlaků a dekubitů polohováním, proto je vhodné časně posazování, pokud to stav pacienta dovolí. U předpokladu delšího klidového režimu (po operaci páteře), dáváme pacientovi antidekubitní matraci. (Jedličková, 2012)

### **Sledování bolesti**

Pro nekomplikovaný pooperační průběh má velký význam tlumení bolesti. Záleží na mnoha faktorech, které ji ovlivňují. Jsou různé stupně bolesti a délka trvání se odvíjí od velikosti a umístění rány. (Jedličková, 2012) Bolest je subjektivní, individuální a je ovlivňována psychologickými faktory, pohlavím, rasou, výchovou a vlivem prostředí. (Málek, 2011)

Analgetika jsou léky na její tlumení a aplikují se nejčastěji parenterálně a kombinují se většinou s opiáty, které jsou nejsilnější. Mají také vedlejší účinky, se kterými musí lékař zvážit možná rizika (útlum dechového centra, psychické změny, zvracení). Množství, způsob

podání a druh analgetik se volí podle stavu pacienta, druhu operačního výkonu a záleží i na anesteziologovi. Součástí léčby bolesti je i polohování pacienta a psychická podpora. (Jedličková, 2012)

Metody měření jsou subjektivní. Nejznámější metodou hodnocení intenzity bolesti je vizuální analogovou škálou (VAS), pomocí které pacient hodnotí bolest na horizontální úsečce, na níž jsou číslice od 0 do 10. (obrázek č. 1 viz přílohy) Alternativou číselné stupnice může být škála obličejů bolesti (FPS), která znázorňuje výrazy obličejů od stavu úplné pohody po utrpení. Ta se výhradně používá u dětských pacientů, protože nedovedou vyjádřit přesně slovy intenzitu své bolesti. (obrázek č. 2 viz přílohy), (Málek, 2011)

### **Porucha spánku**

Odpočinek po výkonu, je jedna z nejdůležitějších součástí v léčbě. V prvních dnech je spánek narušen hlavně bolestí. Vlivem mohou být pohyby, které jsou bolestivé, nebo špatný psychický stav pacienta. V předoperačním období tento stav ovlivňujeme premedikací. V pooperačním období lze upravit nespavost medikamentózně. Existuje velké množství skupin neuroleptik, hypnotik a analgetik, které mohou nahradit nebo doplnit opiáty a tak omezit možné vedlejší účinky.

### **Péče o operační ránu**

Operační rána se nejčastěji kryje obvazem. Kontrola po operaci patří mezi povinnosti sestry a lékaře. Sleduje se především prosakování obvazu krví či přítomnost jiného sekretu. Pokud je obvaz pouze lehce prosáklý, ve většině případech stačí pouze přiložit další vrstvu sterilního obvazu. V delším časovém odstupu po výkonu je při prosakování potřeba výměna celého obvazu a kontrola rány. Rané komplikace však nemusí být pouze bolesti a zvýšená teplota, proto je nutné i nekomplikovanou ránu převazovat a kontrolovat po třech dnech. (Zeman, 2011)

Existuje mnoha faktorů, které ovlivňují hojení rány. Některé jsou ovlivnitelné (např. výživa) a některé ne (např. věk). Mezi faktory, které ovlivňují proces hojení, patří vyšší věk, stav výživy, krevní zásobení, přítomnost infekce, stres, nedostatek spánku, tlak v ráně a spolupráce pacienta. Důležité je hodnocení a klasifikace rány. Aby byla péče o pacienta efektivní a navazující, musíme umět ránu objektivně popsat a zhodnotit. Tyto informace zaznamenáváme do dokumentace a zároveň se mezi personálem předávají.

Nejsou-li přítomny žádné komplikace, první převaz operační rány je obvykle až při odstranění drénů vyvedených do rány (po 24-48 hodinách). Při infekci v ráně se objevuje zánětlivý sekret až s odstupem několika dnů. (Zeman, 2011) Důležitá je kontrola funkčnosti drénů, množství a charakter odpadu z drénu je velký ukazatel na správné hojení rány. (Jedličková, 2012)

Stehy odstraňujeme nejčastěji sedmý den po operaci, delší časový interval je v místech zvýšeného napětí a kratší v oblastech kosmetických.

### **Prevence vzniku infekce**

V bezprostředním pooperačním období jsou podávány antibiotika či chemoterapeutika. Tyto léky jsou velice často podávány pacientům se zvýšeným rizikem pooperačních komplikací (obezita, diabetes, srdeční onemocnění) a těm, kde dochází při operačním výkonu k otevření infekčních dutin a orgánů primárně bakteriálně osídlených (střevo, dýchací trakt). (Zeman, 2011)

### **Pooperační nauzea a zvracení**

Častěji se vyskytuje u žen, pacientů s nadváhou a obtěžuje pacienta. Doprovází operační výkony v nadbřišku, gynekologické operace, a různé druhy laparoskopií. Prvních 24 hodin po výkonu, je nauzea považována za doprovázející jev premedikace a anestezie. (Jedličková, 2012) U pacientů, kteří nejsou zcela probuzení a zvrací, hrozí aspirace žaludečního obsahu. Pokud toto nastane, je důležité dát hlavu pacienta na stranu a tím tak zajistit odtékání zvratků. Jestliže došlo k aspiraci, je nutné odsátí dýchacích cest pomocí laryngoskopu, nebo okamžité intubaci pomocí bronchoskopu. Trvá-li nauzea a zvracení, jsou většinou podávány antiemetika dle ordinace lékaře, nebo zavedena nazogastrická sonda do žaludku a pravidelně se odsává žaludeční obsah. Někteří pacienti zvrací již před operačním výkonem (např. ileus), proto sondu zavádíme před operací.

Zvracení, které přetrvává déle než 24 hodin po operaci, může být projev pooperační komplikace (poruchy elektrolytové rovnováhy, poruchy střev) a je nutné zasáhnout včas. Důležité je nepodávat léky, které se absorbují v zažívacím traktu, pokud má pacient tyto komplikace. (Zeman, 2011)

## **Dietní opatření**

U chirurgickým pacientů je nedílnou součástí léčby správně zvolená dieta. (Čoupková, 2010) Strava pro pacienta musí být připravena tak, aby byla dobře stravitelná a neohrozila postižený orgán. (Vytejková, 2011) V předoperační době při akutních stavech se u pacientů vyloučí jakákoliv strava. Až při zvládnutí akutního stavu zvolíme dle onemocnění druh diety (postupná realimentace). Při chronickém onemocnění, kde není vhodné pacientovi omezovat příjem potravy, musíme volit dietu, která mu nepůsobí potíže a pomohla ho připravit k chirurgickému výkonu. Snažíme se tedy o to, aby pacient před operací nehladověl. (Čoupková, 2010)

Existují dva druhy příjmu potravy, jako je například parenterální výživa, kterou zajišťujeme přívod tekutin intravenózně. Podávání živin způsobem, který umožňuje vstřebávání střevem, se nazývá enterální výživa. Podávání enterální výživy v časném pórůzovém i pooperačním období je podmíněno činností trávicí trubice. Můžeme ji podávat perorálně, pacient jí sám, nazogastrickou sondou nebo jejunální sondou. V některých případech může vzniknout atrofie sliznice trávicí trubice, proto podáváme co nejdříve dle stavu pacienta enterální výživu. (přehled a indikace diet obrázek č. 3, 4 viz přílohy) (Čoupková, 2010)

## **Diuréza**

Pacient by se měl spontánně vymočit do 8 hodin po operaci. Sestra sleduje barvu, příměsi, konzistenci a množství moči. Komplikace vyprázdnění mohou souviset s různými faktory, jako jsou například operace v břišní oblasti, psychické zábrany, absence pocitu plného močového měchýře, bolest a poloha vleže. (Jedličková, 2012) Je možné pokusit se navodit spontánní vymočení psychickým podrážděním, např. přiložením teplého obkladu na podbřišek a spuštění vodovodního kohoutku. (Zeman, 2011) Pokud se pacient do časového intervalu nevymočí, je nutno zavést jednorázový nebo permanentní močový katetr a dále pečlivě sledovat jeho vyprazdňování. (Čoupková, 2012) Někdy je potřeba cévkovat opakovaně, nebo můžeme močení podpořit medikamentózně, pokud nejsou kontraindikace pro tento postup.

Sestra sleduje diurézu (denní množství moče) v pravidelných časových intervalech. To je nezbytné u všech pacientů po operačních výkonech s parenterální výživou. Po



některých výkonech (transplantace ledvin, operace močového) je nutné sledovat a zaznamenávat hodinovou diurézu. (Zeman, 2011)

### **Sledování střevní peristaltiky**

K zástavě střevní peristaltiky dochází často po nitrobršních a nitrohručních výkonech. Dochází ke zvýšení plynatosti, které se projevuje vzedmutím břicha. Hlavními příznaky je bolest, nauzea, zvracení, omezení dechových pohybů z důvodu zmenšení pleurální dutiny. K spontánní úpravě většinou dochází 48-72 hodin po operaci. V tomto intervalu odejdou plyny a uvolní se napětí břicha.

Nedojde-li k odchodu plynů, tak zasahujeme medikamentózně a zavedeme rektální rourku. Nezbytně důležité je polohování pacienta (pohyby dolních končetin, posazování).

Pokud nedošlo 3-4 dny po operaci k odchodu plynů, je zde jisté riziko vzniku od pátého operačního dne k operačnímu ileu. Za běžných okolností dochází ke spontánnímu vyprázdnění stolice po odchodu plynů, nenastane-li tak, je nutné zavést glycerinový čípek nebo mírné projímadlo dle ordinace lékaře.

### **Vodní a elektrolytová rovnováha**

Každý operační výkon, vede ke ztrátě tělesných tekutin a to pocením pacienta pod rouškami a ztrátou krve z operačního pole. Rovnováha je narušena řadou poruch normálních funkcí důsledkem operačního výkonu. Například pooperační retence vody způsobeny změnami v ledvinách. Závažnost se odvíjí od celkového stavu pacienta před operačním výkonem, na rozsahu výkonu, na pooperačním průběhu (zvracení, anurie) a možnost příjmu tekutin po operaci. Klinické příznaky jsou subjektivní pocity žízně, slabosti, nechutenství, ospalost. Objektivními je suchost sliznic, celková schvácenost se zrychlením pulzů a dechů, pokles krevního tlaku a snížení kožního turgoru. Je potřeba sledovat diurézu, specifickou hmotnost moči, laboratorní vyšetření iontů v moči a zajistit jejich případnou náhradu. (Zeman, 2011)

### **Prevence proleženin**

Nejvíce ohrožená místa na těle jsou ta, kde jsou těsně pod kůží uloženy kosti. Například oblast křížové kosti, patní kosti, lokty a lopatky. Příčinou většinou je nedostatečná výživa příslušných tkání (kůže). Hlavní prevencí vzniku proleženin je pravidelná hygiena celého těla, která spočívá v omývání vodou s mýdlem a zároveň s lehkou masáží, která

podporuje prokrvení tkání. Sestra musí také dbát na čistotě kůže a polohování pacienta. Ložní prádlo musí být dobře vypnuté, bez záhybů a suché. Proleženina může vzniknout už po jedné hodině při trvalém tlaku na jednu z oblastí, která však nemusí být ihned zřetelná, ale místo je pouze lehce zarudlé. Zvláštní péči věnujeme pacientům v bezvědomí a s poruchou kožního cití (poškození míchy nebo po epidurální anestezii). Existují speciální antidekubitární vložky do lůžka. (Zeman, 2011)

## **Rehabilitace**

Rehabilitace v chirurgii je nedílnou součástí předejití komplikací a léčby u všech ohrožených pacientů. Již v předoperačním období se provádí nácvik a edukace pacienta dle druhu operačního zákroku. Jestliže pacient není schopen cvičit sám, tak tyto úkony provádí rehabilitační pracovník. (Čoupková, 2010)

## **Prevence tromboembolické nemoci**

Prevence vzniku tromboembolické nemoci jsou součástí předoperační přípravy pacienta. Nejvíce věnujeme pozornost zejména u pacientů s rizikovými faktory, mezi které patří například věk nad 40 let, diabetes, obezita, vysoký krevní tlak, dehydratace, trombóza v rodinné anamnéze. (Zeman, 2011) Tromboembolická nemoc patří k nejčastějším smrtelným onemocněním, kdy trombus embolizuje a vznikají masivní či přímo smrtelné plicní embolie. (Holubec, 2017) Vznik trombózy může být velmi rychlý, i když je většinou symptomatická. I dlouhodobě po výkonu a propuštění pacienta stále trvá riziko vzniku. (Zeman, 2011)

*„V době pooperační patří do preventivních opatření včasná mobilizace, aplikace antikoagulancií, přikládání bandáží, dechová rehabilitace apod.“* (Janíková, 2013, s. 50)

### **2.3.3 Pooperační komplikace**

Jsou stavy, které narušují standartní pooperační průběh a vznikají v souvislosti s anestezií nebo operačním výkonem. Nejrizikovějším obdobím jsou první 2 hodiny po operaci. Úkolem sestry je včasné rozpoznání, znalost nejdůležitějších příznaků těchto příhod, jsou důležité nejen pro stanovení diagnózy, ale i pro jejich správnou léčbu.

