

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Role sestry v následné péči u pacienta po reimplantaci totální  
endoprotézy kyčle  
(DIPLOMOVÁ PRÁCE)**

Vedoucí práce:  
PhDr. Marie Trešlová, PhD.

Autor:  
Bc. Kateřina Klapačová

2009

## **Abstrakt:**

Reimplantation of total endoprosthesis currently reaches 25 % of the total amount of implanted endoprostheses. The role of a nurse consisting in care of a patient after such an operation is very important and irreplaceable. It is necessary for the nurse to monitor and satisfy patient's physical, mental and social needs. After such an operation patients are a lot more mentally stressed than after the primary implantation. In some cases they must be hospitalized longer which means possible social isolation which some patients do not cope very well. And last but not least, patients after such an operation might suffer from long-term pain which might be irritating or result in fear and anxiety. These are the main reasons why it is so important for nurses to be by patients and try to keep them relaxed and comfortable. I focus my research mainly on subsequent after-operation care which is very important for avoiding complications during convalescence.

The topic of my Dissertation is the role of a nurse concerning subsequent care of a patient after reimplantation of total hip joint endoprosthesis. The aim of the Dissertation is to find out whether nurses provide specific (medical) intervention to patients after reimplantation of total hip joint endoprosthesis depending on the nursing diagnoses or ordinarily depending on the type of operation. The second aim is to reveal patients' specific needs after reimplantation of total hip joint endoprosthesis and to create a suitable care plan. The third aim is to find out whether or not patients after reimplantation of total hip joint endoprosthesis are supplied with sufficient information how to avoid possible complications.

In order to obtain the necessary data the quantitative research was carried out in combination with the qualitative research. Data collection for the quantitative research was carried out using a survey method with a questionnaire. 54 informants (nurses) were interviewed. The qualitative research was carried out using the method of a semi-structured interview with patients who underwent hip joint reimplantation. 6 informants were chosen for the interview.

The hypothesis that nurses provide nursing interventions in a standard way, no matter if patients are after primary implantation of hip joint endoprosthesis or after

reimplantation of total hip joint endoprosthesis, was not verified. The other hypothesis, i.e. that nurses do not see any difference between nursing care in clients after reimplantation of total hip joint endoprosthesis and nursing care in clients after primary implantation of total hip joint endoprosthesis, was not verified.

I would like to introduce the research results to nurses who care of these patients. I would like to suggest how to provide ideal nursing care in order to satisfy patients' needs after hip joint reimplantation. I hope that the research results will change the opinion some non-specialists still hold – that nurses just provide prescribed interventions.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Role sestry v následné péči u pacienta po reimplantaci totální endoprotézy kyčle vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne.....

.....

Bc. Kateřina Klapáčová

**Poděkování:**

Děkuji své vedoucí práce paní PhDr. Marii Trešlové, PhD. za její vedení, vstřícný přístup a cenné rady související s touto diplomovou prací.



## **Obsah:**

<b>Úvod .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP kyčle) .....</b>	<b>5</b>
<i>1.1.1 Vývoj endoprotézy kyčelního kloubu.....</i>	<i>6</i>
<i>1.1.2 Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu endoprotézou.....</i>	<i>7</i>
<i>1.1.3 Typy používaných endoprotéz při TEP.....</i>	<i>8</i>
<i>1.1.4 Následná pooperační péče na JIP a standardním oddělení.....</i>	<i>9</i>
<i>1.1.5 Pooperační rehabilitace u pacienta po TEP .....</i>	<i>11</i>
<i>1.1.5.1. Role sestry v rehabilitační péči.....</i>	<i>13</i>
<i>1.1.5.2 Role fyzioterapeuta v rehabilitační péči .....</i>	<i>13</i>
<i>1.1.6 Rizika a možné komplikace po TEP kyčle .....</i>	<i>14</i>
<i>1.1.6.1 Nejčastější komplikace totální endoprotézy.....</i>	<i>15</i>
<i>1.1.6.2 Infekční komplikace totální endoprotézy .....</i>	<i>16</i>
<i>1.1.7 Domácí péče u pacienta po TEP .....</i>	<i>17</i>
<b>1.2 Reimplantace totální endoprotézy kyčle.....</b>	<b>18</b>
<i>1.2.1 Infekční a neinfekční uvolnění totální endoprotézy .....</i>	<i>19</i>
<i>1.2.2 Specifika ošetrovatelské péče po reimplantaci kyčle .....</i>	<i>20</i>
<i>1.2.3 Změny v chování a prožívání pacienta po reimplantaci.....</i>	<i>22</i>
<i>1.2.4 Potřeby hospitalizovaných pacientů po reimplantaci kyčle.....</i>	<i>23</i>
<b>1.3 Role sestry v péči o pacienta po reimplantaci kyčle .....</b>	<b>24</b>
<i>1.3.1 Role sestry v moderním ošetrovatelství.....</i>	<i>25</i>
<i>1.3.2 Vztah mezi sestrou a pacientem.....</i>	<i>26</i>
<i>1.3.3 Motivování pacienta sestrou .....</i>	<i>27</i>
<i>1.3.4 Psychologický a psychoterapeutický přístup sestry k pacientovi.....</i>	<i>28</i>
<i>1.3.5 Role sestry v prevenci infekce u pacienta po reimplantaci.....</i>	<i>29</i>
<i>1.3.5.1 Nozokomiální nákazy (NN) .....</i>	<i>30</i>
<i>1.3.5.2 Bariérová ošetrovatelská péče u pacienta po reimplantaci.....</i>	<i>31</i>
<i>1.3.5.3 Hygiena rukou u zdravotnických pracovníků .....</i>	<i>33</i>
<i>1.3.5.4 Prevence dekubitů u pacientů po reimplantaci kyčle .....</i>	<i>34</i>

<b>1.4 Využití mapy péče v ošetřování pacienta po reimplantaci kyčle.....</b>	<b>35</b>
<i>1.4.1 Historický vývoj map péče .....</i>	<i>35</i>
<i>1.4.2 Význam map péče.....</i>	<i>36</i>
<i>1.4.3 Aplikace mapy péče u pacienta po reimplantaci kyčle .....</i>	<i>37</i>
<b>2. Cíle práce a hypotézy.....</b>	<b>38</b>
<i>2.1 Cíle práce.....</i>	<i>38</i>
<i>2.2 Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu .....</i>	<i>38</i>
<i>2.3 Výzkumné otázky pro kvalitativní část výzkumu.....</i>	<i>38</i>
<b>3. Metodika .....</b>	<b>39</b>
<i>3.1 Použité metody a techniky.....</i>	<i>39</i>
<i>3.2 Charakteristika sledovaného souboru .....</i>	<i>39</i>
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>40</b>
<i>4.1 Kazuistiky respondentů kvalitativního výzkumu.....</i>	<i>40</i>
<i>4.2 Kategorizace dat z kvalitativního výzkumu v tabulkách .....</i>	<i>67</i>
<i>4.3 Základní grafy – kvantitativní výzkum .....</i>	<i>71</i>
<b>5. Diskuze .....</b>	<b>85</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>103</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>105</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>112</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>113</b>



„Dobrá ošetřovatelka vede nemocného ke všemu, co jest mu prospěšno...“

Florence Nightingalová

## Úvod:

V současné době tvoří reimplantace totálních endoprotéz až 25% z celkového počtu implantovaných endoprotéz. V oblasti ošetřovatelského výzkumu je stále více probírána problematika primární implantace totálních endoprotéz a s problematikou reimplantací se již tak často nesetkáváme. Je to velká chyba, neboť ošetřování pacientů po reimplantaci má svá specifika, kterých by si sestra, pečující o tyto nemocné, měla být vědoma. A to především proto, že takový pacient potřebuje zvýšenou ošetřovatelskou péči zaměřenou na změny jeho individuálních potřeb.

Role sestry v péči o pacienta po tomto výkonu je velice důležitá a nezastupitelná. Je potřebné, aby sestra sledovala a uspokojovala potřeby tělesné, psychické i sociální. Pacienti jsou po tomto výkonu mnohem více psychicky zatíženi než po prvotní implantaci. V některých případech musí být déle hospitalizováni a tím může hrozit sociální izolace, kterou někteří pacienti špatně snášejí. Jsou i pacienti, kteří si mohou klást za vinu, že se primárně implantovaná endoprotéza luxovala jejich zaviněním, či vinou někoho jiného. A v neposlední řadě pacienti po zákroku mohou trpět dlouhotrvající bolestí, která může znepokojovat, či vyvolat strach a úzkost. Toto jsou hlavní důvody, proč je velmi důležité, aby byla sestra pacientovi na blízku a snažila se o co největší pohodu a pohodlí klienta.

V mé diplomové práci se zaměřím na poskytování péče těmto pacientům, pro které je práce sestry velmi důležitá. Už její přítomnost některým pacientům pomáhá překonávat toto, pro někoho těžké, životní období. Právě sestra je ten, kdo pacientovi po výkonu dodává sílu, a to hlavně tu psychickou. Někdy stačí jen vlídné slovo z úst sestry a pacient hledí na svůj stav více optimisticky, má chuť bojovat a nevzdávat se. Bohužel někteří pacienti nedokáží vyjádřit své pocity, nedokáží se sestře svěřit s tím, co jim schází, co potřebují. Proto je velmi důležité, aby sestra byla empatická a dokázala navázat s pacientem přátelský vztah, pak se pacientovi lépe vyjadřují jeho problémy

a bolesti. Sestra může svým chováním a způsobem poskytované péče přispět k rychlejší rekonvalescenci. Nejenom zákrok lékaře, ale i péče a vlídné slovo sestry může léčit. Fyzická stránka souvisí s psychickou, jsou vzájemně propojeny a navzájem se ovlivňují. Pokud budou pacientovy potřeby po výkonu uspokojeny, a bude tím psychická stránka pacienta v pořádku, bude se ta fyzická rychleji vracet do původního stavu.

Svůj výzkum budu věnovat především následné pooperační péči, která je velmi důležitá pro další nekomplikovaný průběh rekonvalescence. Tato péče je poskytována nejčastěji na odděleních intenzivní péče ortopedického či traumatologického oddělení a následně na standardních ortopedických, traumatologických odděleních a odděleních infekčních. Umístění pacientů s touto diagnózou se v různých zdravotnických zařízeních může lišit.

## 1 Současný stav

### 1.1 Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP)

Endoprotézou nazýváme umělou náhradu kloubu, která se do těla pacienta zavádí operačně. Ačkoli se nejčastěji provádějí náhrady kolenních a kyčelních kloubů, výjimkou nejsou ani náhrady kloubů ramenních, loketních, zápěstních či prstních. Operace je nevyhnutelná především u těžkých stadií osteoartrózy, při závažném poškození kloubu úrazem, v důsledku těžšího revmatického onemocnění nebo při nádorovém onemocnění horního konce stehenní kosti (viz kapitola 1.1.2).

Jako implantát kyčelního kloubu může být použita tzv. protéza cervikokapitální (CKP), v tomto případě je nahrazena pouze hlavička stehenní kosti. Jedná se o kovovou náhradu, jamka zůstává původní a kovový dřík se do ní zaklobí. CKP je indikována u zlomenin krčku stehenní kosti a u starších lidí s životní prognózou do 5 let. Výhodou je možnost okamžité vertikalizace pacienta a plné zatěžování jeho operované dolní končetiny.

Dále se používá endoprotéza totální (dále jen TEP), kdy se vyměňuje hlavička i kloubní jamka. Předností je úleva od bolestí a obnovení či zlepšení funkce kloubu. Úspěšnost provedeného zákroku se uvádí kolem 90 %. Hlavními kontraindikacemi jsou závažná interní onemocnění, chronická nebo neléčená infekce v organismu a nemožnost spolupráce při následné rehabilitaci.

Obě tyto varianty mají pro pacienta výhody i nevýhody. V současnosti narůstá počet náhrad totálními endoprotézami, a to je jeden z důvodů, proč se tímto tématem v mé diplomové práci zabývám (22, 44, 45).

Možnost náhrady poškozeného kloubu znamená pro mnoho lidí často jedinou cestu do normálního života, který mohou prožít bez bolesti a omezení pohybu. Endoprotéza může život výrazně ulehčit, ale i zkomplikovat. Nikdo nezaručí, jak bude tělo na umělý kloub reagovat, jak rychle se bude člověk schopen po operaci zotavit a vrátit do normálního života nebo za jak dlouho se v jeho těle endoprotéza opotřebí. Problémy s kyčlemi nejsou doménou jen lidí ve starším věku, v posledních letech se

týkají i mladších věkových skupin. Výjimkou nejsou pacienti kolem 35 let. Ročně se v České republice provede přibližně 12-13 tisíc umělých náhrad kyčelního kloubu (25).

### ***1.1.1 Vývoj endoprotézy kyčelního kloubu***

Endoprotézy kyčelního kloubu byly uvedeny do klinické praxe koncem šedesátých let 20. století. Zásadní zlom nastal v roce 1962 v Anglii, když sir John Charnley provedl první implantaci cementované kyčelní endoprotézy. Dodnes je považován za otce moderního řešení náhrady kyčelního kloubu a jím vynalezený typ TEP je s jistými modifikacemi používán dodnes. Základem této protézy byla umělá jamka vyrobená z polyetylenu a upevněná pomocí cementu do původní vyfrézované jamky. Náhradní hlavice kloubu byla ukotvena pomocí dřívku z ušlechtilé slitiny a zacementována v horní části stehenní kosti.

V 80. letech minulého století byly do klinické praxe uvedeny necementované kyčelní náhrady. Jejich hlavní předností a cílem bylo snížit počet selhání a usnadnit reimplantaci (opakovanou implantaci) bez obtížného odstraňování cementu (54).

Původní endoprotézy vyvinuté v 70. letech měly životnost 5 až 10 let. Nyní jsou operovaní pacienti mladších věkových skupin, proto se požadavek na dobu životnosti protézy prodlužuje na 15 a více let. V současné době jsou při výrobě využívány nejmodernější technologické postupy a materiály, které přispěly k prodloužení životnosti. Materiály, ze kterých jsou dnešní kloubní náhrady vyrobeny, jsou většinou speciální biologicky nedráždivé kovy (titan, slitiny kobaltu a chromu), často také v kombinaci s keramikou nebo polyetylenem (vysokomolekulární polymer).

