

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Lucie Kašpárková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

PROBLEMATIKA INFORMOVANOSTI KLIENTA PO OPERACI

TOTÁLNÍ NÁHRADY KOLENNÍHO KLOUBU PŘED

PROPUŠTĚNÍM

Bakalářská práce

Mgr. Věra Stasková R.N.

2008

Lucie Kašpárková

Abstract - The issue of a client's awareness before being released from the hospital following a complete knee-joint replacement operation

The theoretical framework deals with the post-operation care for a patient following a complete knee-joint replacement operation and the issue of the patient's awareness, which is considered an important one in nursing nowadays. The main objective of this work was to find out the awareness of the clients hospitalized at the orthopaedic ward about the subsequent care available just before their being released from the hospital to the home environment following a complete knee-joint replacement operation as well as to identify negative factors perceived by the clients when the information is passed. Another aim of this work was to map out who and how to educate the clients about the care for their operated limb before being released from the hospital to the home environment.

Collecting the data took place on the grounds of content analysis of case reports concerning the patients following a complete knee-joint replacement operation hospitalized at České Budějovice and Přerov hospitals. Additionally, data was collected from nurses working at the České Budějovice hospital's orthopaedic ward to supplement the data gained. The method used was a questionnaire one with a half-standardized dialogue procedure.

Four hypotheses arose from the analysis of the case reports and dialogues. H1: The patients after a complete knee-joint endo-prosthesis are sufficiently informed of the regime remedies before being released from the hospital. H2: The nurses working at the orthopaedic ward educate the clients after a complete knee-joint endo-prosthesis about the subsequent care at the home environment by means of an information brochure. H3: The commonest negative factor perceived by the clients following a complete knee-joint replacement concerning the information received about the subsequent care at the home environment is its incomprehensibility. H4: The most frequent negative factor perceived by the nurses working at the orthopaedic ward concerning the information received about the subsequent care at the home environment is the patients' lack of concentration and flooding with a large amount of information.

The improvement of the issue of clients' awareness following a complete knee-joint replacement operation lies in better arrangement of the information that nurses put across to the patients during their stay at the ward as well as better care for the patients' awareness and more intensive use of a feedback.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika informovanosti klienta po operaci totální náhrady kolenního kloubu před propuštěním, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. 5. 2008

.....

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Věře Staskové R.N. za odborné vedení a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni věnovat čas na rozhovor s nimi.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Anatomie a fyziologie kolenního kloubu.....	4
1.2 Problematika endoprotéz kolenního kloubu	5
1.2.1 Typy kolenních endoprotéz	5
1.2.2 Indikace a kontraindikace náhrady kolenního kloubu.....	6
1.2.3 Komplikace po totální náhradě kolene a jejich prevence.....	7
1.3 Péče o nemocného po totální endoprotéze kolene	8
1.3.1 Ošetrovatelská péče o nemocného na jednotce intenzivní péče.....	8
1.3.2 Péče o nemocného na standardním oddělení.....	10
1.3.3 Péče o nemocné v domácím prostředí	12
1.4 Problematika informovanosti nemocného	13
1.4.1 Role sestry v předávání informací nemocnému	13
1.4.2 Komunikace mezi sestrou a nemocným	14
1.4.3 Překážky v komunikaci mezi sestrou a nemocným.....	17
1.4.4 Předávání informací nemocnému o režimových opatřeních	17
1.5 Role sestry v edukaci nemocného před propuštěním.....	20
1.5.1 Edukace v ošetrovatelství.....	20
1.5.2 Role sestry edukátorky	21
1.5.3 Edukce nemocného po totální náhradě kolenního kloubu před propuštěním.....	22
2. Cíl práce a výzkumné otázky	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky	25
3. Metodika	26
3.1 Metodika práce.....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	26
4. Výsledky.....	27
4.1 Kazuistiky	27

4.1.1 Tabulka nejčastějších odpovědí.....	47
4. 2 Výsledky rozhovoru se sestrami	49
5. Diskuze.....	57
6. Závěr	66
7. Seznam použitých zdrojů	68
8. Klíčová slova.....	72
9. Přílohy.....	73
9.1 Seznam příloh	73

Úvod

Po velkém úspěchu implantace totálních náhrad kyčelního kloubu okolo 70. let 20. století, došlo během 80. let také k rozvoji kolenních endoprotéz, které se staly po náhradě kyčelního kloubu nejčastěji používanou endoprotézou. Postupně se zdokonaluje i operační technika a vznikají nové typy endoprotéz. To umožňuje prodloužení životnosti kolenních náhrad, která činí 10 – 15 let. Životnost kolenních endoprotéz je prakticky srovnatelná s životností kyčelních náhrad. Nejčastější příčinou poškození kolenního kloubu, která vede nemocného k operaci je gonartróza. Možnost náhrady kolenního kloubu implantátem znamená pro pacienta najít cestu zpět do normálního života bez bolesti, utrpení a omezení v pohybu. Umožní mu návrat ke sportu, práci a možnost radovat se z běžných aktivit všedního dne. Se vzrůstajícím počtem pacientů s endoprotézou kolenního kloubu, také stoupá počet pacientů, kteří potřebují kolenní náhradu vyměnit. Selhání endoprotézy bývá způsobeno například uvolněním implantátu z kostního lůžka nebo výskytem infekce v kolenním kloubu. Častou příčinou těchto selhání je nedodržení režimových opatření na základě nedostatečné nebo neefektivní informovanosti nemocného. (30, 33)

Hlavní úlohu v této problematice mají sestry ortopedického oddělení, které nemocného doprovází od předoperační péče, přes pooperační péči až na cestu domů. Informují pacienty o nutnosti dodržovat správný režim po operaci, jehož součástí je pohybový režim, péče o hygienu, o operační ránu, užívání léků, kontroly u lékaře, ale také prevence komplikací, které mohou vést k selhání kolenní endoprotézy. Potřeba informovanosti je nutnou součástí kvality života klienta. Při předávání informací je důležitý způsob jeho předání. Mnoho sester si tuto problematiku neuvědomuje a poskytuje informace pacientům neefektivně. To má za následek nedodržení režimových opatření, vznik některých komplikací a prodloužení rekonvalescence pacienta. Cílem ošetrovatelské péče je těmto problémům předcházet a to na základě dostatečné informovanosti nemocného a jeho aktivním zapojením do léčebného procesu. (15)

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie kolenního kloubu

„Kolenní kloub je nejsložitějším a největším kloubem lidského těla (23, s. 173)“.
Skládá se z dolního konce stehenní kosti (femuru), horního konce kosti holenní (tibie) a čéšky (patelly), která je uložena před kolenním kloubem. Patella je malá, oploštělá kost, kdy její přední část je hmatná v podkoží. Mezi čéškou a kůží je váček vyplněný tekutinou, tzv. burza, která omezuje tření a ochraňuje kost v kleče. Kost stehenní a kost holenní jsou v kontaktu svými kondyly. Dolní konec femuru tvoří hlavicí a horní kondyl tibie tvoří jamku kolenního kloubu (Příloha 3). Současně patří kolenní kloub mezi nejzatěžovanější klouby lidského těla. Tělesná hmotnost se přenáší ze stehenní kosti přes kolenní kloub na kost holenní (6, 23, 28).

Prostor v kolenním kloubu mezi stehenní a holenní kostí se nazývá kloubní štěrbina. Tento prostor je vyplněn kloubní chrupavkou. Hlavní funkcí chrupavky je krytí pohybujících se kloubních povrchů uvnitř kolene. Chrupavka je hladká, živá tkáň s omezujícími možnostmi růstu a obnovy, které se snižují s věkem a stupněm zatížení. Na rentgenovém snímku lze pozorovat úbytek kloubní chrupavky jako zmenšující se prostor mezi kostmi kolenního kloubu (Příloha 4). Kolenní kloub je také kloubem synoviálním. Uvnitř kolene je výstelka (synovie), která produkuje tekutinu, která zvlhčuje kloubní plochy a snižuje tření v kloubu. V dutině kolenního kloubu jsou uloženy poloměsíčité ploténky neboli menisky, které plní funkci tlumičů nárazů a zabraňují posunutí kloubu do strany (1, 28).

Stabilitu kolenního kloubu zajišťují vazy a svaly obklopující kolenní kloub. Vazy můžeme rozdělit na postranní, přední a zadní vazy. Pro stabilitu a fixaci kloubu jsou velmi podstatné nitrokloubně probíhající zkřížené vazy. V okolí kolene se upínají svaly, které zajišťují dynamickou stabilizaci kolenního kloubu. Tyto svaly hrají také významnou roli i při náhradě kolene. Zajišťují dokonalou funkci endoprotézy, stabilizaci kloubu a ochraňují kloubní náhradu před přetížením, což má vliv na životnost kloubní náhrady kolene (1, 6, 33).

Mezi základní pohyby kolenního kloubu patří extenze (natažení) a flexe (stažení), která je udávána kolem 140°. Kloub v extenzi umožňuje chůzi a pevný stoj.

Při těchto pohybech se v kloubu odehrávají pohyby jako válivý pohyb, klouzavý pohyb a rotace, která je možná jen při flexi v koleni. Při maximální extenzi končetiny dojde k uzamčení kolene a rotace je prakticky neuskutečnitelná. To je způsobeno napětím téměř všech kolenních vazů (6, 10).

1.2 Problematika endoprotéz kolenního kloubu

„Endoprotéza kolenního kloubu je náhrada kloubu umělými částmi (29)“. Představuje náročnou operaci, která vyžaduje mnoho úsilí jak ze strany nemocného, tak ze strany celého zdravotnického týmu. Cílem implantace kolenního kloubu je zlepšit kvalitu života pacienta (7).

1.2.1 Typy kolenních endoprotéz

„V posledních třech desetiletích se stala totální náhrada postiženého kloubu kloubem umělým jednou z nejčastějších ortopedických operací. Výrazného pokroku v posledním desetiletí dosáhl především sortiment a metody implantace kloubních endoprotéz (8, s. 78)“. Vznikají nové typy endoprotéz, vyráběné z ušlechtilých materiálů jako je vysoce molekulární polyetylén a slitina chromu, kobaltu a molybdenu. Díky tomuto rozvoji dochází k prodlužující se životnosti implantovaných endoprotéz, která činí okolo 10-15 let a také se snižují komplikace spojené s tímto zákrokem (7, 8, 10).

Kolenní kloub lze nahradit celý nebo jen jeho část. Pro náhradu části kolene se používá hemiarthroplastika, kdy je nahrazena jen část postiženého kloubu. V dnešní době jsou tyto náhrady používány zřídka. Operace je sice méně rozsáhlá a méně zatěžující pro pacienta, ale pro operátora je výkon velmi technicky náročný. Hlavní nevýhodou je, že implantát nezastavuje ničení kloubu v okolí implantátu a je také méně odolný. V současné době se více uplatňuje náhrada totální, která nahrazuje celý povrch kolenního kloubu (33).

Podle způsobu fixace může lékař klientovi implantovat tři typy endoprotéz. Cementovou protézu, která používá k fixaci náhrady tzv. kostní cement (Příloha 6). Kostní cement je speciální rychle tuhnoucí hmota, která umožňuje dobrou a dlouhodobou fixaci endoprotézy. Nevýhodou cementového implantátu je možný

výskyt nežádoucích účinků při uvolnění cementu do organismu. „Trendem moderní léčby je implantace kostního cementu s antibiotikem (13)“. Antibiotika tak sníží výskyt vzniku infekce. Druhým typem jsou necementové (bezcementové) protézy, které k fixaci využívají prorůstání kosti do porézního povrchu tohoto implantátu. Nezbytným úkolem operátora je dokonale usadit implantát na kostní lůžko. Problémem této metody jsou větší krevní ztráty, delší doba hojení a horší finanční dostupnost. Hybridní protézy jsou třetím typem, mají bezcementovou komponentu na stehenní kosti a kost holenní je fixována kostním cementem. Nelze přesně říci, která z těchto způsobů fixace je nejlepší, záleží především na volbě lékaře, který v průběhu operace zvolí nejvhodnější endoprotézu a metodu její fixace (8, 33).

1.2.2 Indikace a kontraindikace náhrady kolenního kloubu

Hlavními důvody, které dovedou člověka k operaci náhrady kolene, je bolest a porucha funkce kolenního kloubu, kterou nemocný vnímá omezením v pohybu. Nejčastější příčinou těchto poruch je artróza. Artróza je degenerativní onemocnění kloubu, které vzniká postupně během několika let. Dochází k opotřebenosti kloubu, hladká kloubní plocha se odírá a pohyblivost se zhoršuje. Artróza kolene je pojmenována jako gonartróza. Může postihovat jeden nebo oba kolenní klouby. Zpočátku se gonartróza projevuje námahovou bolestí. Nemocný má potíže při chůzi a později i v klidu. Při chůzi se objevuje typické kulhání, kdy se nemocný snaží postiženou končetinu odlehčovat a to vede k oslabení svalové síly. Kloubní chrupavka je tak nedostatečně vyživována a příznaky artrózy se zhoršují. Příčinou primární gonartrózy je genetická dispozice, nadváha, chronické přetížení, ale i nedostatek pohybu. Na vzniku sekundární artrózy se podílí traumatické změny a chronické záněty kloubu. Léčba spočívá v rehabilitaci, redukci váhy, v podávání analgetik a antirevmatik. Pokud konzervativní léčba selhává, je nemocný indikován k operaci totální náhrady kolene (Příloha 5). Další indikací, kdy pacient trpí bolestmi, je destrukce kloubu v důsledku revmatoidní artritidy. „Rheumatoidní artritida je autoimunitní onemocnění synoviální výstelky kloubů a šlach (25, s. 153)“. Při tomto onemocnění dochází k omezení hybnosti, provázené bolestí a k deformaci kloubu, kdy je indikována totální endoprotéza postiženého kloubu. Jinou situací, kdy je náhrada kolenního kloubu

nezbytná, je poškození kloubu úrazem, například při tříštivých zlomeninách tibie nebo nádorové onemocnění kloubu ve smyslu metastáz (9, 25, 33).

Operace totální náhrady kolenního kloubu je u nemocného kontraindikována při infekčním onemocnění. Přítomnost infekčního ložiska v organismu nemocného, například při chronických infekcích urogenitálního traktu, dýchacího systému nebo při kožních infekcích, by mohla zapříčinit infekci endoprotézy, a tím i prodloužení rekonvalescence. Další kontraindikací je závažné kardiopulmonální a cévní onemocnění klienta, například pokud nemocný akutně trpí zánětem žil nebo endokarditidou. U žen se nesmí opomenout přítomnost menstruace v termínu operace, která je také kontraindikována. Je nutné naplánovat operaci mimo období menstruace (30, 33).

1.2.3 Komplikace po totální náhradě kolene a jejich prevence

Každá operace má svá rizika a proto i klient po operaci totální náhrady kolenního kloubu může být ohrožen některou z komplikací. Je vhodné, aby byl nemocný s možnými riziky seznámen a ve spolupráci s lékařem a sestrou jim předcházel. Součástí prevence pooperačních komplikací je řádná a pečlivá předoperační příprava nemocného k operaci, jako například informovanost klienta, předoperační rehabilitace, interní vyšetření, odběr autotransfuze, zavedení permanentního katétru, zajištění žíly a psychická podpora nemocného (26, 33).

Mezi nejzávažnější komplikaci po totální náhradě kolene patří tromboembolická nemoc. Hlavním cílem je předejít plicní embolii. Sestra v rámci prevence zajistí, aby nemocný dodržoval pitný a pohybový režim. Úkolem lékaře je za spolupráce sestry informovat klienta o důležitosti podávání fraxiparinových injekcí a léků, které upravují srážlivost krve a zlepšují kvalitu cév. Dále je nezbytně nutné nosit elastické punčochy nebo bandáže dolních končetin od špiček prstů až nad koleno. Bandáže nebo punčochy klient nosí ode dne operace až nejméně dva týdny po propuštění i v domácím ošetření (28, 33).

Velmi obávanou komplikací je infekce. „Cílem minimalizace vzniku infekce je podávání nemocnému 1 - 2 dny před operací a po operaci antibiotika (28)“. Samozřejmostí je také endoprotézu operovat na přísně aseptickém sále a provádět převazy rány za sterilních podmínek. Nebezpečí vzniku infekce však přetrvává po celou

dobu, co je implantát voperován v organismu, proto je dobré všem infekcím v těle věnovat pozornost a náležitě je léčit (8, 33).

Dalším potencionálním rizikem může být uvolnění implantátu, které vyžaduje reimplantaci endoprotézy. Životnost náhrady je individuální, proto je nutné dodržovat pohybová opatření, která životnost implantátu prodlužují. Asi nejvíce zatěžují endoprotézu obézní lidé a někteří sportovci provozující neadekvátní aktivity, více bude popsáno v kapitole 1.4.3 Předávání informací nemocnému o režimových opatřeních před propuštěním (30, 33).

1.3 Péče o nemocného po totální endoprotéze kolene

Cílem pooperační péče je nemocnému poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči. Důležitou součástí pooperační péče je příprava nemocného k operaci. Je-li pacient dokonale připraven k výkonu, rizika vztahující se k pooperační péči jsou nižší (26).

1.3.1 Ošetrovatelská péče o nemocného na jednotce intenzivní péče

Nemocný je po ukončení operace probuzen a odvezen na ortopedickou jednotku intenzivní péče. Sestra si převezme hlášení od sestry z operačního sálu a dokumentaci s ordinacemi od lékaře a odváží pacienta na lůžku. Ihned po příjezdu na jednotku intenzivní péče je klient napojen na monitor, který sleduje jeho životní funkce. Sestra hodnotí stav vědomí, vitální funkce nemocného, výsledky vyšetření a na základě výsledných hodnot plní ordinace lékaře (Příloha 8), (12, 33).

Pacient je uložen do polohy v leže na zádech s mírně zvednutou horní polovinou těla pro lepší ventilaci plic. Během dne sestra klienta polohuje, aby zabránila vzniku dekubitů. Operovaná končetina je v mírném ohybu a operované koleno je podloženo molitanovým válečkem. Sestra monitoruje hybnost prstů na operované končetině a prokrvení končetiny. Je důležité, pokud byla operace provedena ve svodné anestézii, nemocnému říci, že zpočátku po operaci nebude cítit tělo od pasu dolů, ale že cítí se během dne obnoví. Úkolem sestry je proto pravidelně kontrolovat citlivost prstů nemocného na dolních končetinách. Po odeznění anestézie je dobré začít postupně procvičovat svalstvo dolních končetin a provádět dechová cvičení. V některých nemocnicích pacienti ve spolupráci s fyzioterapeutem začínají pasivně cvičit na

motodlaze, blíže bude popsáno v následující kapitole 1.3.2 Péče o nemocného na standardním oddělení. Sestra také musí kontrolovat operační ránu. Sleduje prosakování obvazu a okolí rány, funkci redonovy drenáže, obsah a množství odpadu ve sběrných nádobách (14, 33, 37).

Pacient může po operaci pociťovat nauzeu nebo může i zvracet. Úkolem sestry je zajistit nemocnému emitní misku, nepodávat nic per os, sledovat intenzitu nevolností a popřípadě vyhledat lékaře. Velmi důležitý je dostatečný pitný režim, který je zprvu zajištěn parenterálně infúzemi a po odeznění anestézie může klient začít popíjet čaj. Dostatečnou hydrataci nemocného sestra hodnotí dle diurézy a vzhledu klienta. Nutná je postupná realimentace. Pacient dostává v den operace pouze čaj, a pokud nemocnému není první den po operaci špatně, může již dostat normální stravu. Při nevolnosti první pooperační den má nemocný tekutiny a další den přechází na dietu, kterou měl před výkonem (12, 37).

Dále sestra pečuje o vyprazdňování klienta. Aby bylo možné monitorovat výdej tekutin během operace i po operaci, zavádí se nemocnému před výkonem permanentní katétr. Úlohou sestry je sledovat průchodnost katétru, barvu, příměsi, zápach moče a denní, popřípadě hodinovou diurézu. Po operaci sestra také monitoruje u pacienta odchod plynů a vyprázdnění stolice. Peristaltika by měla být obnovena do 48-72 hodin po operaci. Důležitá je i hygiena, která je nemocnému na jednotce intenzivní péče zajištěna na lůžku za pomoci sestry. Jako prevence dekubitů je nutná péče o kůži pomocí ochranných krémů, důsledná hygiena nemocného, ale také polohování klienta a včasná aktivizace, hydratace a výživa klienta (12, 37).

Nemocný je po operaci unavený a vysílený. Je důležité, aby dostatečně odpočíval a získal tak sílu ke cvičení a pohybu. Nemocnému ve spánku často překáží bolest kolene. Úkolem sestry je pečovat o jeho bolest. Intenzitu bolesti lze snižovat ledováním operační rány nebo aplikací analgetik. Pokud má klient zavedený epidurální katétr, aplikuje sestra analgetika dle ordinace lékaře prostřednictvím dávkovače přímo do katétru. Pro pacienta je tato metoda tlumení bolestí velmi přínosná, protože bolest je snižována kontinuálně. Pokud klient nemá zavedený epidurální katétr, dostává analgetika obvykle do svalů. Zprvu sestra nemocnému aplikuje silnější léky v podobě

Dolsinu dle ordinace lékaře, později se přechází na analgetika neopiátového typu. Pokud má pacient naordinován k prevenci tromboembolické nemoci nízkomolekulární Heparin nebo Warfarin, sestra nesmí aplikovat analgetika do svalu, neboť je zde riziko vzniku mikrokrvácení. Zvolí proto aplikaci léků pod kůži nebo intravenózně. Na některých odděleních také nemocní nosí k prevenci tromboembolické nemoci ode dne operace elastické punčochy nebo bandáže dolních končetin, které nosí každý den až do první kontroly u lékaře po propuštění. Na kvalitu spánku má dále také vliv správná poloha končetiny a klidné okolní prostředí. Pacienti dobře snáší podložení končetiny pod kolenem molitanovým válečkem. Nebo sestra může nemocnému upravit lůžko před ulehnutím a vyvětrat mu pokoj (12, 32, 37).