**Pooperační nemoc** je syndrom několika poruch, které vzniknou následkem operačního traumatu a jsou nevyhnutelně součástí každého operačního výkonu. Je nutná porucha tkání, poškození buněk, přerušování cév a nervů. Doba trvání, rozsah, místo a šetrnost výkonu, množství krevních ztrát, výskyt přidružených nemocí pacienta, individuální

vnímavost jednotlivce, odolnost organismu, rozhodují o průběhu pooperační nemoci. (Zeman, 2011) Ve většině případech má lehký průběh a příznaky několik dnů po operaci vymizí samy. Důležitá je prevence v kvalitní předoperační přípravě pacienta. (Janíková, 2013) Při větších ztrátách krve po traumatizujících výkonech má pooperační nemoc těžší průběh a může přejít až do šokového stavu, který může skončit až smrtí. Chirurgie se snaží minimalizovat pooperační nemoc a rizika vzniku pooperačních komplikací a to pomocí menších operačních vstupů, například laparoskopií, artroskopií a dalších. Pooperační nemoc léčíme úhradou vody, elektrolytů, přísunem energie, vitamínů, náhradou krevních ztrát. (Zeman, 2011)

### **Krvácení v oblasti operační rány**

V oblasti operační se rány se může vyskytnout krvácení bezprostředně po operačním výkonu. Přichází většinou u pacientů s poruchami hemokoagulace. Vlivem zvýšení krevního tlaku po operaci může nastat krvácení z cévy, která byla ošetřena elektrokoagulací. Při výkonu personál pečlivě staví krvácení a i přesto občas dojde k uvolnění podvazu cévy či sklouznutí klipu. Krvácení se projevuje přibýváním množství krve v odvodných drénech nebo prosakováním krve mezi kožními stehy. Pokud se jedná o krvácení z podkoží a krevní ztráty nejsou velké, stačí provést pouze kompresi. Projevem je tlaková bolest a zduření. Při větším krvácení je nutné operační ránu revidovat a zdroj krvácení ošetřit. Někdy se však stává, že krev neodtéká mezi stehy nebo drény a hromadí se v oblasti rány. Při krvácení do břišní a hrudní dutiny je hlavním projevem pokles krevního tlaku, zvýšení tepové frekvence a schváceností. Pokud tento jev není včas rozpoznán, může dojít až k hemoragickému šoku. V takových případech je nutno provést revizi operační rány a hrazení krevních ztrát. Těmto komplikacím lze předejít stavěním i drobných krvácení v průběhu výkonu. Důležité je sledování pacienta po operaci (měření vitálních funkcí), aby se krvácení odhalilo. (Schneiderová, 2014)

### **Infekce v operační ráně**

Infekce v ráně se projevuje s odstupem několika dnů po operačním výkonu, většinou to bývá do jednoho týdne. Hlavní příčinou vzniku je bakteriální kontaminace operované oblasti při výkonu, nebo po operaci při převazech. Většinou to bývá způsobeno nedodržením aseptických zásad personálem. Přítomnost hematomu v ráně, ischemické a nekrotické tkáně způsobeny vlivem zhmoždění tkání při výkonu a nedostatečné prokrvení přispívá k rozvoji infekce. Špatně okysličené tkáně, hematom a tělesná teplota vytvářejí ideální prostředí

k pomnožení bakterií – vzniká zánět. Hlavními příznaky infekce v ráně jsou bolest, zvýšená teplota, zarudnutí, zduření a porucha funkce. Pokud má pacient tyto příznaky, je důležité odstranit jeden nebo více stehů dle nálezu a odebrat vzorek na kultivaci a citlivost. Je-li přítomen hnis, musíme ho vypustit a vypláchnout ránu vhodným desinfekčním prostředkem, ránu kryjeme sterilně a dané místo znehybníme. Rána se hojí per secundam. Dle ordinace lékaře podáme vhodnou antibiotickou léčbu. Pokud dojde k rozvoji infekce a pacient má celkové příznaky, provádějí se vyšetření, které tuto skutečnost potvrdí. Například laboratorní vyšetření (CRP, leukocyty) a zobrazovací metody (RTG, ultrazvuk, CT). Podle výsledků provedených vyšetření lékař zváží, zda je nutná revize a drenáž operační rány. Prevencí vzniku infekce je nezbytně nutné dodržovat zásady asepsy v perioperačním období. (Schneiderová, 2014)

### **Rozestup operační rány**

*„Zvýšené riziko vykazují nemocní s maligními nádory, kachektičtí, obézní, ikteričtí, s nedostatkem bílkovin a vitamínu C.“* (Zeman, 2011, s.300) Dehiscenci může způsobit i chybné vedení řezu, drény vyvedené ranou, infekce a pooperační krvácení v ráně. Vznikem také může být kašel, zvracení, vstávání z lůžka nebo jakékoliv náhlé zvýšení nitrobřišního tlaku. Kožní a podkožní rozestup rány pacienta nijak neohrožuje, ale pouze se prodlouží doba hojení. Ránu lze uzavřít sekundárním stehem. Při dehiscenci, která není rozpoznána a ošetřena, se vytváří v jizvě kýla. Prevencí této komplikace je odstranění příčin v preoperačním období. Po výkonu pak poučení pacienta, aby si při kašli držel oběma rukama břicho ze stran. Léčba u dehiscence je konzervativní, případně resuturou (opakovaným sešitím) po vyléčení infekce v ráně. (Zeman, 2011)

### **Respirační komplikace**

Jsou poměrně časté a vznikají v souvislosti s orotracheální intubací během operačního výkonu při celkové anestezii. Pacient nemá dostatečnou plicní ventilaci a má omezené schopnosti odkašlat z důvodu operační bolesti. Větší riziko hrozí u pacientů s chronickým plicním onemocněním (bronchitida u kuřáků, asthma bronchiale). Velmi vážnou komplikací je aspirace žaludečního obsahu do dýchacích cest. Nastává akutní dechová nedostatečnost s rozvojem bronchopneumonie až abscesu. Pokud dojde k aspiraci, je nutno provést okamžité odsátí, podat pacientovi antibiotika a necháváme ho na umělé plicní ventilaci. Další respirační komplikací je plicní edém, ke kterému dochází při jednostranném srdečním selhávání a při nadměrném podávání infuzí. Příznakem edému je

tachykardie, vykašlávání zpěněného sputa, respirační tíseň a pokles saturace. Pacienta monitorujeme na jednotce intenzivní péče, podáváme diuretika, kyslíkovou terapii, a pokud je nutné zajistit dostatek přísunu kyslíku, tak napojujeme pacienta na umělou plicní ventilaci. Často se také můžeme setkat s rozvojem bronchopneumonie, která se projevuje zvýšenou teplotou, dušností, kašlem, vykašlávání hnisavého sputa, laboratorně jsou zvýšené zánětlivé markery a diagnózu nám potvrdí RTG plic. Bronchopneumonii léčíme antibiotiky. Prevencí vzniku je nácvik dýchání pacienta v preoperačním období. (Schneiderová, 2014)

### **Tromboembolické komplikace**

Tyto komplikace jsou velmi obávané, protože pacienty mohou ohrozit na životě. V perioperačním období mají pacienti omezenou hybnost z důvodu bolesti a v tomto důsledku vzniká zpomalení žilního návratu a je zvýšené riziko vzniku trombů (krevní sraženiny). Dalšími faktory vzniku trombů je zvýšená srážlivost krve u některých patologických stavů (infekce, nádorová onemocnění), poškození cév v oblasti operačního pole, používání antikoncepce, obezita, gravidita a genetika. Nejčastěji se trombus tvoří v žilách dolních končetin a v pánevních žilních pleteních. V pooperační době patří do preventivních opatření včasná mobilizace pacienta, bandáže dolních končetin, aplikace antikoagulačních, dechová rehabilitace a jiné.

Nejzávažnější komplikací je plicní embolie. Uvolněný trombus z periferní žíly, může doputovat až do pravého srdce a plicnice, kde je mechanickou překážkou. Projevy závisí na velikosti trombu a mohou být i nenápadné (kašel, dušnost, bolest na hrudi, pocit tísně, úzkost). Plicní embolii vyšetřujeme pomocí EKG, angiografie, laboratorní vyšetření krve a jiné. Primárně se snažíme zajistit vitální funkce (intubace, podpora srdeční činnosti), při masivní embolii se provádí trombolýza (rozpuštění trombu medikamentózně) a u menších embolií podáváme antikoagulační léčbu. Pokud je pacient stabilizován, je třeba provádět preventivní opatření, aby se zabránilo recidivě. Prognóza tohoto onemocnění není příliš dobrá vzhledem k příznakům. (Schneiderová, 2014)

### **Komplikace v oblasti gastrointestinálního traktu**

V prvních dnech po operačním výkonu dochází k zástavě odchodu střevních plynů a stolice, které nejsou komplikací. K úpravě by mělo samovolně dojít do 72 hodin po operaci (prodloužení je u velkých abdominálních operací). Nejčastější komplikací zařívacího traktu je ileus. Pokud tedy nedojde k obnově střevní peristaltiky do 5 dnů, je možné, že zde vznikl.

Nejčastěji vzniká paralytický ileus, který může nastat i při výkonech mimo dutinu břišní. Hlavními projevy je tlak či pocit plnosti, zhoršené dýchání, zvracení, atd. Ileus lze vyšetřit RTG snímkem, kde je snadno rozpoznatelný. Léčíme většinou konzervativním vyprázdněním střeva, náhradou tekutin a minerálů, podáním medikamentózní podpory peristaltiky, zavedení rektální rourky a mobilizací pacienta. Pokud to však nepomůže, musíme zvolit operační vyprázdnění střeva. (Janíková, 2013)

### **Urologické komplikace**

Stejně jako u zažívacího traktu může dojít i k přechodné paréze močového měchýře, proto pacienta před výkonem necháme vymočit a v případě větších operačních výkonů zavádíme permanentní močový katetr. Po výkonu musíme sledovat spontánní vymočení pacienta, pokud se nevymočí do osmi hodin po operaci, je nutno použít podpůrné prostředky k vymočení (puštění vody) nebo katetrizovat.

Mezi další časté komplikace řadíme záněty dolních cest močových. Vznikají při dlouhodobé zavedení permanentního močového katetru. Projevuje se zvýšenou teplotou a dysurickými potížemi. Pokud je přítomen zánět, je nutné močový katetr vyměnit či odstranit a koncovou část starého katetru odesíláme na mikrobiologické vyšetření nebo odebíráme moč do sterilní zkumavky. Antibiotickou léčbu zahajujeme dle výsledků vyšetření a je důležité zvýšit příjem tekutin u pacienta. (Schneiderová, 2014)

### **Alergické komplikace**

Pacienti trpí různými formami alergií, je to reakce na určitý antigen například aplikovanou premedikací, transfuzními přípravky, reakce na náplast, anafylaktický šok a jiné. (Janíková, 2013)

### **Šok**

Vzniká poruchou potřeby a nabídky kyslíku tkáním organismu a označuje se jako periferní oběhové selhání. Vzniká nedostatečná perfuze vitálně důležitých orgánů s následnou hypoxií. Hlavními příznaky jsou tachykardie, bledá kůže, neklid, tachypnoe, hypotenze, snížená saturace a jiné. Nejčastější formou šoku je šok hemoragický. Jakmile začne organismus ztrácet krev, dojde k rychlé reakci a jsou aktivovány autoregulační mechanismy, které kompenzují ztrátu krve (Čoupková, 2010) Šok léčíme odstraněním

základní příčiny stavu a obnovení hemostázy organismu, zajištění dýchacích cest, dostatečný přívod kyslíku a nitrožilní doplňování tekutin. (Čoupková, 2010)

### **Psychické komplikace**

U pacientů může ovlivnit jejich psychiku změna prostředí, strach a bolest. Projevy duševních poruch se z počátku nemusí projevit a mohou ujít pozornosti ošetřujícího personálu. Projevem jsou stavy dezorientace, a pokud se nezačne řešit základní příčina, může dojít k těžkému stavu, kdy je v ohrožení pacient i personál. Pokud má pacient v anamnéze závislost na alkoholu či jiné návykové látce, je třeba jim věnovat zvláštní pozornost a preventivně substituovat návykové látky aby nedošlo k rozvoji abstinčních příznaků. (Schneiderová, 2014)

### **Nozokomiální infekce**

Vznikají v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Mohou vzniknout v důsledku nedodržení zásad asepse, dezinfekce a sterilizace. Pokud známe zdroj a cestu přenosu, jedná se o přenos přímý. Dochází ke kapénkovému šíření (kašlání, kýchání). Při přenosu nepřímým je zdroj nákazy neznámí. Podmínkou je, že infekční agens je schopné přežít ve vzduchu, na předmětech a ve vodě. Cesta přenosu je tedy vzduchem, vodou, potravinami, prádlem nebo pomůckami. Prevencí vzniku nozokomiálních nákaz je nezbytně nutné dodržovat veškeré zásady asepse, používat ochranné pomůcky, bezchybně provádět úklid a správně manipulovat s použitým prádlem. Nozokomiální nákazy se projevují jako přidružené onemocnění. Každý pacient, který je hospitalizován v nemocnici, je ohrožen těmito nákazami. Projevují se například zánětem horních dýchacích cest, močovými infekcemi, infekcemi krevního řečiště (získané nedodržováním zásad asepse sestry, při ošetřování PŽK, CŽK), atd. Tato onemocnění jsou buďto získaná z vnějšího prostředí mimo organismus, nebo je zdroj přímo z organismu a pomnoží se, když je tělo oslabené. Pokud zjistíme u pacienta nozokomiální nákazu, je třeba to nahlásit, izolovat pacienta, zahájit terapii a dodržovat bariérová opatření. (Schneiderová, 2014)

#### **2.3.4 Ošetřování operační rány**

Rána vzniká v důsledku mechanického, fyzikálního a chemického působení nebo patofyziologického procesu a tím se poruší integrita kožního krytu. (Vytejková, 2015)

Ke každému převazu musíme přistupovat asepticky a mít všechny pomůcky sterilní. První převaz operační rány se většinou provádí 48 hodin po operačním výkonu. V tomto

období by se pacient neměl koupat a snímat krytí sám. Pokud se objeví komplikace, je důležité informovat lékaře a ten provede patřičná opatření (resutura, revize operační rány). Jestliže rána prosakuje, je potřeba v prvních hodinách po operaci ránu překrývat vrstvou mulu a informovat lékaře. V dalších pooperačních dnech musíme ránu převazovat a tím ji zároveň kontrolujeme, popřípadě odstraňujeme drény, vyjímáme stehy, atd. Pravidelnost převazů se řídíme dle intervence lékaře. (Kala, 2010) Stehy jsou obvykle vytaženy 7-10 den po operaci, pokud hojení probíhá per primam. (Čoupková, 2010)

### 2.3.5 Druhy materiálu na ošetření ran Desinfekční přípravky

Existuje celá řada prostředků na ošetření ran. Rány ošetřujeme hlavně kožními antiseptiky a při výběru klademe důraz na typ rány, klinickou indikaci a možnou precitlivělost na desinfekční látky.