V posledních letech zaznamenala náhrada umělým kloubem veliký rozvoj. Vznikají nové typy endoprotéz, které jsou vyráběny novými technologiemi. Operační technika je předmětem vědecké diskuse a stále se zdokonaluje. Tento vývoj umožňuje snižování věkové hranice operovaných, neboť životnost používaných implantátů se prodlužuje. V popředí zájmu chirurga – ortopeda je šetrný zákrok, který co nejméně poškodí tkáň, urychlí uzdravení pacienta a umožní mu časnou pooperační rehabilitaci. Je to především zmenšení řezu nad operovaným kloubem a ochrana tkání v okolí

kloubu. Spojení operační techniky s počítačem umožňuje ortopedovi také výrazně zmenšit přístupovou cestu k postiženému kloubu a zároveň kontrolovat přesnost zákroku, přípravu kostního podkladu v kloubu pro implantát a správné umístění implantátu (8, 44).

### ***1.1.2 Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu endoprotézou***

Počet onemocnění, která mohou být řešena pomocí kloubní náhrady, stále narůstá. Jednou z příčin je koxartróza. Je to degenerativní onemocnění kyčelního kloubu, které může postihovat jeden nebo oba kyčelní klouby. Při artróze dochází k praskání kolagenových vláken ve chrupavce, mění se její složení a zvyšuje se v ní obsah vody. Chrupavka tak přestává plnit svou funkci. Tyto změny jsou provázeny i změnami na zakončení kosti pod chrupavkou. Kost je narušována tvorbou dutinek, do nichž proniká kloubní tekutina. Povrch kloubu se stává drsný a nepravidelný, což způsobuje bolest a omezení pohybu v kyčli. Nástup bolesti v oblasti kyčle je postupný, nejdříve se objevuje pouze v souvislosti s námahou, postupně se intenzita bolesti zvyšuje a objevuje stále častěji. Může vyústit i v trvalé bolesti, které nejsou závislé na fyzickém pohybu. Artróza kyčle bývá provázena kulháním, sníženou pohyblivostí kloubu a stupňující se kloubní ztuhlostí (44, 25). Dalším důvodem k provedení náhrady je poškození kloubu úrazem a zlomenina krčku stehenní kosti. Tento typ zlomenin se objevuje nejčastěji u starých osob. U mladších jedinců se tato zlomenina vyskytuje v případě těžkého traumatu. Destrukce kloubu vznikající v důsledku revmatického onemocnění, je také indikací k provedení náhrady postiženého kloubu. Do této skupiny patří především pacienti trpící revmatoidní artritidou. U těchto pacientů jsou dlouhodobé výsledky po implantacích velmi dobré. Je to dáno zpravidla drobnější postavou pacientů, dobrou spoluprací a menší aktivitou. Náhrada implantátem může být provedena také při destrukci stehenní kosti, která je například zapříčiněna různým onemocněním. Náhrady se provádějí i u nádorových onemocnění, které postihují oblast kyčelního kloubu (8, 41, 44).

### ***1.1.3 Typy používaných endoprotéz při TEP***

Při endoprotéze totální je nahrazena hlavice i kloubní jamka. V dnešní době existuje na trhu rozsáhlá škála implantátů domácích i zahraničních výrobců, které jsou vhodné pro různé typy nemocných. Výběr vhodného implantátu je závislý na celé řadě faktorů, které posuzuje operátor. Endoprotézy se dělí na cementované, necementované, hybridní a resurfacing.

Cementová náhrada je používána od 60. let minulého století. Tyto náhrady jsou ukotveny pomocí „kostního cementu“, což je speciální tuhnoucí hmota. Kloubní hlavice je vyráběna v různých velikostech a materiálech. Jedná se o biologicky neдрáždivý kov (titan, slitiny kobaltu a chrom), který se kombinuje s keramickými materiály či polyetylenem (vysokomolekulární polymer). Acetabulum (kloubní jamka kyčelního kloubu) je speciálně upraveno pomocí polyetylenové vložky - umělé hmoty. Vložka je do původní kloubní jamky upevněna pomocí cementu - polymetylakrylátu. Hlavice je do acetabula ukotvena pomocí dřívku, který je vyroben z ušlechtilé slitiny a zacementována v horní části kosti stehenní. Nevýhodou je nevhodnost pro mladší aktivní pacienty, neboť po 10 - 15 letech dochází k uvolňování jamky. Výhodou je, že tento způsob je nejdéle používaný a tedy osvědčený (23, 55).

Endoprotézy necementované jsou modernější metodou zavedenou do praxe v 80. letech minulého století. Umožňují fixaci bez cementu. Ukotvení je zde zajištěno tvarem a speciální úpravou jejich povrchu, která po určité době zajistí pevnou přilnavost ke kostnímu lůžku. Nevýhodou je nutné pečlivé opracování a přesný kontakt kosti s implantátem. Naopak výhodou je dlouhodobá životnost, proto je tato metoda vhodná pro mladé a aktivní pacienty (44). Hybridní endoprotézy jsou stále více uplatňovány. Tento typ vychází z toho, že kombinuje oba typy fixace, tedy typ cementový i necementový.

Resurfacing je povrchová náhrada kyčle, kdy dochází k náhradě poškozené třecí plochy. Kloubní hlavice je obroušena a je na ni nanesen mimořádně odolný kov. Tento kov také vystýlá acetabulum, které je vyfrézováno dle standardních postupů. Při tomto postupu musí být stehenní kost zachovalá, podmínkou je také aktivní věk pacienta.

Na druhou stranu je výhodou rychlé zotavení, nenáročnost, plná pohyblivost a nízká bolestivost (23, 44).

#### ***1.1.4. Následná pooperační péče na JIP a standardním oddělení***

S vyvíjejícím se zdravotním stavem se mění i aktuální potřeby pacienta a nároky na ošetrovatelskou péči. Je velmi důležité, aby sestra navázala s pacientem partnerský vztah, uměla ho trpělivě vyslechnout, dokázala mu poradit a neudílela jen příkazy a zákazy. Sestra by měla znát všechny pacientovy potřeby, které musí postupně saturovat (15). Sestry, které pečují o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu, tak i po její reimplantaci, musí vnímat pacienta jako celek, jako bytost bio-psycho-sociální, bytost holistickou. Holismus označuje lidský organismus jako integrovanou a organizovanou jednotu. Porušení jedné části celku vede k poruše jiné části nebo celku celého (50).

### **Ošetrování pacientů na JIP**

Dle zvyklostí pracoviště jsou pacienti po výkonu přijati na JIP či pooperační pokoj, kde tráví většinou jeden až dva dny, dle celkového stavu pacienta. Z JIP či pooperačního pokoje jsou pacienti přeloženi na standardní oddělení, kde se pokračuje v rekonvalescenci (16).

Ošetrování pacientů na jednotkách intenzivní péče (JIP) se ve většině zařízení s minimálními odchylkami shoduje. Pacienti jsou hned po přijetí napojeni na monitor, pomocí kterého sestra po zákroku kontroluje fyziologické funkce, především tlak, puls a saturaci kyslíkem. Hodnoty těchto fyziologických funkcí zapisuje v časových intervalech, které určí lékař, do dokumentace. Dále je nutné evidovat příjem a výdej tekutin. Tekutiny může pacient začít přijímat po odeznění anestezie, pokud lékař neurčí jinak. Má-li pacient normální peristaltiku, začíná s přijímáním stravy. U diabetických pacientů je nutností kontrolovat hladinu glykémie, většinou 3x denně a dle hodnot aplikovat inzulin. Dalším úkolem sestry v časném pooperačním období je sledování operační rány a odpady z Redonových drénů. Kontroluje i jejich funkčnost a provádí výměnu. Drény se obvykle odstraňují 2. - 3. den po operaci.

Sestra, která pečuje o pacienta po totální endoprotéze kyčle, musí zajistit jeho správnou polohu. Pacient leží na zádech se správným antiluxačním postavením operované končetiny – extenze DK, abdukce v kyčli je zabezpečena pomocí klínu mezi dolními končetinami a vnitřní rotací špičky, která je v časném pooperačním období zajištěna derotační botou. Zevní rotace, tak i úplné přinožení, které může způsobit vykloubení endoprotézy, je pro tyto pacienty nežádoucí, a operace se tak stává neefektivní. Je zde nutné nezapomínat na antidekubitární podložení pat a na bezchybné bandážování operované končetiny.

Sestra dále pečuje o invazivní vstupy – Redony, permanentní močový katétr (zaveden z důvodu sledování bilance tekutin, bolesti kyčle a zvýšeného rizika luxace při zvedání pacienta na mísu v raném pooperačním období), intravenózní kanyla, popřípadě epidurální katétr na tlumení pooperační bolesti. Intravenózní kanylou sestra podává tekutiny, analgetika, antiemetika, profylakticky antibiotika, krevní transfuze (v období po výkonu může být pacient ohrožen komplikacemi z velkých krevních ztrát).

Sestra pacientovi, v prvních dnech po zákroku, aplikuje s.c. nízkomolekulární heparin, jako prevenci TEN. Dále se podílí na dechové rehabilitaci, která je prevencí plicních komplikací. Důležitým úkolem sestry je také dbát na prevenci dekubitů, které jsou velkým rizikem pro starší a obézní pacienty, kteří mohou být po výkonu dlouhodoběji imobilizováni. Důraz se klade na správné polohování, důslednou hygienu a správné používání antidekubitárních pomůcek.

Bolest se v tomto období tiší aplikací analgetik či opiátů. Je možné tyto medikamenty podávat epidurálním katétre. Analgetika se podávají v bolusových nebo kontinuálních intervalech. Výhodou epidurálního katetru je dlouhodobá a vysoká účinnost s možnostmi včasné rehabilitace pacienta. Sestra při jeho ošetřování musí dodržovat základy sterilního postupu. Byla-li operace provedena v epidurální anestezii, sleduje sestra močení. Pacientovi se může stát, že necítí pocit na močení. V opačném případě se může stát, že se pacient samovolně nevymočí a je indikováno cévkování (některá pracoviště preferují zacévkování již před operací).

Ve většině případů vstává pacient poprvé první pooperační den za pomoci rehabilitačního pracovníka, který mu přesně určí, jak odlehčovat operovanou končetinu.



Pacient se postupně posadí, postaví a druhý den se pokusí alespoň o pár kroků s francouzskými berlemi. Rychlost vertikalizace závisí vždy na celkovém stavu pacienta (1).

### **Ošetřování pacientů na standardním oddělení**

Po přeložení na standardní oddělení polohuje sestra pacienta do antiluxační polohy a upravuje prostředí dle potřeb pacienta. Většinou třikrát denně kontroluje fyziologické funkce, dále denně asepticky převazuje místo vstupu kanyly a kontroluje její funkčnost. Operační ránu sestra pravidelně kontroluje a v případě, že rána prosakuje, provádí převazy podle potřeby. Přibližně desátý až dvanáctý den lékař odstraňuje stehy, ve většině případů již ambulantně.

Nejsou-li žádné potíže, odstraňuje se permanentní močový katétr obvykle u mužů do 3 dnů a u žen do 5 dnů po výkonu.

Na zmírnění bolesti podává sestra pacientovi analgetika intramuskulárně nebo epidurálním katétre, který je většinou zaveden do 6. pooperačního dne. Má-li pacient zaveden epidurální katétr, pak sestra každý den převazuje místo vpichu a mění polohu vnější části katétru fixovaného k tělu.

V rámci prevence tromboembolické nemoci se přikládají elastické kompresní punčochy nebo elastická bandáž dolních končetin. Sestra kontroluje její funkčnost, každé ráno se musí punčocha sundat a končetina umýt a promazat.

Všem pacientům se preventivně podávají antikoagulantia jednou denně, po propuštění se přechází na Warfarin či Pradaxu (15).

### ***1.1.5 Pooperační rehabilitace u pacienta po TEP***

Následná cílená rehabilitace je úspěšným procesem, který umožňuje ústup bolesti, zvýšení hybnosti a zlepšení míry tolerance pro běžné denní aktivity.

Rehabilitace prováděná u pacientů po implantaci TEP se skládá ze tří fází. První je rehabilitace předoperační, na ní navazuje pooperační rehabilitace a pokračuje se s rehabilitací po propuštění z nemocnice. Ve všech těchto fázích je důležitá spolupráce mezi fyzioterapeuty a sestrami. Pacient by měl dostávat opakovaně jednotné informace

od všech členů zdravotnického týmu. Cílem všech zdravotnických pracovníků, kteří pečují o pacienta po TEP kyčelního kloubu, je dosažení co největší míry jeho soběstačnosti, v co nejkratší době.

Pooperační rehabilitace probíhá podle schématu, které se většinou shoduje ve většině institucí. První pooperační den jsou pro začátek ordinována dechová cvičení, dále je zahájeno kondiční cvičení neoperovaných končetin se zaměřením na natahovače lokte, které mají význam při chůzi o berlích. Na operované končetině se aktivně cvičí hlezno, izometricky gluteální svaly a musculus quadriceps femoris.

Druhý a třetí den po operaci se přidává aktivní cvičení v kyčelním kloubu s dopomocí. Dále pacient nacvičuje sed na lůžku se svěřenýma nohama a postupně začíná s vertikalizací. V této fázi je na místě nacvičování trojdobé chůze o francouzských holích.

Čtvrtý a pátý pooperační den se začíná s přetáčením na zdravý bok s molitanovým čtvercem, či polštářem, mezi dolními končetinami. Tento postup zabrání luxačnímu pohybu do abdukce a zevní rotace.

Šestý a sedmý den po operaci se přidává cvičení vleže na břiše s izometrickým cvičením gluteálních svalů a cvičení flexe a extenze v kolením kloubu. Dále pacient začíná cvičit vnitřní rotaci vsedě na lůžku se spuštěnýma nohama.