1.3.2 Péče o nemocného na standardním oddělení

Pokud je klientův stav stabilizovaný, je první den po operaci převezen na standardní ortopedické oddělení. Starší pacienti zůstávají na jednotce intenzivní péče déle. Sestra si přebere veškeré informace o stavu klienta a uloží ho na jeho pokoj (37).

První pooperační den nemocný zůstává nadále v lůžku. Má u sebe signalizační zařízení pro případné zavolání sestry. Snahou sestry je klienta co nejdříve aktivizovat. Ve spolupráci s fyzioterapeutem se pokračuje v polohování končetiny. V pravidelných intervalech pacient střídá natažení a pokrčení operované končetiny. Dále se klient učí nácvik sedu s končetinami z lůžka. Je nutné také počítat s určitou slabostí operované končetiny a únavou klienta zejména v prvních dnech. Úkolem sestry je pečovat o operační ránu. Dle množství odpadu ve sběrných nádobách redonovy drenáži lékař určí jejich odstranění. Zpravidla to bývá okolo 2. - 3. dne po operaci. Lékař ve spolupráci se sestrou ránu převazuje za sterilních podmínek jednou denně a při prosakování krytí i častěji. Stehy jsou nemocnému odstraněny 10. den po výkonu a rána je pak kryta pouze tekutým obvazem. První pooperační den nemocný dostává dietu, kterou měl před operací. Jedná se například o dietu racionální, diabetickou nebo s omezením tuku. Sestra musí klienta pobízet k příjmu tekutin a sledovat jeho hydrataci. Je důležité, aby nemocný denně vypil okolo 2 – 3 litrů. V případě nedostatečné hydratace jsou tekutiny hrazeny infúzemi. Hydratace klienta je jednou z důležitých součástí prevence tromboembolické nemoci (10, 26, 33).

Jakmile pacient začne chodit, sestra odstraní permanentní katétr a sleduje první spontánní vymočení, které by nemělo přesáhnout 8 hodin. Sestra monitoruje u nemocného odchod plynů a vyprázdnění stolice do 3 dnů. Pokud k vyprázdnění nedojde, je nutné informovat lékaře, který navrhne medikamentózní léčbu. Dle stavu nemocného sestra zhodnotí způsob vyprázdnění, zpočátku se vyprazdňuje na podložní mísu nebo na pojízdný klozet. Později si klient dojde na WC sám. První den po operaci provádí klient hygienu na lůžku za spolupráce sestry. Postupně si chodí k umyvadlu. Asi dva dny po vyjmutí stehů je možno jizvu sprchovat. Sestra by měla pamatovat na riziko pádu v koupelně a nemocného upozornit. Je také nutné klienta informovat, aby udržoval ránu v čistotě (26, 30).

Sestra nemocnému pomáhá zajistit během pobytu na oddělení kvalitní spánek i odpočinek. Aktivitou sestry je odstranění rušivých elementů, upravení lůžka a vyvětrání pokoje. Pro pacienta je v pooperačním období asi nejdůležitější péče o bolest. Pokračuje se s ledováním v oblasti operační rány. Pokud má klient stále zavedený epidurální katétr, dostává analgetika kontinuálně. Sestra ve spolupráci s lékařem dávky postupně snižuje. Druhý den po operaci je katétr odstraněn a nemocný dostává analgetika do svalu nebo v tabletách. U pacientů, kteří nemají zavedený epidurální katétr, sestra podává Dolsin v injekční formě. Pokud nemocný dostává antikoagulační léky, sestra aplikuje analgetika pouze subkutánně nebo intravenózně, jak bylo zmíněno v předchozí podkapitole. Postupně přechází na slabší analgetika dle zvyklostí oddělení, jako například Tramal, Korylan a nakonec na tabletky Ibalginu a Indometacinu, které se podávají i jako prevence zánětu. Každý člověk vnímá bolest jinak intenzivně, proto sestra aplikuje léky dle zhodnocení bolesti klientem a následně dle ordinace lékaře. Později nemocný už sám většinou pozná, kdy si vzít lék, ale sestra musí kontrolovat dávky a rozmezí podání analgetik. Většinou se podává lék ráno, před rehabilitací a před spaním, aby klient mohl spát a nabrat síly na další den (12, 37).

Během druhého dne se nemocný učí nácvik stoje a správného postupu při vstávání a ulehávání na lůžko. Postupně se nemocný učí chodit o berlích. Je důležité mu vysvětlit, za spolupráce fyzioterapeuta, postup při schůzi a případně názorně ukázat. Nemocní zde dělají často chyby. Zpočátku je nezbytné, aby klient plně odlehčoval

operovanou končetinu a nešlapal na ni. Nejprve se učí chodit jen po pokoji a po zvládnutí, může začít chodit i na chodbu oddělení, ale jen však za doprovodu sestry. Přibližně okolo pátého dne po operaci je klient schopen samostatné chůze o berlích. Mimo nácviku chůze, nemocný provádí kondiční cviky, aktivní a pasivní cvičení kolenního kloubu v lůžku. Tyto cviky by měl každý klient opakovat několikrát denně dle jeho stavu a potom i po propuštění v domácím prostředí. Po odstranění drénů, někdy i dříve s drény, pacient pasivně cvičí na motorové dlaze, pro zlepšení rozsahu pohybu v kloubu (Příloha 7). Principem tohoto přístroje je pasivní provádění pomalých pohybů v kolenním kloubu, aniž by se musel klient sám namáhat. To umožňuje nemocnému, soustředit se na uvolnění svalů v oblasti kolene. Motodlaha je nastavitelná na různý stupeň rozsahu pohybu v kolenním kloubu tak, aby cvičení pro nemocného nebylo bolestivé. Stupeň rozsahu pohybu v kloubu se postupně zvětšuje. Cílem rehabilitační léčby po operaci náhrady kolenního kloubu je flexe (pokrčení) do 90 stupňů a pokud možno ještě více, posílení čtyřhlavého svalu stehenního, aby bylo možno koleno úplně narovnat a nácvik správného stereotypu chůze. Okolo 8. - 10. dne se pacient učí nácvik chůze po schodech s odlehčením operované končetiny. Nemocný musí také neustále nosit elastické punčochy. Nadále hrozí riziko tromboembolické nemoci. Jako další prevence kromě nošení elastických punčoch je aplikace nízkomolekulárního Heparinu v podobě fraxiparinových injekcí nebo užívání Warfarinu a dostatečný příjem tekutin per os, jak bylo zmíněno výše (10, 24, 33).

1.3.3 Péče o nemocné v domácím prostředí

Okolo 11. dne po operaci pacient opouští lůžkového oddělení do domácího léčení. Domů je propuštěn jen ten nemocný, který umí správně sedět na židli, správně stát, umí chodit o berlích bez pomoci, dokáže sejít i vyjít pár schodů a má zahojenou operační ránu. Doporučuje se, aby klient nebyl doma sám. Důležitá je spolupráce s rodinou a úprava prostředí bytu. Je vhodné v bytě odstranit předměty, které by mohly zapříčinit pád, jako jsou například volné a nepřipevněné malé koberečky nebo kabely a vybavit si koupelnu madly, sedátkem do vany nebo protiskluzovou podložku. Dobré je, si již před operací umístit potřebné předměty v bytě do optimální výšky k dosahu. Nemocní, kteří nemají příbuzné, kteří by o ně pečovali, jsou přeloženi na oddělení

následné rehabilitační péče, kde pokračují v rehabilitaci. Kromě této možnosti může být klientům také zajištěna domácí ošetrovatelská péče, která bude o klienta pečovat v jeho domácím prostředí. Pacienti po operaci totální náhrady kolene mají možnost ambulantního rehabilitačního cvičení nebo rehabilitaci v lázních poblíž bydliště na dobu dvou měsíců. Sestra by tuto možnost měla nemocnému připomenout. Je také důležité, aby sestra klientovi předala veškeré informace o následujícím režimu před propuštěním do domácího ošetření. Nemocný musí vědět, že má nadále pravidelně cvičit a dodržovat zásady pohybového režimu. Dbát na prevenci infekce a tromboembolické nemoci a musí vědět, co dělat v případě výskytu komplikace a kdy má přijít na kontrolu k lékaři. Tyto informace budou blíže popsány v podkapitole 1.4.3 Předávání informací nemocnému o režimových opatřeních před propuštěním (26, 28, 33).

1.4 Problematika informovanosti nemocného

Potřeba informovanosti je v dnešním ošetrovatelství chápána jako velice nezbytná a smysluplná. Informace představují nějakou zprávu, fakta, sdělení nebo indikaci, které jsou pro nemocného velice důležité, i když si to nemusí pokaždé uvědomovat. Jednou z poslání zdravotních sester, je uspokojení této potřeby pacienta (15).

1.4.1 Role sestry v předávání informací nemocnému

Role sestry má v poskytování ošetrovatelské péče nezastupitelnou funkci. Sestra zajišťuje podporu a uchování zdraví pacienta, předcházení nemocem, plánuje a vykonává péči v průběhu nemoci, rehabilitace i rekonvalescence. Umožňuje nemocnému se aktivně zapojit do zdravotní péče, a tím také vytváří vzájemnou sebedůvěru a soběstačnost klienta. Sestra ve své profesi nezastává pouze jednu roli, vždy působí ve více rolích. Vychází z potřeb nemocného, z jeho emočních a slovních projevů, má schopnost zajistit nemocnému pocit jistoty. Jednou z důležitých rolí sestry je zajištění nemocnému znalosti a dovednosti v oblasti podpory a udržení zdraví (5, 18).

Každý člověk má potřebu být informován. Také pacienti mají zájem o skutečnosti, týkající se jejich zdravotního stavu. Vyžadují informace o jejich nemoci, o charakteru a výsledcích vyšetření, o výkonech, které musí podstoupit, o způsobech

léčby a délky pobytu v nemocnici. Tyto informace jim musí poskytnout zdravotnický tým daného oddělení. Jak říká zákon O péči o zdraví lidu: „Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání informuje pacienta o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích a rizicích (35)“. Z toho vyplývá, že úkolem sestry je nemocného informovat o každém výkonu, činnosti a doporučení, které souvisí s ošetrovatelskou péčí a také o rizicích, které mohou být důsledkem nedostatečné informovanosti klienta. Poučení, by mělo být srozumitelné, řádné, pravdivé a úplné. Pacient, kterému se nedostávají informace a odpovědi na jeho otázky, a který neví, co bude dál s jeho zdravotním stavem, může být nejistý, úzkostlivý a může ztratit důvěru ke zdravotníkům. K předání informací je zapotřebí komunikace, která bude popsána v následující kapitole 1.4.2 Komunikace mezi sestrou a nemocným (15, 35).

1.4.2 Komunikace mezi sestrou a nemocným

Komunikace zahrnuje výměnu informací, kdy dochází k vzájemné interakci mezi sestrou a nemocným. Je to proces přijímání a odevzdávání zpráv. „Tím, že se mezi dvěma nebo více lidmi uskutečňuje vzájemná výměna informací, stávají se tyto informace pro všechny zúčastněné společnými (15, s. 12)“. Komunikace je také dovednost, která se dá zdokonalovat, ale musí se chtít. „Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (34, s. 11)“. To vede k vzájemnému porozumění mezi sestrou a nemocným (15, 34).

V ošetrovatelské praxi rozdělujeme komunikaci na sociální, strukturovanou a terapeutickou komunikaci. Komunikace sociální se odehrává při běžných setkáních sestry s nemocným, například při úpravě lůžka. Jde o běžný, neplánovaný rozhovor s nemocným. Strukturovaná komunikace zahrnuje informace, které jsou naplánované a mají stanovený cíl. Součástí je například edukační rozhovor s nemocným před propuštěním, blíže bude popsáno v kapitole 1.5 Role sestry v edukaci nemocného před propuštěním a na druhé straně je tu komunikace terapeutická, která zahrnuje podporu, motivaci i pomoc nemocnému například při překonání strachu (31, 34).

Dále můžeme rozdělit komunikaci na neverbální a verbální. Neverbální komunikace je nejčastěji definována jako komunikace prostřednictvím řeči těla.

Zahrnuje informace, které vysíláme beze slov. Jde o vyjádření nálady, postoje, emocí nebo prožitků. V ošetrovatelské péči jsou neverbální projevy důležité. Sestra používá neverbální prostředky při navázání důvěry s pacientem nebo při doplnění verbální komunikace. Nesmí zapomenout, že verbální a neverbální komunikace by měla být v souladu. Úkolem sestry je vyznat se v řeči těla nemocného a umět jejím projevům naslouchat. K neverbální komunikaci patří proxemika, což je komunikace prostřednictvím vzdálenosti těla. Vzdálenost mezi komunikujícími se rozděluje do čtyř zón. Intimní zónu, která je v rozmezí 10 - 30 cm. Jde o intimní vzdálenost mezi mužem a ženou nebo mezi matkou a dítětem. Sestra často vstupuje do této intimní zóny nemocného, měla by proto klienta upozornit a informovat ho o délce trvání vstupu do intimní zóny. Další je osobní zóna, která se udává v rozmezí 30 - 120 cm a je dodržována sestrou během rozhovoru. Zóna sociální a veřejná se uplatňuje například při rozhovoru sestry s více lidmi. Dále sem patří také mimika, komunikace prostřednictvím tváře, která by měla být v souladu s verbálním projevem sestry. Jiným neverbálním projevem je gestika, neboli komunikace pohybů ruky a haptika, komunikace prostřednictvím dotyku, která může u sestry vyjadřovat schopnost empatie nebo pochopení. Dovedností sestry je umět vhodně pohladit a povzbudit pacienta dotekem. Ale protože každý pacient vnímá tělesný kontakt jinak, některým nemocným dotyk není příjemný, sestra by měla zvládnout haptiku vhodně používat. Patří sem i posturika, což je komunikace prostřednictvím pohybů těla a kinetika, to je komunikace na základě polohy těla. Tento způsob neverbálního projevu sestra využívá při rozhovoru, kdy by měla komunikovat s nemocným v přímém očním kontaktu. Sestra by neměla stát při rozhovoru například nad ležícím pacientem. Měla by si k němu sednout, aby rozhovor byl pro nemocného příjemnější (15, 34).

Verbální komunikace představuje výměnu informací a zpráv mezi sestrou a pacientem pomocí slov. „Slova mají významnou informační hodnotu, prostřednictvím jich sestra hovoří, vysvětluje, získává, přesvědčuje, motivuje a povzbuzuje. Informuje pacienta o potřebnosti a účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví (15, s. 50)“. Součástí verbální komunikace v ošetrovatelské praxi je rozhovor. Jde o záměrný, plánovaný a řízený dialog mezi sestrou a pacientem. Existují různé

druhy rozhovorů, například rozhovor terapeutický, informační, motivační, ventilační a edukační. Každý z nich má 4 fáze. Úvodní fázi, která slouží k navázání kontaktu s nemocným. Druhou fází je uvedení do problematiky. V další fázi dojde k ujasnění problému, tato fáze představuje podstatu celého rozhovoru a poslední fází je ukončení rozhovoru, kdy sestra nemocnému shrne předané informace. Aby byla komunikace efektivní, musí sestra umět uplatňovat zásady produktivní komunikace během rozhovoru. Nejprve by si měla ujasnit informace, které chce nemocnému sdělit. Nutné je, aby si sestra udělala čas na klienta a zajistila vhodnou, klidnou a tichou místnost. Na začátku rozhovoru se představí a přivítá se s pacientem. Během rozhovoru by měla nechat čas klientovi, aby se mohl vyjádřit a aktivně, pozorně přitom naslouchat. Při rozhovoru nesmí nemocnému „skákat do řeči“. Úkolem sestry je umět použít specifické komunikační dovednosti a zručnosti, mezi které patří: naslouchání, přitakání, respekt, reflexe, empatie, mlčení, ticho, zájem, podpora a porozumění. Součástí naslouchání je nejen pasivní poslouchání nemocného, ale vyžaduje i aktivitu sestry. Sestra může reagovat přitakáním či přikývnutím, dotazováním, dotekem nebo jakýmkoli projevem zájmu. Může využít reflexe, kterou doplní svým názorem nebo použije parafrázování, kdy přeformuluje myšlenku pacienta, a tímto vyjádří porozumění nebo empatii. Je důležité se během rozhovoru vyhnout odborné terminologii a slangovým výrazům. Klient pak nerozumí a na základě špatné instrukce provádí činnosti nesprávně. Sestra během komunikace s nemocným využívá schopnosti empatie a psychické podpory, verbální projev vhodně doplňuje projevem neverbálním, jak bylo zmíněno výše. Na základě ubezpečení se, zda klient výkladu rozuměl, sestra použije zpětnou vazbu. Mezi techniky zpětné vazby patří parafrázování, které zahrnuje zopakování vysloveného jinými slovy. Dále sestra může použít kontrolní otázky nebo zopakuje důležité body. Proces komunikace by neměl být moc dlouhý, ani moc krátký. Sestra by na nemocném měla poznat, pokud je unavený. Pak rozhovor ukončí a naplánuje další setkání. Před ukončením komunikace je dobré si shrnout důležité informace a nechat místo nemocnému na případné dotazy. Po ukončení rozhovoru se sestra rozloučí a popřeje nemocnému například pěkný den (15, 17, 31, 34).

1.4.3 Překážky v komunikaci mezi sestrou a nemocným

V rámci interaktivní komunikace mezi sestrou a pacientem mohou vzniknout překážky v rozhovoru. Bariéry, které brání produktivní komunikaci obou zúčastněných stran, nazýváme všeobecnými překážkami. Aby byla komunikace efektivní, je třeba minimalizovat bariéry ze strany sestry. Jde o překážky praktické, kdy sestra hovoří velice tichým hlasem a klient ji neslyší nebo si navzájem nerozumí přes rušivé vlivy z okolního prostředí. Další překážky jsou jazykové, například rychlý, nesrozumitelný projev sestry. Problém může nastat v odlišném pochopení výkladu, kdy sestra a pacient odlišně chápou komunikační obsah. Častou překážkou jsou emoce, které překrývají soustředěnost sestry a mezi intelektové bariéry, patří komplikované a odborné vyjadřování sestry. Další skupinou jsou specifické překážky ze strany sestry, kam patří časový deficit, používání odborných názvů, neochota sestry vyslechnout nemocného, nadměrné ubezpečování klienta o uzdravení, vnucování vlastního názoru, zatěžování pacienta vlastními problémy nebo nadměrné množství předaných informací (15).

Bariéry v komunikaci vznikají i ze strany nemocného. Většina pacientů chce komunikovat a chce se dozvědět informace o další péči, ale může nastat situace, kdy to neumí dát prostřednictvím slov najevo. Taková situace může nastat u cizinců, kteří hovoří jiným jazykem nebo u lidí s nízkou schopností komunikovat. Druhým důvodem může být, pokud pacient nechce komunikovat. Mohou ho trápit záporné emoce jako je strach, úzkost, deprese nebo bolest. Může být unavený, trpět hospitalismem, negativismem nebo nevěřit sestře. Třetí možností je, že pacient nemůže komunikovat. Tato situace nastává při afázii na základě cévní mozkové poruchy, po operacích v oblasti krku, u neslyšících a u pacientů s demencí nebo při poruchách vědomí. Aby byla komunikace kvalitní, je třeba tyto překážky minimalizovat, nejlépe je úplně odstranit (15).

1.4.4 Předávání informací nemocnému o režimových opatřeních před propuštěním

Problematika informovanosti zahrnuje rozdíl v množství předaných informací. Lidské vnímání má omezenou kapacitu v přijímání informací, proto pacient není schopen zpracovat velké množství zpráv. Opačným problémem může být malé množství informací nebo žádné informace. V takovém případě je pacient nespokojený

a neinformovaný. Ideální je, když sestra nemocnému předává přiměřené množství informací (15).

Pokud má pacient odstraněny stehy, zahojenou ránu a umí sám chodit o berlích, je propuštěn do domácího prostředí. Úkolem sestry je poskytnout nemocnému před propuštěním dostatek srozumitelných informací a předejít tak vzniku nežádoucích komplikací v pooperačním období. Většina klientů odchází po propuštění do domácího léčení a poměrně malá část nemocných je přeložena na různá oddělení následné rehabilitační péče, kde pokračují ve cvičení. Sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem nemocného informuje o pohybovém režimu, který klient musí dodržovat a na který nesmí zapomenout. K těmto zásadám patří, že nemocný musí spát na pevném a rovném lůžku. Nesmí vytáčet operovanou končetinu v leže a v sedě ven ani dovnitř. Musí několikrát denně cvičit, kdy počet cviků by měl navyšovat postupně a nepřetěžovat se. Měl by cvičit pravidelně, nejlépe 2 - 3x denně. Je doporučováno, aby nemocný strávil většinu dne mimo lůžko. Je dobré začít se pomalu procházet venku, chodit nakupovat, navštěvovat rodinu a přátele. Nemocný by se měl vyvarovat fyzicky náročným aktivitám, nesmí zvedat nic těžkého. Musí nadále chodit o francouzských holích, postupně zatěžovat operovanou končetinu dle pokynů lékaře. Nesmí dlouho stát, například ve frontě nebo doma u vaření. Obuv by měl mít pevnou, pružnou a s elastickou podrážkou. Klient také nesmí zapomenout sledovat svou hmotnost, protože nadměrná váha vede k opotřebením implantátu (28, 33).