- **Povidon jod** je licencované jako kožní antiseptikum pro vnější použití, tudíž nesmí být použit při výplachu ran a aplikován přímo na sliznice.
- **Chlorhexidin** je širokospektré antiseptikum, které může být použito na sliznice, ale nesmí přijít do styku s očima a vnitřním uchem.
- **Ajatin** se používá na kůži před punkcí či incizí, vstřebává kůži minimálně a má typickou barvu žlutou. Po nanesení tinktury je třeba počkat až do zaschnutí.
- **Septonex** je kožní roztok pro zevní použití a má typicky červenou barvu se specifickým zápachem. Nejvíce je využíván po operaci jizev či píštělí. Nesmí přijít do kontaktu se sliznicí.
- **Peroxid vodíku** se používá k oplachu a čištění ran. Je bezbarvý a může být aplikován přímo do ran. Je vhodný při rozpouštění strupů v ráně.
- **Alkoholové přípravky** jsou nejvíce využívány před invazivními výkony (např. aplikace injekcí, punkce, kanylace žíly aj.) a pooperační desinfekce rány a při předoperační přípravě kůže. Při předoperační desinfekci operačního pole se používají zbarvené prostředky, ale nejčastěji jsou bezbarvé. Výhodou je dobrá snášenlivost s pokožkou a odmašťující efekt. (Burda, 2015-2016)



## **Obvazový materiál**

**Tkaniny** neboli netkané textilní výrobky, jsou vyrobeny z bavlny, lnu a hedvábí. Základním výrobkem je hydrofilní mul, z níž se vyrábějí například obinadla, mulové čtverce, longety (dlouhé pruhy obinadla), mulové drény, tampony a břišní roušky. (Burda, 2015-2016)

Sterilní čtverce jsou ve sterilizačních obalech a v nemocniční centrální sterilizaci se sterilizují. Sterilní tampony jsou vyrobené speciální technikou, aby vně nebyly okraje s vlákny. Jsou dostupné v různých velikostech a jsou baleny po několika kusech ve sterilizačních obalech nebo ve větším množství v kovových kontejnerech. (Vytejková, 2015)

**Pružná tkanina** se používá nejčastěji k výrobě elastických obinadel. Po celé své délce je pružné a jsou v různých délkách a šířkách. (Burda, 2015-2016)

**Hydrogelová krytí (Hydrogely)** jsou obvazy nebo gely, které obsahují velké množství vody a upravují vlhkost rány. Jsou indikovány k odloučení suché nekrózy nebo na rány s malou sekrecí (např. Hydrosorb Gel, Flamigel).

**Krytí s aktivním uhlím** je složeno z tkaniny, která obsahuje aktivní uhlí. Toto krytí je indikováno u zápachajících ran s příznaky infekce (např. Carboflex).

**Algináty** jsou materiály s obsahem mořských řas. Při kontaktu se sekretem rány bobtnají a proměňují se v gel. Jsou indikovány u hlubokých ran bez příznaků infekce (např. Caltostat).

**Hydropolymer** jsou v podobě pěny a mají absorpční schopnosti, rána pod ní zůstává čistá bez zápachu. Indikace je při povrchových a hlubokých defektech (např. Tielle).

**Antiseptické obvazy** jsou napuštěny antimikrobiální látkou a jejich indikace je prevence infekce ran (např. Inadine).

**Transparentní filmová krytí** propouští kyslík a přitom působí jako bariéra vůči bakteriím. Indikace k jejich použití je prevence porušení kůže. (Koutná, 2015)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Je spousta pacientů, kteří čekají na plánovaný zákrok nebo musí podstoupit akutní operaci. Denně je odoperováno mnoho lidí a každá pooperační péče má svá specifika dle druhu operace. Pacienti jsou edukováni o péči o operační ránu, ale i tak vznikají komplikace, kterým se raději každý vyhne. U pooperační péče je velmi důležitá psychika nemocného a prostředí, ve kterém je. Ať už v nemocnici na chirurgickém oddělení, či v domácím prostředí.

Ve své bakalářské práci v praktické části se ptám na otázku: „Jak jsou pacienti edukováni v pooperační péči o operační ránu?“

### 3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé práce je zmapovat, jak jsou pacienti edukováni v pooperační péči a v péči o operační ránu. Vytvořit edukační plán v péči o operační ránu.

### 3.2 Dílčí cíle

1. Zjistit jaké byly první pocity respondentek po operaci a porovnat je.
2. Zmapovat, z čeho měly respondentky největší obavy před výkonem.
3. Zjistit spokojenost respondentek s pooperační péčí zdravotnického personálu.
4. Zjistit informovanost respondentek o pooperační péči.
5. Zjistit, zda respondentky důvěřovaly zdravotnickému personálu.
6. Zjistit, jak moc důležitá byla pro respondentky podpora a pomoc rodiny.
7. Zjistit, zda respondentky dodržovaly doporučené postupy v pooperační péči.
8. Zmapovat, zda respondentky vyhledávaly informace o operačním výkonu a pooperačním obdobím z internetových zdrojů.
9. Zmapovat, z čeho se skládala ošetrovatelská pooperační péče u respondentek.
10. Zmapovat, jaké informace respondentky dostaly v péči o operační ránu.

11. Zjistit, zda byl respondentkám poskytnut edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí.
12. Zmapovat, zda byly respondentky v domácím prostředí plně samostatní a nezávislí na druhé osobě.
13. Vytvořit edukační pooperační plán o operační ráně.

## **4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY**

1. Jaké pocity prožívaly respondentky po operačním výkonu?
2. Čeho se nejvíce respondentky obávaly před operačním výkonem?
3. Byly respondentky spokojeni s pooperační péčí v nemocničním zařízení?
4. Byly respondentky dostatečně informovány od zdravotnického personálu před operačním výkonem o pooperačním období?
5. Důvěřovali respondentky zdravotnickému personálu? Mohly se kdykoliv na cokoliv zeptat?
6. Jak moc byla důležitá podpora rodiny pro respondentky?
7. Dodržovaly respondentky všechna doporučení od zdravotnického personálu?
8. Zjišťovaly respondentky informace o průběhu jejich pooperačního období z internetových zdrojů?
9. Jak probíhala ošetrovatelská pooperační péče u respondentek?
10. Jak zdravotnický personál poučil respondentky v péči o operační ránu?
11. Dostaly respondentky edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí?
12. Byly respondentky po propuštění do domácí péče plně samostatní?

## **5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Výzkum jsem prováděla záměrně u pacientů po plánovaném operačním výkonu. Pro vypracování kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru jsem oslovila tři osoby ženského pohlaví. Všechny tři respondentky jsem vybrala záměrně, protože podstoupily operační výkon v roce 2019, a tak si dobře pamatují, jak celé perioperační období probíhalo.

První respondentka je mladá studentka bez dětí a podstoupila cholecystektomii v jedné z plzeňských nemocnic a neměla žádnou zkušenost s hospitalizací v nemocnici. Druhá žena má dvě dospělé dcery a podstoupila endoprotézu kyčelního kloubu v jedné z pražských nemocnic. Nikdy předtím operační výkon nepodstoupila a neměla žádné zkušenosti s hospitalizací v nemocnici. Třetí respondentka nemá děti, pracuje jako zdravotní sestra a podstoupila naplánovanou rekonstrukční artroskopii pravého ramenního kloubu. Hospitalizovaná nebyla již poprvé a operační výkon proběhl v jedné z plzeňských nemocnic.

Respondentky byly seznámené o anonymitě výzkumu a dobrovolně podepsaly informovaný souhlas, který je uveden v příloze. (příloha č. 4)

## 6 METODIKA PRÁCE

Při vypracování této práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, kde jsem využila polostrukturovaný rozhovor. Pro mou bakalářskou práci je tento typ rozhovoru nejvhodnější metodou k získání výsledku celé mé práce.

Kvalitativní výzkum nám pomáhá detailně zkoumat, jak člověk popisuje své zkušenosti, což nám napomáhá k porozumění jednotlivé události. (Řiháček, 2013)

Polostrukturovaný rozhovor je nejčastěji používanou metodou pro sběr dat. Má stanovený okruh otázek, na které respondenti volně odpovídají. Seznam otázek je pro všechny stejný, a proto nám zaručuje, že se účastníci vyjadřují ke stejnému tématu. To je důležité proto, že tak můžeme nejlépe porovnávat stejné situace, které jsou objektem našeho zájmu. Hlavní výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, že při něm může dojít k širšímu pojetí tématu, ale přitom se tazatel stále drží dané osnovy. Nevýhodou tohoto rozhovoru je značná časová náročnost. (Řiháček, 2013)

Cílem mého zkoumání je zjistit, zda byly respondentky, se kterými jsem vedla rozhovor, dostatečně edukované o pooperační péči a v péči o operační ránu.

## **7 ORGANIZACE VÝZKUMU**

Výzkum jsem prováděla v období ledna – března 2020. Rozhovory probíhaly na neutrálním místě v kavárně a v restauraci, a to jednotlivě. Jednotlivé rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrávány na diktafon a poté přepsány do elektronické formy. Každý rozhovor trval přibližně 1 hodinu a další kontakt s respondentkami byl v elektronické podobě. Všechna setkání probíhala v Plzni. Rozhovory všech respondentek budu hodnotit a porovnávat v diskuzi.

## 8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 8.1 Respondentka A

Respondentka A je 25letá žena. Nyní studuje vysokou právnickou školu v Plzni a na poloviční úvazek je jako asistentka na notářském úřadě. Děti nemá a bydlí s otcem v rodinném domě. Na konci roku 2019 měla respondentka občasné bolesti břicha a zvracela bez jasných příčin. Po měsíci se jí tyto příznaky zhoršovaly a vyvrcholilo to žlučnickovou kolikou, kdy byla respondentka odvezena rychlou záchrannou službou na urgentní příjem. *„Zde mi aplikovali nějaký lék do žíly, udělali mi sonografii břicha a řekli, ať jedu domů, že jsou to žlučnickové kameny.“* Respondentka dostala Algifenové kapky a edukační papír o žlučnickové dietě, kterou by měla dodržovat. Neváhala a kontaktovala známého chirurga, který ji vyšetřil a oznámil jí, že musí podstoupit operační výkon, při kterém ji žlučník vyjmou. Obtíže by se jí vracely a mohly by se zhoršovat. Jelikož je respondentka profesionální sportovkyně a často cestuje do zahraničí, nemůže si dovolit, aby měla tyto obtíže nadále. V lednu letošního roku tedy podstoupila svůj první plánovaný operační výkon. S lékařem se domluvili na laparoskopickém postupu z důvodu šetrnějšího přístupu a lepší estetiky.

#### 8.1.1 První pocity respondentek po operačním výkonu

Ihned po probuzení na operačním dšpávacím pokoji respondentka udávala ohromnou bolest v pravé části břicha. Ptala se zdravotnického personálu, zda si může pokrčít nohy, protože jakékoliv pnutí kůže na břicho jí bolelo. *„Měla jsem celé tělo v křeči a jako kdyby mi v té ráně něco pumpovalo, tento pocit si budu dlouho pamatovat.“* Po příjezdu na oddělení respondentka udává, že musela často kašlat a proto jí sestra upozornila, aby si operační ránu držela. *„Pooperační dráždění v krku je prý běžná věc a musí to odeznít samo.“* Respondentka požádala o léky na bolest a snažila se usnout. *„Doma usínám velice dobře, protože jsem zvyklá spát na boku a usínat s polštářem mezi nohama, ale po té operaci jsem trpěla. Pokaždé, když mám nějakou bolest v oblasti břicha, tak své tělo svíjím. Při pooperační bolesti jsem ale bohužel nemohla.“* Respondentce se po lécích na bolest udělalo lépe a mohla odpočívat. *„Přemýšlela jsem v první chvíli po probuzení, jak dlouho ještě bude tento stav trvat.“*



### **8.1.2 Obavy respondentek před výkonem**

Jelikož je respondentka mladá a záleží jí na jejím vzhledu, tak měla největší obavy z toho, jak bude moci v létě na sluníčko s vzniklými jizvami po operačním výkonu. *„Řekli mi, že neví zda to půjde laparoskopicky, a tak jsem se bála, abych neměla velkou jizvu.“* V předoperačním období pacienti podepisují souhlas s hospitalizací, souhlas s operačním výkonem a jeho riziky. Zde si respondentka přečetla, že je možné z laparoskopické operace přejít v případě komplikací na běžný řez. *„Nedokázala jsem si představit, jak moc by byla jizva velká.“* Další obavy si respondentka nepřipouštěla, zbytečně nad nimi nepřemýšlela a na operační výkon těšila. *„Nemohla jsem se dočkat, až uvidím operační sál a nejradši bych se na sebe dívala, jak mě lékaři operují. To jsem si ale vůbec nepředstavila tu bolest, která mě poté čekala.“* Respondentka se těšila, že se jí po operačním výkonu uleví a nebude mít v budoucnu strach ze žlučnickových kolik, které pro ni byli dost omezující.

### **8.1.3 Spokojenost respondentek s pooperační péčí zdravotnického personálu**

Respondentka byla velice spokojena s péčí zdravotnického personálu. *„Všichni na mě byli hodní, empatictí a cokoliv jsem potřebovala vysvětlit nebo udělat, tak to nikdy nebyl problém.“* V termínu, kdy respondentka byla hospitalizována na chirurgickém oddělení, s ní bylo hospitalizovaných dalších 5 pacientů. Měla zaplacený nadstandartní pokoj a celé oddělení se jí moc líbilo. *„Každá sestřička na mě byla moc hodná a ve všem mi pomáhaly. V oblasti sebe péče jsem dost náročná a z důvodu pooperační imobility, jsem nebyla schopna uspokojit všechny své potřeby.“*

### **8.1.4 Jak byly respondentky informované o pooperační péči**

Respondentce lékař pouze sdělil, že výkon bude proveden laparoskopicky a pomocí tří vstupů do dutiny břišní. Neukázal jí nikdo ze zdravotnického personálu, kde přesně jizvy budou a jak velké. Nikdo respondentce neřekl, jak dlouho bude trvat její rekonvalescence a pouze jí bylo sděleno, že bude hospitalizovaná nejspíše 4 dny. *„Zpětně si uvědomuji, že jsem skoro žádné informace o pooperační péči neměla a divím se mého klidného přístupu k celému procesu. Bude to hlavně z důvodu empatického přístupu zdravotnického personálu, protože na cokoliv jsem se zeptala, tak mi vždy bylo příjemně odpovězeno. Nejvíce jsem byla zaskočena z celého obvázaného břicha, protože jsem očekávala pár náplastí. Po převazu mě lékař uklidnil, protože jsem měla opravdu jen 3 malé operační rány. Největší utrpení pro mě bylo močení na podložní mísu. Tuto situaci, kdyby mi řekl někdo dopředu, tak operaci snad nepodstoupím.“* Pro respondentku to bylo dost obtížné a nepříjemné. Respondentka měla u sebe vždy signalizační tlačítko, takže kdykoliv potřebovala pomoci, tak na personál zazvonila bez pocitu obtěžování.

Respondentka nebyla dostatečně informována před operačním výkonem o pooperační péči, ale v průběhu pooperační péče byla naprosto spokojená, protože měla pocit, že je o ni dobře postaráno.