Osmý až dvanáctý pooperační den se přidává nácvik chůze po schodech, při kterém je nezbytná přítomnost fyzioterapeuta, který musí pacienta bedlivě sledovat a opravovat jeho možné chyby, aby k nim nedocházelo v domácím prostředí. Pokračuje se s učením soběstačnosti a sebeobsluhy, která zahrnuje nácvik chůze po bytě, po nerovném terénu, sezení na WC či na židli.

Třináctý až čtrnáctý den je pacient obvykle před propuštěním, proto je nutné poučení o domácím režimu. U některých pacientů je potřeba doporučit některé úpravy v bytě, jako je nainstalování madel na WC a k vaně, dále pomůcky jako jsou nástavce na WC, navlékač punčoch atd. (8, 32, 40).

### ***1.1.5.1 Role sestry v rehabilitační péči***

Sestra se aktivně účastní všech fází rehabilitačního procesu. Musí ke každému pacientovi přistupovat individuálně, měla by se pokusit o navázání vhodného empatického kontaktu s pacientem.

Role sestry v rehabilitační péči je nejdůležitější v časně léčebné RHB, která je soustředěna na období těsně po operaci. V této době je kladen důraz na prevenci tromboembolických komplikací, bronchopneumonií a dekubitů, dále se soustřeďuje na vertikalizaci pacienta (nejdříve stání, poté i chůze), zvyšování rozsahu pohybu a svalové aktivace a v neposlední řadě je snaha o dosažení maximální míry soběstačnosti v běžné denní činnosti.

Sestra dále provádí činnosti, které jsou prevencí tromboembolické nemoci. Tyto aktivity jsou ordinovány lékařem. Patří sem bandážování dolních končetin, podávání antikolagulancií a antiagregancií a v neposlední řadě podávání analgetik před cvičením. Neprovádí však jen činnosti dle ordinace lékaře. Aktivně se zapojuje do procesu rehabilitace, poskytuje pacientovi informace, které jsou pro něj nezbytné, kontroluje dodržování pohybového režimu, polohuje pacienta, pomáhá mu při běžných denních činnostech, aplikuje polohovací pomůcky, ošetřuje pooperační ránu, předchází pohybům, které vedou k luxaci TEP a spoustu dalších činností, které spadají do rehabilitace (32).

### ***1.1.5.2 Role fyzioterapeuta v rehabilitační péči***

Fyzioterapeut dochází za pacientem během všech fází rehabilitačního procesu, pomáhá pacientovi k dosažení co nejrychlejší soběstačnosti.

V předoperační rehabilitaci je úkolem fyzioterapeuta seznámit pacienta s cvičením, které bude provádět po výkonu. Dále s pacientem nacvičuje sed, přetáčení na bok a břicho s polštářem mezi kolena, nácvik stoje a chůze o berlích bez zatěžování operované končetiny a nácvik chůze o berlích po schodech. Fyzioterapeut má také za

úkol pacienta edukovat o předpokládaných bolestech a obtížích s chůzí po operaci. Tato edukace snižuje psychickou zátěž, která může snižovat efekt pooperační rehabilitace.

Cílem pooperační rehabilitace během hospitalizace je vertikalizace pacienta, nácvik samostatné chůze bez zátěže operované končetiny a nácvik sebeobsluhy. Pacient je poučen o nutnosti eliminace nevhodných pohybů, které by mohly vést k luxaci. Pacient v této fázi získává informace o situacích v běžném životě, při nichž k těmto pohybům dochází, a současně i o možnostech, jak se jim vyhnout. Tato rehabilitace je prováděna po celou dobu hospitalizace, většinou 7 – 14 dnů (38).

Po propuštění z nemocnice má pacient možnost podstoupit komplexní lázeňskou léčbu nebo může být přeložen na rehabilitační oddělení. Role fyzioterapeuta v této fázi rehabilitace je edukovat pacienta o tom, jak provádět rizikové pohyby a úkony. V sedu by pacient neměl mít ohnutý kyčelní kloub více než do pravého úhlu, proto je vhodný nástavec na WC a nevhodná jsou hluboká křesla. Nedoporučuje se hluboký předklon či ohýbání se pro předměty ležící na zemi. Pacienti by neměli ani prudce otáčet trupem. Při pobytu na lůžku, zejména při přetáčení musí mít pacient mezi kolena polštář. V žádné poloze nesmí dávat „nohu přes nohu“. K dalším informacím, které podává fyzioterapeut, patří, jak správně ulehat na lůžko, správně z lůžka vstávat, jak a na čem správně sedět, jak se správně oblékat a obouvat a v neposlední řadě znovu zopakuje správnou chůzi o berlích. Nezbytné jsou pro pacienta i informace o tom, které sporty nejsou po výkonu doporučovány, kdy bude moci pacient zasednout za volant a řídit automobil a jak správně v domácím prostředí cvičit (32,44).

### ***1.1.6 Rizika a možné komplikace po TEP kyčle***

Jako každá operace, tak i náhrada kyčelního kloubu endoprotézou, není bez rizika. Tato operace představuje pro pacienty jak fyzickou, tak i psychickou zátěž. Je nutné, aby byli pacienti před výkonem podrobně seznámeni s možnými riziky a komplikacemi, které se během výkonu a také po něm mohou objevit. Některým komplikacím může předcházet sám operovaný, proto by měl být podrobně seznámen s prevencí možných komplikací.

### ***1.1.6.1 Nejčastější komplikace totální endoprotézy***

Nejčastější komplikací po výkonu je přetrvávající bolest, která může souviset s mnoha příčinami, jako je uvolnění endoprotézy, infekce, burzitida, tumor v oblasti kyčelního kloubu nebo únavová zlomenina.

Další komplikací je vykloubení endoprotézy. Tento stav je často následkem hrubého nedodržování pohybového režimu v pooperačním období. Projevuje se výraznou, náhle vzniklou bolestivostí, omezením pohybu v kyčelním kloubu a zkrácením končetiny. Tento stav vyžaduje repozici, často v celkové anestezii, kterou provádí ortoped.

Další z obávaných komplikací je uvolnění endoprotézy. Uvolnění může být aseptické, které bývá způsobeno mechanickým selháním endoprotézy či v důsledku periprotetické fraktury. Septické uvolnění vzniká infekcí, zavlečenou při implantaci, nebo vznikne sekundárně hematogenní či lymfatickou cestou, nebo přímým přestupem (8, 44).

Nejzávažnější komplikací je smrt, která souvisí s operačním výkonem. Mortalita je kategorizována do tří skupin. Mortalita nemocniční, mortalita do 30. dne a mortalita do 90. pooperačního dne. Nejčastější příčinou úmrtí v souvislosti s implantací TEP je kardiopulmonální selhání a tromboembolická nemoc. Této komplikaci lze předejít věnováním pozornosti prevenci tromboembolické nemoci. Prevence spočívá v podávání antikoagulačních přípravků (nízkomolekulární heparin, následně Warfarin), dále je velmi důležitá elastická bandáž dolních končetin, od špiček až nad koleno. Nutné je také dbát na dostatečný příjem tekutin a pohybový režim, který spočívá v časném vstávání z lůžka (44).

Další možnou komplikací reimplantace je alergie pacienta na materiál, z kterého je použita endoprotéza vyrobena (titan, chrom...). Po zjištění této alergie je nutné naplánovat výměnu použitého materiálu, aby byla endoprotézy zcela funkční

Jednou z nejobávanějších komplikací po implantaci totální endoprotézy kyčle je infekce. Tato komplikace je pro pacienty velmi zatěžující, neboť léčba je zdlouhavá

a výsledky nejisté. Z těchto důvodů věnuji infekčním komplikacím samostatnou kapitolu.

#### ***1.1.6.2 Infekční komplikace totální endoprotézy***

Podle některých literárních zdrojů jsou asi 1-2 % všech implantovaných endoprotéz během své životnosti komplikovány infektem.

Infekce, které se vyskytnou po aplikaci endoprotézy, vznikají kontaminací operačního pole patogenními mikroorganismy (asi polovina infektů) nebo mohou být výsledkem sekundární kolonizace při bakteriemiích, které se objevují při vzplanutí chronických infektů (urogenitální trakt, dentální infekty, diabetické komplikace, gynekologická infekce apod.).

Výskyt infekcí je vyšší u pacientů trpících obezitou. Riziko se zvyšuje i u alkoholiků, revmatiků a u pacientů s imunosupresivní terapií, dále u pacientů, kteří dlouhodobě užívají kortikoidy nebo antikoagulační terapii.

Klinicky se infekce projevuje především bolestivostí v oblasti kloubu. Při akutním průběhu je součástí klinického obrazu celkové zhoršení zdravotního stavu s vysokými hodnotami zánětlivých markerů. Pro stanovení diagnózy je zásadní získání vzorku punkcí ke kultivaci a stanovení citlivosti na antibiotika (8, 22).

„Léčba spočívá v chirurgické sanaci ložiska a masivní antibiotické léčbě. Veškerý cizorodý materiál a infikované granulační tkáň se musí odstranit. Vitální kost je třeba naopak zachovat. Proveďte se sutura rány s aplikací Redonovy drenáže, po 4 – 6 hodinách se podávají antibiotika, nejlépe intravenózně pro dosažení bakteriální hladiny v séru. Nutná je dále adekvátní stabilizace končetiny. Může se stabilizovat trakce na několik týdnů. Je třeba také rozhodnout, zda extrahovat protézu a zda je možná reimplantace v jedné době nebo odložená reimplantace po několika týdnech či měsících“ (22, s. 1280).

Dungl shrnuje léčbu infekčních komplikací do pěti postupů, které se částečně překrývají. „ Antibiotická terapie, incize a drenáž kyčelního kloubu, revize kyčelního

kloubu jedno nebo dvoudobou reimplantací, extrakce TEP a exartikulace kyčelního kloubu“ (8, s. 940).

### ***1.1.7. Domácí péče u pacienta po TEP***

Z nemocničního ošetřování se pacient většinou propouští podle nácviku chůze a soběstačnosti v rozmezí 7. až 12. pooperační den. Je důležité, aby byl pacient před propuštěním do domácí péče dostatečně edukován, aby se předešlo možným komplikacím. Informace podává pacientovi jak fyzioterapeut, tak i sestra, která má v edukaci také svou roli. Pacientovi před propuštěním musí být sděleny následující informace, které se týkají dlouhodobé rehabilitace.

Pacientovi je doporučeno dodržovat odlehčování operované končetiny. Prvních 14 dnů po operaci může pacient šlapat na operovanou končetinu 1/3 hmotnosti, po 14 dnech na 1/2 hmotnosti, po půl roce chodit doma bez berlí, na delší trasy však s vycházkovou holí. Pro správné sezení po operaci je vhodné, aby nemocní používali vysokou židli a jejich koleno by mělo být níž než kyčelní kloub, aby operovaná končetina nebyla ohnuta více než 70° až 90°.

Po TEP kyčle nesmí pacienti minimálně 3 měsíce křížit končetiny a spát na boku operované končetiny, chodit po mazlavém a mokřem terénu a musí nosit vhodnou obuv nejlépe s pružnou podrážkou, vleže nebo při posazování vkládat klín mezi stehna, častěji měnit polohy, sedět na obou půlkách hýždí.

Dále je pacient poučen o důležitosti užívání perorálních antikoagulancií, pravidelných návštěvách lékaře (odběry krve pro hemokoagulační kontrolu), přikládání elastické bandáže před vstáváním z lůžka, dostatečný příjem vápníku, opakované kontroly v ortopedické ambulanci, zatěžování končetiny dle rad lékaře (38).

Pokud pacient dodržuje tyto zásady, je nebezpečí uvolnění endoprotézy po 3 měsících minimální. Obvyklá délka pracovní neschopnosti je 3 až 4 měsíce dle druhu zaměstnání. Sportovní aktivity je možné zvažovat od 6. měsíce po operaci.

Před propuštěním pacienta do domácí péče sestra edukuje, kromě správné rehabilitace, o správné životosprávě, o pravidelných rentgenových a ambulancních kontrolách, o nutnosti návštěvy lékaře u prvních známek jakékoli infekce. Edukaci

provádí sestra společně s fyzioterapeutem, kdy se každý zaměřuje na oblast, která souvisí s jeho kompetencemi.

Pacient je také informován o možné lázeňské léčbě, kterou může podstoupit po tomto zákroku. Sestra se vždy musí přesvědčit, že podané informace pacient chápe a rozumí jim (24, 32, 44).

## **1.2 Reimplantace totální endoprotézy kyčle**

Revizní operace se stávají velice často součástí péče o pacienty s náhradami kyčelního kloubu a jejich počet výrazně narůstá. V současné době se najde řada pracovišť, kde se počet revizních operací blíží počtu primooperací. „Tato skutečnost vede lékaře k úvahám o správnosti výběru implantátu při primární operaci, operační technice, pooperační péči a sledování pacientů po ukončení léčení“ (5, s. 33).

Důležitým faktorem, který významně ovlivňuje výsledek reimplantace, je její včasné provedení. Včas indikovaná a provedená reimplantace může předejít vzniku rozsáhlých destrukcí skeletu a to znamená snazší operační výkon pro pacienta i operátora. Pokud je reimplantace včas indikována, je možné použít necementované komponenty určené pro primoimplantace. Tento výkon je finančně příznivý a má dobré předpoklady pro dlouhodobý výsledek.

Pozdní výkon musí řešit rozsáhlou destrukci skeletu, což znamená náročnost jak pro pacienta, tak pro operátora. Při těchto výhonech se využívají speciální implantáty, jejichž cena je obvykle vysoká.

Revizní operace může vyžadovat použití kostních štěpů, a to z vlastního těla anebo z kostní banky. Kostí štěp je kostní tkáň odebraná od dárce štěpu během operačního výkonu. Nejčastěji k odběru kostního štěpu dochází během implantace umělé náhrady kloubu. Nejčastěji se tyto kostní štěpy používají právě při opakované výměně uvolněné endoprotézy, kdy vzniká kostní defekt v okolí implantátu.

Jako po první operaci je životnost náhrady závislá na použité technice implantace a způsobu života pacienta. Revizní operace je mnohem náročnější operační výkon než první operace, i přesto však může být dosaženo požadované kvality. Je



možno provést i třetí, případně čtvrtou revizní operaci. Je třeba říci, že každá revize staví pacienta a operátora před mnohdy speciální a těžký úkol.