Sestra nemocným může doporučit lehké rekreační sportování za šest měsíců od operace. Mezi vhodné aktivity patří procházky v přírodě, plavání, ale ne plavecký styl zvaný prsa, cvičení ve vodě, řízení automobilu, golf a lehká jízda na kole. Tyto aktivity mají pozitivní vliv na endoprotézu ve smyslu, že posilují svaly končetiny a udržují pacienta v dobré fyzické kondici. Nelze však doporučit aktivity s nefyziologickým zatížením končetiny, jako jsou sporty spojené se skoky, dřepy a kleky. Dále se nedoporučuje intenzivní aerobik, sjezdové lyžování a aktivity spojené s tělesným kontaktem spoluhráčů jako je fotbal, házená, volejbal. Tyto sporty však nejsou zakázané, mnoho lidí s náhradou kolene tyto sporty bez problémů provozuje (33).

Úkolem sestry je nemocnému připomenout nutnost prevence tromboembolické nemoci, která spočívá v nošení elastických punčoch a užívání antikoagulačních léků jako je Warfarin. V souvislosti s užíváním Warfarinu je nutné hlídat si přísun zeleniny, která obsahuje větší množství vitamínu K. Je to například listová zelenina a košťálová zelenina, jako je špenát, hlávkový salát, brokolice, květák, ale vitamín K je obsažen i v ovoci, zejména v avokádu, meruňkách a v kiwi. Sestra klienta upozorní, že není nutné tuto zeleninu vyloučit z jídelníčku, ale jen ji nekonzumovat v nadměrném množství. Mohlo by to ovlivnit antikoagulační účinek Warfarinu. Dále je důležité nemocného informovat o nutnosti docházení na krevní odběry ke kontrole srážlivosti krve dle Quicka. Nemocný se domluví s praktickým lékařem, kam bude docházet na krevní odběry. Na základě výsledků potom lékař zhodnotí účinek antikoagulačních léků a popřípadě upraví dávkování. Důležitý v prevenci tromboembolické nemoci je dostatečný pitný režim. Zejména u starších pacientů je nutné tekutiny aktivně nabízet (11,33).

Klient také nesmí opomenout na prevenci infekce. Nejčastěji se může totální náhrada infikovat z probíhající infekce v organismu nemocného. Například z infekce močového měchýře, dýchacího ústrojí, z infekce v krku. Je nutné infekci v organismu začít co nejrychleji léčit, než dojde k přenosu na implantát. Sestra nemocného informuje, že v případě výskytu jakékoli infekce musí vyhledat ortopedického lékaře, nejlépe lékaře, který mu operaci provedl nebo svého praktického lékaře. Dále připomene pacientovi příznaky infekce jako je zvýšená teplota, nevolnost, únava nebo zarudnutí rány. Také se doporučuje užívat po konzultaci s lékařem antibiotika před každým invazivním zákrokem, jako je zubní výkon, endoskopie, odstranění znamínka a jiné. Úkolem nemocného je upozornit každého ošetřujícího lékaře o endoprotéze v kolenním kloubu a také o užívání Warfarinu (30, 33).

Sestra by měla nemocnému v oblasti hygieny doporučit sprchování. Upozorní ho, že nejlepší je sprchový kout s protiskluzovou podložkou a madlem. Koupel ve vaně je méně vhodná. Je důležité, aby byla rána zahojená a suchá. Nejméně měsíc po propuštění se doporučuje koupel ve vaně nebo v bazéně. Klasická vana by měla být vybavena sedátkem do vany nebo na vanu, madlem a protiskluzovou podložkou. Pokud

klient nemá sedátko do vany, neměl by si sedat na dno vany ani si klekat, mohlo by dojít k selhání endoprotézy ve smyslu jejího uvolnění. Je lepší zůstat stát ve vaně a sprchovat se jako ve sprchovém koutě. Na sedátko ve vaně si nemocný musí sedat stejným způsobem jako na lůžko, nejdříve tedy zdravou nohou a potom nohou operovanou. Pacient si musí dávat pozor na kluzkou podlahu v koupelně. Mokrý podlaha, ale i volné koberečky a kabely po pokoji jsou nejčastější příčinou pádů a opakované hospitalizace (25, 33).

Dále sestra nemocnému po operaci totální náhrady kolene připomene možnost ambulantního rehabilitačního cvičení nebo rehabilitačního pobytu v lázních. Ve spolupráci s lékařem sestra pacienta informuje o vhodné době návratu do zaměstnání. Obvykle se klienti vrací do pracovního procesu půl roku po operaci. Pokud má nemocný práci fyzicky nenáročnou, může nastoupit do zaměstnání dříve. Nemocný nesmí zapomenout na pravidelné kontroly u svého ortopeda. Je třeba, aby klient přišel na kontrolu přibližně 2 týdny po propuštění a poté 3 měsíce po operaci. Dále mu sestra doporučí absolvovat pravidelné kontroly v pravidelných intervalech jedenkrát ročně. Nakonec ještě zdůrazní, že pokud bude klient užívat Warfarin, musí docházet na krevní odběry a kontroly srážlivosti krve dle Quicka (11, 28, 33).

1.5 Role sestry v edukaci nemocného před propuštěním

Moderní ošetřovatelství klade stále větší důraz na zapojení nemocného do procesu co nejrychlejší aktivizace. Součástí edukace je edukativní rozhovor, při kterém nejde jen o předání informací nemocnému, ale především o naučení postupů, kdy sestra názorně ukáže nemocnému to, co ho chce naučit. Musí při tom pamatovat na motivaci a podporu nemocného, měla by být trpělivá a dbát na opakování činností (34).

1.5.1 Edukace v ošetřovatelství

Pojem edukace zahrnuje proces výchovy, vzdělávání, učení, předávání informací nemocnému. Edukace úzce souvisí s pojmem výchova ke zdraví, která je součástí ošetřovatelské činnosti sester. V procesu edukace se můžeme setkat s pojmem edukant, a edukátor. Edukant je člověk, který se učí, je edukován. Může to být žák, student, účastník nebo pacient. Edukátor je ten, kdo edukuje, vysvětluje, informuje, učí nebo

radí. Je aktérem edukačního procesu, například učitel ve škole, trenér, instruktor, sestra či lékař poučující pacienta o léčbě. Součástí edukace je používání edukačních materiálů, které doplňují edukátora. Jde o písemné a obrázkové brožury, které pomáhají nemocnému pochopit a naučit se postupy, které urychlí rekonvalescenci po operaci totální náhrady kolenního kloubu. Jsou to například cviky, chůze o francouzských holích, masáž jizvy nebo oblékání elastických punčoch. Tyto brožury také umožňují nemocnému si zopakovat a utřídit informace o režimových opatřeních, které mu sestra předala při rozhovoru. Nutné pro edukaci jsou edukační faktory. Jde o knihy, plány, normy, standardy nebo filmy, které rozvíjí a ovlivňují proces edukace. Může jít například o promítání filmu nebo názornou ukázkou, jak pečovat po operaci o jizvu. Také je důležité místo, kde probírá edukace. Nazývá se edukační prostředí. Optimální je menší místnost, dobře osvětlená, tichá s přiměřenou teplotou (22, 36).

V nemocnici se na edukačním procesu podílí celý zdravotnický tým, tj. sestra, lékař, fyzioterapeut. Edukace v ošetrovatelství je určitou formou předávání informací mezi sestrou a pacientem. Zahrnuje informace, které pacient získá během pobytu ve zdravotnickém zařízení, ale také informace, které dostane před popuštěním do domácího prostředí. Součástí edukace je i učení se různým postupům, které jsou součástí kvalitní léčby. Jde například o postup při chůzi o francouzských holích, o postup při vsávání a ulehání na lůžko a jiné, více bude popsáno v podkapitole 1.5.3 Edukace nemocného po totální náhradě kolenního kloubu před propuštěním. Cílem edukace je podat nemocnému taková fakta, která budou pro něho prospěšná a užitečná. Důležité je podat klientovi informace v takové formě, aby jim rozuměl. Zdravotníci občas zapomenou, že klienti jsou laici, a že jejich odborným výrazům nerozumí. Informace jsou pak pro ně nesrozumitelné a ztrácí význam. Těmto chybám sestra zamezí použitím zpětné vazby. Ověří si tak, zda nemocný předaným informacím rozuměl (20, 36).

1.5.2 Role sestry edukátorky

Edukační činnost sestry je nepostradatelnou součástí ošetrovatelství. Pacient je aktivním článkem edukačního, a zároveň i ošetrovatelského procesu. Cílem edukace je motivace pacientů, která je podmíněna znalostmi a zkušenostmi, působením okolí a vůlí

něčeho dosáhnout. Edukace nepředstavuje jen poučení o tom, co by měl a neměl pacient dělat, ale jde i o psychologickou a pedagogickou pomoc. Sestra by měla být vnímavá, vzdělaná, empatická, ochotná a trpělivá, aby byla schopná nemocnému pomoci. Musí umět klienta podpořit a povzbudit. Sestra by si měla před edukací stanovit cíle, kterých chce dosáhnout, a které vycházejí z potřeb klienta. Měla by si zajistit vhodné, klidné prostředí k edukaci v tichém, teplém a příjemném pokoji určeném k edukaci. Před edukací sestra odstraní rušivé elementy, jako je zvonění telefonu, přítomnost jiných osob, hluk z ulice. Kromě ústního podání informací je vhodné si zajistit podkladové materiály, brožury, obrázky, video, které nutně doplňují sdělení a důležité je, si vymezit dostatečný čas na pacienta. Úkolem sestry během edukace je udržovat kontakt s nemocným, komunikovat jasně, stručně, pomalu a srozumitelně. Ujasnit si, co chce říci. Nechat klientovi možnost přemýšlet, reagovat, procvičit si naučené postupy a ptát se. Výsledkem je účinná edukace a spokojenost na straně pacienta, ale i na straně sestry (20, 27, 36).

1.5.3 Edukce nemocného po totální náhradě kolenního kloubu před propuštěním

Jak už bylo zmíněno v kapitole edukace v ošetrovatelství, cílem sestry je nemocného nejen informovat o režimových opatřeních, naučit ho postupy, které jsou důležité, ale i zkontrolovat si, zda pacient informacím rozumí a postupy umí. Než je pacient propuštěn do domácího ošetření musí si umět navléci elastické punčochy. Činností sestry je nemocnému vysvětlit, názorně ukázat a naučit správný postup oblékání punčoch. Je vhodné si punčochy navlékat na lůžku. Nejprve si nemocný navleče punčochu na zdravou končetinu a potom na končetinu nemocnou. Pokud to nemocnému nejde, může mu zprvu pomoci sestra nebo může použít speciální podavač punčoch. Je nutné klientovi připomenout, že punčochy musí nosit i po propuštění (33).

Součástí edukace může být i péče o ránu. Po dokonalém zahojení operační rány, zpravidla dva dny po odstranění stehů, lze ránu lehce osprchovat a promazat krémem. Po sprchování je důležité poučit pacienta, aby si ránu a její okolí dokonale osušil. Vhodné je klientovi také doporučit indiferentní krémy, jako je například zinková mast, které nezpůsobují mokvání rány. Sestra nemocného naučí ve spolupráci s fyzioterapeutem masáž jizvy a tlakovou masáž. Před edukací je nutné zajistit intimitu

nemocného. Sestra ukáže klientovi postup, jak ránu masírovat a doporučí mu opakovat masáže jednou denně. Masáží se zmírní nepříjemné pocity tahu a napětí v okolí jizvy, které nemocní často vnímají. Úkolem sestry je připomenout nemocnému, ať nejméně měsíc nevystavuje jizvu přímému slunci a koupeli ve vaně nebo v bazéně. Hrozí vznik infekce a mokvání jizvy (30, 33).

Sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem nemocného edukuje o správném ulehání na lůžko a vstávání z lůžka. Tento postup se nemocný učí již po operaci a před propuštěním sestra jen zkontroluje, jak tyto činnosti klient ovládá. Před edukací si sestra shromáždí informace, pomůcky nebo obrázky, udělá si čas na nemocného a zajistí vhodnou místnost. Je dobré před edukací klientovi vysvětlit, co ho bude sestra učit a postup mu názorně ukázat. Sestra se postaví šikmo k lůžku a pacient ji napodobuje. Opře se o lůžko, operovaná končetina je blíže k lůžku, ruce položí co nejdál za sebe a pomalu se posadí šikmo na lůžko. Pokud to nemocnému nejde, sestra mu pomůže. Potom se pacient posunuje po matraci dozadu, až se dotkne pod kolenem okraje lůžka. Zdravou končetinu zvedne na lůžko a pak velmi pomalu přesouvá i operovanou končetinu. Zpočátku nemocný operovanou končetinu sám na lůžko nezvedne, sestra mu tedy může pomoci. Při vstávání z lůžka je postup opačný. Sestra nemocnému postup názorně předvede a klient pak postup opakuje. Nejprve se pacient posune na okraj lůžka, opře se rukama a spustí zdravou končetinu na zem. V zápětí pomalu posunuje operovanou končetinu na zem. Při ruce má pacient berle, které mu pomohou postavit se. Je důležité postup několikrát opakovat, aby se pacient vstávání a ulehání na lůžko dokonale naučil. Tento postup nemocný musí používat při každém vstávání a ulehávání na lůžko, ale také při usedání na sedátko do vany (28, 33).

Dále sestra nemocného učí ve spolupráci s fyzioterapeutem, správně chodit o berlích. Chůzi je nejlépe nacvičovat na chodbě, kde je více místa. Sestra si zajistí berle, stoupne si vedle pacienta a společně nejprve předsunou před sebe obě berle, opřou na se na nich a vykročí operovanou končetinou, kterou nesmí zatěžovat. Potom přisunou zdravou končetinu, na kterou přenesou váhu. Postup dále pacient opakuje sám a sestra ho kontroluje. Tato edukace je také v kompetenci fyzioterapeuta, který

navštěvuje nemocného dvakrát denně a učí ho různé postupy a cviky, které jsou důležité pro správnou funkci endoprotézy (28, 33).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit informovanost klientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení po totální náhradě kolenního kloubu o poskytované následující péči před propuštěním do domácího prostředí.
2. Identifikovat negativní faktory, které klienti vnímají při předávání informací.
3. Zmapovat, jakým způsobem a kdo klienty edukuje o péči o operovanou končetinu před propuštěním.

2.2 Výzkumné otázky

1. Mají klienti po totální náhradě kolenního kloubu informace o režimových opatřeních před propuštěním?
2. Jaké negativní faktory nejčastěji vnímají klienti po totální náhradě kolenního kloubu při předávání informací o následující péči v domácím prostředí?
3. Jakým způsobem jsou klienti po totální náhradě kolenního kloubu edukováni v péči o operovanou končetinu před propuštěním?
4. Kdo klienty po totální náhradě kolenního kloubu edukuje o péči o následující operovanou končetinu před propuštěním?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro získání potřebných informací k této práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Sběr dat od klientů po totální náhradě kolenního kloubu byl proveden na základě obsahové analýzy kazuistik. Získání informací pro kazuistiky bylo uskutečněno podle připravených výzkumných otázek (viz Příloha 1) směřujících k dané problematice.

Pro doplnění informací na základě získání zpětné vazby, byl použit sběr dat i od sester, pracujících na ortopedickém oddělení. K dosažení cílů byla použita metoda dotazování, technikou polostandardizovaného rozhovoru (viz Příloha 2).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti po totální náhradě kolenního kloubu hospitalizováni na ortopedickém oddělení nemocnice České Budějovice a. s. a ve Středomoravské nemocnici a. s. odštěpný závod nemocnice Přerov. Při výběru respondentů byl zvolen záměrný výběr. Zařazovacím kritériem u pacientů byl stav po operaci totální náhrady kolenního kloubu před propuštěním. S rozhovorem souhlasilo celkem deset pacientů, z toho šest žen a čtyři muži ve věku od 52 let do 77 let. Odpovědi klientů byly zpracovány do desíti kazuistik, jejichž struktura byla dělena na anamnézu, problematiku režimových opatření a problematiku informovanosti klientů. Nejčastější odpovědi respondentů byly pro přehlednost zpracovány do tabulky. Pro umožnění výzkumného šetření byla kontaktována náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nemocnice České Budějovice a nemocnice Přerov. Údaje od respondentů byly získány během měsíce února a března roku 2008.

Druhým výzkumným souborem byly sestry, pracující na ortopedickém oddělení nemocnice České Budějovice a. s. Pro získání potřebných údajů pro tuto práci bylo osloveno celkem deset sester. Zařazovacím kritériem byla ochota a čas. Informace byly získány v měsíci březnu 2008. Z časového důvodu byl v nemocnici Přerov odmítnut sběr dat od sester, pracujících na ortopedickém oddělení.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky

Kazuistika 1

Pan V. N. je 68letý, ženatý muž. Bydlí v rodinném domě se svou manželkou v okolí Českých Budějovic. Má dva syny a pět vnoučat, které má moc rád. S rodinou udržuje pevné vztahy. V nemocnici ho rodina chodí pravidelně navštěvovat. Celý život pracoval jako stavební dělník, nyní je v důchodu. Mezi jeho zájmy patří jízda na kole, práce na zahrádce a práce kolem domu. Pan V. N. má artrózu pravého i levého kolene, kterou trpí asi 8 let. Nemoc více postihovala levý kolenní kloub. „Postupně se objevovala čím dál větší bolest v koleni a nakonec i občasné omezování v pohybu“, říká pan V. N. Léky, které mu lékař předepsal, nezabíraly a byla mu doporučena výměna levého kolenního kloubu. Po uvážení a domluvě s rodinou se pan V. N. rozhodl operaci na ortopedickém oddělení v nemocnici České Budějovice a. s. podstoupit. Nikdy na takové operaci nebyl, ale věděl, že operace totální náhrady kolenního kloubu bude pro něho přínosem. Nyní je pacient 9. den po operaci a cítí se dobře.

Během pobytu na ortopedickém oddělení získal nemocný informace o režimovém opatření, které musí dodržovat i po propuštění. Bylo mu sděleno, jakým nejvhodnějším způsobem udržovat hygienu, jak dodržovat správný pohybový režim, jaké mohou vzniknout komplikace a kam i kdy docházet na kontroly k lékaři po propuštění. Klient byl také obeznámen co dělat, pokud bude mít po propuštění v domácím prostředí zvýšenou teplotu. „V takovém případě půjdu za svým praktickým lékařem“, oznámil pan V. N. Klientovi byly před propuštěním doporučeny sporty, které může po operaci provozovat, jako je plavání a jízda na kole. Jízda na kole je pro pana V. N. velmi důležitá. Celý život jezdil téměř každý den na kole do přírody. Před operací mu tuto radost, gonartróza neumožňovala. Nyní se na tuto aktivitu moc těší. O jiných sportech, které může vykonávat, nebyl seznámen. V souvislosti s užíváním Warfarinu, by pacient neměl užívat dlouhodobě potraviny, které obsahují ve větším množství vitamín K, jako například špenát nebo květák. Ohledně toho, jakým nejvhodnějším způsobem dodržovat hygienu, byl nemocný informován sestrou. V domácím prostředí

zvolí spíše sprchování ve sprchovém koutě. Musí ovšem dávat pozor na mokrou podlahu, která podle něho může být příčinou velmi obávaného pádu. Jinou nejčastější příčinou pádu v domácím prostředí mohou být také malé a nepřípevněné koberečky, jak zhodnotil. Pan V. N. se přiznal, že tyto koberečky v obývacím pokoji měli, ale manželka je právě nedávno odstranila. Na rehabilitační pobyt v lázních se pacient zatím nechystá. Je seznámen o této možnosti, ale nemůže se rozhodnout, zda na pobyt pojede. Říká, že bude radši doma, se svou rodinou. Klient ví, že musí po propuštění docházet na kontroly Quicka a k ortopedovi. A pokud půjde na nějaký zákrok, jako je třeba trhání zubů, bude lékaře informovat o tom, že užívá Warfarin, že má endoprotézu levého kolenního kloubu a o omezení v pohybu, které má.

Klient udával, že nejvíce informací mu sdělily sestry pracující na tomto oddělení a také jeho ošetřující lékař. Informace o správném pohybovém režimu a o vhodném způsobu hygieny mu sdělila převážně sestra. O kontrolách u lékaře a o možných komplikacích, které mohou nastat, ho informoval lékař. Před propuštěním, veškeré důležité informace sdělené výše, sestra klientovi předala ústně, formou rozhovoru na jeho pokoji. Tento způsob nemocnému vyhovoval. „Během předávání informací jsem měl možnost se sestry ptát na jakékoli otázky“, říká pan V. N. Na tyto otázky mu sestra vždy ochotně odpověděla. Také během pobytu měl klient spoustu otázek, ale sestry mu na ně pokaždé se zájmem odpověděly. Na škále míry srozumitelnosti předaných informací s čísly od 1 do 5, kdy 1 jsou informace nejlépe srozumitelné a 5 jsou informace nesrozumitelné, pacient uvedl číslo 2. Neměl potíže s tím, že by sděleným informacím nerozuměl, jen občas se mu zdálo, že danou věc chápe jinak. Během rozhovoru se sestrou pan V. N. nevnímal jiné výrazné překážky, které by mu zabraňovaly pochopit a zapamatovat si předané informace. Informace, poskytnuté sestrou před propuštěním hodnotí jako důležité pro zvládnutí rekonvalescence v domácím prostředí.