#### **8.1.5 Důvěra respondentek ve zdravotnický personál**

Důvěru ve zdravotnický personál respondentka měla obrovskou, už jen z důvodu jejich chování a celkovému přístupu. *„Neshledala jsem ani jednu chybu co se týče péče o mě. Byla jsem se vším nad míru spokojená. Lékař, který se o mě staral, byl velice ochotný a vždy mě uklidňoval, i když jsem neprojevila žádný strach. Sestřičky působily, že jsou velice zkušené a ví co dělají.“* Respondentka byla spokojená i s komunikací a na začátku hospitalizace ji bylo ukázáno celé oddělení. Žádné negativní vzpomínky na zdravotnický personál respondentka neměla.

#### **8.1.6 Podpora respondentek rodinou a blízkými**

Respondentce každý den někdo z rodiny volal a snažil se ji být oporou. Babička s maminkou ji říkaly, co ji čeká a jaké to bude a to ji spíše víc frustrovalo. *„Všichni mi volali, litovali a říkali, jak mě bude bolet celé břicho, jaké hrozné jizvy budu mít a že to není taková legrace, jak jsem si myslela. Nic z toho se nestalo a všechno se s klidnou hlavou dalo zvládnout. Kdybych byla ovlivnitelná osoba a ne flegmatik, tak bych byla psychicky naladěná jinak. Otec, jako jediný z celé rodiny, tu celou situaci bral dost nadlehčeně a říkal mi, že pojedou za týden na závody.“* Respondentka si uvědomovala, že to s ní celá rodina myslí dobře, ale byla ráda, když pro ni čtvrtý den otec přijel do nemocnice a mohla jet domů do svého prostředí.

#### **8.1.7 Dodržování doporučených postupů v pooperační péči**

Respondentka měla strach, že když nebude něco dodržovat podle rad odborníků, že bude její rekonvalescence delší a nebude se tak moc zúčastnit jarních závodů, které má naplánované v cizině. Proto dbala na všechny pokyny a instrukce od personálu a vše dodržovala, tak jak ji bylo řečeno. *„Kdyby se mi něco nelíbilo, nebo mi nějaký postup nepřišel správný, tak dohledávám jiných zdrojů, ale vše probíhalo, podle mého názoru, tak jak mělo. Mého ošetřujícího lékaře zná můj otec a ten mu již několikrát v jeho životě zdravotně pomohl.“* Jediné co respondentka nedodržela, byl klidový pooperační režim, protože nechtěla už močit do podložní mísy. *„Zeptala jsem se večer sestřičky, zda bych nemohla jít podruhé na toaletu. Ona mi řekla, že je ještě brzo, ale když se mi nebude motat hlava při posazení, že bychom to mohly zkusit. Hlava se mi zamotala až při návratu do postele a cítila jsem tlak v žaludku.“* Respondentka byla spokojená, že byla na toaletě a nemusela použít podložní mísu, moc se jí ulevilo a mohla jít v klidu spát.

### **8.1.8 Informovanost respondentek z internetových zdrojů o operačním výkonu a následné pooperační péči**

Respondentka vyhledávala z internetových zdrojů informace o průběhu celého výkonu. *„Dívala jsem se na videa, jak celý operační proces probíhá, protože mě to dost zajímalo.“* Také zjišťovala, jakou bude muset dodržovat dietu, co bude následovat po operaci a jaká bude rekonvalescence. *„Nejvíce mě zajímalo, zda budu moct jíst jídlo, které běžně jím.“* Respondentka chtěla být připravená již před výkonem, aby věděla do detailu, co ji čeká. Prohlížela si různé brožury na internetu, kde se psalo, jak se o sebe starat v pooperačním období. *„Dost věcí jsem se dozvěděla hlavně z internetu, jelikož mi personál moc informací neposkytl, bez mého optání.“*

### **8.1.9 Ošetřovatelská pooperační péče u respondentek**

Respondentce byl před operací periferní žilní katetr, přes který ji zdravotnický personál aplikoval infuzní terapii již od půlnoci před výkonem. Dále ji byl aplikován lék na ředění krve jako prevence proti tromboembolické nemoci, který ji sestřičky aplikovaly po dobu celé hospitalizace do stehna.

Když se respondentka vrátila na běžné chirurgické oddělení, tak ji do toho samého katetru sestřičky aplikovaly léky proti bolesti s roztoky pro zavodnění. *„Sestřičky mi říkaly, že infuze, které mi podávají jsou místo pití, které jsem nemohla přijímat perorálně dalších 6 hodin po operaci.“*

Ze začátku chodily sestřičky respondentce často měřit fyziologické funkce. *„Po jakém časovém intervalu už si nepamatuji“* Respondentka uvádí, že se ji personál vždy zeptal, zda nechce nějaký lék na bolest a monitorovali ji dle vizuální analogové škály bolesti.

Po šesti hodinách respondentce dala ošetřovatelka hrneček s vodou a poučila ji, že může upíjet pouze po douškách, aby neměla nějaké žaludeční potíže.

Personál poučil respondentku o pooperačním močení. Je nedílnou součástí pooperační péče a respondentka se musela vymočit do 12 hodin od výkonu vleže do podložní mísy. Jelikož respondentka neměla žádné obtíže, tak mohla podruhé už použít toaletu. *„Ještě, že byla jedna sestřička tak ochotná a doprovodila mě večer na toaletu, do podložní mísy bych se už nevymočila.“*

*„Druhý den ráno mi podala sestřička kartáček s hrníčkem, abych provedla hygienu a dostala jsem snídani, která obsahovala přesnídávku a neslazený čaj.“*

*„Ošetřovatelky mi vyměnily podložku a následovala ranní vizita lékaře. Sestřička mi sundala obvaz, aby si lékař prohlédl pooperační rány. Konstatoval, že je vše v pořádku.“*

Respondentka mohla do sprchy pod podmínkou, že nesmí operační ránu namydřit mýdlem a jen zlehka namočit vodou. „*Jelikož jsem první den po operaci zvracela, tak mě do sprchy raději doprovodila sestřička, aby se mi někde neudělalo nevolno. Ukázala mi, jak si mám ve sprše stoupnout, abych ránu moc nenamočila a byla opatrná.*” Poté respondentce sestřička opět ránu zakryla sterilním krytím.

Odpoledne tentýž den už respondentka chodila sama na toaletu a dokázala provést hygienu bez dopomoci personálu. Nadále jí byl aplikován lék proti vzniku tromboembolické nemoci, měřena tělesná teplota, tlak a neměla již žádné komplikace.

#### **8.1.10 Jaké informace dostaly respondentky v péči o operační ránu**

Lékař respondentce sdělil, aby operační rány pouze omývala vodou a ničím je nepřekrývala. Nosit pouze volné bavlněné tričko a mýt se jedenkrát denně. „*Byla jsem poučena, že nesmím nijak rány napínat, aby nepopraskaly stehy. Měla jsem díky pnutí ran a nafouklému břichu dost omezený pohyb, takže se všechno hojilo tak, jak mělo. Ptala jsem se, zda je normální, že mám nadmuté břicho a to mi lékař vysvětlil, že při laparoskopických výkonech, je to běžné.*” Dále byla poučena, aby ji na operační rány nesvítilo slunce minimálně půl rok, protože by se jizva mohla poškodit a znovu otevřít. Po vynětí stehů ji její praktický lékař doporučil mazat jizvy sádlem a masírovat. Respondentka neměla žádné potíže s operačními ranami a vše se hojilo per primam.

#### **8.1.11 Edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí**

V nemocničním zařízení respondentka dostala od personálu seznam potravin, které může a naopak, které v žádném případě nesmí. „*V nemocnici mi sestřičky řekly, že je velice důležité v následujících dnech dodržovat dietní stravu. Dostala jsem jídelníček s návodem, jak suroviny nejlépe uvařit.*” Dietního režimu se respondentka trochu obávala, ale prý zbytečně. Po několika týdnech se stravovala sice dietněji, ale nijak se neomezovala. Žádné trávicí potíže neměla a komplikace ji také minuly. „*Jsem na sebe dost opatrná, takže jsem to ze začátku hodně dodržovala, abych si nijak neuškodila.*”

#### **8.1.12 Samostatnost a nezávislost respondentek v domácím prostředí**

Respondentku domů odvezl otec, který ji pomohl v nemocnici s oblékáním a cestovní taškou. „*Sama bych si tašku do auta neodnesla, jsem náročná a potřebuji mnoho věcí. Původně jsem měla v plánu, že bych jela domů autem, ale byla jsem ráda, že pro mě otec přijel. Trochu jsem přecenila své síly a unavila mě i cesta pěšky přes celou nemocnici do auta.*” Když respondentka přijela domů, byla moc ráda, že je ve svém prostředí. „*I když pobyt v nemocnici nebyl nijak špatný, tak jsem se v domácím prostředí cítila hned lépe.*”

Respondentka požádala svou kamarádku, aby za ni přijela na návštěvu a mohla ji tak pomoci s umytím vlasů. „*V tomto směru jsem byla nesamostatná. S vařením jídla mi ze začátku pomáhal můj otec a po pár dnech jsem již všechno zvládala sama.*” Respondentka si ke kuchyňské lince dala vždy židli a připravovala si jídlo vsedě. „*Kdybych žila sama, tak věřím, že se o sebe postarám. Ostatní mi dopomáhali jen proto, že byli ochotní, hodní a chtěli mi ušetřit práci.*”

## 8.2 Respondentka B

Respondentka B je 48letá žena. Pracující jako osoba samostatně výdělečně činná v oboru realitní makléř. Má dvě dospělé dcery a bydlí v rodinném domě s manželem a jednou z dcer. V únoru roku 2019 podstoupila svůj první plánovaný operační výkon z důvodu vrozené vady obou kyčelních kloubů. Od narození byla respondentka sledována v odborné ortopedické poradně a do jednoho roku života musela mít abdukční balení plen. „*Byla mi diagnostikována luxace obou kyčelních kloubů*“ Během dospívání respondentka neměla žádné potíže, ale postupem věku se bolest začala objevovat. Respondentka nevěděla, že existuje operační výkon, který zlepší její fyzický stav a kvalitu života. „*Ačkoliv jsem byla celý život sledována ortopedy, nikdy mě žádný z nich neinformoval o operativních možnostech. Moje švagrová, šla s kamarádkou na kávu a mezi řečí přišlo i na moje ortopedické problémy. Diskutovaly o tom a kamarádka švagrové řekla, že pracuje přímo na ortopedickém oddělení, kde provádí metodu tzv. Bosworthovu, která by mohla můj stav zlepšit.*“ Jelikož se respondentce začali obtíže více projevovat a bolesti prohlubovat, tak kamarádku švagrové kontaktovala. S lékařem se domluvili na operačním výkonu, který ji provedli v celkové anestezii, a v nemocnici byla hospitalizovaná 4 týdny.

### 8.2.1 První pocity respondentek po operačním výkonu

Po přivezení na standartní pokoj z operačního sálu byla respondentka pouze ospalá a nebolelo ji nic. „*Já snáším bolest poněkud jinak než ostatní. Ve většině případech mě nic nebolí a příznaky jakéhokoliv onemocnění mám vždy v malé míře. Měla jsem naordinované léky proti bolesti, které jsem dostávala do žíly, ale nic navíc jsem dostat nechtěla. I zdravotnický personál se divil, že žádné nechci a jsem spokojená.*“

„*Jediné co mi nevyhovovalo, byla poloha na zádech. Jsem zvyklá spát na boku a proto usínání po anestezii bylo dost náročné, ale s tím jsem počítala.*“ Respondentka neměla strach z žádných komplikací, protože plně důvěřovala zdravotnickému personálu. „*Jsem dívka z vesnice, která snese spousta věcí, takže jsem o sebe strach neměla.*“

### 8.2.2 Obavy respondentek před výkonem

Respondentka si nejvíce přála, aby celý zákrok splnil účel, neměla žádné obtíže a byla zdravá. Jelikož lékaři respondentce řekli, že tento zákrok nejspíš není definitivní a bude muset podle vývoje chrupavky za 15 let na výměnu celého kyčelního kloubu, tak jen doufá, že by tento zákrok nemusel být nutný. „*Nebála jsem se výkonu jako takového, spíš jsem jen doufala, že moje problémy zmizí a budu moci zase normálně fungovat bez bolesti. Čím jsem*

*totiž byla starší, tím byla bolest víc prohlubující se. Můj ošetřující lékař, mě ujistil, že operační výkon bude provádět on a celý postup mi vysvětlil.*''

### **8.2.3 Spokojenost respondentek s pooperační péčí zdravotnického personálu**

Respondentka byla naprosto spokojená s pooperační péčí celého zdravotnického personálu. *„Byli na mě hodní a na cokoliv jsem se zeptala, tak mi vysvětlili. Jelikož jsem po operačním výkonu musela pouze ležet na zádech a nesměla jsem si ani sednout, tak mi všechny pomůcky ochotně vždy přinesli.*'' Respondentka po operačním výkonu byla imobilní a závislá na jiných osobách. Hygienu těla prováděla na lůžku pomocí umyvadla a při vylučování používala podložní mísu. Celá péče byla závislá na personálu a respondentka s ní byla velice spokojena. *„Nikdy jsem si nevšimla, že by sestřičky byly nějak nepříjemné a znechucené svou prací.*''

### **8.2.4 Jak byly respondentky informované o pooperační péči**

Lékař respondentce vysvětlil, jak operační výkon bude probíhat. *„Odebrali mi kousek štěpu z pánve a tím nahradili část pouzdra kyčelního kloubu.*'' Respondentka byla informovaná také o pooperační bolesti. *„Věděla jsem, že rozhodně budu pociťovat bolest, protože operační výkon je zásah do těla.*'' Ihned ze začátku jejich konzultace lékař respondentce sdělil, že nebude moci 3 měsíce sedět, ohýbat se k zemi a celkově fungovat v domácnosti. Toto upozornění bylo pro respondentku velice důležité, protože se musela rozhodnout, zda ji rodina pomůže tuto pooperační péči v domácím prostředí zvládnout. *„Celý proces mi lékař vysvětlil a nastínil dobu hojení. Samozřejmě jsem věděla, že se může doba hojení prodloužit různými komplikacemi a být všechno jinak.*''

Respondentce lékař doporučil, aby ji doma manžel vyrobil nástavec na postel aby ji měla vyvýšenou, jelikož ani doma stále sedět nemohla. *„Když mi lékař oznámil, že si nebudu moci sednout 3 měsíce, tak jsem hodně uvažovala o tom, zda tento zákrok podstoupit.*'' *Nášťestí mě ihned uklidnil a řekl mi, že budu moct chodit, ale pouze si nebudu moci sednout.*'' Edukace v předoperačním období byla pro respondentku velice důležitá, protože si nedokázala představit, co ji všechno v pooperačním období čeká. Tento zákrok vyžaduje striktní dodržování mobilizačních zásad a respondentka byla plně edukována od svého ošetřujícího lékaře.