Hlavní zásadou bezproblémové reimplantace je zajistit výkon bez dlouhé čekací doby. Dále je důležité, aby komplikované revizní operace byly koncentrovány na pracoviště, která mají příslušné technické vybavení a tým erudovaných odborníků.

Při reimplantacích je vhodné preferovat necementované titanové komponenty, které mohou vést k strukturální obnově femuru. „V případě rozsáhlejších defektů acetabula je vhodné používat materiál z titanu, který umožní umístění cementované jamky do správného centra rotace a díky vyplnění defektu pod augmentací kostními štěpy lze očekávat přestavbu skeletu, a tím i dlouhodobou funkci“ (5, s. 204).

Pracoviště zabývající se revizní endoprotetikou kyčelního kloubu musí mít dostatečnou znalost s primoimplantacemi, využitím kvalitní techniky cementování a použitím extenzivních přístupů ke kyčelnímu kloubu. Dále musí mít k dispozici techniku, implantáty a kostní štěpy z tkáňové banky, umožňující řešení všech složitých situací, ke kterým může při revizní operaci dojít. Konečně musí mít zázemí kvalitní nemocnice s možností mnohooborové péče o pacienta v pooperačním období po revizním výkonu (4, 5, 22).

### ***1.2.1 Infekční a neinfekčního uvolnění totální endoprotézy***

U symptomatických pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu je důležité oddiferencovat infekci od neinfekčního uvolnění totální endoprotézy. V obou případech je nutná operační revize, avšak pro operátora je nutné tyto stavy odlišit ještě před vlastní revizí.

U neinfekčního uvolnění následuje po odstranění uvolněné protézy reimplantace ihned. Naopak u zánětu je nutné odstranit kovový materiál, následuje intenzivní antibiotická léčba infekce. Reimplantace nové protézy proběhne většinou až v určitém časovém odstupu. Existují tři možné postupy. Jednodobá výměna znamená kratší dobu léčení a je levnější. Na druhé straně je však vyšší riziko recidivy infektu.

Odložená výměna po použití spaceru či dočasného implantátu s odstupem 6 týdnů až 6 měsíců má vysoké procento úspěšnosti vyléčení (80 – 100%) a má i přijatelnou dobu léčení. Tato výměna je nejčastěji používaným způsobem, při kterém jsou v případě potřeby k výplni defektů využity kostní aloštěpy.

„Třístupňová výměna obsahuje resekční artroplastiku doplněnou antibiotickou terapií, rozsáhlou plastiku kostními štěpy s odstupem 3 až 6 měsíců a implantaci necementované TEP po dalších 9 – 12 měsících. Tato výměna je považována za alternativní metodu při extrémních kostních ztrátách v případech, kdy lze předpokládat nepříjemný stav pro pacienta při použití klasické metody vynětí TEP“ (5, s. 195).

### ***1.2.2 Specifika ošetrovatelská péče po reimplantaci kyčle***

Následná péče po reimplantaci je v mnoha oblastech podobná péči po primární implantaci. Ovšem jak už bylo zmíněno, záleží především na sestře, která péči poskytuje. Sestra může ošetrovatelskou péči provádět automaticky dle diagnózy nebo se může zaměřit na individuální potřeby pacientů a podle nich přizpůsobit péči.

Ihned po přijetí pacienta na JIP je povinností sestry zjistit od ošetřujícího lékaře, zda se péče o daného pacienta bude lišit od běžné péče, kterou je sestra zvyklá poskytovat u pacienta po implantaci totální endoprotézy (antirotáční bota, zatěžování operované končetiny, poloha operované končetiny....).

Pacient po reimplantaci endoprotézy je mnohem více ohrožen infekcí než pacient po primární implantaci. Je to dáno především opakovaným výkonem, který vždy zvyšuje riziko infekce. Z tohoto důvodu sestra podává a kontroluje správné a pravidelné užití antibiotik. Po reimplantaci se většinou, na rozdíl od primární operace, podává kombinace více antibiotik a antibiotika se podávají i po delší dobu. Je tedy velmi důležité, aby byla naordinovaná antibiotika podána ve správné dávce a správný čas, přesně dle rozpisu lékaře. Sestra v souvislosti s podanými antibiotiky sleduje možné alergické reakce po podání, či jiné projevy nesnášenlivosti daného antibiotika. Pacienti jsou více ohroženi infekcí také z toho důvodu, že mají zavedený permanentní močový katétr, který u pacientů po primární operaci zaveden být nemusí. V souvislosti s rizikem

možné infekce se u pacientů po reimplantaci častěji sledují zánětlivé markery (CRP, FW), které by vzniklou infekci ihned potvrdily.

Dalším specifikem v ošetřování pacientů po reimplantaci je častější podávání transfuzních přípravků, neboť jsou při výkonu zvýšené krevní ztráty. Je důležité, aby sestra doplnila informace lékaře a znovu pacientovi vysvětlila, proč je nutné transfuze podávat. Tímto předejdeme mylným pocitům pacienta, který se může domnívat, že mu zatajujeme nějaké nežádoucí komplikace. S podáváním transfuzí nutně souvisí kontrola koagulačních faktorů a krevního obrazu (1, 39).

Pacient po reimplantaci má také déle zavedené drény, které odvádí sekret z operační rány. Nejen péče o drenáž je úlohou sestry. Její povinností je co nejrychlejší mobilizace pacienta, i přes zavedenou drenáž rány.

Pacient po reimplantaci je více ohrožen vznikem dekubitů. Sestra proto zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči, u imobilních pacientů provádí důsledné polohování a další zásahy, které zabraňují vzniku dekubitů. Dekubitům sestra může předejít i použitím antidekubitární matrace, která je velmi vhodná u těchto klientů.

Pacienty po reimplantaci je také nutné častěji podrobovat rentgenovému snímkování. Je to kontrola, zda je endoprotéza ve správném postavení. Toto snímkování se provádí dle zvyklostí zdravotnických zařízení. Většinou je to 2. den po zákroku, nebo v den překlady pacienta na standardní oddělení. U primoooperací se snímkování provádí za delší dobu, většinou den pátý. I zde platí, že každé pracoviště má svá specifika.

Také rehabilitační péče má po reimplantaci svá specifika. Sestra by měla vědět, že zatěžování operované končetiny určuje lékař. U reimplantací se mnohem déle odlehčuje operovaná končetina. Úlohou sestry je také zjišťovat, v jaké poloze má být končetina, zda má být v antirotační botě atd. Ostatní specifika, která se týkají rehabilitační péče, jsou v kompetenci rehabilitačních pracovníků.

Další specifikum je i v následných návštěvách ortopeda po propuštění z nemocnice. První návštěva je dříve než u pacientů po primární implantaci, tyto návštěvy jsou také častější (1, 42).

Reimplantace je velkým zásahem do pacientovy psychiky. Pacienti jsou po reimplantaci mnohem více psychicky zatíženi než po prvotní implantaci (strach

z komplikací, pocit úzkosti, dlouhodobá izolace...). Ve většině případů musí být déle hospitalizováni (především pacienti s infekčním uvolněním), tato skutečnost jejich psychický stav ovlivňuje nejvíce. Dále se pacienti mohou bát dalších komplikací, které by jejich rekonvalescenci opět mohly narušit a prodloužit. K dalším příčinám patří osobnostní vlastnosti, emocionální stav a v neposlední řadě přístup zdravotnických pracovníků. Hlavním úkolem sestry v této oblasti je vlídný a partnerský kontakt s pacientem. Nejenže plní ordinace a provádí kompletní ošetrovatelskou péči, ale dodává pacientům pocit důvěry, zájmu a podpory po celou dobu hospitalizace. Ta je totiž v případě reimplantace delší než po primoooperaci, proto by se sestra měla snažit pobyt pacientů co nejvíce zpříjemnit i častým kontaktem s rodinou a přáteli. Toto jsou hlavní důvody, proč by sestra měla poskytovat svou péči dle projevů ošetrovatelských diagnóz a ne automaticky dle provedeného výkonu (4, 5, 24, 25, 34).

### ***1.2.3 Změny v chování a prožívání pacienta po reimplantaci***

Každá nemoc, tak i operační zákrok působí na pacienta více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování, reakce a emoční projevy. Změny emocí se u těchto pacientů projevují již před vlastním zákrokem. Intenzita emočních reakcí pacienta nemusí odpovídat závažnosti onemocnění, vždy záleží na individuální osobnosti pacienta. U pacientů po reimplantaci může dojít k vyčerpání, únavě, emoční reakce mohou být na základě předchozích nepříjemných zkušeností z primární implantace prudší a silnější. Sestra musí pochopit, že každý pacient je individualitou, má právo na své reakce, proto při ošetřování přistupuje k různým jedincům odlišně, ale se stejným cílem, a to co nejrychleji a nejlépe pacienta uklidnit a dosáhnout pokud možno vyrovnaného duševního stavu tak, aby bylo možno navodit optimální vzájemnou spolupráci. Emoční reakce souvisejí často s prožíváním bolesti, která se může u pacientů po reimplantaci objevit. Vnímání bolesti je velmi individuální u různých jedinců, ale je různé i u téhož člověka za různých situací a okolností. Silněji je prožívána, je-li organismus unaven, vyčerpán dlouhodobým procesem hojení, doprovázen strachem nebo působí-li zkušenost z první operace (34, 35).

Sestra by měla mít pro potíže a bolest pochopení. Vyjádření pochopení sestrou umožní pacientovi hovořit o svých potížích, bolestech a obavách. To přináší pacientovi značnou úlevu a má to samozřejmě i léčebnou sílu (6, 14, 20).

#### ***1.2.4 Potřeby hospitalizovaných pacientů po reimplataci kyčle***

Potřeby hospitalizovaných pacientů můžeme rozdělit na tělesné, psychické a sociální. Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Tyto potřeby jsou vždy výsledkem interakce mezi organismem a prostředím. Dále se potřeby dělí na primární a sekundární. Primární potřeby jsou nezbytné pro život, sekundární se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou velmi individuální. Tyto potřeby život zpříjemňují a činí ho bohatším. Uspokojování potřeb je dynamickým procesem. Tento proces ovlivňují faktory obecné, jako výchova, rodinný stav či vzdělání, společenské faktory a v neposlední řadě patologické stavy, jako horečka, bolest či dlouhodobé působení nepříznivých jevů.

Každá sestra, která pečuje o pacienta po reimplantaci musí mít nezbytně teoretické znalosti o základních potřebách. Při ošetřování pacienta musí mít na paměti, že pracuje s člověkem, jehož nálada a chování jsou ovlivněny mírou saturace biologických, psychických i sociálních potřeb (57).

„Potřeby lze také rozdělit do tří skupin. Na potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které s nemocí vznikly“ (2, s. 81).

Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka. Do těchto potřeb se řadí potřeba spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování, bezpečí atd. Po reimplantaci mohou být tyto potřeby pociťovány mnohem intenzivněji, stávají se pro pacienty důležitějšími. Při uspokojování těchto potřeb má velkou roli sestra, neboť je to právě ona, kdo tyto potřeby během hospitalizace naplňuje.

Potřeby, které se nemocí modifikovaly, jsou ovlivněny samotným onemocněním, jeho závažností a fází, ve které se nachází. Největší pozornost by sestra měla věnovat potřebám sociálním, ty se nejdříve redukují a pak se postupně vrací. Potřeba aktivity se u pacientů po reimplantaci soustředí na boj s nemocí. Pacient nechce

být jen pasivním objektem, ale chce a snaží se spolupracovat. Pokud má pacientovo snažení pozitivní výsledky, stimuluje pacienta a pomáhají mu ke zvládnutí bolesti a k překonávání strachu a úzkosti. Zapojuje-li sestra pacienta do běžných denních činností, pomáhá mu tím zkvalitňovat sociální kontakty s okolím. Odvádí to i pacientovu pozornost od potíží a v neposlední řadě tím pomáhá urychlit navrácení soběstačnosti pacienta po výkonu. U těchto potřeb je nezbytné, aby sestra pacientovi podávala co nejvíce informací, které pacienty uklidňují a sestry pomáhají získat pacienta ke spolupráci. Sestra také uspokojuje potřeby kulturní, a to tím, že je prostředí, ve kterém se pacient nachází, estetické a čisté.

Potřeby, které nemocí vznikly, závisí na řadě okolností. Zejména na osobnosti pacienta, na průběhu uzdravování, informovanosti o nemoci atd. Důležitost těchto potřeb závisí na prioritách pacienta (2, 27, 57).

### **1.3 Role sestry v péči o pacienta po reimplantaci kyčle**

Po roce 1989 v České republice začal velký vývoj v oblasti medicíny. To ovlivnilo i změny v profesi zdravotních sester. Sestry se začaly v prováděných činnostech osamostatňovat. Ošetrovatelství se začalo vymezovat jako samostatný obor, sestry měly potřebu se sdružovat, vznikala různá odborná seskupení a výzkumné týmy. Začaly se vydávat odborné časopisy, které obsahovaly příspěvky z různých oborů. A největší změnou ve vzdělávání sester bylo, když začala vznikat vysokoškolská výuková centra.

Dalo by se říci, že v dřívějších dobách byly sestry v područí lékařů, kteří o veškerých věcech rozhodovali, a sestry jen poslušně plnily úkony, které jim byly zadány. Postupem času se profese sestry osamostatňovala, sestry dostaly větší příležitost provádět některé výkony samy a tímto se jejich pravomoci rozšiřovaly. Cílem dle koncepce ošetrovatelství ČR je, aby se rozšiřovala samostatnost sester na nemocničních odděleních ošetrovatelského charakteru. Sestry si zde samy organizují svou činnost a lékaře přivolávají jen podle potřeby (18, 19).

Toto vše jsou důvody, proč se v mé diplomové práci zmíním o roli sestry v moderním ošetrovatelství. Lépe se tak pochopí, jak sestra může sama přispět, ke zkvalitnění péče, která se poskytuje u pacienta po reimplantaci kyčle.