Kazuistika 2

Paní I. K. je 77letá žena. Žije sama v bytě rodinného domu v okolí Českých Budějovic. Má jednoho syna, který bydlí se svou rodinou také v rodinném domě. Spolu se často navštěvují. Během svého života pacientka pracovala jako švadlena, nyní je v důchodě. Často chodí na procházky do přírody se svým psem, ráda si hraje s vnoučaty a také ráda navštěvuje klub seniorů, kde má přátele. Gonartrózou trpí už několik let, ale posledních asi 5 let ji nemoc velice omezovala v pohybu. „Začala jsem chodit i o holi“, dodala nemocná. Lékař jí doporučil totální endoprotézu obou kolenních kloubů. Klientka se dlouho rozmýšlela, zda na tuto operaci jít, ale před měsícem operaci pravého kolenního kloubu podstoupila. Byla hospitalizována v nemocnici České Budějovice a. s. a v budoucnu je naplánována ještě operaci druhého kolenního kloubu. Nyní je téměř měsíc doma a těší se, až bude moci chodit opět bez francouzských holí.

Informace o režimových opatřeních získala paní I. K. během pobytu na ortopedickém oddělení i před propuštěním. Byla informovaná o pohybovém opatření, o způsobu hygieny a o kontrolách u lékaře. Pacientka dodala, že o jiných doporučeních nebyla informována nebo si je nepamatuje. Na otázku „co uděláte, pokud budete mít po propuštění zvýšenou teplotu“, klientka odpověděla, že navštíví svého praktického lékaře. Paní I. K. nebyla před propuštěním seznámena o sportovních aktivitách, které může po operaci vykonávat. Nevěděla tedy, jaké aktivity může a nemůže vykonávat. Byla informována jen o nutnosti cvičit každý den cviky, které se naučila s fyzioterapeuty. Omezení v příjmu potravy paní I. K. nemá, Warfarin neužívá. O způsobu hygieny klientku informovala sestra již brzy po operaci. „Doporučila mi sprchování na plastové židli ve sprchovém koutě“, řekla pacientka. Tento způsob hygieny volí i v domácím prostředí. Nejčastější příčinou pádu podle respondentky jsou prahy a volné, malé koberečky na podlaze. Na rehabilitačním pobytu v lázních pacientka nebyla, nevěděla o této možnosti. Paní I. K. byla také před propuštěním informována o nutnosti docházet na kontroly k ortopedovi a k praktickému lékaři. Když pacientka půjde na nějaký zákrok k jinému lékaři, bude lékaře informovat o tom, že má endoprotézu kolenního kloubu a o tom, že má určité omezení v pohybu.

Informace o režimových opatřeních pacientce poskytli převážně fyzioterapeuti a sestry pracující na ortopedickém oddělení nemocnice České Budějovice. Sestry tyto zásady klientce sdělili většinou na pokoji ústně, formou rozhovoru. Fyzioterapeuti předávali rady pacientce převážně formou rozhovoru, výuky a názorné ukázky, tedy spíše edukací. „Naučené postupy se mnou sestry během denního režimu opakovaly, což mi velice pomohlo si dané informace zapamatovat a využívat je“, dodala paní I. K. Tento způsob jí vyhovoval nejvíce. „Během rozhovoru jsem měla možnost ptát se sester na otázky, které mi většinou byly ochotny odpovědět“, uvedla klientka. Akorát si pacientka vzpomněla na jednu sestru, které byla velmi neochotná. Předané informace paní I. K. vnímala dle škály míry srozumitelnosti jako informace nejlépe srozumitelné. Během rozhovoru se sestrami pacientka nevnímala výrazné překážky, které by ji bránily v pochopení a zapamatování předaných zpráv. „Občas některých informací bylo moc najednou a nějaké termíny mi byly cizí, ale sestra mi vždy při nejasnosti informace vysvětlila“, dodala paní I. K.

Kazuistika 3

Panu I. B. je 52 let. Je ženatý, žije s manželkou a synem v bytě panelového domu v Českých Budějovicích. Pracuje jako mistr v jednom jihočeském podniku. Práce ho baví, má spoustu kamarádů, s kterými zajde občas i do hostince. Ve volných chvílích rád relaxuje u televize, čte knížky nebo navštěvuje kamarády a rodinu. Klient měl diagnostikovanou poúrazovou artrózu pravého kolenního kloubu na základě úrazu kolene, který utrpěl při autonehodě v šesti letech. Během 10 let po nehodě prodělal tři artroskopické operace, které mu částečně pomohly od postižení a od bolestí. Celý život docházel na kontroly k ortopedovi. V posledních letech se bolesti zhoršovaly i postižení kloubu bylo velké a lékař mu doporučil totální náhradu kolenního kloubu. „Protože mně bolesti překážely a léky ani rehabilitace mi nepomáhaly, rozhodl jsem se podstoupit tuto operaci v nemocnici České Budějovice“, oznámil pan I. B. Jinou operaci totální náhrady kloubu pacient nikdy nepodstoupil. Nyní je asi 3 měsíce po operaci a je rád, za tuto možnost, operace mu zlepšila kvalitu života.

Když byl pan I. B. po operaci totální endoprotézy kolenního kloubu, získal informace o pohybovém režimu, o způsobu hygienické péče i o možných komplikacích, které jsou spojené s touto operací a s péčí o operovanou končetinu. Dále mu byly předány informace o prevenci těchto komplikací, o stravě a o kontrolách u lékaře. Pan I. B. je dnes již po operaci, cítí se dobře a je rád, za tyto informace. Na otázku, „co uděláte, pokud budete mít po propuštění zvýšenou teplotu“, pacient odpověděl, že by navštívil svého praktického lékaře nebo svého ortopeda. Panu I. B. byly před propuštěním doporučeny provozovat sporty, jako například jízda na kole, běh, procházky nebo plavání. Pacientovi bylo také sděleno, že musí užívat lék Warfarin. A v souvislosti s užíváním tohoto léku by neměl jíst v nadměrném množství potraviny obsahující vitamín K, které by mohly ovlivnit účinek toho léku. Mezi tyto léky patří například brokolice, květák nebo špenát, uvedl pan I. B. S tímto malým omezením v příjmu potravy klient problémy neměl, protože tyto potraviny jí velice málo. Před propuštěním mu bylo také doporučeno volit způsob celkové hygieny nejlépe ve sprše nebo na sedátku ve vaně. V domácím prostředí pacient zvolil sprchování ve sprchovém koutě. „Neustále mi v nemocnici opakovali, že musím dávat pozor na mokrou podlahu,

která je častou příčinou pádu“, dodal pan I. B. Mezi další nejčastější příčinu pádu, nemocný zvolil malé, nepřípevněné koberečky a volné kabely v bytě. Rehabilitační pobyt v lázních pan I. B. nepodstoupil. Tento pobyt mu byl nabízen, ale nelákal ho. Po propuštění jsem musel docházet v souvislosti s touto operací na kontroly k ortopedovi a na odběry krve kvůli užívání Warfarinu. „Byl jsem také upozorněn, že pokud půjdu na nějaký zákrok, musím lékaře informovat o tom, že užívám Warfarin a že mám endoprotézu kolenního kloubu“, odpověděl muž.

Informace o režimových opatřeních a o péči o operovanou končetinu mi poskytly nejvíce sestry pracující na ortopedickém oddělení, potom fyzioterapeuti a lékaři. Tyto informace mi byly nejčastěji předány na mém pokoji během pooperačního zotavování. „Neustále mi byly rady opakovány“, s úsměvem dodal pan I. B. Nemocnému nejvíce vyhovoval způsob předání informací ústně, formou rozhovoru. Kdy tento způsob volily i sestry pracující na tomto ortopedickém oddělení. „Před propuštěním za mnou sestra přišla, sdělila mi ve zkratce doporučení, které mám v domácím prostředí dodržovat, kdy a kam mám jít na kontrolu, dala mi léky i recept a rozloučila se semnou“, sdělil tázaný respondent. Pokud klientovi byly poskytnuté informace nesrozumitelné, měl možnost se sester ptát, kdykoli během jeho pobytu na oddělení, i kdykoli během rozhovoru. „Sestra byla vždy ochotná mi na mé otázky adekvátně zodpovědět“, řekl pan I. B. Předané informace byly nemocnému téměř pokaždé srozumitelné. Na škále srozumitelnosti poskytnutých informací, kdy číslo 1 znamená nejlépe srozumitelné informace a číslo 5 jsou informace nesrozumitelné, zvolil pan I. B. číslo 1 (nejlépe srozumitelné informace). Jako překážku při komunikaci se sestrami nemocný uvedl nedostatek času ze strany sester, který pociťoval během pobytu na oddělení. Odpověď obohatil vysvětlením, že sestry ne, že by mu otázky nechtěly zodpovědět, ale měly zrovna moc práce a důležitějších starostí o jiné klienty. V takovém případě panu I. B. odpověděly vlídným způsobem, že má chvíličku počkat, že za ním sestra za moment přijde a vše mu náležitě vysvětlí. Jiné překážky při předávání informací pacient nevnímal. Vyhovovala mu místnost, čas i způsob předání zpráv, důležité pro zvládnutí pooperační péče.

Kazuistika 4

Paní A. J. je žena a letos jí bude 72 let. Bydlí s manželem v bytě panelového domu v okolí Českých Budějovic. Má dvě dcery a jednoho syna, kteří již bydlí se svými rodinami. Pacientka má také spoustu vnoučat, kteří rádi jezdí za babičkou a dědou na prázdniny. V rodině převládají dobré vztahy. Klientka je nyní v penzi. Dříve pracovala jako dělnice v jednom jihočeském podniku. Mimo hlídání vnoučků a vnoučat mezi její zájmy patří luštění křížovek, čtení knih a krátké procházky v přírodě. K operaci ji dovedla gonartróza koleníků kloubů. Touto nemocí paní A. J. trpěla asi 10 let. Když ji bolest bránila v běžných denních aktivitách, rozhodla se podstoupit operaci totální endoprotézy kolenního kloubu. Protože postižení chrupavky bylo stejně velké u obou kolenníků kloubů, paní A. J. podstoupila operace obou kolen. První operaci pravého kolenního kloubu má pacientka za sebou asi už 3 roky a druhou operaci levého kolene podstoupila před 4 měsíci v nemocnici České Budějovice.

Vzhledem k tomu, že paní A. J. už tuto operaci podstoupila po druhé, měla informace o režimových opatřeních dostačující. Získala informace během pobytu o stravě, o pohybovém režimu, o způsobu hygieny, o možných rizicích i komplikacích a o jejich prevenci a také o kontrolách u lékaře. Kdyby klientka měla po operaci zvýšenou teplotu delší dobu, navštívila by svého praktického lékaře nebo svého ortopeda. „Ze sportů mi bylo doporučeno plavání, golf, jízda na kole a procházky, také mi bylo řečeno, že provozovat mohu téměř všechny sporty, akorát s opatrností“, odpověděla klientka. Omezení v příjmu potravin měla pacientka vzhledem k užívání Warfarinu. „Nesměla jsem jíst v nadměrném množství potravin obsahující vitamín K, jako je brokolice, zelí nebo čočka“, dodala paní A. J. Bylo jí řečeno, že tyto potraviny mohou při konzumaci v nadměrném množství narušit správný účinek léku. Po propuštění klientka volila způsob hygieny ve vaně na sedátku, které si koupila již po první operaci. Bylo jí sestrou také doporučeno sprchování ve sprchovém koutě, ale sprchový kout doma nemá, tak tuto možnost využívala pouze v nemocnici. Nejčastější příčinou pádu je podle paní A. J. mokrá podlaha v koupelně, malé a nepřipevněné koberečky, volné kabely a někdy i prahy. Na rehabilitační pobyt pacientka nejela, chtěla

být doma s manželem. Tuto možnost nevyužila ani po první operaci totální endoprotézy kolenního kloubu. „Po propuštění jsem měla doporučeno navštěvovat pravidelně ortopeda a docházet na odběry krve v souvislosti s užíváním Warfarinu“, odpověděla respondentka. Pokud by šla klientka na nějaký zákrok, např. vytrhnutí zubu, měla by lékaři sdělit, že užívá Warfarin a že má endoprotézy obou kolenních kloubů.

Sestra, fyzioterapeut i lékař pacientce sdělili informace o doporučeních, jak pečovat o operovanou končetinu. „Nejvíce informací mi asi předaly sestry, pracující na ortopedickém oddělení, které mě doprovázely od předoperační přípravy přes pooperační péči až na cestu domů“, oznámila paní A. J. Většinu informací bylo klientce předáno na jejím pokoji a to formou rozhovoru a někdy za doplnění brožury. Tento způsob nemocné ženě vyhovoval, označila ho za nejlepší. Během rozhovoru i během pobytu měla pacientka možnost se sestry ptát na otázky. A sestry neměly problém jí odpovědět, byly vždy ochotné danou otázku klientce vysvětlit. „Informace předané sestrami mně byly téměř vždy srozumitelné“, oznámila žena. Na škále míry srozumitelnosti, kdy číslo 1 znamená informace nejlépe srozumitelné a číslo 5 informace nesrozumitelné, označila možnost 1. Neměla teda problémy s tím, že by nějakým termínům nerozuměla. Žádné překážky v problematice informovanosti paní A. J. také neshledala, byla spokojená s komunikací se sestrami.

Kazuistika 5

Žena B. K. má 70 let a žije sama v rodinném domě v okolí Českých Budějovic. Manžel jí zemřel před třemi lety po dlouhé nemoci a ona si musela zvyknout žít bez něho. Její muž byl pro ni velkou oporou, proto bylo pro ni velmi těžké naučit se žít sama. V této době ji hodně pomohla rodina. Protože žena se špatně pohybovala, potřebovala pomoci v některých oblastech sebeobsluhy. Trpěla velmi pokročilou artrózou kolene, která jí omezovala v pohybu, způsobovala ji ztuhlost kloubů a také ji trápila bolestmi. Rodina jí dovedla k lékaři, který jí doporučil operaci totální endoprotézy kolenního kloubu. Nebyla na tuto operaci psychicky připravená, ale za podpory rodiny operaci podstoupila. Rodina jí slíbila, že se o ni postará prvních pár dnů po propuštění. Paní B. K. pracovala jako kuchařka ve školní jídelně, nyní je v penzi. Ve volném čase se žena věnuje vnoučatům, sleduje televizi, pracuje na zahrádce a ráda navštěvuje své kamarádky z práce. Operaci totální endoprotézy jiného kloubu žena nikdy nepodstoupila, tato operace byla pro ni první. Nyní je 10. den po výkonu na ortopedickém oddělení v nemocnici České Budějovice, je spokojená, dnes jede domů. Těší se za svou rodinou a za vnoučaty.

„Během pobytu v nemocnici mi byly sděleny informace jak dodržovat režimová opatření, které jsou nezbytnou součástí správné funkce endoprotézy“, oznámila pacientka. Byly jí poskytnuty informace o pohybovém režimu, o vhodném způsobu hygieny, o kontrolách u lékaře, o péči o končetinu po propuštění, ale také o možných komplikacích, které mohou po operaci vzniknout. Na otázku, co klientka udělá, pokud bude mít po propuštění zvýšenou teplotu, odpověděla, že navštíví svého obvodního lékaře nebo lékaře, který ji operoval. Po propuštění mi bylo doporučeno cvičit cviky, které mě naučili fyzioterapeuti. Sestry ve spolupráci s lékařem mi doporučili procházky, lehkou práci na zahrádce nebo jízdu na kole. „Nevím o tom, že bych měla dodržovat nějakou dietu, protože ani Warfarin neužívám“, odpověděla paní B. K. V prvních pár dnech po operaci byla pacientce doporučena hygiena u umyvadla a později ji sestry nabídly možnost sprchovat se ve sprchovém koutě. „Tento způsob hygieny zvolím i doma“, odpověděla klientka. Podle paní B. K. je nejčastější příčinou pádu v domácím

prostředí mokrá podlaha, nepřipevněné koberce v pokojích a také točení hlavy, při rychlém vstávání. Na rehabilitační pobyt v lázních se nemocná zatím nechytá, nemůže se rozhodnout, zda tuto možnost má využít. Na otázku, na jaké bude klientka docházet kontroly po propuštění, nalistovala žena v nějakých poznámkách a přesně odpověděla, kdy má přijít na kontrolu k ortopedovi a kdy má jít k praktickému lékaři. Při návštěvě jakéhokoli odborného lékaře, který ji pošle na léčebný výkon nebo vyšetření, musí lékaře informovat o tom, že užívá Warfarin, že má určité omezení v pohybu a o tom, že má implantovanou endoprotézu kolenního kloubu.

„Informace o režimových opatřeních, které mám po propuštění dodržovat, jsem získala převážně od sester a z částí tak od fyzioterapeutů, pracujících na ortopedickém oddělení v nemocnici České Budějovice“, odpověděla klientka. Tyto informace ji byly předány na pokoji. Místnost pacientce vyhovovala, i když během rozhovoru se sestrou byly v místnosti přítomny i jiné pacientky. Nejvíce se jí líbil způsob předání informací formou rozhovoru za doplnění brožury a názorné ukázky. Před odjezdem domů za klientkou sestra přišla, sedla si k ní a popsala jí, jak má pečovat o končetinu v domácím prostředí. „Mnoho informací jsem již věděla už dříve, ale některé rady pro mě byly nové. Určité údaje mi sestra zapsala, abych si je zapamatovala, což mi určitě hodně pomůže“, dodala paní B. K. Během rozhovoru před propuštěním žena měla možnost se sestry ptát na jakékoli informace, které ji byly dosud nejasné. „Sestra se sama aktivně na konci rozhovoru zeptala, zda všemu rozumím a jestli nemám nějaké otázky.“, oznámila pacientka. Otázek měla nemocná spoustu i během pobytu na oddělení, ale sestry ji na otázky vždy ochotně odpověděly. I když se jí zdálo, že zrovna nemají tolik času, vždy aspoň krátce odpověděly. Předané informace paní B. K. zhodnotila na škále míry srozumitelnosti číslem 2. Informace tedy byly téměř nejlépe srozumitelné, ale občas měla problémy s pochopením informací. Jinou překážku při komunikaci se sestrou, kterou pacientka označila, bylo používání odborných termínů. „Někdy jsem nevěděla, jak to sestra myslí a co po mně žádá, ale většinou na mě poznala, že otázce nerozumím a vysvětlila mi podstatu věty jinak“, dodala paní B. K. Jiné problémy s komunikací pacientka neshledala.

Kazuistika 6

Paní S. Š. je 73 let a pochází z vesnice v okolí Přerova. Žije sama v malém domě. Má dvě dcery, které ji v nemocnici pravidelně navštěvovaly. Pacientka pracovala jako učitelka v základní škole, nyní je v penzi. Mezi její zájmy patří práce na zahrádce a okolo domácnosti, sledování televize nebo luštění křížovek. V nemocnici využívala čas čtením knížek nebo brožur, které dostala k doplnění pooperačního režimu a sledováním programů v televizi. „K operaci mě dovedla bolest levého kolene a problémy s chůzí. Trpěla jsem artrózou obou kolenních kloubů řadu let, ale levé koleno bylo horší a bolestivější. Lékař mi tedy doporučil endoprotézu levého kolene“, odpověděla paní S. Š. Operaci žena podstoupila před 2 měsíci v nemocnici Přerov. Na jiné operaci totální endoprotézy kloubu dosud nebyla.

Před propuštěním byly pacientce podány informace týkající se pohybového režimu, hygieny, úpravě bytu po propuštění, péči o operační ránu, dále získala informace o kontrolách u lékaře, o užívání léků, o možném riziku vzniku komplikací a jak jim předcházet. Pokud by měla klientka v domácím prostředí zvýšenou teplotu, která by byla známkou infekce, kontaktovala by svého praktického lékaře nebo ortopeda. Součástí pooperační péče je nošení elastických punčoch jako prevence tromboembolické nemoci. Tyto punčochy po operaci nosila i paní S. Š. Navlékání kompresivních punčoch pacientku naučily sestry, které ji zprvu pomáhaly. Před propuštěním byla nemocná informována sestrami i ošetřujícím lékařem, že elastické punčochy musí nosit nadále i po propuštění, pokud ortoped neurčí jinak. Pacientka není sportovně aktivní, tak zřejmě proto nevěděla a ani se nezajímala, jaké sporty může po operaci vykonávat. Ale zvolila za vhodné procházky v přírodě, jízdu na kole a práci na zahrádce. Nemocná žena nemá informace o tom, že by měla nějaké omezení v příjmu některých potravin v souvislosti s užíváním Warfarinu. Po propuštění klientka volila jako způsob hygieny sprchování ve sprchovém koutě, který má vybavený madlem a protiskluzovou podložkou. Podle pacientky je nejčastější příčinou pádu v domácím prostředí mokrá podlaha a nepozornost člověka. „O možnosti podstoupit po propuštění rehabilitační pobyt v léčebném ústavu Jevíčko, jsem byla seznámena a tuto možnost

jsem i využila“, odpověděla respondentka. S tímto Po propuštění klientka pravidelně docházela na kontroly k ortopedovi a na odběry krve v souvislosti s užíváním Warfarinu. Byla také informována, že pokud půjde na nějaký zákrok, například k odstranění znaménka, musí lékaře informovat o tom, že má endoprotézu kolenního kloubu a že užívá Warfarin.