### **8.2.5 Důvěra respondentek ve zdravotnický personál**

Respondentka velice důvěřovala zdravotnickému personálu a měla pocit, že když si sestřička nevěděla rady, tak se šla informovat, aby ji odpověď na otázku vždy vysvětlila správně. *„V nemocnici ve které jsem ležela, byla nadstandartní péče. I když jsem byla na*

standartním lůžkovém oddělení, tak jsem měla všechno, co jsem potřebovala. Jídlo bylo vynikající a péče o mě skvělá. '' Respondentka udává, že si v nemocnici odpočinula a sestřičky byli jako andělé. Ležela tam 6 týdnů a nemůže si na nic stěžovat.

„Pouze jediný problém nastal s mými rentgenovými snímky, které byly vytvořeny před operačním výkonem. Když si o ně moje obvodní lékařka žádala, tak ji v nemocnici řekli, že je bohužel ztratili a nemohou je najít. '' Respondentka udává, že by se takové věci stát neměly, ale pokud to nesouvisí s jejím zdravím, tak ji to nijak netrápí.

### **8.2.6 Podpora respondentek rodinou a blízkými**

Pro respondentku byla nejdůležitější podpora rodiny z celého období. Bez podpory rodiny by operační výkon nepodstoupila. Většina členů z rodiny ji jezdili navštěvovat do nemocnice, i když to bylo daleko od jejich domova. Vždy ji přivezli všechny věci, které potřebovala a střídali se u ni skoro obden. „Když jsem přijela domů, tak mi můj manžel byl velkou podporou, chodil nakupovat, vařil, uklízel a staral se o mě. Když mě propustili z nemocnice, tak jsem mohla jen ležet a chodit. Vytvořil mi nástavec pod matraci, vyzvedl ve zdravotnických potřebách vyvýšené prkénko na záchod, protože jsem doma nechtěla používat podložní mísu a také berle, které jsem používala pro pohyb v domě. Vždy, když jsem se chtěla umýt, tak mi celou jizvu a část mého těla omotal potravinářskou folií, abych si pooperační ránu nenamočila mýdlem. '' Respondentky dcera pomáhala svému otci v péči o maminku a celkově i celá rodina. Neměla žádnou starost a o všechno se postarali. Když respondentka po půl roce odjela do lázní na 6 týdnů, tak se o sebe její manžel také skvěle postaral. „Byl zvyklý, že jsem do doby operace za něj dělala všechno já, ale mile mě překvapil.

### **8.2.7 Dodržování doporučených postupů v pooperační péči**

Respondentka dodržovala všechny postupy a zásady v pooperační péči, které ji byly doporučeny. „Měla jsem strach, že když něco pokazím, tak že se moje doba uzdravení prodlouží. Dodržovat určitý dietní režim jsem nemusela, takže šlo jen o to, aby ten štěp v kyčli držel tak, jak měl. Kdybych ovšem nejedla trochu zdravěji, tak moje rekonvalescence bude delší, jelikož bych nabrala nějaká ta kila a to by mi přitížilo. Chodila jsem po domě o berlích a to jen párkrát za den, takže jsem neměla skoro žádný pohyb. Chodit po schodech jsem také nesměla, takže zahrada nepřípadala v úvahu. '' Respondentka se chtěla co nejdříve zotavit, vrátit se do běžného života a starat se o svou rodinu, i když ji ve všem pomáhali.



### **8.2.8 Informovanost respondentek z internetových zdrojů o operačním výkonu a následné pooperační péči**

Jediné co respondentka zjišťovala o operačním výkonu bylo, jak celý probíhá a co přesně se bude dít. *„Lékař mi vše vysvětlil, ale chtěla jsem ten průběh operačního výkonu vidět alespoň náznakem. Shlédla jsem pár videí na internetu a přečetla jsem si pár článků o pooperační péči. Většinou to byly zkušenosti a rady již odoperovaných lidí. Jelikož vím, že je každý individuální ve všem, tak jsem na to nebrala zřetel, protože u každého takový průběh může být jiný. Nic nového, co by mi lékař neřekl, jsem se nedočetla.“* Respondentka zjišťovala i recenze na danou nemocnici a byla nemile překvapena, ale ve výsledku si nemohla na nic stěžovat. Nechtěla se nechat zastrašit negativními názory a dala na své budoucí zkušenosti.

### **8.2.9 Ošetřovatelská pooperační péče u respondentek**

V předoperační přípravě byl respondentce zaveden periferní žilní katetr, přes který jí byly aplikovány infuze již den před výkonem.

Po přivezení z operačních sálů na standartní oddělení, byla respondentka napojena na monitor vitálních funkcí, který jí měřil každých 20 minut tlak a průběžně ostatní vitální funkce. *„Měla jsem pocit, jako kdybych ležela na jednotce intenzivní péče. Neustále se z monitoru ozývaly zvuky.“* Respondentka dostala infuzní hydratační léčbu s léky proti bolesti do periferního žilního katetru. Sestřičky jí pravidelně jedenkrát denně aplikovali lék proti vzniku tromboembolické nemoci do břicha a ptaly se jí, dle vizuální analogové škály na stupnici bolesti. *„Zdravotníci mě chodili neustále kontrolovat a sledovali hlavně operační ránu, zda neprosakuje obvaz. Za 5 hodin od operace se mi chtělo močit, tak mi sestřička přinesla podložní mísu.“*

V operační den všechno probíhalo dle očekávání. Večer již respondentka dostala vodu po lžičkách, stále měla infuzní terapii a byla odpojena od monitor vitálních funkcí.

Druhý den ráno respondentce ošetřovatelka podala kelímek s vodou a kartáček, aby provedla hygienu. K snídani dostala pouze neslazený čaj a poté přišla jí sestřička změřit tělesnou teplotu. Kolem deváté hodiny přišel lékař na vizitu a zkontroloval respondentce pooperační ránu. *„Rána byla klidná a vypadala dobře. V poledne jsem dostala bujón, protože jsem neměla žádné komplikace. Měla už jsem hlad, ale bohužel mi nic jiného dát zdravotníci nesměli.“* Večer respondentce změřily sestřičky teplotu, aplikovali jí lék proti tromboembolické nemoci a zeptaly se jí opět na stupnici bolesti. *„Podložní mísu jsem musela*

*používat dlouhou dobu, sama jsem chodit o berličích nesměla. Čekala jsem, až přijde sestřička z rehabilitačního oddělení a naučí mě vstát z postele bez posazení.*''

Respondentka udává, že v následujících dnech pooperační péče byla stále stejná. *„Začala jsem pomalu jíst normální jídlo, protože jsem neměla žádné potíže. Sestřičky mi pomáhaly při hygieně celého těla každé ráno, převlíkaly mi pravidelně postel, podávaly mi například čistou noční košili, atd.*'' Periferní žilní katetr měla respondentka zavedený asi 4 dny, poté ji byl vyndán, protože přijímala potravu a tekutiny perorálně. Jelikož byla respondentka imobilní, tak ji personál musel dost pomáhat .

#### **8.2.10 Jaké informace dostaly respondentky v péči o operační ránu**

V nemocnici respondentku při propuštění lékař poučil, aby operační ránu omývala pouze vodou, a to pouze 1x týdně a ničím ji nepřekrývala. *„Ležela jsem většinu času v posteli, takže jsem měla pouze noční košili, protože mě spodní prádlo tlačilo na operační ránu. Dokud mi má praktická lékařka nepřišla vyndat stehy, tak jsem chodila takto. Manžel šel ihned po mém příjezdu domu za mou praktickou lékařkou a spolu se domluvili na pravidelných návštěvách u nás doma.*'' Respondentka si nemohla sednout do auta a ordinace byla daleko, takže musela lékařka docházet k nim domů.

*„Paní doktorka mi po týdnu přišla vyjmout stehy z operační rány, které byly hluboko zarostlé.*'' Respondentka uvádí, že to pro ni byla největší bolest z celého období. Po vynětí stehů byla lékařkou edukována, aby si přikládala řepíkaté obklady na celou plochu operační rány, aby se ji rychleji zahojila. Respondentka má jizvu již zacelenou a hojení probíhalo per primam.

#### **8.2.11 Edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí**

Respondentka dostala od svého ošetřujícího lékaře z nemocnice edukační kartu, kde byly přesně vysvětleny postupy, jak má nohu rehabilitovat v posteli a jak posilovat celé tělo, aby nezesláblo. *„Chodit o berličích mě učila rehabilitační sestřička ještě v nemocnici, takže to už jsem uměla. Ve zdravotnických potřebách mi manžel vyzvedl na předpis nástavec na toaletu, protože bez něj bych si nemohla sednout na prkénko.*'' Lékař respondentce doporučil možnou dietu z důvodu malé fyzické zátěže. Jelikož je velice aktivní, tak je tělo zvyklé na určitou zátěž, která najednou není. Proto by zotavení mohlo trvat delší dobu, když by žena přibrala nějaká kila navíc.

Na internetu si respondentka vyhledala i nějaké další video návody, aby rehabilitovala efektivněji.

### **8.2.12 Samostatnost a nezávislost respondentek v domácím prostředí**

*„Při propuštění jsem byla částečně imobilní pacientkou. Domů mě přivezla sanitka vleže a do domu mě odnesli záchranáři na lehátku. Přišla jsem si trochu neschopná, ale na druhou stranu jsem si užívala péči o mě. Manžel musel zastat všechny mé funkce v domácnosti a já mu jen radila, co a jak má dělat.“* Respondentka si došla na toaletu, ale nevydržela dlouho stát, takže nedokázala nic jiného. Ze začátku ji vysílila i pouze cesta na tam a zpět. *„Jak už jsem říkala, kdybych neměla manžela a rodinu, které mě plně podpořili, tak bych do té operace nikdy nešla.“* Respondentka udává, že v domácím prostředí ji bylo o dost lépe, než v nemocničním. I když neměla sebemenší problém se zdravotnickou péčí o ni, tak doma byla psychicky více vyrovnaná.

## 8.3 Respondentka C

Respondentka C je 35 letá žena. Pracuje jako zdravotní sestra na Dětském oddělení. Děti nemá a bydlí v bytě se svým psem. V roce 2017 se respondentce stal úraz na koni a poté ji začalo bolet pravé rameno. *„Začala jsem obcházet několik specializovaných zařízení a nikde mi nebyli schopni říct, co s tím ramenním kloubem doopravdy mám.“* Respondentka udává, že chodila na různé rehabilitace, které ji napsala obvodní lékařka. Na rok a půl ji rehabilitace pomohly a rameno přestalo bolet. V dubnu roku 2019 se respondentce v ramenním kloubu opět projevila bolest a tak neváhala zajít k lékaři, kterého na dostala doporučení od své známé. *„Nemohla jsem ani uzvednou prázdnou skleničku a měla jsem pocit, že mi ruka za chvíli upadne. Šla jsem na sonografii kloubu a lékař, kterého jsem měla z doporučení, zjistil, že mám špatně srostlý biceps a triceps. Indikoval mi okamžitý operační výkon v celkové anestezii. Divil se, že nikdo z předešlých lékařů nezjistil, jaký mám problém.“* V květnu roku 2019 respondentka podstoupila plánovanou rekonstrukční artroskopii pravého ramenního kloubu.

### 8.3.1 První pocity respondentek po operačním výkonu

*„Po probuzení na dospávacím pokoji jsem měla rozdrážděný krk, což jsem věděla, že je z intubace. Poté, co jsem personálu odpověděla na otázku jak se jmenuji, tak mě převezli na standartní chirurgické oddělení a začala jsem cítit nesnesitelnou bolest v celé ruce.“* Respondentka udává, že měla vystřelující bolest od ramenního kloubu, do konců prstů až ke krční páteři. Prý je dost citlivá na veškeré podněty a oproti ostatním snáší bolest špatně. *„Nemám ráda bolest, ale jelikož už jsem jednou byla na apendektomii, tak jsem věděla, co mě čeká.“*

Celou ruku měla respondentka zafixovanou v trupové ortéze, aby s ní nemohla absolutně hýbat. *„Ortéza mě nikde netlačila, byla velice elastická a nikde nepřekážela.“*

Když respondentka byla na pokoji, věděla, že si musí ještě odpočinout. Požádala tak sestřičku, zda by ji nemohla dát nějaký lék na bolest, aby mohla lépe usnout. *„Monitorovali mě pravidelně po 20 ti minutách a všechny naměřené hodnoty jsem měla v pořádku. Asi po hodině jsem konečně usnula, ale ne na dlouho, bolest mě stále budila.“* Respondentka je zvyklá spát na boku a když se pokusila lehnout na levý zdravý bok, tak měla nespecifický tlak v operovaném ramenním kloubu. *„Zkusila jsem to, ale bála jsem se, že si vytrhnu drén, který jsem měla zavedený v ráně a tlak v operovaném místě byl velice nepříjemný.“*

### **8.3.2 Obavy respondentek před výkonem**

Jelikož respondentka pracuje jako zdravotní sestra a zná všechna možná rizika, tak aniž by si něco připouštěla, tak strach měla. *„Já jsem opravdu na dost věcí citlivá, co se týče mé osoby, dost se o sebe bojím a jsem opatrná. Když mi lékař popisoval, jak bude operační výkon probíhat, tak jsem strach neměla.“* Respondentka udává, že největší strach a lehkou úzkost pociťovala v den nástupu do nemocnice a zároveň v tento den ji operovali. *„Už jsem si to prožila jednou při mé první operaci, ale pokaždé má člověk strach. Díky mým operačním výkonům, jsem si uvědomila, že pacienti, které ošetřuji v mé práci, mají plný nárok bát se. Myslím, že by si každý zdravotník měl prožít situaci i ze strany pacienta.“* Kdyby respondentka neznala všechna možná rizika, tak si myslí, že by takový strach neměla.

### **8.3.3 Spokojenost respondentek s pooperační péčí zdravotnického personálu**

Respondentka měla malý incident s jednou sestrou z ošetřujícího týmu. *„Když jsem v operační den večer chtěla dostat něco na bolest, tak mi sestra neochotně odpověděla, že tedy něco přinese.“* Když už respondentka čekala hodinu a půl, tak na sestřičku zazvonila. Do telefonu se ozvalo jen *„Co je?“*, tak respondentka odpověděla mile, že na ni asi sestřička zapomněla, jestli by ji nemohla přinést slibovaný lék na bolest. *„Sestřička přišla, rozespala, hodně nepříjemná, aplikovala mi lék do žíly a bez jediného slova odešla.“* Respondentka respektovala, že sestra měla nejspíš špatný den, ale zde rozhodně empatie chyběla.