### ***1.3.1 Role sestry v moderním ošetrovatelství***

S moderním rozvojem ošetrovatelství se mění role sestry. Sestra se stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, která je schopná samostatně vykonávat práci v oblasti své působnosti. V dnešním ošetrovatelství se mluví o několika rolích, které zastává sestra. Zmíním se o těch nejznámějších a nejpodstatnějších.

Sestra – pečovatelka je první z rolí sestry. Je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. V péči o pacienta po reimplantaci je to role základní a nezastupitelná. Týká se jak ošetrování pacienta v nemocniční péči, tak v péči terénní. Sestra identifikuje, realizuje a hodnotí klientovy základní ošetrovatelské problémy a sestavuje plán jejich řešení (45).

Další sesterská role je role edukátorky. Je to proces interakce, mezi sestrou edukátorkou a pacientem, ve kterém se dosahuje specifických cílů nebo potřebné změny v chování klienta. Tato role sestry, která pečuje o pacienta po reimplantaci, je velmi důležitá. Při dobré edukaci pacienta sestrou se zmenšuje riziko možných komplikací po zákroku. Pokud je pacient dobře připraven a informován o rekonvalescenci v domácím prostředí může se zkrátit doba hospitalizace. Nejen pacient, ale i jeho rodina musí poznat onemocnění ze všech stránek. Právě rodina je po sestře ta, která pomáhá pacientovi vrátit se zpět do původního stavu.

Sestra jako obhájce pacienta. Tato role sestry se uplatňuje, pokud pacient nemůže, neví nebo nezná své potřeby, problémy a přání. Tyto věci sestra pozná pomocí ošetrovatelského procesu. Sestra, jako obhájce pacienta, tak podporuje pacientův pocit bezpečí a jistoty.

Další role, kterou sestra zastupuje, je role koordinátorky. Uplatňuje se v plánování a realizaci ošetrovatelské péče, kdy sestra spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Tato role také zahrnuje získávání pacienta

i jeho rodiny k aktivní spolupráci na individualizované péči. Je důležité, aby pacient po reimplantaci spolupracoval a aktivně se snažil přispět k rychlejší aktivizaci po zákroku.

Poslední role, kterou zde zmíním, je sestra jako asistent lékaře. Sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči tím, že připravuje pacienta k různým vyšetřením, asistuje při nich a zajišťuje různé terapeutické činnosti, které jsou ordinované lékařem (18, 45).

### ***1.3.2 Vztah mezi sestrou a pacientem***

„Chování sestry k pacientovi by mělo být vymezeno určitými pravidly. Vedle obecně lidského postoje k nemocnému člověku musí být uplatněny i zřetele profesionálně terapeutické, které sestru nutí, aby se zamyslela nad vnitřní náplní i vnějšími formami role, ve které vůči pacientovi vystupuje“ (56, s. 149).

Pacient většinou sestru vnímá jako součást celého zdravotnického týmu. Spolupracuje s lékařem, ale také pracuje samostatně. Sestra musí vzbudit u pacienta důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problémů pacienta. Musí umět reagovat na nálady a různé osobnostní zvláštnosti pacientů. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení a laskavosti. Sestra byla vždy v očích pacientů ten člověk, který má pochopení pro problémy v nemoci a který je pomáhá s velkou trpělivostí řešit. Má možnost poznat pacienta po psychologické stránce mnohdy lépe než lékař.

Sestra má obvykle s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi při plnění jeho základních biologických potřeb. Jakmile pacient cokoliv potřebuje, nejprve volá sestru. Protože sestra obstarává jeho osobní přání a potřeby, pacient je na ní často plně závislý (2, 3, 52).

Nemocný vnímá sestru většinou jako člověka poskytujícího oporu, prostředníka mezi lékařem a pacientem, člena zdravotnického týmu a uklidňující prvek pečující o emocionální stav nemocného.



Dnes dochází ke změnám v systému poskytování zdravotní péče, postupně se přehodnocuje postavení sestry, kdy je sestra plně odpovědná za svá rozhodnutí a jednání.

Je mnoho faktorů, které ovlivňují profesionální chování sester. K těmto faktorům patří kladné vlastnosti, druh osobnosti, vzdělání, prestiž povolání, požadavky povolání a pracoviště, práva pacientů a v neposlední řadě také postoj k Etickému kodexu sester (57). „Zásady chování sester vycházejí z principů přijatých Mezinárodní radou sester a jsou obsaženy v Etickém kodexu sester a ošetřovatelek“ (56, s. 152).

### ***1.3.3 Motivování pacienta sestrou***

Na úvod je důležité definovat slovo motivace. „Pod tímto pojmem chápeme souhrnné označení pro působení všech hybných sil, které vyvolávají aktivitu a zaměřují ji směrem k nějakému cíli“ (27).

Dlouhodobá hospitalizace vede k demotivaci a rezignaci člověka, proto je nutné, aby sestra hledala možnosti, jak pacienta motivovat k co největší spolupráci na léčebném procesu. Je na sestře, aby pomáhala pacientovu apatii zmírňovat a pokusila se pacienta motivovat k co největší aktivitě. Pokud je pacient motivovaný, může se tím podstatně zkrátit doba hospitalizace a rekonvalescence (27).

Operační výkon, jako je reimplantace kyčle, znamená vždy negativní zásah do života člověka. Mimo fyzické stránky narušuje i tu psychickou, která je pacientem velice vnímána. Z tohoto faktu vyplývá další role sestry. Musí používat psychologický přístup a správné vedení. Musí brát zřetel na pacientovu psychiku, pomáhat mu snášet utrpení, které tak činí snesitelnějším. Nezbytné je stále povzbuzování, které pomáhá klientovi s vyrovnáváním se s omezením, s negativními změnami a se strachem z budoucnosti.

Pokud je rekonvalescence zdlouhavá nebo se objeví komplikace, může se u pacienta projevit regresivní tendence. Ta vyvolává touhu a potřebu bezpečí, jistoty a psychického zázemí. Je tomu proto, že nemoc ohrožuje základní potřeby a čím je stav pacienta horší, tím jsou tyto tendence a touhy silnější. Pokud tento stav u pacienta

nastane, je důležité rodinné zázemí, vhodní spolupacienti a správný přístup sestry. Toto zázemí dává pacientovi jistotu, že zde má a bude mít stále svoji roli. Pacient musí vědět, že je přijímán takový, jaký je a že nebude opuštěn. Pokud je pacient osamocen, bez rodiny, snáší onemocnění mnohem hůře. U těchto pacientů vztahy nahrazuje sestra či jiný pracovník zdravotnického týmu.

Pozitivní působení na motivaci pacienta má nejvíce rodina, sestra a ostatní členové zdravotnického týmu. Sestra je s pacientem v neustálém kontaktu, proto má hlavní roli v podporování pacientovy motivace (2, 21, 53, 56).

#### ***1.3.4 Psychologický a psychoterapeutický přístup sestry k pacientovi***

„Tyto přístupy přihlíží k pacientovým osobnostním zvláštnostem, počítají s prožitky nemocného jako s faktorem, který se na průběhu nemoci i na jejím léčení výrazně podílí. Tyto přístupy by měly být v širokém slova smyslu pomáhající“ (14, s. 176).

Cílem těchto přístupů je zlepšení spolupráce s pacientem tak, aby se pacient aktivně na léčbě podílel. Dalším cílem je pomoci pacientovi zvládat psychické nároky, které s sebou rekonvalescence může nést. Jeden z cílů je zlepšit kvalitu života pacienta a uspokojit jeho tělesné, psychické a sociální potřeby.

Psychologický přístup je zahájen již při prvním kontaktu s pacientem. Je důležité navázat s klientem důvěryhodnější vztah, pacient má pak pocit, že má někoho, na koho se může kdykoliv obrátit. Sestra musí ke každému pacientovi přistupovat individuálně, neboť každý pacient je jiná osobnost s jinými potřebami. Dále se sestra musí pokusit eliminovat pocity strachu a úzkosti, které mohou být spojeny s nejasnou budoucností, s bolestí či s jinými prvky a jsou běžné v pooperačním období. Rozpoznání těchto pocitů umožňuje empatie. Ta vyžaduje trpělivost a zájem vyslechnout pacientovo sdělení. „Jestliže rozumíme tomu, co pacient prožívá a dáme mu to najevo, projevujeme o něj osobní zájem, vzbuzujeme jeho důvěru a motivujeme ho ke spolupráci“ (14, s. 177). Pokud necháme pacienta vypovídat o jeho prožívání a pocitech, uleví se mu a odreaguje se. Důležitou podporou od sestry je i pochvala a

ocenění pacientovy snahy a úsilí. S tím souvisí používání správných a vhodných komunikačních dovedností.

Tento přístup je důležitý i u geriatrických pacientů. Při spolupráci s těmito pacienty má velký význam trpělivý a empatický přístup sestry, je důležité, aby akceptovala individuality starého člověka. Sestra by neměla očekávat, že pacient bude vnímat a chápat měnící se roli sestry. Pro něj bude stále sestra zdroj přívětivosti, náklonnosti, empatie a shovívavosti (43).

Psychologický přístup je spojen i s přípravou pacienta na nové, změněné životní podmínky či životní režim, který může po výkonu či po propuštění z nemocnice nastat. Často se pacient se svými dotazy obrací právě na sestru, která je mu svým postavením bližší, a od níž očekávají srozumitelnější vysvětlení než od lékaře. To umožňuje prostor pro sestru, může informovat pacienta v mezích své kompetence, poskytnout mu určitá vysvětlení a může mu pomoci orientovat se v jeho situaci.

Sestra, která pečuje o pacienta po reimplantaci musí, tak jako u všech ostatních pacientů, respektovat pacientovu individualitu, to znamená brát ho s jeho zvláštnostmi. Postoj sestry musí být tolerantní, který uznává rozdíly mezi lidmi, a z něhož vychází respektující chování.

V praxi lze doporučit několik zásad. Za prvé je důležité věnovat dostatečnou pozornost předoperačnímu posouzení celkového stavu pacienta. Dále si sestra musí uvědomit, že častou příčinou strachu a úzkosti je nedostatečné podání informací pacientovi. Je proto nezbytné poskytovat pacientovi důležité informace o postupech, které se u něho v jednotlivých obdobích péče budou realizovat. „Poskytnuté informace by se měly týkat těchto oblastí: průběh jednotlivých diagnostických, terapeutických a ošetrovatelských postupů, požadovaného chování pacienta, předpokládaných podnětů, které budou na nemocného v průběhu pooperačního období působit (33, 48).

### ***1.3.5 Role sestry v prevenci infekce u pacienta po reimplantaci***

V oblasti prevence infekce u pacientů po reimplantaci má sestra nezastupitelnou roli. Na jedné straně plní ordinace lékaře, které zabezpečují ochranu

před infekcí (antibiotická profylaxe), na straně druhé důsledně dodržuje bariérovou péči, které je hlavním předpokladem k nekomplikovanému hojení operační rány.

V oblasti zdravotnictví je možno se setkat s třemi typy zdrojů nákazy. Může jím být pacient, zdravotnický personál a návštěvy. Dalším častým zdrojem nákazy může být nečisté ovzduší, kde se kupí mnoho zárodků, biologický materiál nebo ložní prádlo od pacientů. Nebezpečným se stává nosič, tj. osoba, která vylučuje infekční agens, ale neprojeví se u ní příznaky onemocnění (36).

#### **1.3.5.1 Nozokomiální nákazy (NN)**

„Nemocniční nákazou je nákaza vnitřního (endogenního) nebo vnějšího (exogenního) původu, která vznikla v příčinné souvislosti s pobytem nebo výkonem prováděnými v zařízení léčebně preventivní péče nebo ústavu sociální péče v příslušné inkubační době“ (58).

Při střetnutí s původcem nákazy je rozhodující pacient, stav jeho organismu. Základními předpoklady vzniku NN u pacienta po reimplantaci je oslabení základním onemocněním a následným výkonem, oslabení aplikovanými léky a možné zanedbání aseptiky a antiseptiky ze strany zdravotnických pracovníků.

Pacient po reimplantaci endoprotézy kyčle je nejvíce ohrožen infekcí v místě chirurgického výkonu (dříve pooperační raná infekce), která tvoří kolem 25 % všech nozokomiálních nákaz. To se týká pacientů, kterým nebyla provedena reimplantace z důvodu infekčního uvolnění. Tato infekce vznikla z důvodu poškození kůže, ta mění schopnost působit jako protiinfekční bariéra. Infekce v místě chirurgického výkonu neznamená jen zvýšené náklady pro zdravotnické zařízení (další výkon, transfuze, antimikrobiální léky, další odborná léčba, prodloužená hospitalizace, apod.) i celou společnost (pracovní neschopnost, nemocenské dávky, apod.), ale i další komplikace zdravotního a často i psychického stavu pacienta.

Prevence infekce v místě chirurgického výkonu spočívá v postupech snižujících výskyt infekcí, které lze dělit na předoperační, intraoperační a pooperační.

Předoperační prevence spočívá především v co nejkratší hospitalizaci před operací, v předoperační antiseptické sprše, v předoperačním holení místa chirurgického výkonu a v antibiotické profylaxi. Mezi obecné zásady antibiotické profylaxe u pacientů před operačním výkonem patří, že antibiotikum je nutné aplikovat intravenózně 60 – 15 minut před výkonem, většinou v úvodu do anestezie, při výkonu, který trvá déle než 2 hodiny, se doporučuje podat další dávku antibiotika 3 – 4 hodiny po první dávce a v případě potřeby aplikovat ještě třetí dávku 8 hodin po dávce druhé (49).

Intraoperační prevence je založena na používání všech zásad asepse a bariérové ošetrovací techniky. Členové chirurgického týmu, kteří mají přímý kontakt se sterilním operačním polem nebo sterilními nástroji a materiálem používaným v operačním poli, provádějí nejprve mechanické mytí rukou a těsně před navlečením sterilních plášťů a rukavic chirurgickou dezinfekci rukou a předloktí. Operační tým, včetně anesteziologa, musí mít při vstupu na operační sál nasazenou ústenku a čepici. Dále záleží na chirurgické technice, kontrole krvácení a způsobu uzavření rány. Samozřejmostí je minimalizace počtu a pohybu personálu na operačním sále.