Informace o režimovém opatření a o péči o operovanou končetinu v domácím prostředí, žena dostala od sester, lékařů a od fyzioterapeutů, pracujících na ortopedickém oddělení nemocnice Přerov. „Nejvíce rad a doporučení mi poskytly sestry“, hodnotí klientka. Tyto informace jí byly poskytnuty většinou na pokoji nebo na vyšetřovně formou rozhovoru a někdy i za pomoci brožury. Místo předání pacientce vyhovovalo i způsob byl vhodný, jak uvedla. Kladně zhodnotila i kombinaci rozhovoru s podkladovým materiálem. „Sestra mi informační brožuru věnovala a já jsem si tak mohla poskytnuté informace utřídit a kdykoli jsem věděla, kde je najdu. Před propuštěním mi sestra předala také dopis, ve kterém jsem měla ve zkratce uvedeny rady, které mi pomohly bez problémů zvládnout prvních pár týdnů rekonvalescence v domácím prostředí. Také mi hodně dal pobyt v léčebném ústavu, kde jsem získala plnou soběstačnost ve všech oblastech sebeobsluhy. Neměla jsem potom obavy zůstat v domácím prostředí sama, bez pomoci druhých“, oznámila paní S. Š. Během pobytu na oddělení i během rozhovoru, měla pacientka možnost klást sestřám otázky, pokud jí bylo něco nesrozumitelné. A sestry byly vždy ochotné klientce na otázky odpovědět. Dle míry srozumitelnosti, nemocná onačila na škále číslo 3. Měla tedy trochu problémy s pochopením předaných informací. To uvádí i jako jednu z překážek při rozhovoru. Druhou překážku, kterou žena při výměně informací vnímala, bylo mnoho rad a doporučení. Tuto bariéru však z části odstraňovala brožura a dopis, který klientka dostala.

Kazuistika 7

Pan O. K. je 65letý muž. Pochází z vesnice poblíž Přerova, žije s manželkou a synem v rodinném domě. Celý život pracoval jako zámečník, dnes je v penzi, ale občas si ještě svou práci přivydělává. Mezi jeho zájmy patří jízda na kole a na motorce, práce okolo domu, kratší túry v přírodě, luštění křížovek a hlídání vnoučat. Pacient má gonartrózu obou kolenních kloubů, kterou trpí již delší dobu. Více ho však trápí pravé koleno, které ho velmi omezuje v pohybu a které ho bolí. Tyto potíže mu snižují prožívání kvalitního stáří. Proto se rozhodl podstoupit výměnu postiženého kloubu. Byla to jeho první operace totální endoprotézy kloubu a tak pociťoval před výkonem velké obavy. Oporou pro pacienta byla manželka, která ho v nemocnici každý den navštěvovala. Operaci podstoupil před 10 dny na ortopedickém oddělení nemocnice Přerov. Nyní má zajištěný pobyt v odborném léčebném ústavu Jevíčko, kam se moc těší.

Během hospitalizace nemocnému byly předány rady a doporučení jak dodržovat pohybový režim, jak pečovat o jizvu, kdy navštívit lékaře a jaké mohou nastat komplikace po propuštění. Pacient byl také informován, co udělat, v případě zarudnutí rány a naměření si zvýšené teploty. Měl by co nejdříve navštívit svého praktického lékaře nebo ortopeda, aby nedošlo k selhání endoprotézy na základě infekce. „Navlékání elastických punčoch mě naučily sestry pracující na tomto oddělení“, odpověděl respondent. Chvíli mu trvalo, než tuto kompetenci převzal sám, ale nakonec se to naučil. Sestra i lékař klienta před propuštěním upozornili, že elastické punčochy musí nosit nadále i po propuštění. Ohledně sportů, které může pacient v domácím prostředí provozovat, nebyl nějak důkladně informován. Věděl jen, že by neměl provozovat fyzicky náročné sporty. Může například jezdit na kole nebo chodit na procházky do přírody, na které se už těší. V souvislosti s užíváním Warfarinu má muž malé omezení v příjmu potravy, vzpomněl si jen na špenát, který by při nadměrné konzumaci mohl narušit účinek léku. Po propuštění bude klient volit způsob celkové hygieny sprchováním na sedátku ve vaně. Bylo mu také doporučeno sprchování ve sprchovém koutě, ale tuto možnost doma nemá, proto zvolí koupel ve vaně. Podle

nemocného mohou být nejčastější příčinou pádu v domácím prostředí prahy nebo schody, mokrá podlaha, ale i nevhodná obuv, například pantofle. Na rehabilitační pobyt v lázních se pan O. K. chystá, má již zajištěný odvoz sanitkou, na kterou právě čeká. Po propuštění musí klient docházet pravidelně na kontroly k ortopedovi a na odběry krve v souvislosti s užíváním Warfarinu. A pokud půjde pan O. K. na nějaké invazivní vyšetření nebo zákrok, musí lékaře upozornit, že užívá Warfarin a že má implantovanou endoprotézu pravého kolenního kloubu.

Informace o tom, jak dodržovat režimové opatření po propuštění, mu sdělil ošetřující lékař, fyzioterapeuti a sestry, pracují na ortopedickém oddělení nemocnice Přerov. „Tyto důležité informace mi byly poskytnuty převážně na mém pokoji, někdy i na vyšetřovně“, odpověděl pan O. K. Místnosti nemocnému vyhovovaly. Sestry mu poskytovaly informace nejčastěji formou rozhovoru, který občas dle tématu doplnily názornou ukázkou nebo vypůjčením brožury či letáku. Před propuštěním za pacientem sestra přišla, sedla si k němu a sdělila mu důležité informace, které musí v domácím prostředí zvládnout. „Informací bylo hodně, ale převážnou většinu jsem již znal a dodržoval hned po operaci. Také mi věnovala jakýsi dopis, ve kterém byly shrnuté rady a doporučení po propuštění. Bylo mi také sděleno, že propuštěním mé léčení nekončí, že musím nadále dodržovat režimová opatření, které jsou důležitá pro zvládnutí dokonalé sebeobsluhy“, dodal pan O. K. Pacient ale neměl strach, že nezvládne tuto dlouhou cestu ke zkvalitnění života. Velkou oporou mu byla rodina a byl také rád, že může využít možnost, pobytu v rehabilitačním ústavu, kde bude i nadále v rukou odborníků. „Během rozhovoru jsem měl možnost se sestry ptát na otázky, i během pobytu na oddělení jsem měl mnoho nejasných otázek, na které mi sestry většinou vždy ochotně odpověděly“, oznámil pacient. Předané informace byly nemocnému téměř nejlépe srozumitelné. Na škále míry srozumitelnosti klient uvedl číslo 2. Během rozhovoru pan O. K. vnímal jako překážku nedostatek času ze strany sestry. Přišlo mu někdy, že sestra na něho nemá tolik času, jako by si přál. Ale chápal to, že sestra má asi zrovna důležitější věci na práci, ale nijak zvlášť mu to nevadilo. „Také některá sestra mluvila moc rychle a já jsem nestihl všechny informace zaregistrovat, tak jsem se musel ptát. Vždy mi ale ochotně odpověděla“, dodal pacient.

Kazuistika 8

Pan K. J. je 61letý muž. Pochází z Kojetína, kde žije s manželkou v bytě panelového domu. Má dvě dcery, se kterými udržuje dobré vztahy. Dříve pracoval jako truhlář, dnes je v penzi. Práce byla pro něho vždy také koníčkem, proto i nyní se občas věnuje výrobě nábytku. Gonartróza levého kolene, ho trápí už řadu let. Přestože celý život postižené koleno při práci hodně namáhal, i když věděl, že mu to ke zdraví mnoho nepřidá, nechtěl si připustit, že tuto operaci bude někdy potřebovat. Když už vyzkoušel řadu léků a bolest stále neustupovala a objevovala se i ztuhlost kloubu, rozhodl se pan K. J. operaci podstoupit. Byla to jeho první operace výměny kolenního kloubu, která mu byla provedena na ortopedickém oddělení přerovské nemocnice. Dnes je pacient necelý měsíc po operaci. Cítí se dobře a je rád, že tuto operaci podstoupil.

Pacient získal již před operací i během pooperačního pobytu na ortopedickém oddělení informace o pohybovém režimu, které musí dodržovat i po propuštění, dále získal informace o vhodném způsobu hygieny, o péči o pooperační ránu (jizvu), o návštěvách u lékaře, o možných komplikacích, které mohou nastat a také jak těmto nepříznivým situacím zabránit. Pokud by si pan K. J. naměřil v domácím prostředí zvýšenou teplotu, která by mohla zapříčinit infekci implantátu, navštívil by praktického lékaře nebo by kontaktoval svého ortopeda. Této komplikace se nemocný hodně obává, je diabetik a má strach, že by se mu infikovaná rána špatně hojila. Navlékání punčoch je jedním z důležitých úkolů, které se pacient po operaci totální endoprotézy kolenního kloubu musí naučit. Tuto kompetenci edukovat pana K. J., jak si navlékat elastické punčochy převzaly sestry pracující na tomto ortopedickém oddělení. Naučily nemocného navlékat si elastické punčochy a také ho informovaly o nutnosti nosit punčochy i po propuštění. Nemocnému byly také doporučeny vykonávat méně fyzicky náročné sporty, jako je na příklad jízda na kole, plavání nebo procházky v přírodě, které jsou vhodné pro dobrou funkci endoprotézy. Také mu byly doporučeny nadále provádět cviky, které ho během hospitalizace naučili fyzioterapeuti. Dle pana K. J. žádné omezení v příjmu potravy v souvislosti s užíváním Warfarinu nemá. Má jen omezení v příjmu cukrů v potravě, dodržuje dietu 9 (diabetická). Pacient zvolil po propuštění

jako vhodný způsob celkové hygieny sprchování ve vaně na sedátku nebo ve stoje. Tento způsob mu byl doporučen sestrou a nijak ho neomezuje. Mezi nejčastější příčinu pádu v domácím prostředí podle pacienta patří mokrá podlaha, malé koberečky na podlaze, které nejsou nijak připevněné a především nepozornost člověka. Rehabilitační pobyt v lázních nebo v rehabilitačním ústavu klient nevyužil. Věděl o této možnosti, ale usoudil, že bude radši doma s rodinou. Po propuštění musí každý pacient docházet na kontroly k lékaři. Pan K. J. byl upozorněn, že do tří dnů má navštívit svého praktického lékaře, který zajistí odběry krve v souvislosti s užíváním Warfarinu. A také musí pravidelně docházet na kontroly ke svému ortopedovi. A pokud půjde klient k jinému lékaři, například k nějakému zákroku, musí odborného lékaře informovat, že má endoprotézu levého kolenního kloubu a také, že užívá lék Warfarin.

Díky lékařům, sestřám a fyzioterapeutům, kteří o pacienta pečovali před i po operaci totální endoprotézy kolenního kloubu, získal pan K. J. veškeré informace o režimových opatřeních a doporučení jak zvládnout rekonvalescenci. Tyto rady byly nemocnému sděleny převážně na pokoji. Místnost mu vyhovovala, měl na získání informací od sester klid. Nebyl nikým a ničím rušen. Při předávání informací sestry nejčastěji volily ústní formu předání, tedy rozhovor. Někdy rozhovor doplnily brožurou či letákem o daném tématu nebo praktickou ukázkou. Tento způsob předání se nemocnému líbil. Měl pocit, že si poskytnuté rady a doporučení lépe zapamatoval. V průběhu rozhovoru i během pobytu na oddělení měl pacient možnost, se sestry ptát na nejasné otázky a sestry byly vždy ochotné nemocnému odpovědět. Informace předané sestrami byly panu K. J. nejlépe srozumitelné. Na škále míry srozumitelnosti označil tyto informace číslem 2. Během rozhovoru pacient nevnímal žádné výrazné překážky ze strany sestry, které by ho nějakým způsobem omezovaly nebo mu bránily v komunikaci. Ale vzpomíná si na první den po operaci, kdy mu sestra něco říkala a on zřejmě kvůli bolestem a ospalosti nebyl schopný patřičně reagovat a něco si zapamatovat. „Další den díky injekcím bolesti ustupovaly a nic z mé strany mi v komunikaci se sestrou nebránilo“, dodal pan K. J. Pacient se tedy mohl plně soustředit na rady, které mu sestry poskytovaly a které mohl využít i po propuštění v domácím prostředí.

Kazuistika 9

Další respondentkou je 62letá žena paní M. K., která pochází z okolí Českých Budějovic. Žije sama s pejskem v bytě panelového domu. Má dvě dcery, tři vnuky a dvě vnoučata, kteří ji pravidelně navštěvují. Žena je nyní v penzi. Dříve pracovala jako uklízečka, ale občas si ještě přivydělává jako pomocná síla v kuchyni. Mezi její zájmy patří jízda na kole, procházky se psem, ráda jezdí na poznávací výlety a ráda chodí s kamarádkami na srazy. K operaci jí dovedla artróza kolenních kloubů, kterou trpěla už několik let. Protože poslední dva roky pacientka pociťovala značně omezující bolesti a snížení výkonnosti pravého kolene i když užívala léky, rozhodla se, operaci výměny pravého kolenního kloubu podstoupit. Věděla, že cesta ke zkvalitnění života bude dlouhá a těžká, ale těšila se, až bude moci provozovat své zájmy téměř bez omezení. Byla to její první operace totální endoprotézy kloubu, kterou podstoupila před devíti dny na ortopedickém oddělení nemocnice České Budějovice.

Informace o režimovém opatření, které klienta musí po operaci dodržovat, jí byly sděleny během pobytu na oddělení. Získala informace o pohybovém režimu, o kontrolách u lékaře a také o možných komplikacích a rizicích, které mohou nastat. Na otázku, co by klientka udělala, pokud by měla po propuštění zvýšenou teplotu, odpověděla, že by si vzala tabletku Paralenu a navštívila svého praktického lékaře. V domácím prostředí může paní M. K. vykonávat sporty jako je plavání, jízda na kole a procházky v přírodě. Na poslední dvě uvedené aktivity se nemocná obzvláště těší. O omezení některých potravin v souvislosti s užíváním Warfarinu, pacientka nebyla seznámena, neví o žádném omezení. Po propuštění do domácího ošetření zvolí žena jako nejvhodnější způsob celkové hygieny sprchování ve sprchovém koutě. Bylo jí doporučeno si sprchový kout opatřit protiskluzovou podložkou, kterou jí zajistila dcera. Dle pacientky může být právě nejčastější příčinou pádu, uklouznutí ve sprchovém koutě. Další příčinou může být mokrá podlaha v bytě, prahy nebo nepozornost člověka. Na rehabilitační pobyt v lázních se nemocná zatím nechystá, uvedla, že se nemůže rozhodnout, zda tuto možnost využít. Těší se domů za svým pejskem. „Po propuštění budu muset docházet na kontroly u ortopeda a na odběry krve v souvislosti s užíváním

Warfarinu“, odpověděla respondentka. Pokud půjde žena na nějaký zákrok po propuštění, bude daného lékaře informovat o tom, že užívá Warfarin i o tom, že má implantovanou endoprotézu pravého kolenního kloubu.

Výše uvedené informace klientce z části poskytl lékař, fyzioterapeut a sestry pracující na ortopedickém oddělení. Tyto rady a doporučení jí byly sděleny na pokoji. Místnost, pacientka označila jako za vhodnou. Sestry volily způsob předání informací ústní formou, pomocí rozhovoru. Tento způsob klientce vyhovoval, měla možnost se kdykoli během rozhovoru ptát sestry na informace, které jí byly nesrozumitelné. Sestry ženě ochotně odpovídaly, i když je klientka kdykoli během pobytu na oddělení požádala. „Některé poskytnuté informace mi nebyly úplně srozumitelné. Občas jsem nerozuměla odbornému výrazu a jindy jsem zase nepochopila, co po mě sestra žádá, ale pokaždé mi sestra neznámé pokyny podrobně vysvětlila, když na mě poznala, že tomu nerozumím“, oznámila paní M. K. Na škále míry srozumitelnosti předaných informací klientka uvedla číslo 2. Rady a doporučení jí byly tedy téměř nejlépe srozumitelné. Pacientka neoznačila žádné překážky, které by jí bránily v rozhovoru se sestrou. Byla s komunikací se sestrami pracujícími na tomto oddělení spokojená. Věří, že všechny předané informace jí pomohou dokonale zvládnout rekonvalescenci v domácím prostředí.

Kazuistika 10

Poslední oslovenou respondentkou, byla paní A. K. Je jí 61 let a pochází z Přerova. Bydlí v panelovém domě spolu s manželem. Má pět dětí, kteří bydlí se svými rodinami v okolí Přerova. Často ji jezdí navštěvovat. Jejich vnoučata tráví většinu prázdnin u babičky a dědy a proto pacientka chce být o velkých prázdninách zdravá a věnovat se vnoučatům, která má moc ráda. Dříve pracovala jako optička ve velkofirmě, nyní je v penzi. Nejvíce času tráví s vnoučaty, které pro ni ho hodně znamenají. Ráda ale si také odpočine u televize nebo na procházce s manželem. Už několik let trpí artrózou, ale v posledních letech ji kromě bolestí kolene trápí ztuhlost kloubu. Říká, že se nemůže plně věnovat rodině a vnoučatům. To byl také jeden z důvodů, proč tuto operaci podstoupila. Ještě nikdy na takovéto operaci nebyla, ale věděla, že výměna kloubu bude pro ni přínosem. Výkon podstoupila před 10 dny na ortopedickém oddělení v nemocnici Přerov.

Během pobytu na oddělení, pacientka získala informace o pohybovém režimu, který musí dodržovat mimo jiné i v domácím prostředí. Dále dostala informace o způsobu, jak udržovat hygienu, o kontrolách u lékaře a o možných komplikacích a rizicích plynoucích z nedodržení těchto doporučení. Byla také upozorněna, že pokud si po propuštění naměří zvýšenou teplotu nebo pokud bude mít jakékoli infekční onemocnění, má navštívit svého praktického lékaře. Navlékání elastických punčoch ji naučila sestra, která ji s touto činností ze začátku vypomáhala. Také sestra jí informovala o tom, že musí po propuštění punčochy nadále nosit. A lékař ji o tomto doporučení seznámil před propuštěním. Pacientka byla upozorněna, že nesmí po operaci provozovat extrémně náročné sporty, ale může jezdit na kole a chodit na procházky do přírody. Ohledně užívání Warfarinu, klientka odpověděla, že by neměla jíst v nadměrném množství a dlouhodobě potraviny, jako je špenát, zelí nebo brokolice, které by mohli narušit účinek toho léku. Hygienu klientka bude po propuštění udržovat nadále ve sprchovém koutě, který má vybavený protiskluzovou podložkou. Jako nejčastější příčinu pádu v domácím prostředí žena uvedla mokrou podlahu a opilst. „Po propuštění se nechytám na rehabilitační pobyt, budu radši cvičit doma u své rodiny“, oznámila paní A. K. V souvislosti s touto operací byla nemocná seznámena

o nutnosti pravidelně docházet na kontroly k ortopedovi a na odběry krve vzhledem k užívání Warfarinu. A pokud půjde pacientka na nějaký zákrok k odbornému lékaři, musí ho informovat o tom, že má endoprotézu kolenního kloubu, a že užívá Warfarin.

Všechny informace ohledně režimových opatření pacientce poskytl lékař, fyzioterapeutka a sestry, pracující na ortopedickém oddělení. Všechny tyto informace ji byly předány ústně formou rozhovoru na pokoji. Někdy rozhovor sestra doplnila pomocným letákem či brožurou, kde mi vše ukázala. „Také se mi líbilo, že mi sestra předala domů jakýsi dopis, ve kterém jsou uvedené zásadní informace pro zvládnutí léčebné péče v domácím prostředí“, dodala klientka. Fyzioterapeuti volili také rozhovor, který doplňovali názornou ukázkou. Během pobytu na oddělení měla nemocná možnost, se ptát na otázky, které jí byly nejasné. Tuto možnost měla také vždy, když sestra ukončila rozhovor. Všechny sestry byly velmi ochotné a pacientce pokaždé vlídně odpověděly. Informace předané sestrami byly podle paní A. K. dle škály srozumitelnosti, nejlépe srozumitelné a dokonce ani neshledala žádné překážky, které by ji bránily v komunikaci se sestrami.