Všichni ostatní ze zdravotnického personálu byli milí, ochotní a velice sympatičtí. *„Až jsem si v hlavě říkala, zda to není náhodou tím, že také pracuji jako zdravotník.“*

### **8.3.4 Jak byly respondentky informované o pooperační péči**

Když respondentka kývla na operační výkon, tak ji lékař vysvětlil celý postup operačního výkonu. *„Řekl mi, že budu v pracovní neschopnosti minimálně 3 měsíce a že budu muset pravidelně docházet na rehabilitace. Samozřejmě za předpokladu, že vše bude probíhat tak, jak má.“* Lékař respondentku poučil o vysazení léků, které pravidelně užívá, protože by mohly zkomplikovat průběh celého operačního období. *„Byla jsem informovaná, že po výkonu dostanu trupovou ortézu, kterou budu nosit další 3 měsíce po propuštění domů a budu ji moci sundat pouze při hygieně. Dále mě lékař informoval, že budu hospitalizovaná zhruba 4 dny a jestliže nenastanou nějaká komplikace, tak budu moci jít do domácího ošetřování.“* Lékař respondentce nesdělil žádnou informaci o pooperační bolesti. *„Věděla jsem, že mě bude bolet operační rána, jelikož jsem už v minulosti jedenkrát byla na operačním výkonu, proto jsem se lékaře na tuto věc neptala.“* Speciální dietu v domácí péči

respondentka dodržovat nemusela, protože výkon neměl žádný vliv na trávicí trakt. Pouze v období po operaci, ale za 3 dny hospitalizace jedla běžná jídla.

Lékař se respondentky také ptal, zda má nějakého rodinného příslušníka, který se o ni v prvních dnech postará. „Naštěstí moje nejlepší kamarádka bydlí ve vedlejší vesnici a ochotně se nabídla, že mi přijde kdykoliv pomoci. Po propuštění měla respondentka navštívit svého praktického lékaře a předat mu propouštěcí zprávu z nemocnice.

### **8.3.5 Důvěra respondentek ve zdravotnický personál**

*„Já jsem zdravotnickému personálu důvěřovala, ale pokaždé, když na mě prováděly nějaký výkon, tak jsem sledovala, jak postupují. Jak už jsem říkala, jsem poznamenaná svou prací a na takové věci si dávám pozor.“* Respondentka chválí, že všichni členi ošetrovatelského týmu krom té jedné sestry, byli velice milí a příjemní. *„Zcela jistě věděli, že mám letitou praxi ve zdravotnictví a vím jak se má co dělat. Byla jsem spokojena, že se o mě pěkně starali. Nejsem z chirurgického oboru, takže pokud jsem něčemu nerozuměla, tak jsem se zeptala a bylo mi vždy příjemně odpovězeno. Na ošetrovatelský tým, včetně lékařů, jsem si nemohla stěžovat.“* Po příjezdu domů respondentka napsala kladné recenze na toto oddělení na webových stránkách nemocnice.

### **8.3.6 Podpora respondentek rodinou a blízkými**

Když se respondentka vrátila domů, tak jako první ji napadlo, že se vysprchuje. Jelikož věděla, že to sama nezvládne, tak si na pomoc zavolala svou kamarádku. *„Jediné, co jsem nedokázala sama zvládnout, bylo sundat si tu ortézu. Měla jsem ji hodně na těle a ramenní kloub mě bolel. V levé ruce nemám moc cit, protože jsem pravák.“* Respondentky kamarádka ji pomohla a hned se cítila lépe. Podporovala ji i celá rodina. *„Každý den mi rodiče volali, jak se mám a co dělám. Sestra mi ze začátku vozila jídlo, které vařila svým dětem, takže jsem byla doma jako na takové menší dovolené.“* Respondentky péče o psa ji přinutila chodit v době vycházek alespoň na menší procházky. *„Alespoň jsem nebyla doma úplně sama a můj pejsek mi dělal společnost.“*

### **8.3.7 Dodržování doporučených postupů v pooperační péči**

Respondentka ví z praxe, jak moc je důležitá pooperační péče. Je součástí dosažení daného cíle. *„Vím, co by mohlo nastat, kdybych daná doporučení nedodržela, proto jsem raději postupovala dle doporučení a rad od lékaře. Ortézu jsem opravdu nesundávala, pouze při mytí celého těla a převlíkání se.“* Respondentky opatrnost jí nedovolila nějaké z doporučení porušit. Na následné rehabilitace docházela pravidelně a žádnou nevynechala. Těšila se zpět do práce, a tak poctivě cvičila i doma dle návodu z rehabilitačního střediska.

### **8.3.8 Informovanost respondentek z internetových zdrojů o operačním výkonu a následné pooperační péči**

Respondentka věděla, jaký druh operačního výkonu ji čeká, lokalitu a počet operačních ran. *„Já jsem si na internetu nic nezjišťovala. Vím co je artroskopie a když mi lékař řekl, že mám utržený sval, který k ramennímu klubu přikotví, tak jsem žádné další informace vědět nepotřebovala.“*

### **8.3.9 Ošetřovatelská pooperační péče u respondentek**

Důležitá pro respondentku byla předoperační příprava, kdy ji lékař sdělil co bude následovat po probuzení z anestezie. Než šla respondentka na operační sál, tak ji sestřička zavedla periferní žilní katetr, do kterého ji aplikovala předoperační infuzní terapii.

Po přivezení z operačního sálu, respondentku chodily sestřičky monitorovat vitální funkce každých 20 minut po dobu dvou hodin. Všechny hodnoty měla v pořádku, proto se doba mezi měřeními stále zvyšovala. Sestry ji kontrolovaly obvazy pod ortézou, množství, konzistenci a barvu tekutiny v odvodném drénu. *„Dostávala jsem infuzi na zavodnění organismu, protože jsem nemohla pít. Neměla jsem pocit na zvracení, ale pouze sucho v ústech. Poprosila jsem sestřičku, zda by mi nepřinesla štětičky na zvlhčení sliznic v ústech.“* Respondentka po šesti hodinách požádala sestru, jestli by ji přinesla podložní mísu, aby se mohla vymočit. Žádné žaludeční komplikace neměla a tak večer mohla dostat vodu, kterou pila pouze po doušcích. *„Večer jsem požádala sestřičku o léky na bolest, abych se v klidu vyspala.“*

Druhý den ráno respondentce pomohli se ranní hygienou a snídaní studenti, kteří vykonávali odbornou praxi na oddělení, jelikož dostala přesnídávku a nemohla si ji sama otevřít. Kolem 8 hodiny ráno byla vizita lékaře, který respondentce zkontroloval stav operační rány. Sestřičky ji vysvlékly z ortézy a sundaly krytí. *„Lékař mi řekl, že drén vyjme až následující den.“* Odpoledne respondentka už mohla vstát a dojít si na toaletu sama. Poprvé ji pomohla sestra, aby se ujistila, zda to respondentka zvládne příště sama. Pravidelně ráno a večer respondentce zdravotníci měřili tlak a tělesnou teplotu a ptali se ji na stav bolesti. Večer respondentka dostala piškoty, jelikož už měla hlad a neměla žádné potíže. Každý večer po dobu hospitalizace ji aplikovali lék proti tromboembolické nemoci do stehna.

Třetí den při ranní vizitě byl respondentce vyjmut odvodný drén, postupně začala přecházet na odlehčenou stravu a její stav se stále zlepšoval.

### **8.3.10 Jaké informace dostaly respondentky v péči o operační ránu**

„ Lékař mi sdělil, že si operační rány můžu oplachovat pouze vodou maximálně jedenkrát denně. Sledovat zarudnutí v okolí a ničím rány nemazat. ‘‘ Respondentka má rány na místě, kde se kůže stále pne. Bylo tedy důležité, aby stehy nepopraskaly a nehrozily nějaké pooperační komplikace. *„Na odstranění stehů jsem se měla dostavit na ambulanci do nemocnice, kde mě operovali, za 7 dní od propuštění. ‘‘*

Po odstranění stehů se respondentce začala jedna z ran trochu šklebit, ale naštěstí si ji ještě přichytila náplastí, aby srostlé části kůže nepopraskaly. „Člověk si musí umět poradit, ještě když jsem zdravotní sestra.

### **8.3.11 Edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí**

Z nemocnice respondentka žádný edukační materiál nedostala. Byla poučena pouze o domácí péči o sebe, ale edukační materiál v podobě listu papíru žádný neobdržela. „Myslím, že při mém operačním výkonu jsem ani žádný materiály nepotřebovala.‘‘ Když respondentka navštívila rehabilitačním centrum, tak od sestřičky, která ji pomáhala rehabilitovat, dostala papír, kde měla názorně vysvětleny cviky na ramenní kloub. Byla poučena, že tyto cviky může provádět až po úplném dokončení rehabilitačního programu. *„Sestřička se mě zeptala, zda všem obrázkům rozumím a při poslední návštěvě rehabilitace mi je názorně předvedla. ‘‘*

### **8.3.12 Samostatnost a nezávislost respondentek v domácím prostředí**

Do nemocnice a zpět domů respondentku odvezla maminka. Sama by nebyla schopna ovládat automobil. „*Jelikož jsem pravák, tak jsem spousta věcí nedokázala udělat bez cizí pomoci. Do obchodu jsem si u nás v obci zašla sama a nakoupila to nejpotřebnější, ale těžké věci jsem neunesla. Z části jsem byla závislá na ostatních, ale kdyby mi nikdo nepomohl, tak si také nějak poradím. Největší pomoci pro mě byla má kamarádka a sestra. ‘‘* Respondentce obě ženy jezdily pomáhat s běžným úklidem a praní špinavého prádla.

Psychická podpora od rodiny, byla na prvním místě. Denní telefonáty, návštěvy a povzbuzení respondentku psychicky motivovalo a uklidňovalo. Kolegyně z práce ji vozily kytky na rozveselení a vždy nějakou sladkost.

*„Jsem zvyklá být neustále s někým v kontaktu, ať už v práci či mimo. Bylo by pro mě nesnesitelné, kdybych toto období měla prožívat sama. ‘‘*



## DISKUZE

V mé bakalářské práci se věnuji ošetrovatelské pooperační péči na standartním chirurgickém oddělení. Zaměřuji se na informovanost respondentek o pooperační péči, pocity po operačním výkonu, spokojenost respondentek s pooperační péčí zdravotnického personálu, zda respondentky obdržely edukační materiál o péči v domácím prostředí a zda respondentky byly dostatečně informovány v péči o operační ránu. Diskuze obsahuje výsledky mého výzkumu a jednotlivé porovnání mezi respondentkami.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat, zda jsou respondentky informovány v pooperační péči a v péči o operační ránu. Oslovila jsem tři ženy různého věku s rozdílnými operačními výkony, které podstoupily v roce 2019. Se všemi respondentkami jsem provedla výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Pro výzkum v mé bakalářské práci jsem vytvořila dvanáct výzkumných otázek, na které jsem se tázala respondentek.

**Tabulka č. 1** Výsledky výzkumu

Otázka	Respondentka A	Respondentka B	Respondentka C
č. 1	záporná odpověď	kladná odpověď	záporná odpověď
č. 2	kladná odpověď	kladná odpověď	spíše kladná odpověď
č. 3	záporná odpověď	kladná odpověď	kladná odpověď
č. 4	kladná odpověď	kladná odpověď	spíše záporná odpověď
č. 5	kladná odpověď	kladná odpověď	kladná odpověď
č. 6	kladná odpověď	záporná odpověď	záporná odpověď
č. 7	kladná odpověď	kladná odpověď	kladná odpověď
č. 8	kladná odpověď	kladná odpověď	kladná odpověď
č. 9	kladná odpověď	kladná odpověď	záporná odpověď

*Zdroj: vlastní*

### 1. Jaké pocity prožívaly respondentky po operačním výkonu?

Z odpovědí respondentek vyplývá, že všechny respondentky prožívaly rozdílné pocity. Respondentka A udává, že měla velké bolesti a požádala tak, aby ji sestra podala analgetika. Po podání léků na bolest jí bylo lépe a mohla tak odpočívat. Pociťovala strach o délce trvání bolesti. Respondentka B ihned po probuzení nepociťovala žádnou bolest a neměla žádný strach, přesto dostávala léky na bolest. Respondentka C zažívala stejné pocity jako respondentka A, ale intenzivněji. Udává, že je velice citlivá na veškeré podněty a snáší bolest poněkud jinak než ostatní.

Všechny tři respondentky se shodly, že nemohly zaujmout úlevovou polohu z důvodu bolesti operační rány po výkonu. U všech respondentek účinkovaly léky na zmírnění bolesti dle představ a byla tak snesitelná. Hlavní roli zde rozhodně hrála osobnost respondentek a individuální přístup k celému operačnímu výkonu. Ferko (2015) udává, že pooperační analgezie není především cílem jen zajistit komfort pacienta, ale i pomoci k jeho uzdravení. Ve své výzkumné práci (Hajžmanová, 2014) také uvádí, že respondentky nejvíce trápila pooperační bolest.

Z rozhovoru na téma, jaké pocity prožívaly respondentky po operačním výkonu, vyplývá, že ve 2/3 převažují odpovědi záporné.

## **2. Byly respondentky spokojeny s pooperační péčí v nemocničním zařízení?**

Všechny respondentky byly naprosto spokojené s pooperační péčí v nemocničním zařízení. Respondentka A uvádí, že na ni všichni zdravotníci byli hodní a empatičtí, respondentka B si chválí, že na cokoliv se zeptala, tak jí bylo vždy vysvětleno. Respondentka C byla ošetřována sestrou, která se k ní nechovala profesionálně. Respondentka C si nijak nestěžovala, pouze tento fakt zmínila. Na ostatní všechen personál nedala dopustit a byla maximálně spokojená. Myslím si, že taková spokojenost se zdravotníky, jako uvádí respondentky, by měla být na všech odděleních. Avšak vím ze své praxe, že to tak není.

Z rozhovoru na téma, byly respondentky spokojeny s pooperační péčí v nemocničním zařízení, vyplývá, že ve 3/3 jsou odpovědi kladné.

## **3. Byly respondentky dostatečně informované od zdravotnického personálu před operačním výkonem o pooperačním období?**

Respondentka A si zpětně uvědomuje, že nedostala dostatek informací o pooperačním období. Nebyla dostatečně informovaná o předpokládané době hospitalizace, o lokalizaci operačních ran a ani o pooperační bolesti. Po probuzení z anestezie byla překvapena, že má celé obvázané břicho. Respondentka B udává, že pro ni informovanost v předoperačním období o pooperačním období byla velice důležitá a dostačující. Věděla dopředu, co jí čeká a nic ji nepřekvapilo. Respondentka C byla informovaná o pooperačním období, ale nikdo ji neinformoval o pooperační bolesti, jelikož už jeden operační výkon podstoupila, tak jí to nepřišlo divné. Jedličková (2019) udává, že smyslem edukace v perioperační péči je pochopení pacienta celého perioperačního procesu a aby byl vědomostně připraven na realizaci souvisejících činností s operačním výkonem.