Pooperační prevence je závislá především na sestře. Je zabezpečena tím, že incize, která byla primárně uzavřena, je zakryta sterilním obvazem na 24 až 48 hodin po operaci. Dále je nutné, aby sestra dodržovala zásady asepse při převazech a při jakémkoli kontaktu s místem chirurgického výkonu. Při výměně krycího obvazu na incizi používá sestra sterilní materiál i pomůcky. Sestra také po reimplantaci poučuje pacienta i jeho rodinu o správném ošetřování rány, symptomech rané infekce a o nutnosti tyto příznaky ihned hlásit. Na závěr lze říci, že důsledná asepse, dobrá operační technika spolu s kvalitní pooperační péčí jsou hlavními předpoklady pro co nejnižší incidenci infekce v místě chirurgického výkonu (12, 24, 30).

#### ***1.3.5.2 Bariérová ošetrovatelská péče u pacienta po reimplantaci***

Každá sestra by měla znát zásady bariérové péče a podle těchto zásad poskytovat ošetrovatelskou péči. Zvláště u pacientů po TEP a reimplantaci je nezbytností dodržovat tyto zásady a tím předcházet infekčním komplikacím po výkonu.

Pojem bariérová ošetrovatelská péče se nejčastěji definuje jako soubor různých postupů a speciálního prostorového a materiálního zabezpečení, jejichž cílem je zničit choroboplodné organismy a zabránit jim znovu se šířit. Pomocí ošetrovatelské bariérové péče lze zamezit přenosu infekce z jednoho kolonizovaného či infikovaného pacienta na druhého. Znamená skutečnou technickou a organizačně-materiálovou bariéru mezi ošetřujícím personálem a pacientem a mezi dvěma pacienty (30).

Bariérové ošetřování u pacienta po reimplantaci sestra používá především při převazech operační rány. Cílem správně provedeného převazu je maximální omezení potencionální infekce, zhojení defektu v rámci možností a zlepšení zdravotního stavu pacienta, minimalizace bolesti a zajištění fyzické a psychické pohody pacienta po reimplantaci (29).

Nejen, že sestra chrání před infekcí pacienty, ale také sama sebe. Povinností každého zdravotnického pracovníka je chránit svoji vlastní osobu proti nozokomiálním nákazám a jiným škodlivým vlivům z prostředí. Na každém oddělení je k dispozici škála nejrůznějších ochranných pomůcek. Mezi ně řadíme zejména rukavice, ochranné roušky, čepice, pláště a ochranu na obuv. Některá nemocniční oddělení se vyznačují používáním specifických osobních ochranných pomůcek (12, 18).

Bariérová ošetrovatelská péče spočívá také ve správné likvidaci nemocničního odpadu. Všechny použité zdravotnické prostředky (nástroje, přístroje, pomůcky, zařízení, materiál apod.) se považují za potenciální zdroj infekce a ohrožují pacienta infekční nákazou. Pokud jsou určeny k opakovanému použití, je potřeba je vhodným způsobem dekontaminovat (mechanická očista, dezinfekce, vyšší stupeň dezinfekce a sterilizace). Ostatní předměty a pomůcky se musí účinným a bezpečným způsobem zlikvidovat. Jen při dodržování těchto postupů můžeme pacienta ochránit před infekční nákazou, která komplikuje rekonvalescenci a prodlužuje hospitalizaci po reimplantaci (10, 29, 36).

Další neoddělitelnou součástí bariérové péče je dodržování osobní hygieny personálu, především správná hygiena rukou.

### ***1.3.5.3 Hygiena rukou u zdravotnických pracovníků***

Pokud bude sestra i ostatní zdravotničtí pracovníci dodržovat hygienu rukou, významně se tím sníží riziko přenosu infekce na pacienta. Je prokázáno, že až 60 % nozokomiálních nákaz se přenáší díky nedostatečné nebo špatné hygieně rukou zdravotnického personálu. Pomůckou při vykonávání hygieny a dezinfekce (nejen) rukou bývá dezinfekční plán, který poskytuje náповědu pro její kvalitní provedení (13, 18).

Mechanické mytí rukou je mechanické odstranění nečistoty a částečně i přechodné mikroflóry z pokožky rukou. Provádí se před a po běžném kontaktu s pacienty, po sejmutí rukavic, vždy pokud jsou ruce zpocené či viditelně znečištěné, před manipulací s jídlem a léky, po použití toalety atd. Postup mechanického mytí rukou: ruce se zvlhčí vodou, nanese se tekutý mycí přípravek z dávkovače, dobře se rozetře na rukou, napění se s malým množstvím vody a poté se ruce asi 30 sekund myjí. Potom se ruce dobře opláchnou tekoucí pitnou vodou a do sucha utřou ručníkem na jedno použití. Experimentálně bylo prokázáno, že pouhým mechanickým mytím se odstraní až 50 % mikrobiální flóry rukou, ale také bohužel fakt, že ne všichni zdravotničtí pracovníci si ruce mechanicky očišťují (10, 25, 37, 58).

Sestra dále provádí hygienické mytí rukou. Pomocí tohoto mytí lze odstranit nečistoty a většinu přechodné flóry. Používají se přípravky s dezinfekční látkou. Tento druh hygieny se uplatňuje při přípravě a výdeji pokrmů a osobní hygieně. Jedná se o účinnější způsob, než je mechanická očista.

Dalším způsobem je hygienická dezinfekce rukou, která redukuje množství přechodné mikroflóry z pokožky rukou s cílem přerušení cesty přenosu mikroorganismů. Provádí se jako součást bariérové ošetrovatelské techniky, po náhodné kontaminaci rukou biologickým materiálem či v případě protržení rukavic během určitého výkonu (24, 31, 58).

#### ***1.3.5.4 Prevence dekubitů u pacientů po reimplantaci kyčle***

Prevence dekubitů u pacientů po reimplantaci kyčle je dalším důležitým aspektem v prevenci vzniku infekce. Vzniklý dekubit by pro pacienta po reimplantaci znamenal další bolest a komplikaci zdravotního stavu při současném zhoršení psychického stavu a prodloužení doby hospitalizace. Sestra má v prevenci dekubitů nejvýraznější roli. Je to právě ona, kdo u pacienta provádí preventivní intervence a je nejčastěji přítomna u pacienta.

Pacienti po reimplantaci jsou ohroženi vznikem dekubitů především tím, že je jejich organismus a imunita oslabena opakujícím se výkonem a dále tím, že jsou delší dobu upoutáni na lůžko. Riziko se zvyšuje u obézních pacientů či u pacientů, kteří mají diabetes mellitus.

Sestra předchází možným dekubitům u pacienta časnou mobilizací a rehabilitací, podávání analgetik v pooperačním období, pravidelným a efektivním polohováním pacienta (přes den nejméně po 2 hodinách, v noci po 3-4 hodinách, u plegických pacientů i každou hodinu). Dále předchází vzniku dekubitů správným řešením inkontinence, profesionální hygienickou péčí s využitím ochranné kosmetiky, zajištěním čistého a suchého ložního a osobního prádla, správným využíváním pomůcek ke zvládnutí manipulace s pacientem, využíváním antidekubitních podložek a matrací, polohovacích pomůcek. V neposlední řadě je důležité, v prevenci vzniku dekubitů, zajištění adekvátní, nutričně vyvážené stravy s dostatkem tekutin. Při polohování pacienta po reimplantaci musí mít sestra stále na paměti, že je v první řadě důležité správné postavení operované končetiny, jako prevence možného vykloubení endoprotézy (36).

Pacienti po reimplantaci jsou první dny po výkonu hospitalizováni na JIP, kde je nutností zapisovat a sledovat stupnici dle Nortonové, údaje o polohování, typ antidekubitární matrace a lůžka, intervaly polohování a poloha pacienta (36, 49).

V některých případech i přes všechny ošetrovatelské zásahy není možné vzniku dekubitu zabránit. To platí i pacientů po TEP či reimplantaci, neboť tyto pacienti



jsou nuceni setrvat 24 hodin v poloze na zádech. Pokud se u pacienta dekubit vyskytne, je povinností sestry nahlásit tuto skutečnost lékaři a začít s léčbou těchto defektů.

#### **1.4 Využití mapy péče v ošetřování pacienta po reimplantaci kyčle**

„Mapa péče, jinak také klinická mapa či mapa kritická, je jedním z nástrojů řízení zdravotnické péče. Tato mapa umožňuje sestřám vykonávat jejich práci kvalitněji, efektivněji, rychleji, účelněji a také levněji. Hlavní výhodou této mapy je snížení variability v léčebné a ošetrovatelské péči“ (47, s. 202).

Tato mapa sjednocuje zásady léčby nemoci v ošetrovatelské dokumentaci. Mapa dále podává přehled o standardní péči, která má být poskytována specifické skupině pacientů podle diagnózy, v našem případě pacientům po reimplantaci totální endoprotézy kyčle.

##### ***1.4.1 Historický vývoj map péče***

Mapy péče vznikly v New England Medical Center v Bostonu v roce 1989 jako odpověď na některé potřeby lékařů a ředitelů nemocnic. Mezi tyto potřeby patřilo např. zpřehlednit zdravotnickou dokumentaci a zkoordinovat práci všech zdravotníků, podchytit veškerou práci a náklady spojené s péčí o pacienta, nalézt nástroj, který umožní zlepšit kvalitu péče a zároveň snížit náklady, ochránit zdravotnické zařízení před soudními spory, atd.

Od roku 1995 se tyto mapy rozšířily do většiny nemocnic v USA a Kanadě. Dnes jsou mapy péče běžně používané ve většině zemí světa. Jejich využívání přispívá ke zvýšení kvality péče a zlepšení ekonomiky zdravotnických zařízení a oddělení v České republice (47).

### *1.4.2 Význam map péče*

Je několik důvodů proč mapy péče pomáhají ušetřit zdroje, zvýšit efektivitu a zlepšit výsledky péče. Jedním z důvodů je podpora spolupráce a koordinace péče. Maximální efektivnosti se dosahuje tím, že každý člen multidisciplinárního týmu zná přesně proces, harmonogram a očekávané cíle. Na přípravě mapy by se měl podílet každý člen týmu. Tato skutečnost snižuje variabilitu poskytované lékařské a ošetrovatelské péče, omezuje překrývání péče různými poskytovateli a minimalizuje zbytečné plýtvání zdroji.

Sestrám mapy péče pomáhají nahradit vypracovávání individualizovaného plánu ošetrovatelské péče nebo zdlouhavé denní zápisy o průběhu péče. Výhoda map péče spočívá také v tom, že je možné jejich neustálé doplňování v souladu s novými poznatky a novými potřebami pacientů. Konkrétně mapy ošetrovatelské péče umožňují sestřám zaměřit se na cíle a potřeby skupiny pacientů a naplňovat intervence tak, aby se specifické cíle dosáhly ve vymezených časových intervalech. Pomáhají sestřám dělat svoji práci rychleji, kvalitněji a v neposlední řadě efektivněji. Velké plus těchto map je, že nahrazují vypracovávání individuálních plánů ošetrovatelské péče. Při využívání těchto map je potřebné myslet na určité odchylky. Každá sestra si musí uvědomit, že každý pacient je individuální bytost a reakce u různých pacientů se mohou lišit. Mapy ošetrovatelské péče mohou zvýšit efektivnost práce sestry vzhledem ke skutečnosti, že každý člen týmu přesně pozná proces, harmonogram a cíle, které se mají léčbou a ošetrovatelskou péčí dosáhnout (28).

Další výhodou je fakt, že mapy péče chrání lékařský a ošetrovatelský personál v případě soudních sporů. Mapy péče nabízejí ideální nástroj k neustálému zvyšování kvality, zvyšují pocit osobní odpovědnosti za poskytovanou péči a intervence.

Výhod je nesčetně mnoho, a to je hlavní důvod, proč je tak důležité zavádění map péče do praxe.

### *1.4.3 Aplikace mapy péče u pacienta po reimplantaci kyčle*

Pokud mají sestry, které pečují o pacienta po reimplantaci kyčle k dispozici kvalitně vypracovanou mapu péče, která je aplikována na tyto pacienty, je možné jejich péči zaměřit na potřeby pacientů a načasovat všechny intervence tak, aby mohlo dojít k dosažení specifických cílů ve vymezených časových intervalech.

Mapa péče je vypracovaná do různých kategorií a je v ní rozepsána péče po dobu standardní délky hospitalizace. Kategorie jsou specifikovány pro každý den a patří k nim např. konzultace, diagnostické testy, léčebné výkony, podávání medikace, aktivity pacienta, stravování, edukace, plánované propuštění a předpokládané výsledky. Mapy je možné vytvářet v různých uspořádáních a je možné přidávat různé činnosti a intervence dle zvyklostí daného pracoviště.

V rámci řízeného systému zdravotní péče udávají klinické mapy standardní postup nejvhodnější pro klienta po reimplantaci kyčle. Poskytují ošetrovatelskému personálu potřebná kritéria, která jim umožní řídit a monitorovat péči o takového pacienta.

Sestra zaznamenává do dokumentace, zda pokrok pacienta odpovídá standardu předepsanému v klinické mapě. Pro záznam vybírá buď „odchylka“, jestliže se stav pacienta liší od standardu, nebo „beze změny“, jestliže se pacientův stav rovná standardu. V kterékoli fázi léčby mapa sestře umožní porovnat pokrok pacienta, o kterého pečuje se standardní péčí. Záznamy sestry zapisují při každé směně a podepisují se (17, 51).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíle práce***

1. Zjistit, zda sestry poskytují specifické intervence pacientům po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dle projevů ošetřovatelských diagnóz nebo standardně dle provedeného výkonu.
2. Zjistit konkrétní požadavky pacientů po reimplantaci totální endoprotézy kyčle, a dle možností vytvořit mapu péče.
3. Zjistit, zda mají pacienti po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dostatek informací o prevenci možných komplikací.