4.1.1 Tabulka nejčastějších odpovědí

Jaké informace Vám byly poskytnuty o režimových opatřeních před propuštěním?	o pohybovém režimu a o kontrolách u lékaře	10x
	o komplikacích a rizicích	9x
	o prevenci možných komplikací	4x
Co uděláte, pokud budete mít po propuštění zvýšenou teplotu?	navštívím praktického lékaře	10x
	navštívím svého ortopeda	5x
Kdo Vás učil navlékání elastických punčoch po operaci? (tato otázka byla položena jen pacientům v nemocnici Přerov)	sestra	5x
Kým jste byl/a seznámen/a o nutnosti nosit elastické punčochy v domácím prostředí? (tato otázka byla položena jen pacientům v nemocnici Přerov)	sestrou	5x
	lékařem	3x
Jaké sporty Vám byly doporučeny vykonávat po propuštění do domácího prostředí?	jízda na kole	9x
	procházky v přírodě	8x
	plavání	5x
Máte omezení v příjmu některých potravin v souvislosti s užíváním Warfarinu?	ano, nesmím potraviny např. špenát, květák, zelí, čočka	5x
	nemám, nejsem informován/a	3x
	nemám, neužívám Warfarin	2x
Jaký způsob celkové hygieny zvolíte po propuštění do domácího prostředí?	sprchování ve sprchovém koutě	7x
	sprchování na sedátku ve vaně	3x
Co může být podle Vás nejčastější příčinou pádu v domácím prostředí?	mokrý podlaha	9x
	nepřípevněné koberečky	6x
	prahy	4x

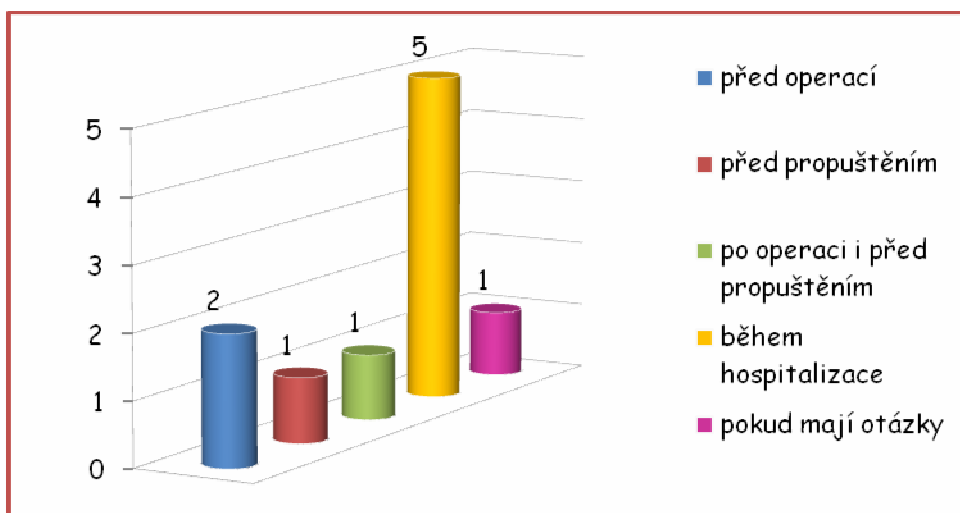
Chystáte se po propuštění na rehabilitační pobyt v lázních?	ne, nemohu se rozhodnout	3x
	nemám zájem	3x
Na jaké kontroly budete docházet po propuštění z nemocnice v souvislosti s operací?	na kontroly k ortopedovi	10x
	na kontroly Quicka	8x
Pokud půjdete na nějaký zákrok k jinému lékaři, co mu řeknete?	že mám endoprotézu kolene	10x
	že užívám Warfarin	8x
Kdo Vám poskytl informace o režimových opatřeních?	sestra	10x
	lékař	8x
	fyzioterapeut	9x
Kde Vám byly informace o režimových opatřeních poskytnuty?	na pokoji pacientů	10x
	na vyšetřovně	2x
Kdy Vám byly informace o režimových opatřeních poskytnuty?	během pobytu	6x
	před operací i po operaci	1x
Jaký způsob předávání informací o péči po propuštění <u>sestrami</u> Vám nejvíce vyhovoval?	ústně, formou rozhovoru	4x
	rozhovorem za doplnění brožury	6x
Měl/a jste možnost klást sestře otázky, pokud Vám byly některé informace nesrozumitelné?	ano, během rozhovoru	9x
	ano, kdykoli během pobytu	9x
Byly sestry ochotny Vám otázky zodpovědět?	ano, pokaždé	9x
	ano, ale jen pokud měly čas	1x
Do jaké míry Vám byly informace předané sestrami srozumitelné?	na škále číslo 1	4x
	na škále číslo 2	5x
Vnímal/a jste nějaké překážky při předávání informací sestrami?	nesrozumitelnost informací	4x
	nedostatek času	2x

4. 2 Výsledky rozhovoru se sestrami

Otázka 1: Informujete pacienty po totální náhradě kolenního kloubu o režimových opatřeních?

Z celkového počtu respondentů 10- ti sester, odpovědělo všech tázaných sester možností ano. Všechny sestry tedy pacienty po totální náhradě kolenního kloubu informují o režimových opatřeních. Pro získání kvalitních odpovědí, byla otázka rozvinuta o otázku, kdy sestry informují klienty o této problematice. Nejvíce dotazovaných respondentek odpovědělo, že pacientům poskytují informace kdykoli během jejich pobytu na oddělení. Nabízí jim informace už před operací, po operaci i před propuštěním. Dvě sestry předávají informace pacientům hned před operací a po operaci jen odpovídají na případné otázky. Jedna sestra informuje nemocné o režimových opatřeních, jen před propuštěním. Dříve je neinformuje, nechává tuto kompetenci jiným sestram a fyzioterapeutům. Podobně odpověděla i jiná sestra, která předává informace o režimových opatřeních pacientům jen po operaci a před propuštěním. Před výkonem je o tomto doporučení neinformuje, myslí si, že by bylo zpráv pro nemocného před operací mnoho. A poslední respondentka předává pacientům tyto informace průběžně, jen pokud mají otázky.

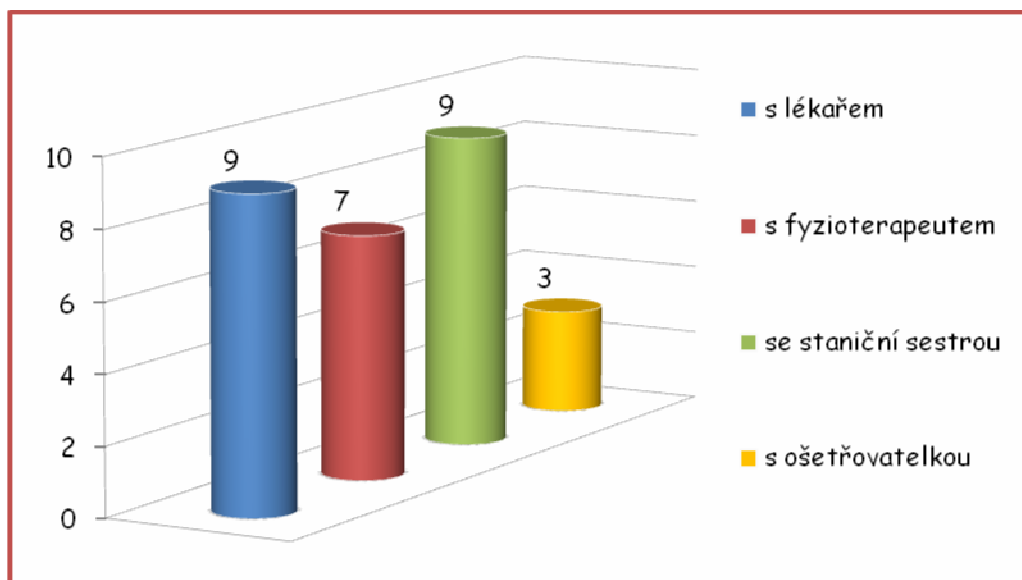
Graf 1 Poskytování informací pacientům po totální náhradě kolenního kloubu o režimových opatřeních sestrami



Otázka 2: S kým se podílíte na předávání informací pacientům o režimovém opatření?

Na tuto otázku mohly sestry odpovědět více možnostmi. Nejčastěji se sestry podílí při předávání informací pacientům o režimovém opatření s lékařem a se staniční sestrou. Kdy lékař nemocným nabízí odborné informace o postupu léčby a staniční sestra doplňuje informace od sester a převážně poskytuje nemocným důležité rady a doporučení o péči v domácím prostředí při propuštění. Sestry se také často podílí s fyzioterapeutem na předávání informací pacientům. Fyzioterapeuti poskytují nemocným informace týkající se pohybového režimu. Učí je správně chodit o berlích, správně vstávat a ulehát na lůžko nebo je učí cvičit cviky na posílení stehenních svalů. Nejméně často se sestry podílí na předávání informací klientům o režimovém opatření s ošetřovatelkami. Žádná z dotazovaných sester neuvedla, že se s nikým neúčastní na předávání informací. Všech deset dotazovaných sester se tedy pokaždé s někým podílí na předání informací.

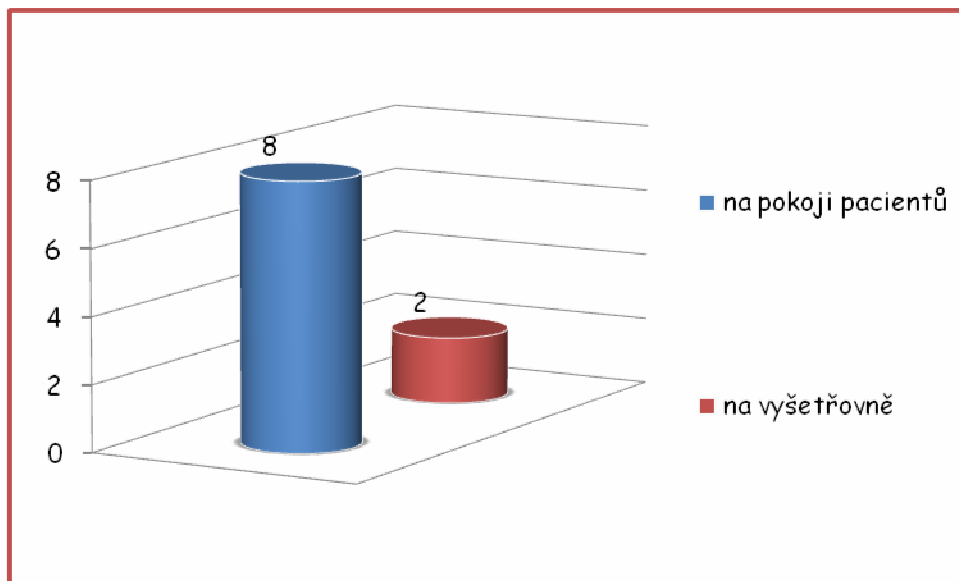
Graf 2 Spolupráce sester na předávání informací pacientům o režimovém opatření



Otázka 3: Kde poskytnete pacientům informace o režimovém opatření?

Osm sester z deseti dotazovaných, pacienty po totální náhradě kolenního kloubu informuje na jejich pokoji. Tuto místnost volí proto, že nemocným dle jejich posouzení nejvíce vyhovuje. Místnost klienti dobře znají, je dostatečně velká, je tam klid, teplo a nikdo je během rozhovoru neruší. Ovšem někomu může vadit přítomnost jiných pacientů na pokoji. V takovém případě sestry volí skladbu pacientů se stejnou diagnózou, pokud je to možné a informace předávají všem pacientům zároveň. Ale když leží na pokoji pacienti s jiným onemocněním a dotazovanému není příjemná jejich přítomnost, požádáme ho o krátké uvolnění místnosti. Dvě sestry také uvedly, že předávají informace pacientům na vyšetřovně. Je to právě z toho důvodu, když je na pokoji zrovna více pacientů nebo je jeden z nich ležící a člověka může jejich přítomnost do určité míry omezovat. Nemocný se tak nesoustředí a účel rozhovoru je téměř zbytečný. Proto sestry volí jako vhodnou místnost vyšetřovnu.

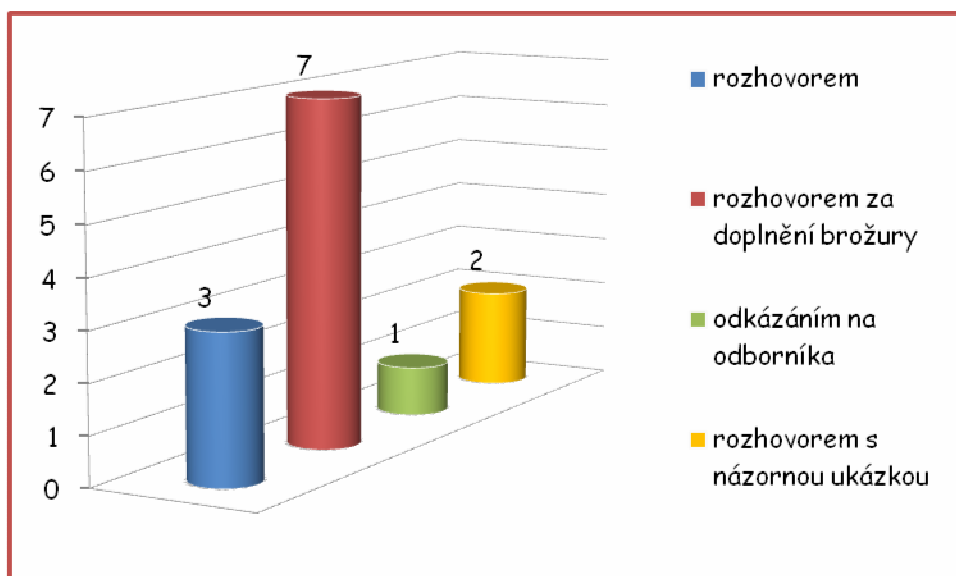
Graf 3 Místa předávání informací pacientům o režimovém opatření



Otázka 4: Jakým způsobem předáváte informace pacientům o režimových opatřeních?

Tři sestry pracující na ortopedickém oddělení informují pacienta ústně, formou rozhovoru. Nejvíce sester, celkem sedm, předává informace o režimových opatřeních pacientům po operaci totální náhrady kolenního kloubu formou rozhovoru, který doplňují informační brožurou či letáky. „Brožura je dobrou pomůckou, která pomůže nemocnému lépe objasnit dané téma. Pacient si tak informace rychleji zapamatuje“, dodaly respondentky. Jedna z dotazovaných sester mimo předání informací rozhovorem, odkáže v některých případech pacienta na odborníka. Například pokud nemocného zajímá, jaké má cvičit cviky po operaci, doporučí mu rozhovor s fyzioterapeutem. Dvě respondentky někdy doplní rozhovor brožurou a někdy použijí názornou ukázkou. Edukují pacienta například při učení se vstávat nebo ulehat na lůžko, během chůze o berlích nebo při navlékání elastických punčoch.

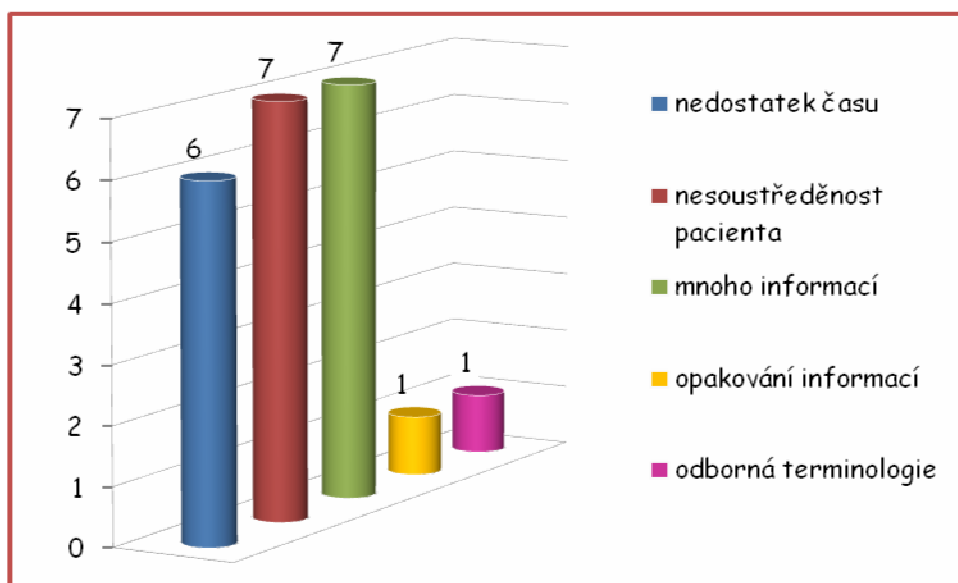
Graf 4 Způsob předávání informací pacientům o režimovém opatření



Otázka 5: Jaké překážky vnímáte při předávání informací pacientům?

Na tuto otázku respondenty mohly odpovídat více možnostmi. 7x označily jako překážku při předávání informací nesoustředěnost pacienta. Nejčastější příčinou poruchy koncentrace ze strany nemocného je dle sester zřejmě strach, únava a bolest. 7x také sestry odpověděly, že překážkou pro pacienta během rozhovoru je velké množství předaných informací. Nemocný si tak zapamatuje jen některé poskytnuté rady a ostatní informace může zapomenout. Jinou téměř častou překážkou ze strany sester, je nedostatek času. Sestry uvedly, že jim opravdu ten čas někdy brání v kvalitní komunikaci s klienty, zejména v dopoledních hodinách. Jedna sestra označila jako problém při předávání informací, nutnost některé sdělení neustále opakovat, což může být příčinou nedostatku času na druhé pacienty. Jednou z bariér při sdělování informací může být také používání odborné terminologie, kdy si sestry neuvědomují, že nemocný danému slovu nerozumí a na základě toho udělá věci špatně.

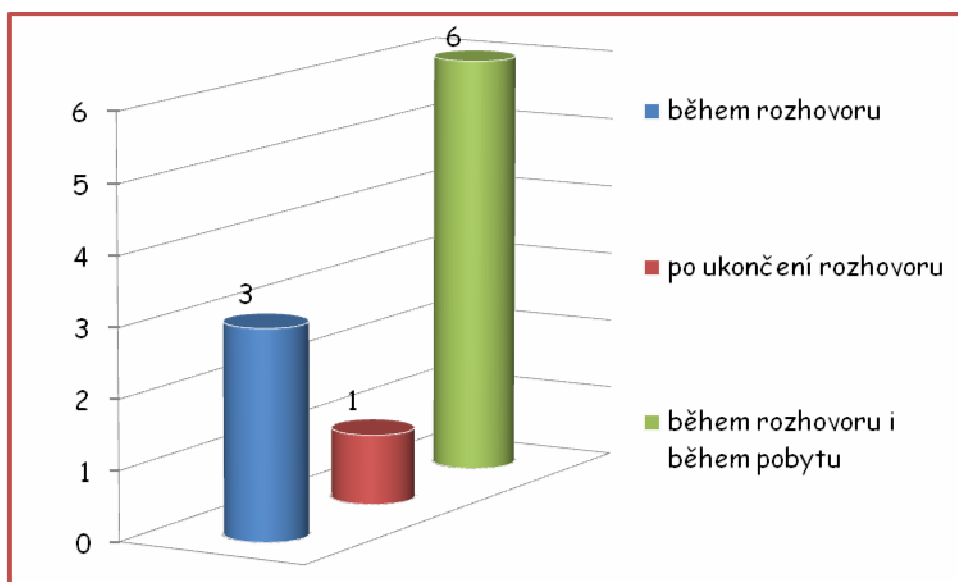
Graf 5 Překážky při předávání informací pacientům



Otázka 6: Dáváte pacientům prostor na otázky při předávání informací?

Všechny dotazované sestry pracující na ortopedickém oddělení dávají svým klientům prostor na otázky. Šest sester dává pacientům po totální endoprotéze kolenního kloubu možnost se tázat kdykoli během rozhovoru i kdykoli během jejich pobytu na oddělení. Tři sestry umožňují nemocným ptát se na otázky kdykoli během rozhovoru, který spolu vedou. Pacient tak otázku, na kterou se chce zeptat, nezapomene a problematika je mu téměř ihned objasněna. Jedna z respondentek odpověděla, že dává nemocným prostor na otázky po ukončení rozhovoru.

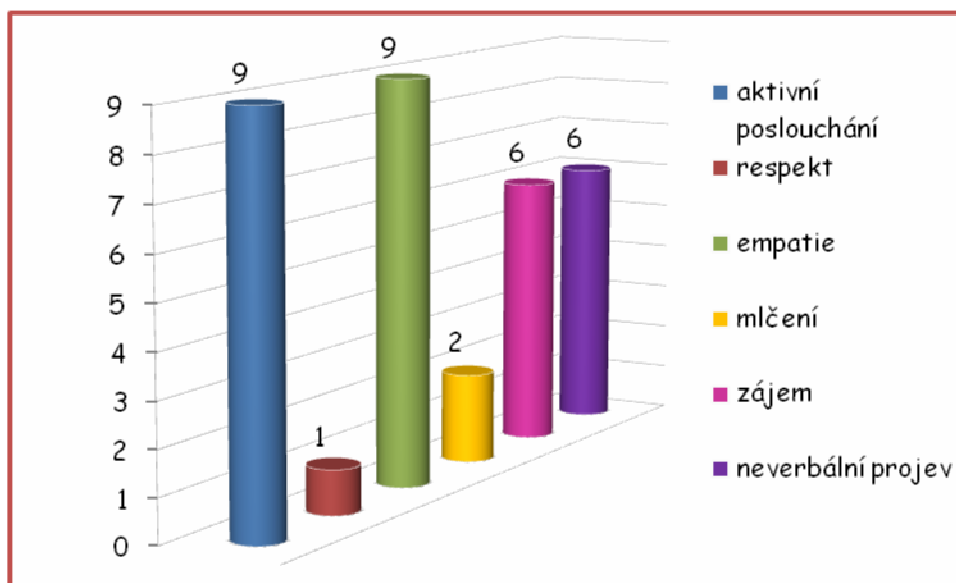
Graf 6 Prostor na otázky při předávání informací pacientům



Otázka 7: Jaké komunikační dovednosti během předávání informací používáte?

Na tuto otázku respondentky mohly odpovědět více možnostmi. Nejčastěji sestry používají během rozhovoru s pacientem empatii a aktivní naslouchání. Obě tyto odpovědi byly zvoleny 9x. Aktivní naslouchání dávají sestry klientům najevo jak mimikou, tak například přikývnutím nebo občasným přitakáním, kterým vzbuzují porozumění. Dále respondentky využívají při komunikaci s nemocným neverbální projev, kterým vhodně doplňují verbální obsah a současně dávají najevo zájem. Dvě sestry obohacují pacientův projev mlčením, které je někdy důležitou součástí rozhovoru. Odmilky používají tehdy, aby umožnily nemocnému shromáždit si myšlenky a najít vhodná slova, kterými by vyjádřil své pocity a názory. Jedna z oslovených sester uplatňuje při komunikaci s nemocným respekt. Respektuje jeho právo na informace i jeho vyslovená přání, která se snaží v rámci své kompetence splnit.