Z rozhovoru na téma, zda byly respondentky dostatečně informované před operačním výkonem o pooperačním období, vyplývá, že v 1/3 převažují odpovědi kladné.

#### **4. Důvěřovali respondentky zdravotnickému personálu? Mohly se kdykoliv na cokoliv zeptat?**

Respondentka A měla ve zdravotnický personál obrovskou důvěru. „*Neshledala jsem ani jednu chybu co se týče péče o mě.*” Byla vždy se vším spokojená a na mé otázky mi bylo vždy odpovězeno. Respondentka B měla pocit, že v nemocnici, ve které byla hospitalizována, byla nadstandartní péče. Za dobu 6 ti týdnů, neměla jediný problém se zdravotníky a vždy měla pocit, že se může na cokoliv zeptat. Respondentka C měla malý pocit nejistoty v péči o ní, protože je také zdravotník a tak kontrolovala, zda personál dělá všechny ošetřovatelské postupy dle předpisů. Důvěra ve zdravotnický personál je důležitá a ne každý ji vždy má. Opět záleží na osobnosti jedince a důvěryhodnosti k cizím lidem, i když jsou odborně vzdělaní a ví, co dělají. Burda (2015) udává, že jedinec touží po potřebě bezpečí, jistoty a důvěry v případě nenaplnění svých potřeb.

Z rozhovoru na téma, zda důvěřovaly respondentky zdravotnickému personálu, vyplývá, že v 1/3 převažují odpovědi kladné.

#### **5. Dodržovaly respondentky všechna doporučení od zdravotnického personálu?**

Všechny tři respondentky dodržovaly doporučené postupy, které jim sdělil zdravotnický personál, protože měly obavu ze vzniku komplikací, které by nedodržením postupů mohly nastat. Respondentky se chtěly co nejdříve navrátit do svého běžného života.

Z rozhovoru na téma, zda dodržovaly respondentky všechna doporučení od zdravotnického personálu, vyplývá, že ve 3/3 jsou odpovědi kladné.

#### **6. Zjišťovaly respondentky informace o průběhu jejich pooperačního období z internetových zdrojů?**

Respondentka A vyhledávala informace z internetových zdrojů, protože měla pocit, že neměla dostatek informací o celém operačním výkonu. „*Dost věcí jsem se dozvěděla hlavně z internetu, jelikož mi personál moc informací neposkytl, bez mého optání.*” Respondentka B vyhledávala pouze průběh operačního výkonu na videu, ale všechny potřebné informace ji podal zdravotnický personál. Respondentka B pouze v malé míře důvěřuje internetovým zdrojům, proto nic víc nevyhledávala. Respondentka C vůbec žádné informace nevyhledávala, protože ji všechno dostatečně vysvětlil lékař. Už jednou podstoupila operační výkon, proto z části věděla, co má očekávat. Jedličková (2019) udává, že je velké riziko při získávání informací z internetových zdrojů. Některé jsou nevhodné nebo nepravdivé a mohou negativně působit na pacienta v perioperačním období.

Z rozhovoru na téma, zda respondentky zjišťovaly informace o pooperačním období z internetových zdrojů, vyplývá, že ve 2/3 převažují odpovědi záporné.

#### **7. Jak probíhala ošetrovatelská pooperační péče u respondentek?**

Všem respondentkám před operačním výkonem byl zaveden periferní žilní katetr. Po probuzení a převezení na běžné chirurgické oddělení všechny respondentky dostaly infuzní terapii a léky proti bolesti. Všem respondentkám sestry měřily vitální funkce, monitorovaly jejich pooperační bolest a sledovaly operační ránu, zda neprosakuje obvazový materiál.

Druhý den respondentkám personál dopomohl při ranní hygieně a byla provedena vizita. Respondentka B, jako jediná druhý den, nebyla samostatná v oblasti hygieny a vykonání svých potřeb z důvodu většího klidového režimu, než u respondentek A a C. Zdravotnický personál uspokojil všechny potřeby respondentek, a tak mohl být jejich psychický stav klidný.

Z rozhovoru na téma, jak probíhala ošetrovatelská pooperační péče u respondentek, vyplývá, že ve 3/3 jsou odpovědi kladné.

#### **8. Jak zdravotnický personál poučil respondentky v péči o operační ránu?**

Respondentky byly poučeny o domácím ošetřování operačních ran. Respondentkám byly vyjmuty stehy za týden a rány se hojily per primam.

Z rozhovoru na téma, jak zdravotnický personál poučil respondentky v péči o operační ránu, vyplývá, že ve 3/3 jsou odpovědi kladné.

#### **9. Dostaly respondentky edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí?**

Všechny respondentky obdržely edukační materiál o pooperační péči v domácím ošetřování.

Z rozhovoru na téma, zda respondentky dostaly edukační materiál o pooperační péči v domácím prostředí, vyplývá, že v 1/3 převažují odpovědi kladné.

Cílem mého zkoumání je zjistit, zda byly respondentky, se kterými jsem vedla rozhovor, byly dostatečně edukované o pooperační péči a v péči o operační ránu. Tento cíl se mi podařilo splnit, protože převažovaly kladné odpovědi.

## **Doporučení pro praxi**

### **Edukace pacientů**

Protože edukace pacientů v předoperačním období je nedílnou součástí celého perioperačního procesu, proto bych doporučila, aby zdravotníci dbali na důkladnou edukaci pacientů o perioperačním období.

proto doporučuji;

- Dostatek času v předoperačním období
- Klidné a ničím nerušené prostředí
- Provést důkladnou anamnézu o pacientovi a jeho rodině
- Vysvětlit podrobně celý průběh hospitalizace
- Vyhradit čas na dotazy
- Nepoužívat odborné/latinské názvy
- Zeptat se pacienta, zda všemu rozumí, zda má nějaké dotazy
- Předložit materiály k prostudování doma

### **Edukační karta**

Doporučovala bych zajistit větší obsah informací pro pacienty v pooperačním období. (viz příloha č. 8)

Dále bych doporučovala podat každému pacientovi po operačním výkonu edukační kartu o ošetřování operační rány v domácím prostředí. Informace podané při propouštění jsou velice obsáhle, proto jsem vytvořila edukační kartu, kde je péče o ránu shrnuta do jednotlivých bodů aby pacienti na nic nezapomněli. (viz příloha č. 7)

## ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se zabývala specifiky pooperační péče a péči o operační ránu. V první hlavní kapitole teoretické části je popsána předoperační péče o pacienty, na které závisí pooperační psychika pacientů. V druhé hlavní kapitole se věnuji typům operačních výkonů a druhům anestezie. A třetí kapitola, která obsahuje nejvíce informací, informuje o pooperační ošetrovatelské péči a o pooperačních komplikacích. Poslední kapitola informuje o ošetřování operační rány a druhy materiálů, kterými se ošetřují.

V praktické části jsem použila kvalitativní výzkum. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou pacienti edukováni v předoperačním období o pooperační péči a v péči o operační ránu. Pro můj výzkum jsem vedla rozhovory se třemi ženami, které podstoupily rozdílné plánované operační výkony, a každá byla hospitalizovaná v jiném nemocničním zařízení. Výsledkem mého výzkumu bylo zjištění, že operační výkon byl náročný pro psychiku všech žen, ale i pro jejich blízké, které je podporovali. Ženy potřebovaly cítit podporu od zdravotnického personálu, ale i od rodiny. Vyžadovaly kontakt s ošetrovatelským týmem, aby se ujistily, že je vše v pořádku a dodržovaly všechna doporučení, aby předešly vzniku pooperačních komplikací.

Nedostatkem pro ženy byla podrobná informovanost o pooperační péči při hospitalizaci. Ženy si proto zjišťovaly informace z internetových zdrojů, které je informovaly o pooperačním průběhu. Jelikož byl zdravotnický personál ochotný a empatický, tak se ženy nebály na cokoliv zeptat. Zjistila jsem, že ženy po propuštění do domácího ošetřování byly zcela závislé na dopomoci druhých a ve všech případech o ně bylo postaráno. Všechny ženy věděly, jak se mají starat o své operační rány, a tak nedošlo k žádným pooperačním komplikacím.

# SEZNAM LITERATURY

## Knižní zdroje

1. BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015-2016. 2 svazky. ISBN 978-80-247-5333-1.
2. ČOUPKOVÁ, Hana et al. *Ošetrovatelství v chirurgii. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019- . svazky. Sestra. ISBN 978-80-247-2900-8.
3. ČOUPKOVÁ, Hana et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. II, Pediatrie, chirurgie. 2.*, dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 249 s., viii s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3602-0.
4. ČOUPKOVÁ, Hana et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s., [4] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3129-2.
5. FERKO, Alexander, ed., ŠUBRT, Zdeněk, ed. a DĚDEK, Tomáš, ed. *Chirurgie v kostce. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. 511 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
6. HOLUBEC, Luboš. *Chirurgie pro zdravotnické nelékařské obory.* 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. x, 103 stran. ISBN 978-80-261-0723-1.
7. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.
8. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče.* Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
9. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče. 2.* rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. 330 stran. ISBN 978-80-7013-598-3.
10. KALA, Zdeněk a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii.* Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
11. KOUTNÁ, Markéta et al. *Manuál hojení ran v intenzivní péči.* První vydání. Praha: Galén, [2015], ©2015. xi, 200 stran. ISBN 978-80-7492-190-2.
12. MÁLEK, Jiří a kol. *Léčba pooperační bolesti. 2.*, dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 153 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2453-2.
13. ŘIHÁČEK, Tomáš a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
14. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4414-8.
15. VČELÁK, Petr. *Šablona kvalifikační práce na Fakultě zdravotnických studií ZČU.* [dokument] Plzeň : Petr Včelák, 6. duben 2018.
16. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.
17. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 303 stran, iv strany obrazových příloh. Sestra. ISBN 978-80-247-3421-7.
18. WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea a ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Perioperační ošetrovatelská péče.* Praha: Galén, ©2012. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

19. WICKER, Paul. *Rapid perioperative care* [online]. Chichester, West Sussex, England: Wiley Blackwell, 2017, ©2017 [cit. 2020-03-11]. ISBN 978-1-119-12124-4. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=4694611>.
20. WICHISOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.
21. ZEMAN, Miroslav a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

### Internetové zdroje

22. HAJŽMANOVÁ, Lenka. *Psychologická problematika pacientů v perioperační péči*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Mgr.Lenka Kroupová. Dostupné z: [https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14781/1/BP\\_Lenka\\_Hajzmanova.pdf](https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14781/1/BP_Lenka_Hajzmanova.pdf)
23. IKEM. *Operační rány – hojení, možné komplikace*. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/kardiocentrum/klinika-kardiovaskularni-chirurgie/pro-pacienty/poradna/operacni-rany-hojeni-mozne-komplikace/a-840/>.
24. SMÉKALOVÁ, Kathrin. *Jak pečovat o ránu po operaci*. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/PORGYN\\_Jak%20pecovat%20o%20ranu%20po%20operaci.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/PORGYN_Jak%20pecovat%20o%20ranu%20po%20operaci.pdf).

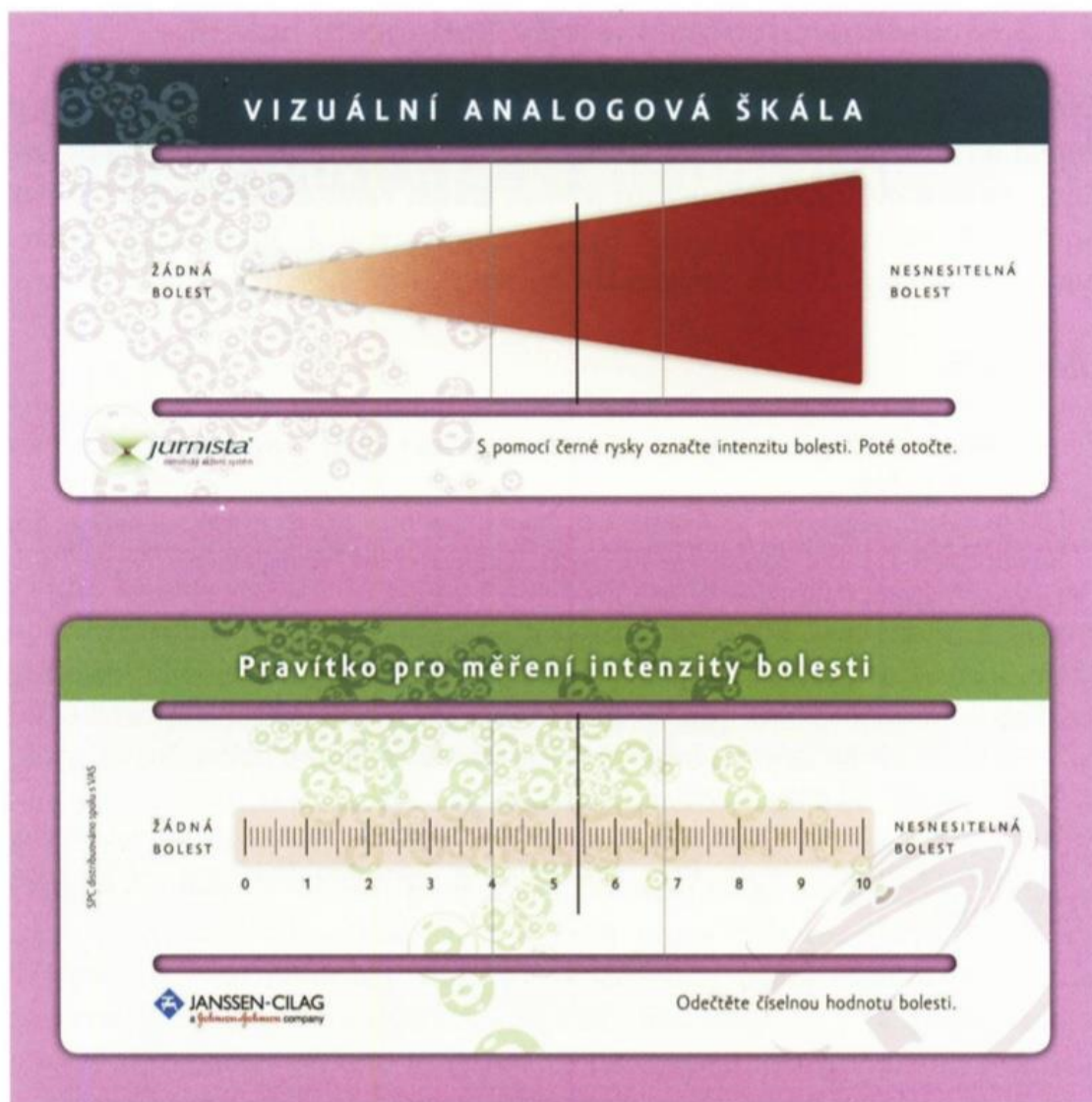


## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 .....	Vizuální analogové skóre
Příloha č. 2 .....	Obličejová škála bolesti
Příloha č. 3 .....	Diety
Příloha č. 4 .....	Tabulka č. 1
Příloha č. 5 .....	Informovaný souhlas
Příloha č. 6 .....	Rešerše
Příloha č. 7 .....	Edukační materiál
Příloha č. 8 .....	Edukační materiál

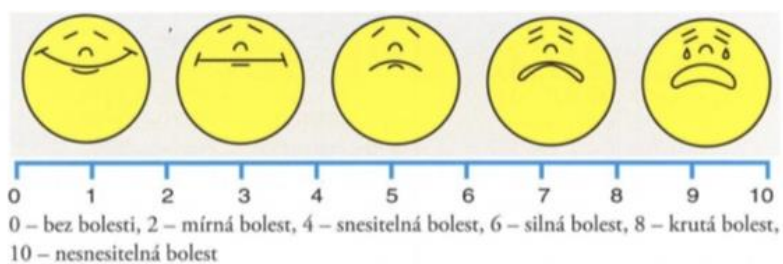
# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Vizuální analogové skóre



Zdroj: MÁLEK, Jiří a kol. *Léčba pooperační bolesti*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 153 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2453-2.