### ***2.2 Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu***

Pro dosažení vytýčených cílů byly stanoveny následující hypotézy:

1. Sestry poskytují ošetřovatelské intervence standardně, bez rozdílu, zda jde o pacienty po primární implantaci totální endoprotézy, či o pacienty po reimplantaci totální endoprotézy kyčle.
2. Sestry si neuvědomují, že by se ošetřovatelská péče o klienty po reimplantaci totální endoprotézy kyčle mohla lišit od ošetřovatelské péče o klienty po primární implantaci totální endoprotézy kyčle

### ***2.3 Výzkumné otázky pro kvalitativní část výzkumu***

1. Je nejčastějším požadavkem pacientů po reimplantaci kyčle dostatek informací od sester?
2. Mají pacienti po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dostatek informací, jak předcházet možným komplikacím?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody a techniky***

K získání potřebných dat byl proveden kvantitativní výzkum v kombinaci s výzkumem kvalitativním. Sběr dat v kvantitativním výzkumu byl realizován metodou dotazování, technikou dotazníku. Dotazník byl rozdán sestřám, které pečují o pacienty po reimplantaci kyčle (ortopedie JIP, standardní ortopedické oddělení, infekční oddělení a oddělení septické chirurgie). V dotazníku jsem zachovala anonymitu respondentů. Otázky byly identifikační, uzavřené a polootevřené. Výzkum kvalitativní byl proveden metodou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kteří podstoupili reimplantaci kyčle. Na základě výsledků rozhovorů jsou vytvořeny kazuistiky. Kazuistiky tvoří výzkumný podklad, ze kterého vycházejí tabulky kategorií, ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumu a nejčastější odpovědi respondentů (9, 11).

#### ***3.2 Charakteristika sledovaného souboru***

Dotazováno bylo 54 respondentů - sester, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče ortopedických odděleních, dále pak na standardních ortopedických odděleních a na odděleních infekčních, kde jsou pacienti po reimplantaci hospitalizováni. Dotazníky byly rozdány v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s. nemocnice Středočeského kraje a v Nemocnici České Budějovice, a.s.

K rozhovoru bylo vybráno 6 respondentů. Kritériem pro zařazení do výzkumu byla reimplantace v době od 1. ledna 2009 do 31. 3.2009. Toto kritérium bylo zvoleno pro co nejčerstvější prožitky respondentů, kteří prodělali reimplantaci kyčle. S rozhovorem souhlasilo všech šest oslovených respondentů. Rozhovory byly zaznamenány prostřednictvím diktafonu, audiozáznam byl následně přepsán a analyzován. Získaná data byla zpracována do schémat a tabulek, v nichž byly zaznamenávány názory a prožitky respondentů.

## 4. Výsledky

### 4.1 Kazuistiky respondentů kvalitativního výzkumu

#### Kazuistika respondenta 1

Pan J.H., narozen r. 1938, důchodce, který žije se svou manželkou v panelovém domě s výtahem. Pan J.H. je vysokoškolák s titulem Ing. Celý život pracoval ve strojírenském průmyslu, což ho vždy naplňovalo a bavilo. Má dva syny a čtyři vnoučata, která často s manželkou hlídá. Je to velmi komunikativní člověk s pozitivním pohledem na život. Respondent má diagnostikovaný diabetes mellitus II. typu, který je kompenzován doporučenou dietou (v nemocnici č. 9). Dále trpí hypertenzí, která je léčena antihypertenzivy. Respondent měří 171 cm a váží 85 kg (BMI = 29,07). Operace, které v minulosti prodělal, souvisely s artrózou kyčelních kloubů, jiné operace neuvádí.

Pan J.H. byl na první ortopedické operaci v roce 1997, kdy mu byla provedena totální endoprotéza levého kyčelního kloubu. O rok později se podrobil stejnému výkonu na pravé DK. Oba dva výkony byly nutné provést pro koxartrózu, která způsobovala pacientovi veliké bolesti a ztíženou chůzi.

Oba dva výkony byly bez komplikací, z operačního sálu byl pacient převezen vždy na JIP a po čtyřech dnech byl přeložen na standardní oddělení, kde strávil přibližně týden. Poté byl propuštěn do domácího ošetřování. Na otázku, zda měl po operaci bolesti, odpověděl, že bolesti byly, ale velmi mu pomáhaly infuze, které měly tyto bolesti tlumit. Na standardním oddělení bolesti pociťoval jen po delší rehabilitaci.

S prací sester byl pacient spokojený, jen mu vadilo, že některé sestry nedbaly na dodržování soukromí, například při hygieně či rehabilitaci. Podle slov pacienta zapomněly někdy sestry na JIP, zatáhnou plentu a on viděl na paní, která ležela odhalená na vedlejším lůžku. Bylo mu to nepříjemné, ale bál se sestry upozornit, aby nebyl za „rejpa“. Respondent by také uvítal informace o roztocích, které mu sestra intravenózně podávala. Myslí si, že by se cítil klidněji, kdyby věděl, co mu je mu do žíly podáváno za látky. Jinak žádné další připomínky k sestrám neměl, byly milé

a ochotné. Především na JIP, kde byly sestry u lůžka často a ptaly se, zda něco nepotřebuje, zda mu něco neschází.

Při otázce, zda měl dostatek informací od lékaře ohledně komplikací, délky hospitalizace a dalších věcí, respondent odpověděl, že informací měl dostatek. Byl aktivní a na věci, které mu nebyly jasné, se vždy zeptal a odpověď dostal. Rehabilitační sestra, která za ním pravidelně docházela, byla také velmi ochotná a vše, co se týče rehabilitace a cvičení v domácím prostředí, mu jasně vysvětlila. Měl také dostatek informací o tom, které pohyby a polohy nejsou doporučovány. Tyto zásady mu opakovala jak sestra rehabilitační, tak sestry, které o pacienta pečovaly na lůžku, a v poslední řadě i lékař. Po propuštění z nemocnice měl pocit, že vše zvládne a že mu neschází žádné podstatné informace o tom, jak předcházet komplikacím.

Co se týká psychické stránky, byl respondent po celou dobu hospitalizace vyrovnaný a uklidňovala ho myšlenka, že má doma ženu, která mu pomůže v prvních týdnech po propuštění. Měl jen menší obavy, aby si při spánku nezvolil nevhodnou polohu, která by mohla zavinit luxaci. Tyto obavy také způsobovaly nekvalitní spánek a únavu během dne. Odreagování mu přinášely návštěvy rodiny, čtení a sledování televizních programů. Byl velmi vděčný, že za ním mohla manželka i v době, kdy byl hospitalizován na JIP.

Reimplantace levé kyčle byla respondentovi provedena v lednu 2009. Výkon byl plánovaný pro mechanické komplikace vnitřní kloubní protézy. Primární endoprotéza tedy sloužila respondentovi 11 let. Délka hospitalizace po reimplantaci byla 15 dní. Hlavní rozdíl v pooperačním období po reimplantaci a primární implantaci, vidí pacient v delším upoutání na lůžko (na JIP musel mít 4 dny úplný klid na lůžku), dále po reimplantaci trpěl většími bolestmi, měl více obav z komplikací a hlavně byl déle hospitalizován, což pro něj znamenalo odloučení od rodiny a stesk po ní.

Respondent uvedl, že měl větší bolesti než po prvním výkonu. Myslí si, že to bylo dáno nejen opakovaným výkonem, ale také psychickým stavem, který nebyl tak dobrý, jako po první operaci. Obavy měl hlavně proto, že je o dvanáct let starší než při prvním výkonu a je tedy větší riziko, že pooperační průběh nepůjde tak hladce.

Po výkonu byl převezen na JIP. Pamatuje si, že asi hodinu po výkonu ho navštívil lékař, který výkon prováděl a ptal se, zda má bolesti a také ho informoval, jak bude probíhat následující den. Bolesti pociťoval po reimplantaci silněji především první tři dny po výkonu. Sestry ho informovaly, že má od lékaře naordinovány opiáty proti bolesti a může si o injekci zažádat. Asi tři hodiny po výkonu mu byla zavedena močová cévka. Pacient přiznává, že netuší proč. Cítil se v této oblasti málo informovaný. Od lékaře byl také upozorněn, že kromě intravenózních antibiotik mu bude sestra dávat i antibiotika v tabletkách až do vyndání močové cévky.

S ošetrovatelskou péčí poskytovanou sestrami. Byl spokojený. Především si chválil sestřičky, které byly na JIP na povinné školní praxi. Velkou oporu cítil od studentky, která ho měla po celou dobu hospitalizace na JIP na starost. Měla čas si s ním popovídat a snažila se ho zabavit během doby, kdy na oddělení byla. K této sestřičce měl pacient důvěru a se všemi problémy, které ho trápily, se jí svěřoval. I ostatní sestry prý byly ochotné, podle jeho názoru byly u jeho lůžka častěji než po prvním zákroku. V oblasti soukromí měl opět stejný problém. Bylo mu nepříjemné, že mezi ním a pacientem vedle, nebyla žádná plenta či závěs. Tento problém souvisel i s rehabilitací. Při chůzi po pokoji a po chodbě měl nemocniční košili, v které se necítil dobře, protože měl odkrytou zadní část těla.

Psychicky byl podle jeho slov více vyčerpán než po první implantaci. Měl větší obavy z komplikací a hlavně z toho, že už nebude tak samostatný, jako před výkonem. Také mu po týdnu hospitalizace začala chybět manželka a vnoučata, která na JIP měly vstup zakázán. Snažil se během dne zabavit a dělal vše proto, aby z jeho strany žádné komplikace zaviněny nebyly. Žádné léky na uklidnění nepotřeboval, ale uvítal by léky na lepší usínání. Tyto léky mu však nikdo nenabídl a sám se o ně požádat neodhodlal. Hlavně na JIP měl velmi nekvalitní spánek a byl během dne unavený a spavý.

Žádné komplikace se po výkonu nevyskytly, podle slov lékařů byl pooperační stav uspokojivý. O všech komplikacích, které by po výkonu mohly nastat, byl dostatečně a opakovaně informovaný. Co se týkalo dodržování léčebného režimu, neměl s tím pacient sebemenší problém.



Největší oporou pro respondenta byla manželka a také sestřička-studentka, která byla velmi empatická a dokázala si udělat čas a popovídat si s ním. Na otázku, co by změnil na přístupu sester, kdyby měl tuto možnost, odpověděl, že jejich práce je velmi náročná, jak psychicky, tak fyzicky. Chápe, že každý den sestra nemůže být usměvavá a plná energie. Jen by od sester ocenil dodržování pacientova soukromí, a aby občas výkony, které jsou pro ně rutinní, vysvětlily respondentovi (cévkování, podávání infuzní terapie, časté odběry krve).

Schéma 1: Prožívání respondenta č. 1 po reimplantaci:

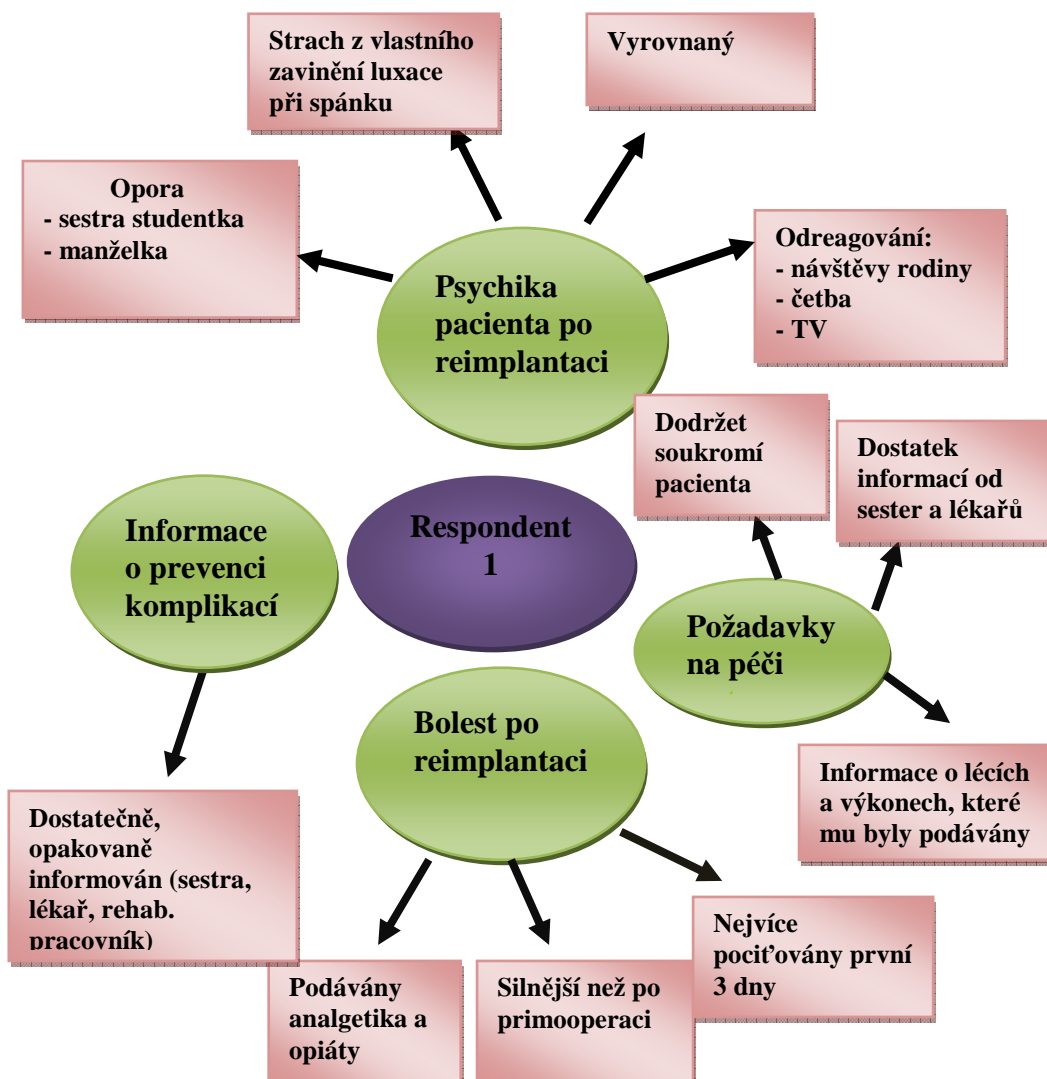


Schéma 1 prezentuje prožívání respondenta č. 1 ve 4 oblastech, na které byl rozhovor zaměřen.