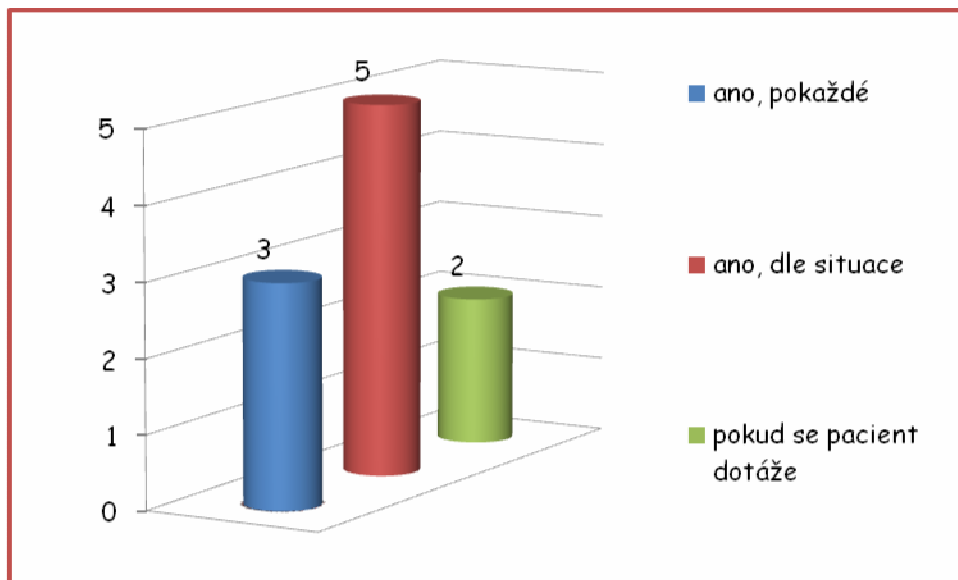
Graf 7 Komunikační dovednosti používané sestrami při předávání informací pacientům



Otázka 8: Kontrolujete, zda pacient pochopil informace, které jste mu předal/a?

Všech deset dotazovaných sester používá zpětnou vazbu. Nejvíce sester odpovědělo, že kontrolují dle situace, zda pacient předaným informacím rozuměl. Pokud ve výrazu nemocného poznají, že danému tématu nebo úkolu nerozumí, k ověření využijí zpětnou vazbu. Tři tázané respondetky používají zpětnou vazbu pokaždé, když hovoří s pacientem. A dvě sestry kontrolují, zda nemocný pochopil informace, jen když se pacient dotáže, pokud něčemu nerozumí. V takovém případě si sestry ověří, zda se klient dozvěděl informace, které potřeboval a zda je pochopil. Pro nutné doplnění informací jakým způsobem sestry provádí zpětnou vazbu, byla tato otázka rozvinuta. Všechny oslovené sestry se shodly, že pro zjištění, zda pacient výkladu rozuměl, používají kontrolní otázky nebo parafrázování. V případě edukace klienta o nějaké činnosti nebo postupu, například správné vstávání z lůžka, sestry nemocného požádají o provedení této činnosti, aby se ujistily, zda postup provede dobře.

Graf 8 Využití zpětné vazby sestrami při rozhovoru s pacientem



5. Diskuze

V devíti kazuistikách klienti postoupili operaci totální náhrady kolenního kloubu poprvé. Jedna klientka tuto operaci podstoupila již po druhé, jak je uvedeno v kazuistice 4. Žena znala všechny režimová opatření, která musí po operaci dodržovat. Věděla jakým způsobem pečovat o končetinu, jaké aktivity může provádět, jak předcházet hrožícím komplikacím, kdy docházet na kontroly k lékaři, jakým nejvhodnějším způsobem udržovat hygienu i jaké má omezení v jídle v souvislosti s užíváním Warfarinu. Z výsledků lze usuzovat, že když pacient už jednou operaci podstoupí, nepociťuje zřetelně velké problémy s nedostatkem informací u druhé operace.

Při zjišťování, zda pacienti mají informace o režimových opatřeních, uvedlo všech deset respondentů, že získaly rady a doporučení o pohybovém režimu i o kontrolách u lékaře. Devět oslovených klientů získalo informace o možných komplikacích a rizicích, které jsou spojené s touto operací (viz tabulka). Ovšem jedna žena nebyla s těmito riziky vůbec seznámena, jak bylo uvedeno v kazuistice 2. Je zajímavé, že o komplikacích bylo upozorněno 9 respondentů, ale o prevenci, jak těmto nepříznivým situacím zabránit byli informováni jen čtyři pacienti v kazuistikách 3, 4, 6, 8. Tuto skutečnost lze pravděpodobně vysvětlit tím, že informace o prevenci komplikací byly nemocným poskytnuty, ale starší pacienti zřejmě nevědí, co obnáší termín prevence a proto tuto možnost neuvedli. O způsobu hygieny bylo seznámeno sedm klientů a pouze dva respondenti dle kazuistiky 3 a 4 byli informováni o stravě, tedy o částečném omezení příjmu potravy v souvislosti s užíváním Warfarinu po propuštění. Ostatní respondenti nebyli o tomto omezení vůbec seznámeni. Tato oblast by možná stála hlouběji prozkoumat, i když se v dnešní době vedou spory, do jaké míry potraviny ovlivňují účinek léku.

Vavřík a kol. (33) uvádí, že infekce je nejobávanějším problémem v souvislosti s operací, že nebezpečí hrozí i řadu let po operaci, a proto je třeba všem infekcím kdekoliv v organismu věnovat okamžitou pozornost a důsledně je léčit. Z výsledků vyplynulo, že všech 10 respondentů, by v případě podezření na infekci kontaktovalo svého praktického lékaře (viz tabulka). Z uvedených desíti pacientů, by ještě pět

pacientů navštívilo kromě svého praktika i ortopeda nebo by kontaktovalo oddělení, na kterém podstoupili operaci, jak je uvedeno v kazuistikách 3, 4, 5, 6, 8. Tyto odpovědi jsou pravděpodobně pozitivní proto, jelikož klienti obdrží před propuštěním do domácího prostředí dopis, ve kterém uvádí kolektiv ortopedického oddělení nemocnice Přerov rady pro pacienty po totální endoprotéze kolenního kloubu (viz Příloha 9). Zde je uvedeno, že by pacienti měli při jakémkoliv infekčním onemocnění ihned navštívit svého praktického lékaře, který jim předepíše včas vhodná antibiotika, protože kloubní náhrada je velmi citlivá na jakoukoliv infekci v těle. Také je zřejmé, že informace o prevenci infekce jsou dostačující proto, že je kladen velký důraz na jakoukoli infekci už před operací. V této oblasti byly výsledky velmi potěšující.

Jednou ze součástí prevence tromboembolické nemoci je nutnost používat po operaci elastické punčochy nebo mít bandáže dolních končetin, jak uvádí Vavřík a kol. (33). V pokračování nosit protiembolické punčochy i po propuštění souhlasí i společnost Orthes (28). Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že pacienti po operaci totální náhrady kolenního kloubu v nemocnici České Budějovice nenosí elastické punčochy ani bandáže dolních končetin.

Na druhé straně respondenti z nemocnice Přerov nosí elastické punčochy po operaci (kazuistikách 6, 7, 8 a 10), které je učí navlékat sestra. O nutnosti nosit elastické punčochy nebo bandáže dolních končetin v domácím prostředí, byli nemocní seznámeni v souvislosti s prevencí tromboembolické nemoci. V kazuistice 8 se respondenti o tomto doporučení dozvěděli od sester, pracujících na ortopedickém oddělení. A dle kazuistiky 6, 7 a 10 byli pacienti o této nutnosti informováni jak sestrou, tak i lékařem. Domnívám se, že tato kompetence, informovat pacienty o nutnosti nosit elastické punčochy, je jak v ruce lékaře, tak i sestry. Podle mě, však nezáleží na tom, kdo nemocného o této problematice informuje. Je však důležité, aby byl nemocný o této prevenci upozorněn.

Součástí pooperační péče po totální endoprotéze kolenního kloubu je dodržování pohybového režimu. Podle Vavříka a kol. (33) lze nemocnému s odstupem několika měsíců po operaci doporučit lehké rekreační sportování, které má pozitivní vliv na funkci endoprotézy. Nejčastěji pacienti volili aktivitu jízdu na kole, která byla zvolena 9x a 8x uvedli procházky v přírodě (viz tabulka). Plavání bylo označeno 5x (kazuistiky

1, 3, 4, 8 a 9). Ovšem společnost Orthes (28) však udává, že nejsou vhodné plavat prsa v souvislosti s touto operací. Je zřejmé, že tento pochyb není doporučován vzhledem k nefyziologickému pohybu dolních končetin. Jedenkrát respondenti uvedli, jako vhodnou aktivitu, práci na zahrádce, lehký běh nebo golf. Klient v kazuistice 7 odpověděl, že mu byly doporučeny všechny sporty, kromě sportů s vysokou fyzickou zátěží. Třem pacientům bylo doporučeno cvičit po propuštění cviky, které je naučili fyzioterapeuti během hospitalizace. Jiné sporty nebyly nemocným doporučeny. Myslím si, vzhledem k starší věkové skupině respondentů to ani nebylo nutné.

Jelikož pacienti po totální endoprotéze kolenního kloubu užívají Warfarin jako jednu ze součástí prevence tromboembolické nemoci, byly zajímavé výsledky, zda jsou tyto klienti informováni o interakci vitamínu K s tímto lékem. Chlumský (11) uvádí ve své publikaci, že potraviny obsahující vysoké množství vitamínu K, jako je například špenát, brokolice nebo zelí, mohou při dlouhodobé konzumaci efekt Warfarinu ovlivňovat. Z výsledků vyplynulo, že z desíti nemocných pět klientů ví, o tomto omezení a dokonce uváděli i některé potraviny jako špenát nebo květák, brokolice, zelí nebo čočka (viz tabulka). Tři pacienti o tomto omezení nebyli informováni vůbec, jak je uvedeno v kazuistikách 6, 8 a 9. Jak uvádí Chlumský (11), je však vhodnější pacienta správně poučit a získat tak jeho aktivní spolupráci pro dodržování léčebného režimu. Dle mého názoru, je toto tvrzení důležitým krokem k prevenci komplikací. Dva respondenti v kazuistice 2 a 7 odpověděli, že Warfarin neužívají, tak nemají žádné omezení v potravě.

Protože většina pacientů, kteří podstoupili tuto operaci, jsou staršího věku, zvyšuje se zde riziko pádu a s tím spojené komplikace. Chvályhodné byly výsledky, zda si pacienti uvědomují, co podle nich může být nejčastější příčinou pádu v domácím prostředí. Podle respondentů je nejčastější příčinou pádu mokrá podlaha (viz tabulka). Tato odpověď byla zvolena 9x. Malé a nepřípevněné koberečky byly uvedeny 6x. Méně častou příčinou pádu v domácím prostředí je dle klientů nepozornost člověka, válející se kabely po pokojích, alkohol, prahy nebo pantofle. Zde se můžeme ztotožnit Menclovou a Svědíkovou (19), které uvádí, že k vnějším příčinám pádu patří nevhodná obuv, mokrá a kluzký povrch, alkohol, překážky na podlaze, jako jsou prahy, přípojné kabely

nebo schody a dále také špatné osvětlení, což se téměř shoduje s výpověďmi respondentů. Ovšem pacienti navíc zvolili jako středně velkou příčinu samotnou svou nepozornost.

Společnost Orthes (28) klientům doporučuje, aby přibližně dva měsíce po operaci absolvovali rehabilitaci v lázních. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že devět oslovených respondentů o této možnosti ví, akorát jedna žena nebyla s tímto seznámena. Tři klienti se nemohou rozhodnout, zda tento pobyt mají podstoupit a jiní tři pacienti tuto možnost nevyužijí z důvodu, že budou radši doma s rodinou.

Výzkum ukázal, že všichni oslovení nemocní, byli také informováni o nutnosti docházet po propuštění na kontroly u lékaře. Všech deset klientů bude navštěvovat svého ortopeda, jak doporučuje Vavřík (33) i Orthes (28). Osm pacientů odpovědělo, že bude pravidelně docházet na odběry krve v souvislosti s užíváním Warfarinu, jak také doporučuje Chlumský (11). Zbývá dva nemocní na odběry krve docházet nebudou, protože tento lék neužívají (viz tabulka).

Co se týče informací o režimových opatřeních, z výsledků od sester vyplynulo, že všechny oslovené sestry, informují klienty po totální náhradě kolenního kloubu o péči o končetinu v domácím prostředí. Zde je možné se ztotožnit s pokyny nemocnice Opava (21), že k úspěšnému absolvování operace je nutné si uvědomit, že dobrý výsledek zaručí nejen kvalitně provedená operace, ale i spolupráce pacienta. A proto informovanost nemocného a dodržování pokynů je velmi důležitá.

Na základě analýzy výsledků a výše uvedených údajů byla vytvořena hypotéza H1: *Klienti po totální endoprotéze kolenního kloubu mají informace o režimových opatřeních před propuštěním dostačující.*

Zajímavé bylo zjištění, jakým způsobem sestry klienty po totální endoprotéze kolenního kloubu informují o následujícím režimu a jestli pacienti i sestry nachází nějaké překážky během komunikace.

Z rozhovoru sester vyplynulo, že nejvíce informací o režimových opatřeních předávají pacientům průběžně během jejich hospitalizace. Nabízí jim informace už před operací, po operaci i před propuštěním. Dvě sestry předají informace pacientům hned před operací a po operaci jen odpovídají na případné otázky. Jedna sestra poskytuje tyto

informace nemocným po operaci a před propuštěním, druhá zase jen před propuštěním a poslední respondentka předává pacientům informace, jen když mají otázky, jak je znázorněno v grafu 1.

Potěšující byly i výsledky pacientů. Přestože respondenti podstoupili operaci i v jiných nemocnicích, výsledky jsou podobné. Z desíti klientů odpovědělo šest, že jim sestry informace o režimových opatřeních předávají průběžně během jejich pobytu na oddělení (viz tabulka). Jeden pacient získal informace po operaci i před propuštěním, druhý zase jen před propuštěním. Jednoho respondenta seznámila sestra s těmito doporučeními po operaci, a jak uvedl pan K. J. v kazuistice 8, sestra mu předala informace i před operací. Z těchto dvou rozhovorů je zřejmé, že informace o režimových opatřeních jsou nejvhodnější podávat pacientům průběžně během jejich pobytu na oddělení.

Zajímavé bylo zjištění, kdo pacientům poskytuje nejvíce informací o péči o operovanou končetinu. Myslím si, že tuto úlohu by měla z větší části převzít sestra. Jak se také potvrdilo během výpovědí pacientů. Všem deseti respondentům sdělila sestra, jak pečovat o operovanou končetinu. Ale jak uvádí výpovědí klientů i sester, je důležitá i spolupráce s lékařem a fyzioterapeutem. Sestry se nejčastěji podílí při poskytování informací pacientům s lékařem a se staniční sestrou. Tyto odpovědi byly zvoleny 9x. Sedm sester se podílí při předávání rad a doporučení pacientům jak pečovat o operovanou končetinu s fyzioterapeuty (graf 2).

Během rozhovoru s pacientem je důležité, zajistit klidné, příjemné, vhodně upravené prostředí, jak uvádí Onderková (20). Myslím si, že taková místnost by měla vyhovovat jak sestřám, tak především pacientům. Avšak překvapivé byly výsledky pacientů, že takováto místnost je jejich pokoj. Dvěma respondentům by ale nevadila ani vyšetřovna.

Z odpovědí sester se potvrdilo tvrzení pacientů. Dle grafu 3, osm sester zvolilo na předávání informací nemocným o režimovém opatření jejich pokoj. Jak uvedly sestry v rozhovoru, místnost klienti dobře znají, je dostatečně velká, je tam klid, teplo a nikdo je během rozhovoru neruší. Dvě sestry také uvedly, že předávají informace pacientům

na vyšetřovně. A to právě z toho důvodu, když je na pokoji zrovna více pacientů nebo je jeden z nich ležící a člověka může jejich přítomnost do určité míry omezovat.

Závodná (35) ve své publikaci uvádí, že edukace má v ošetrovatelství nezastupitelné místo. Myslím si, že edukace je důležitou součástí činností sester, pracujících na ortopedickém oddělení. Protože edukace představuje nejen pouhé „poučení o tom, co by měl pacient dělat“, ale zahrnuje především psychologickou a pedagogickou činnost, jak uvádí Švecová (27), bylo by zajímavé, jakým způsobem tuto pomoc sestry nemocným poskytují.

Z odpovědí pacientů dále vyplynulo, že jim nejvíce vyhovuje způsob předání formou rozhovoru za doplnění brožury (viz tabulka). Tuto odpověď zvolilo šest dotazovaných. Například pacientka v kazuistice 6, si mohla poskytnuté informace díky brožury utřídit a kdykoli věděla, kde je najde. Tento způsob předání se líbil i nemocnému v kazuistice 8. Měl pocit, že si tak poskytnuté rady a doporučení lépe zapamatoval. Čtyři respondenti hodnotili jako nejlepší způsob předání ústně, formou rozhovoru. A dva pacienti uvedli, že jim vyhovoval také způsob předání za pomoci názorné ukázky.

Podobné byly i výpovědi sester. Nejvíce respondentek sděluje informace rozhovorem s pacientem za doplnění brožury. Jak doplnily sestry, brožura je dobrou pomůckou, která pomůže nemocnému lépe objasnit dané téma, pacient si tak informace rychleji zapamatoval. Tři sestry volí jen ústní předání pomocí rozhovoru. Dvě sestry rozhovor doplní názornou ukázkou. Edukují pacienta například při učení se vstávat nebo ulehat na lůžko, během chůze o berlích nebo při navlékání elastických punčoch. A jedna z oslovených respondentek mimo předání informací rozhovorem, odkáže v některých případech pacienta na odborníka. Odpovědi jsou uvedeny v grafu 4.

Zvýše uvedených výsledků rozhovorů byla vytvořena hypotéza H2: *Sestry pracující na ortopedickém oddělení edukují klienty po totální endoprotéze kolenního kloubu o následující péči v domácím prostředí prostřednictvím rozhovoru na podkladě informační brožury.*

Zajímavé bylo zjištění, kdy pacienti hospitalizovaní v nemocnici Přerov, dobře hodnotily dopis, který dostávají na cestu domů. Jak označila respondentka v kazuistice

6, že před propuštěním jí sestra předala také dopis, v kterém měla ve zkratce uvedeny rady, které jí pomohly bez problémů zvládnout prvních pár týdnů rekonvalescence v domácím prostředí.

Z odpovědí pacientů vyplynulo, že mají možnost se sester ptát na otázky, které jim jsou nesrozumitelné a to jak během rozhovoru, který spolu vedou, tak i kdykoli během pobytu na oddělení. To potvrzuje i výpověď sester, znázorněná v grafu 6. Ovšem nabízí se otázka, zda jsou sestry ochotny nemocným na tyto otázky dostatečně odpovědět. Z výpovědí pacientů dále plyne, že převážná většina pacientů tyto problémy s neochotou sester nevnímala, až na dvě malé výjimky. Jeden respondent v kazuistice 7, odpověděl, že mu sestry většinou vždy ochotně odpověděly. Ovšem někdy měl pocit, že sestra na něho nemá tolik času, jako by si přál. Ale chápal to a nijak zvlášť tomu nevěnoval pozornost. V kazuistice 5, klientka uvedla, že ji sestry na otázky vždy ochotně odpovídaly, i když se jí zdálo, že zrovna nemají tolik času, neboť odpovídaly krátce. A jedna respondentka musela podotknout (kazuistika 2), že i když tento problém nikdy neshledala, jedna sestra byla velmi neochotná.

Další oblastí v problematice informovanosti je míra srozumitelnosti předaných informací, která by mohla být pacienty vnímána jako jeden z negativních faktorů. Křemenová (16) uvádí, že je velice důležité podávat pacientům srozumitelné informace a nedostatečné, nesrozumitelné informace mohou vést k nedorozumění, nadměrným obavám pacienta a následně ke stížnostem. Pro znázornění, do jaké míry jsou nemocným předané informace srozumitelné, byla zvolena škála, na které číslo 1, znamená nejlépe srozumitelné informace a číslo 5, informace nesrozumitelné. Z výsledků vyplynulo, že čtyřem klientům z deseti jsou předané informace sestrami nejlépe srozumitelné (viz tabulka).

Domnívám se, že příčinou nedostatečné informovanosti klienta po totální endoprotéze kolenního kloubu mohou být bariéry v komunikaci. Dle Kristlové (15) překážky, bránící produktivní komunikaci se týkají obou zúčastněných stran, tedy jak sestry, tak pacienta.

Z výpovědí pacientů bylo dále zjištěno, že tři klienti nenašli žádné překážky, které by jim bránily v komunikaci se sestrou. Ostatní respondenti vnímali jako nejčastější překážku nesrozumitelnost informací. Tato odpověď byla zvolena 4x.

Na druhé straně sestry označily za nejčastější bariéru při předávání informací ze strany nemocného nesoustředěnost. Příčinou poruchy koncentrace ze strany nemocného je dle sester zřejmě strach, únava a bolest (grafu 5). Přesto, že tuto překážku vnímal jen jeden z oslovených respondentů, domnívám se, že by měly sestry tomuto faktu věnovat více pozornosti a snažit se tedy tyto překážky minimalizovat.

Nejčastější překážkou při předávání informací nemocnému, kterou vnímají sestry (grafu 5), je velké množství informací, které musí nemocným poskytnout. Pacient si tak zapamatuje jen některé poskytnuté rady a ostatní informace může zapomenout. Jinou téměř častou překážkou ze strany sester, je nedostatek času. Sestry uvedly, že jim opravdu ten čas někdy brání v kvalitní komunikaci s klienty, zejména v dopoledních hodinách.