## Příloha č. 2 – Obličejová škála bolesti



Zdroj: MÁLEK, Jiří a kol. *Léčba pooperační bolesti*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 153 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2453-2.

## Příloha č. 3 – Diety

Tab. 9 Dietní systém – základní diety

Dieta	Označení	Charakteristika diety	Příklady indikací
Tekutá	0	neplnohodnotná dieta upravená do tekutého stavu	po operacích GIT při zahájení perorálního příjmu, postižení horní části zažívacího traktu zánětlivým nebo nádorovým procesem
Kašovitá	1	energeticky i nutričně plnohodnotná, upravená do kašovitě konzistence	po operacích GIT při realimentaci, při poruchách polykání, při operačních výkonech, onemocněních a poraněních v oblasti dutiny ústní
Šetřící	2	energeticky i nutričně plnohodnotná, upravená k lehké stravitelnosti, s pestrým výběrem potravin	realimentace, funkční poruchy zažívání
Racionální	3	energeticky i nutričně plnohodnotná, upravená podle zásad správné výživy	pro pacienty bez nutnosti zvláštních dietních opatření
S omezením tuku	4	energeticky i nutričně plnohodnotná, s nižším zastoupením tuku, s vyloučením přepalovaných tuků a nízkým obsahem cholesterolu	onemocnění pankreatu, žlučníku a žlučových cest, hepatitidy
Bílkovinná, beze-zbytková	5	energeticky i nutričně plnohodnotná, s vyšším obsahem bílkovin a nižším obsahem tuku, výrazné omezení nestravitelných složek dráždicích střevní stěnu	po operacích na dolní části GIT a při zánětlivých onemocněních střev
Nízkobílkovinná	6	redukováno množství bílkovin, důraz kladen na vhodné spektrum zastoupených aminokyselin	při poškození ledvin

Zdroj: VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.

Dieta	Označení	Charakteristika diety	Příklady indikací
Nízkocholesterolová	7	plnohodnotná, bohatá na vitamíny, pektiny a celulózu, s převahou polynenasycených mastných kyselin	prevence onemocnění kardiovaskulárního aparátu, hyperlipoproteinemie
Redukční	8	energeticky limitovaná, se sníženým obsahem sacharidů a tuků	obezita, obézní diabetici
Diabetická	9	se sníženým množstvím sacharidů a tuků, cukry jsou ponechány spíše ve formě polysacharidů s nízkým glykemickým indexem	diabetes mellitus
Neslaná, šetřící	10	s nižším obsahem sodíku	onemocnění srdce, cév, hypertenze
Výživná	11	zvýšená energetická hodnota se zachovalým poměrem živin	rekonvalescence po těžkém úraze, onemocnění, operaci, u onkologicky nemocných
Strava batolat	12	měkká, lehce stravitelná jídla	děti od 1,5 do 3 let
Strava větších dětí	13	běžná jídla s dostatkem energie a živin	děti od 3 do 15 let

Tab. 10 Dietní systém – speciální diety

Dieta	Označení	Charakteristika diety	Příklady indikací
Čajová	0S	čaj neslazený nebo slazený	časně po operačních výkonech, první znovu nasazovaná dieta po zažívacích obtížích
Tekutá, výživná	1S	strava upravená do tekutého stavu, dnes obvykle nahrazována prostředky pro enterální výživu	dlouhodobá neschopnost přijímat stravu jinak než v tekuté formě
S přísným omezením tuků	4S	neplnohodnotná sacharidová dieta s omezením bílkovin a minimálním množstvím tuku	infekční hepatitida v akutním stadiu, cholecystitida a pankreatitida při realimentaci
Diabetická šetřící	9S		diabetická dieta pro pacienty s onemocněním zažívacího traktu

Zdroj: VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.*

## Příloha č. 4 – Tabulka č. 1 – výsledky výzkumu

Otázka	Respondentka A	Respondentka B	Respondentka C
č. 1	záporná odpověď	kladná odpověď	záporná odpověď
č. 2	kladná odpověď	kladná odpověď	spíše kladná odpověď
č. 3	záporná odpověď	kladná odpověď	kladná odpověď
č. 4	kladná odpověď	kladná odpověď	spíše záporná odpověď
č. 5	kladná odpověď	kladná odpověď	kladná odpověď
č. 6	kladná odpověď	záporná odpověď	záporná odpověď
č. 7	kladná odpověď	kladná odpověď	kladná odpověď
č. 8	kladná odpověď	kladná odpověď	kladná odpověď
č. 9	kladná odpověď	kladná odpověď	záporná odpověď

*Zdroj: vlastní*



## **Příloha č. 5 – Informovaný souhlas**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

#### **SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ POOPERAČNÍ PÉČE**

##### **STUDENT**

Kristina Tomášková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: tomaskovakristina@seznam.cz

##### **VEDOUCÍ BP**

Mgr. Eva Čermáková, MBA  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: cermakovastod@seznam.cz

##### **CÍL STUDIE**

Cílem mé práce je zmapovat, jak jsou pacienti edukováni v pooperační péči a v péči o operační ránu a vytvořit edukační materiál v péči o operační ránu.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

##### **SOUHLAS S VÝZKUMEM**

Já .....  
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

*Zdroj: vlastní*

## Příloha č. 6 – Rešerše

### Knihy

1. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. Léčba pooperační bolesti. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2014. 149 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4. Sig. SK PK: 31B64391; MDT 617
2. Holubec, Luboš. Chirurgie pro zdravotnické nelékařské obory. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. x, 103 stran. ISBN 978-80-261-0723-1. Sig. SK PK: ZDRSKV129, MDT 317
3. KOUTNÁ, Markéta et al. Manuál hojení ran v intenzivní péči. První vydání. Praha: Galén, [2015], ©2015. xi, 200 stran. ISBN 978-80-7492-190-2. Sig. SVK PK: 392A45465, MDT 616
4. REPKO, Martin. Perioperační péče o pacienta v ortopedii. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5. Sig. SVK PK: 31B54139, MDT 617
5. POKRIVČÁK, Tomáš. Chirurgie. 1. vydání. Praha: Triton, 2014. 282 s. ISBN 978-80-7387-702-6. Sig. SVK PK: 31B60684, MDT 617
6. POKORNÁ, Andrea a MRÁZOVÁ, Romana. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 191 s., 8 s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3371-5. Sig. SVK PK: 31B51153; MDT 616
7. STRYJA, Jan et al. Repetitorium hojení ran 2. Vydání 2. Semily: Geum, 2016. 377 stran. ISBN 978-80-87969-18-2. Sig. SV PK: 31B75783-2, MDT 616
8. STRYJA, Jan. Débridement a jeho úloha v managementu ran: jak vyčistit ránu rychle a efektivně. Vydání 1. Semily: Geum, 2015. 173 stran. ISBN 978-80-87969-13-7. Sig. SVK PK: 31B69193, MDT 616
9. SEIDLOVÁ, Dagmar, ed. et al. Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře. Druhé vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 251 stran. Edice postgraduální medicíny. Medical services. ISBN 978-80-204-4857-6. Sig. SVK PK: 31B85315; MDT 618
10. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. Perioperační péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4414-8. Sig. SVK PK: 31B64310; MDT 617
11. WICHSOVÁ, Jana et al. Sestra a perioperační péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6. Sig. SVK PK: 31B56482; MDT 616-083

### Články a stati

1. ŠKOCHOVÁ, Dagmar. Specifika péče o pacienta po bariatrickém chirurgickém výkonu. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. 2016, s. 332-335. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. ČERNÝ, Vladimír. Doporučený postup pro pooperační delirium. Anesteziologie a intenzivní medicína. 2017, 28(3), 193-194. ISSN 1214-2158. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/doporuceny-postup-pro-pooperacni-delirium-61373>
3. PETŘEKOVÁ, Karin a Veronika HORKÁ. Předoperační a pooperační výživa zaměřená na bariatrické pacienty. Výživa a potraviny. Zpravodaj pro školní a dietní stravování. 2017, 72(6), 89-90. ISSN 1211-846X.



4. GABRHELÍK, Tomáš, Marek PIERAN a Jan LEJČKO. Neopioidní analgetika v léčbě akutní pooperační bolesti. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2016, 27(4), 252-258. ISSN 1214-2158. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/neopioidni-analgetika-v-lecbe-akutni-pooperačni-bolesti-59605>
5. BALOGOVÁ, Eva. Perioperační nutriční starostlivost'. Florence. 2014, roč. 10, č. 9, s. 18-20. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>
6. DRÁBKOVÁ, Pavla. Ošetrovatelská péče u pacientů po operacích na standardním oddělení. Florence. 2016, roč. 12, č. (1-2), 28-30. ISSN 1801-464X. Sig. SVK PK: 36A3153/2016
7. KUDLOVÁ, Pavla, Iveta HATALOVÁ a Jana KEPRTOVÁ. Péče o jizvy po chirurgickém zákroku. *Léčba ran*. 2017, 4(2), 13-17. ISSN 2336-520X.
8. BENDO VÁ, Vendula a Alena KUDRLOVÁ. Vliv cílené nutriční podpory v rámci péče o oslabené pacienty. Florence. 2014, 10(6), 16-18. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>
9. Terapie pooperační retence moči. Florence. 2006, 2(10), 38-40. ISSN 1801-464X. Sig. SVK PK: 36A3153/2006
10. KELNAROVÁ, Lenka. Bolest a její léčba. Florence. 2014, 10(12), 26-27. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>
11. DUDEŠEK, Bohumil. Pooperační komplikace. *Medicína & umění*. 2015, 2015(5/38), 10-11. ISSN 1803-3679. Sig. SVK PK: 36A3642/2015
12. FERKO, Alexander. Znalost vlastních komplikací – trnitá cesta ke zlepšování výsledků léčby. *Rozhledy v chirurgii*. 2016, 95(9), 343. ISSN 0035-9351. Sig. SVK PK: 35A512/2016
13. ČERNÝ, Vladimír. Péče o pacienta po anestezii. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2016, 27(6), 400-401. ISSN 1214-2158. Sig. SVK PK: 36A2949/2016

#### **Zahraníční zdroje**

1. DUDRICK, Stanley J. *Manual of preoperative and postoperative care*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1983. ISBN 9780721611648.
2. PATIL, Rashmi a MELANDER, Sheila. *Postoperative Complications and Emergency Care for Patients Following Bariatric Surgery*. *MEDSURG Nursing*. 2015, vol. 24, no. 4, s. 243-248. ISSN 1092-0811.

## Příloha č. 7 – Edukační materiál

# EDUKAČNÍ KARTA: PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

### Před odstraněním stehů



*Zdroj: vlastní*

- Po odkrytí rány obvazovým materiálem, ji ničím nepřekrývejte (pouze volným oděvem z bavlny)
- Dodržujte zásady hygieny
- Oplachujte ránu pouze vodou, maximálně 1x denně
- Udržujte ránu v suchu
- Dodržujte klidový režim, aby nepopraskaly stehy
- Sledujte ránu, zda nedochází k zarudnutí, otoku, vzniku sekretu, znovuotevření rány (pokud ano, ihned navštivte lékaře)

### Po odstranění stehů



*Zdroj: vlastní*

- Dodržujte zásady hygieny
- Po 2-3 týdnech můžete jizvu masírovat (musí být jizva zhojena, bez jakýkoliv komplikací)
- Nevystavujte jizvu slunečnímu záření
- Neustále jizvu kontrolujte, zda nevznikají nějaké změny

## **EDUKAČNÍ KARTA: ZAJIŠTĚNÍ INFORMACÍ V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ**

- Pokud nevíte, zda se u vás vyskytují komplikace v operační ráně, kontaktujte lékaře, nebo nejprve navštivte tyto stránky: <https://www.ikem.cz/cs/kardiocentrum/klinika-kardiovaskularni-chirurgie/pro-pacienty/poradna/operacni-rany-hojeni-mozne-komplikace/a-840/>.
- Pokud nevíte, jak správně ošetřovat operační ránu navštivte tyto stránky: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/PORGYN\\_Jak%20pecovat%20o%20ranu%20po%20operaci.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/PORGYN_Jak%20pecovat%20o%20ranu%20po%20operaci.pdf).
- Pokud nemáte přístup k internetu, neváhejte kontaktovat svého ošetřujícího lékaře. Kontakt je uveden na zprávě, kterou jste obdrželi.
- Jestliže jste si vzpomněli ještě na nějaký dotaz, navštivte svého ošetřujícího lékaře a znovu se informujte.
- Nevyhledávejte zkušenosti a rady ostatních lidí z neověřených internetových zdrojů. Mohou být zavádějící a vaše očekávání bude jiné, než realita.
- Berte ohledy na vaše přidružená onemocnění, která mohou perioperační období pozměnit. Na všechna možná rizika vás upozornil váš ošetřující lékař.
- Dbejte na rady vašeho ošetřujícího lékaře a všechna doporučení dodržujte.