Z analýzy výše uvedených odpovědí byly stanoveny dvě hypotézy H3: *Nejčastějším negativním faktorem vnímaným klienty po totální náhradě kolenního kloubu při předávání informací o následující péči v domácím prostředí je nesrozumitelnost informací a H4: Nejčastějším negativním faktorem vnímaným sestrami pracujícími na ortopedickém oddělení při předávání informací je nesoustředěnost nemocného a přehlcení klienta velkým množstvím informací.*

Co se týče problematiky informovanosti klientů, domnívám se, že aby byly informace pro pacienty efektivní, měla by sestra umět použít komunikační dovednosti a zručnosti. Jak uvádí Lemon (17) ve své publikaci, dobrá komunikace není snadná, vyžaduje mnoho dovedností. Z výsledků odpovědí sester vyplynulo, že nejčastěji sestry používají během komunikace s pacienty aktivní naslouchání a empatii. Tato odpověď byla zvolena 9x (grafu 7). Méně často sestry využívají při rozhovoru s nemocným neverbální projev a zájem.

Na základě používání zpětné vazby u sester, se všechny oslovené sestry se shodly, že pro zjištění, zda pacient výkladu rozuměl, používají kontrolní otázky nebo parafrázování. Nejvíce sester odpovědělo, že kontrolují dle situace, zda pacient

předaným informacím rozuměl. Z výsledků tedy vyplynulo, že všechny tázané sestry používají v komunikaci s nemocným zpětnou vazbu.

6. Závěr

V této práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost klientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení po totální náhradě kolenního kloubu o poskytované následující péči před propuštěním do domácího prostředí. Druhým cílem bylo identifikovat negativní faktory, které klienti vnímají při předávání informací. Třetím cílem bylo zmapovat, jakým způsobem a kdo klienty edukuje o péči o operovanou končetinu před propuštěním. Cíle práce byly splněny.

Pro kvalitativní zaměření byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. 1. Mají klienti po totální náhradě kolenního kloubu informace o režimových opatřeních před propuštěním? 2. Jaké negativní faktory nejčastěji vnímají klienti po totální náhradě kolenního kloubu při předávání informací o následující péči v domácím prostředí? 3. Jakým způsobem jsou klienti po totální náhradě kolenního kloubu edukováni v péči o operovanou končetinu před propuštěním? 4. Kdo klienty po totální náhradě kolenního kloubu edukuje o péči o následující operovanou končetinu před propuštěním?

Na základě analýzy kazuistik a rozhovorů vyplynuly čtyři hypotézy. H1: Klienti po totální endoprotéze kolenního kloubu mají informace o režimových opatřeních před propuštěním dostačující. H2: Sestry pracující na ortopedickém oddělení edukují klienty po totální endoprotéze kolenního kloubu o následující péči v domácím prostředí prostřednictvím rozhovoru na podkladě informační brožury. H3: Nejčastějším negativním faktorem vnímaným klienty po totální náhradě kolenního kloubu při předávání informací o následující péči v domácím prostředí je nesrozumitelnost informací. H4: Nejčastějším negativním faktorem vnímaným sestrami pracujícími na ortopedickém oddělení při předávání informací je nesoustředěnost nemocného a přehlcení klienta velkým množstvím informací.

Z výsledků výzkumu také vyplynulo, že práce sestry hraje významnou roli v problematice informovanosti. Sestra by měla být aktivním článkem, jak nemocnému co nejlépe pomoci zvládnout následující péči o operovanou končetinu bez komplikací. Vzhledem k tomu, že pacientů, kteří potřebují postižený kloub nahradit kloubem umělým, stoupá, myslím si, že by si tato problematika zasloužila více pozornosti.

Výsledky této práce mohou posloužit k zamyšlení se nad problematikou informovanosti klientů po totální náhradě kolenního kloubu. Pomohou objasnit příčinu nedostatku informací i příčinu vzniků komplikací po operaci. Cílem by mělo být lepší rozvržení informací, které sestry nemocným během pobytu na oddělení sdělují, více pečovat o pozornost nemocného a intenzivněji používat zpětnou vazbu.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHAMAS, P., DRUGA, R.: *Lidské tělo*. 1 vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2001. 256 s. ISBN 80- 7181-955-7.
2. *Anatomie kolena* [online]. Poslední aktualizace 23. 9. 2000 [cit. 2008-1-12]. Dostupné z www: <<http://czech.freehosting.net/anatomie.htm>>
3. *Artromot kl Komfort* (moderní motodlaha) [online]. Poslední aktualizace 27. 2. 2008 [cit. 2008-2-4]. Dostupné z www: <<http://www.ormedent.cz/spolecnost-ormedent.htm>>
4. *Dopis po pacienty po totální endoprotéze kolene* [online]. Poslední aktualizace 14. 3. 2008 [cit. 2008-3-14]. Dostupné z www: <<http://nempr.prerov.cz/?q=ortopedie/pokyny/potepgen>>
5. FARKAŠOVÁ, D. et al.: *Ošetrovateľstvo-teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 135 s. ISBN 80-8063-086-0.
6. GRIM, M., DRUGA, R. et al.: *Základy anatomie I*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 159 s. ISBN 80-7262-112-2.
7. HIRSCHOVÁ E.: Když bolí klouby. *Květy*. Praha: 2005, roč. 15, č. 19. s. 48. ISBN 0862-898X.
8. HRABOVSKÝ, J. a kolektiv.: *Chirurgie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, s.r.o. 2002. 157 s. ISBN 80-86432-39-4.
9. HUDEC a kolektiv.: *Ortopédia a traumatológia, Rehabilitácia v ortopédii a traumatológii*. 1. vyd. Zvolen: Bratia Sabovci, 2004. 100 s. ISBN 80-89029-75-2.

10. CHALOUPKA, R. a kolektiv.: *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2001. 186 s. ISBN 80 7013-341-4.
11. CHLUMSKÝ, J. a kol.: *Antikoagulační léčba*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 220 s. ISBN 80-247-9061-0.
12. CHOVANCOVÁ, D.: Ošetrovatelská péče na ortopedické JIP po náročných operačních výkonech. *Sestra*. [online]. Praha: 2006, roč. 16, č. 11, s. 11-12. [cit. 2008-01-07]. Dostupné z www: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=278905>. ISSN 1210-0404.
13. JAHODA, D. et al.: Moderní trendy v léčbě infekcí kloubních náhrad [online]. Poslední aktualizace 3. 12. 2007 [cit. 2007-12-4]. Dostupné z www: <http://www.sanquis.cz/clanek.php?id%20clanek=826>
14. KNÍŽOVÁ, K.: Léčebná tělesná výchova u totální endoprotézy kyčelního a kolenního kloubu. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 1, s. 29-30. ISSN 1801-464X.
15. KRISTLOVÁ, J.: *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
16. KŘEMENOVÁ, E.: Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení. *Sestra*. Praha: 2006, roč.16, č. 4, s. 15. ISSN 1210-0404.
17. *Lemon 2*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 134 s. ISBN 80- 7013- 238- 8.
18. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 188 s. ISBN 80-246-0429-9.

19. MENCLOVÁ, K., SVĚDÍKOVÁ, M.: Pády seniorů v kolektivním zařízení. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 10, s. 38. ISSN 1210-0404.
20. ONDERKOVÁ, A.: Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 12, s. 17. ISSN 1210-0404.
21. *Pokyny pro pacienty s totální náhradou kolenního kloubu*. [online] Poslední aktualizace 14. 2. 2008 [cit. 2008-4-2]. Dostupné z www: <http://www.nemocnice.opava.cz/str/ortop/pokyny_koleno.htm>
22. PRŮCHA, J.: *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 481s. ISBN 80-7178-631-4.
23. RYCHLÍKOVÁ, E.: *Funkční poruchy kloubů končetin*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 256 s. ISBN 80-247-0237-1.
24. SLEZÁKOVÁ, L., NEJEDLÁ, M.: *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
25. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství II*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.
26. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al.: *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
27. ŠVECOVÁ, D., MARTINCOVÁ, R.: Edukační činnost sestry v rámci specifické alergenové imunoterapie. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 6, s. 36. ISSN 1210-0404.
28. *Totální endoprotéza kolenního kloubu* [online]. Poslední aktualizace 25. 10. 2006 [cit. 2007-11-9]. Dostupné z www: <<http://www.orthes.cz/tkr.htm>>

29. *Totální náhrada kolenního kloubu* [online]. Poslední aktualizace 3. 6. 2007 [cit. 2007-12-4]. Dostupné z www:
<http://www.nem.pce.cz/?_file=%2Fwebsite%2Fmainmenu%2FKliniky%20a%20odd%C4%9Blen%C3%AD%2FOrtopedie%2FTot%C3%A1ln%C3%AD%20n%C3%A1hrada&_site=pkn_web>
30. TRNAVSKÝ, K., RYBKA V. et al.: *Syndrom bolestivého kolene*. 1. vyd. Praha: Galén. 2006. 226 s. ISBN 80-7262-391-5.
31. TUTKOVÁ, J.: Komunikace sestry – pacient. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
32. VÁCLAVÍČKOVÁ, L., TROJANOVÁ, M.: Léčba bolesti po totální endoprotéze kolena. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 69. ISSN 1210-0404.
33. VAVŘÍK, P. et al.: *Endoprotéza kolenního kloubu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 83s. ISBN 80-7254-549-3.
34. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
35. Zákon 20/1966Sb. ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů. § 23 Poučení a souhlas nemocného.
36. ZÁVODNÁ, V.: *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.
37. ZEMAN, M. et al.: *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada. 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

8. Klíčová slova

Endoprotéza

Totální náhrada kolenního kloubu

Pooperační péče

Režimová opatření

Informovanost

Sestra

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Výzkumné otázky pro pacienty po totální náhradě kolenního kloubu

Příloha 2 - Výzkumné otázky pro sestry pracující na ortopedickém oddělení

Příloha 3 - Anatomie kolenního kloubu

Příloha 4 - Rentgenový snímek zdravého kolena a artrotického kolena

Příloha 5 - Přední a boční pohled na koleno po totální náhradě kolenního kloubu

Příloha 6 - Cementová totální náhrada kolenního kloubu

Příloha 7 - Motodlaha kolenního kloubu

Příloha 8 - Péče o nemocného na jednotce intenzivní péče

Příloha 9 - Dopis pro pacienty po totální endoprotéze kolene

Příloha 1

Výzkumné otázky pro pacienty po totální náhradě kolenního kloubu:

A) Identifikační údaje

- Jste muž nebo žena?
- Kolik je Vám let?
- Bydlíte sám/sama nebo s rodinou?
- Pracujete?
- Máte nějaké zájmy?
- Co Vás dovedlo k této operaci?
- Byl/a jste někdy na jiné operaci totální náhrady kloubu?
- Kdy a kde jste operaci totální endoprotézy kolenního kloubu postoupal/a?

B) Údaje o režimových opatřeních

- Jaké informace Vám byly poskytnuty o režimových opatřeních před propuštěním?
- Co uděláte, pokud budete mít po propuštění zvýšenou teplotu?
- Kdo Vás učil navlékání elastických punčoch po operaci?
- Kým jste byl/a seznámen/a o nutnosti nosit elastické punčochy v domácím prostředí?
- Jaké sporty Vám byly doporučeny vykonávat po propuštění do domácího prostředí?
- Máte omezení v příjmu některých potravin v souvislosti s užíváním Warfarinu?
- Jaký způsob celkové hygieny zvolíte po propuštění do domácího prostředí?
- Co může být podle Vás nejčastější příčinou pádu v domácím prostředí?
- Chystáte se po propuštění na rehabilitační pobyt v lázních?
- Na jaké kontroly budete docházet po propuštění z nemocnice v souvislosti s operací?
- Pokud půjdete na nějaký zákrok k jinému lékaři, co mu řeknete?

C) Údaje o problematice informovanosti klientů

- Kdo Vám poskytl informace o režimových opatřeních a kde?
- Kde vám byly informace o režimových opatřeních poskytnuty?
- Kdy Vám byly informace o režimových opatřeních poskytnuty?
- Jaký způsob předávání informací o péči po propuštění sestrami Vám nejvíce vyhovoval?
- Měl/a jste možnost klást sestře otázky, pokud Vám byly některé informace nesrozumitelné?
- Byly sestry ochotny Vám otázky zodpovědět?
- Do jaké míry Vám byly informace předané sestrami srozumitelné?
(nejlépe srozumitelné) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (nesrozumitelné)
- Vnímal/a jste nějaké překážky při předávání informací sestrami?

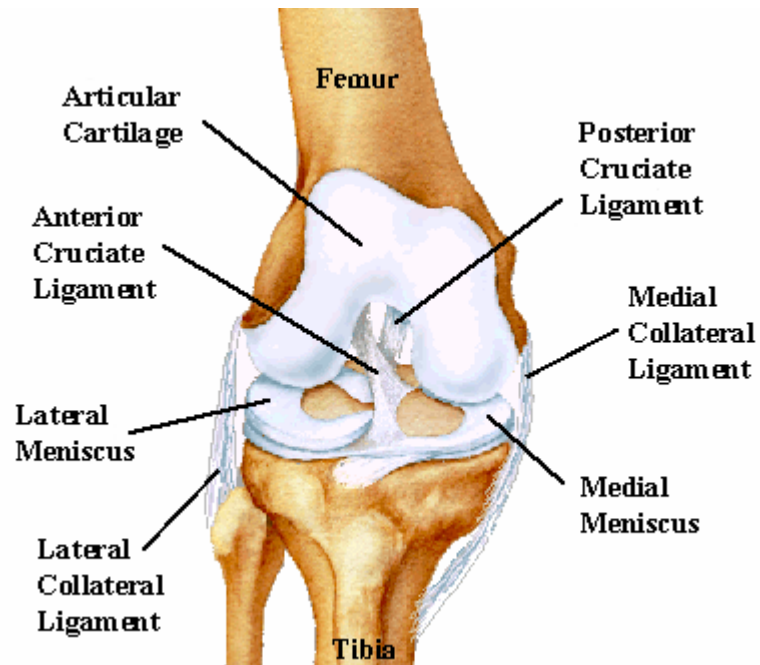
Příloha 2

Výzkumné otázky pro sestry pracující na ortopedickém oddělení:

- Informujete pacienty po totální náhradě kolenního kloubu o režimových opatřeních?
- S kým se podílíte na předávání informací pacientům o režimovém opatření?
- Kde poskytujete pacientům informace o režimovém opatření?
- Jakým způsobem předáváte informace pacientům o režimových opatřeních?
- Jaké překážky vnímáte při předávání informací pacientům?
- Dáváte pacientům prostor na otázky při předávání informací?
- Jaké komunikační techniky během předávání informací používáte?
- Kontrolujete, zda pacient pochopil informace, které jste mu předal/a?

Příloha 3

Anatomie kolenního kloubu



Zdroj: <http://czech.freehosting.net/anatomie>.

Příloha 4

Rentgenový snímek zdravého kolena a artrotického kolena

Přední a boční rentgenový snímek **zdravého** kolena



Přední a boční rentgenový snímek **artrotického** kolena



Zdroj:<http://www.orthes.cz/>

Příloha 5

Přední a boční pohled na koleno po totální náhradě kolenního kloubu



Zdroj: <http://www.orthes.cz/>

Příloha 6

Cementová totální náhrada kolenního kloubu



Zdroj: http://www.endoimplant.cz/koleno_mm.php

Příloha 7

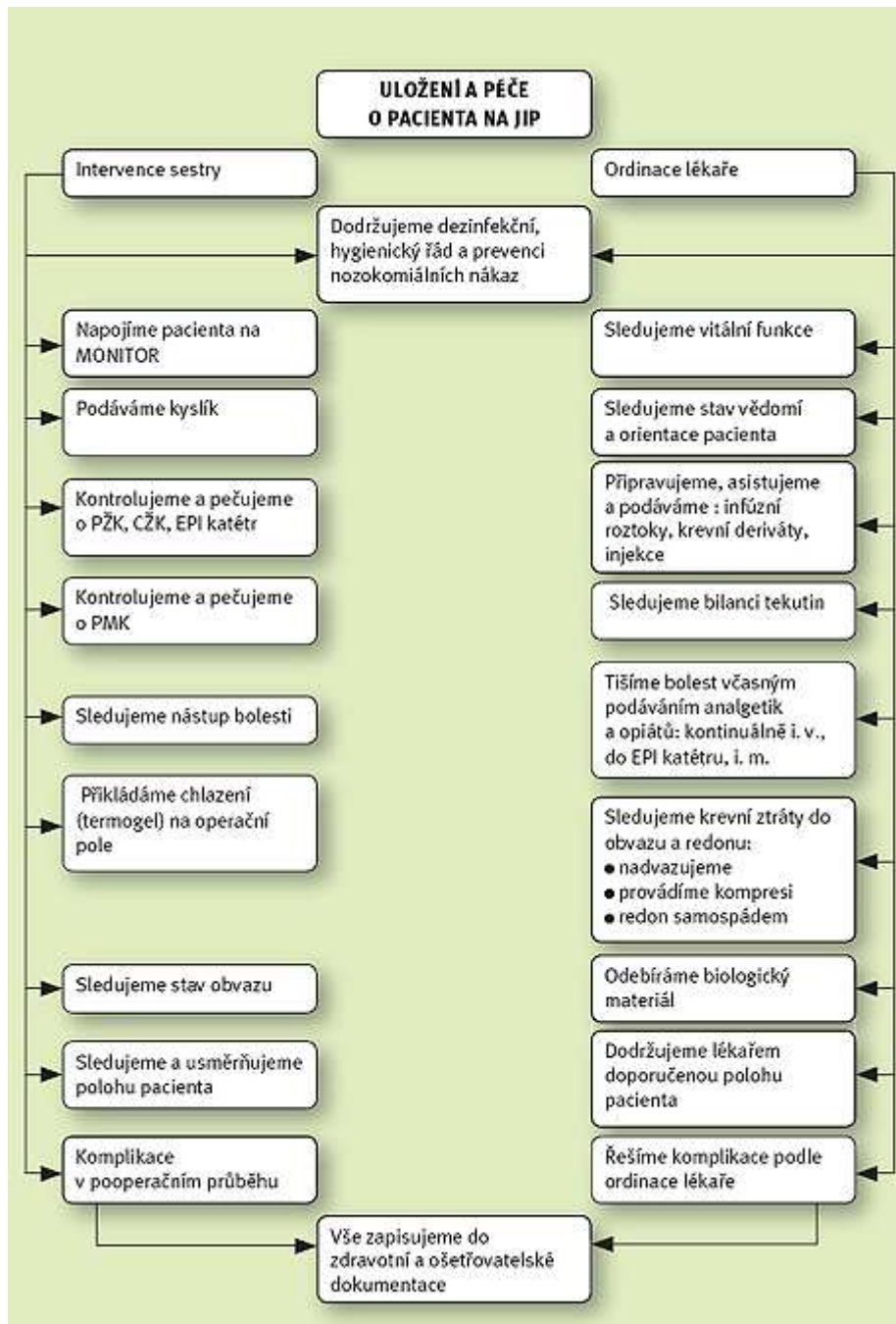
Motodlaha kolenního kloubu



Zdroj: <http://www.ormented.cz/d-7/artromot-k1-komfort.htm>

Příloha 8

Péče o nemocného na jednotce intenzivní péče



Zdroj: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=278905>

Příloha 9

Dopis pro pacienty po totální endoprotéze kolene

Vážený pane, vážená paní.

Prodělal /prodělala/ jste rozsáhlou operaci kolenního kloubu s jeho náhradou a k tomu, aby Vám tato kloubní náhrada sloužila co nejlépe po mnoho let je třeba Vaší spolupráce. Umělá kloubní náhrada zbavuje svého nositele bolesti a umožňuje prakticky normální funkci původně postižené končetiny. Aby tomu tak skutečně bylo, je třeba respektovat následující doporučení.

1. Nenamáhejte svůj operovaný kloub abnormálními pohyby nebo extrémními polohami. Není vhodné klekat na tvrdou a drsnou podložku, kloubní náhrada se v této pozici ocitá těsně pod kůží v místě kleku. Také je nutná prevence pádů, dosti riziková je koupelna, vhodná jsou madla a sedačka do vany.
2. Nezatěžujte kloub nadměrnou fyzickou aktivitou. Je možné si laicky představit, že každý kloub je vlastně ložisko s omezenou životností, čím je budete více zatěžovat, tím dříve se pravděpodobně uvolní. Na druhou stranu ale kloubní náhrada právě pohyb a běžné denní aktivity umožňuje a těch se také není třeba varovat. Spíše je třeba vynechat extrémní zátěže a přetížení sportem či nadměrnou námahou. Je ale třeba pokračovat v kondičním cvičení hybnosti operovaného kloubu, jak je znáte z oddělení a rehabilitace.
3. Po operaci používejte berle. Obvyklá je zátěž polovinou hmotnosti po odchodu z oddělení, k plné zátěži s odložením berlí se dopravujete individuálně, podle toho, jak Vás bude opakovaně vyšetřovat Váš operatér.
4. Chodte pravidelně po celý Váš další život na kontroly na ortopedii. Obvyklé termíny kontrol jsou 6 týdnů, 3měsíce a 6 měsíců po operaci, dále za rok, za dva roky a dále vždy po dvou letech. Na kontroly samozřejmě také musíte ihned při jakékoliv komplikaci. Kontroly na naší ambulanci jsou zcela ve vašem zájmu, proto Vás na ně nebudeme zvat a spolehne se na Váš zájem o Vaše zdraví.
5. Při jakémkoliv infekčním onemocnění ihned navštivte svého praktika, upozorněte ho, stejně jako kteréhokoliv jiného lékaře, že máte v sobě kloubní náhradu. Lékař Vás vyšetří a předepíše Vám včas vhodná antibiotika, kloubní náhrada je totiž velmi citlivá na jakoukoliv infekci v těle. Nerespektováním tohoto pokynu může dojít k závažné komplikaci.
6. Závěrem Vám přejeme pevné zdraví a bezproblémovou dlouhodobou funkci Vaší operované končetiny, ke které se můžete dopracovat spoluprací se svým ortopedem.

Zdroj: <http://nempr.prerov.cz/?q=ortopedie/pokyny/potepgen>