V oblasti **požadavků na péči sester** by respondent ocenil, kdyby sestry nezapomínaly dodržovat soukromí pacienta. Dále by uvítal, kdyby sestry o každém výkonu, který u něho provádí, podávaly dostatek informací a uvědomovaly si, že pro pacienta není každý výkon samozřejmostí. Jiné požadavky respondent nevedl.

Co se týkalo **informací o prevenci komplikací**, cítil se respondent dostatečně informovaný. Informace opakovaně podával lékař, sestra u lůžka i rehabilitační pracovník.

**Bolest po reimplantaci** respondent pociťoval silněji než po prvotní implantaci. Bolest byla nejvíce vnímána první tři dny po výkonu. Na bolest byla podávána analgetika a opiáty.

**V oblasti psychiky po reimplantaci** se respondent cítil vyrovnaný. Největší obavy měl při usínání, bál se, že nevědomě zaujme polohu, která by mohla zavinit luxaci končetiny. Odreagování při hospitalizaci mu umožňovaly návštěvy rodiny, četba a sledování TV. Oporou v době po výkonu mu byla studentka, vykonávající praxi na JIP a manželka, která za ním pravidelně docházela.

### **Kazuistika respondenta 2:**

Paní J. V., narozena r 1942, důchodkyně. Žije s manželem a rodinou syna v rodinném domě na venkově poblíž většího města. Před důchodem pracovala jako poštovní úřednice. Má dva syny, každý má již svou rodinu. Jeden ze synů bydlí ve stejném domě, druhý bydlí ve městě 5 km od jejího bydliště. Paní J.V. je sympatická komunikativní paní. V dětství byla operována pro zánět červovitého výběžku, před 10 lety cholecystektomie. Ve dvaceti letech následkem autohavárie samovolně potratila. Ve čtyřiceti letech prodělala zánět mozkových blan – dispenzarizace na neurologii. Chronicky užívá Seropram, nechce uvést, z jakého důvodu antidepresiva užívá. Je alergická na pyl a roztoče, z léků na Diclofenac, Coxtral, Guajacuran a nově zjištěná alergie na kovy.

Respondentka byla na první ortopedické operaci v lednu 2008, kdy jí byla provedena totální endoprotéza levého kyčelního kloubu. Výkon bylo nutné provést pro koxartrózu, která způsobovala pacientce bolesti, pro které nemohla vykonávat běžné denní činnosti. Po výkonu strávila 3 dny na jednotce intenzivní péče, poté byla přeložena na standardní ortopedické oddělení, kde byla hospitalizována přibližně 8 dní. Poté byla propuštěna do domácího ošetření. S činnostmi, které sama nezvládala, jí

pomáhal manžel a snacha. Pooperační stav byl bez komplikací, bolesti byly pociťovány nejvíce první 2 – 3 dny po operaci, především po rehabilitaci.

S přístupem sester byla respondentka spokojená. Sestry byly u lůžka často, především na Jednotce intenzivní péče si nemůže práci sester vynachválit. Připomínku by měla jen k sestřím, které výkony prováděly automaticky a pacientce nevysvětlily důvod provedených výkonů. Také se jí nelíbilo, že sestry nedodržovaly soukromí a při intimní hygieně se nesnažily pacientku zakrýt. Cítila se nepříjemně při každé hygieně.

Na otázku, zda měla dostatek informací od lékaře, které by se týkaly komplikací, délky hospitalizace a pro ni dalších důležitých údajů, respondentka odpověděla, že se cítila dostatečně informována. Lékař, který respondentku navštěvoval na Jednotce intenzivní péče, jí vše vysvětlil a nechal prostor pro otázky. Rehabilitační sestra byla taky ochotná a všechny důležité informace jí stále opakovala. Věděla, kterým pohybům se má vyhýbat a jak správně polohovat operovanou končetinu. Informace od rehabilitační sestry doplňovaly sestřičky, které během dne kontrolovaly, zda pacientka cvičení a polohování končetiny provádí správně. Před propuštěním jí byly zopakovány důležité informace a pacientka měla pocit, že ví vše potřebné a že zvládne péči o operovanou končetinu i sama v domácím prostředí.

Pacientka byla po dobu hospitalizace vyrovnaná a neměla větší obavy z komplikací, věřila slovům lékařů, že je vše v pořádku. Jen se bála toho, že by se mohl kloub poškodit její vinnou, například při vstávání z lůžka. Další obavy měla z možné dlouhodobé imobilizace, ale věřila, že vše zvládne a bude samostatná jako před výkonem. Největší oporou v době hospitalizace pro ni byl manžel a synové s rodinami. Pravidelně ji navštěvovali a dodávali potřebnou sílu a energii.

Reimplantace levé kyčle byla pacientce provedena 13.2. 2009 Výkon byl plánovaný pro zjištěnou alergii na chrom, z kterého byl vyroben implantovaný kloub. Reimplantace byla tedy provedena rok po primární implantaci. Pacienta byla po reimplantaci hospitalizována přibližně 12 dní, z toho byla 2 dny na JIP ortopedického oddělení. Hlavní rozdíl v pooperačním období po reimplantaci a primární implantaci vidí respondentka ve větším psychickém napětí. Předešlé zkušenosti z prvního výkonu ji znepokojovaly, bála se, že kloub její tělo opět odmítne. Lékař jí vysvětlil, že zavedený

kloub je z jiného materiálu než předešlý, ale i přesto měla obavy z možných komplikací. Rozdíl byl také v podávaných antibiotikách, po reimplantaci měla kombinaci dvou antibiotik, i na to ji lékař upozornil. Dále se pooperační období lišilo v delší hospitalizaci a v častějších návštěvách ortopeda v ambulanci po propuštění.

Respondentka uvedla, že po reimplantaci měla větší bolesti než po prvním výkonu. Před operací s tím počítala, upozorňoval jí na to i ošetřující lékař. Myslí si, že důvod větších bolestí souvisel s psychickým stresem, že si bolest trochu vsugerovala. Bolesti byly nejvíce pociťovány první tři dny po výkonu. Respondentka měla také po výkonu přibližně 3 dny zvýšené teploty, které podle lékaře byly v mezích normy, nemusela se tedy znepokojovat. Pacientce byl zaveden epidurální katétr, který umožňoval rychlejší mobilizaci, protože léky podávané katétrelem výrazně snižovaly bolest. Respondentka také uvedla, že bolest přetrvávala pár dní i v domácím prostředí po propuštění.

Po výkonu byla pacienta převezena na jednotku intenzivní péče. Hned se jí ujaly sestry, které jí napojily na monitor. Zde jí chyběla komunikativnost sester, pacientka vnímala, ale sestry mluvily jen mezi sebou a do komunikace pacientku nezapojovaly. Když byla u pacientky jen jedna sestra, podala jí všechny potřebné informace, jak se tiší bolest, jak se odvádí moč, kdy může začít pít tekutiny. Lékař za respondentkou přišel v odpoledních hodinách, u lůžka se zdržel přibližně jednu minutu, pacienta cítila, že spěchá a nechtěla ho zdržovat. I po celou dobu hospitalizace jí lékař moc informací nesdělil, ale když potřebovala, zeptala se ošetřujících sester.

Další oblast, která v rozhovoru zazněla, byla spokojenost s ošetrovatelskou péčí, kterou poskytovaly sestry. Respondentka uvedla, že každá sestra má jiný přístup a jiné chování. Některé sestry byly ochotnější, některé méně. Pamatuje se i na sestru, z které měla obavy, jen jí kárala a vždy měla špatnou náladu. Nejvíce ji mrzelo, že to byla mladá sestřička, která by rozhodně měla mít jiný přístup k pacientům. Pečovaly o ni i sestřičky, které si velmi oblíbila a které jí dodávaly sílu a energii. Obecně byla s péčí sester spokojená, pokud to bylo v jejich silách, snažily se pacientce vyhovět. Jen nebyla spokojená se skladbou pacientek na pokoji. Na standardním oddělení byla umístěna vedle paní, která byla zmatená a večer chodila po pokoji. Velmi jí to

obtěžovalo, horšilo to její psychický stav a v noci nedokázala usnout. Také by uvítala více informací o lécích, které jí sestry podávaly a dodržovat soukromí, především při rehabilitaci.

Psychicky byla respondentka více vyčerpána po reimplantaci. Měla větší obavy z komplikací, především z další možné alergie, která by zkomplikovala co nejrychlejší rekonvalescenci. Psychicky jí také zeslabovala pacientka, ležící na vedlejším lůžku. Byla zmatená a v noci nenechala respondentku vyspat. Proto by uvítala prášky na lepší usínání, které jí však lékař nenabídl.

U respondentky žádné komplikace po reimplantaci nenastaly. O komplikacích, které by mohly nastat i v domácím ošetření, byla respondentka informována. Informace dostala, jak od lékaře, tak od sestry i rehabilitační sestry. Jen si myslí, že lékař mohl podat informací více. Co se týkalo dodržování léčebného režimu, neměla respondentka žádný problém.

Psychickou oporu měla respondentka především u manžela, synů a jejich rodin. Na otázku, co by změnila na přístupu sester, a jaké by na ně měla požadavky, odpověděla, že vždy záleží na osobnosti sestry. Některé dělají vše proto, aby byl pacient spokojený, a některé jsou z práce unavené a je vidět, že je práce neuspokojuje. U sester by ocenila dodržování soukromí nemocných. Dále by uvítala při každém výkonu, který je pro sestry samozřejmostí, podat potřebné informace. „Co je to za výkon, bude bolet?“, kladla si pacientka otázky. Cítila by se tak jistější a neměla by z výkonu strach. Informace jí chyběly i při podávaných lécích. Věděla jen, kdy jsou jí podávána antibiotika, o jiných lecích neměla informace. Další požadavek by byl na promýšlení skladby pacientů na pokoji. Chápe, že pokaždé není možné nechat zmatené pacienty na pokoji samotné, ale jí to psychicky ubíjelo, neměla z toho dobrý pocit.

Schéma 2: Prožívání respondentky č. 2 po reimplantaci:

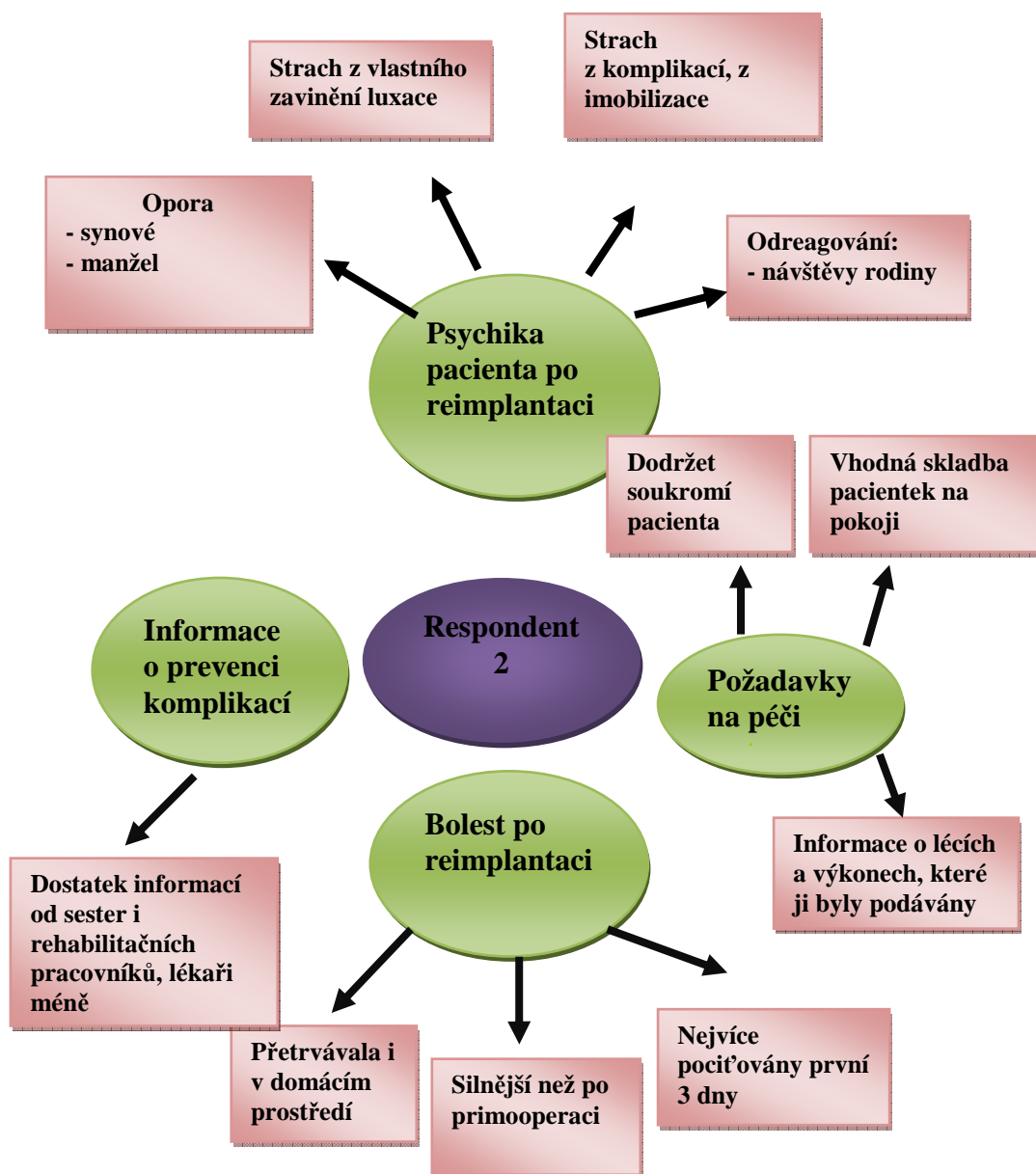


Schéma 1 prezentuje prožívání respondentky č. 2 ve 4 oblastech, na které byl rozhovor zaměřen.

V oblasti **konkrétních požadavků na péči sester** respondentka požaduje od sester dodržovat soukromí pacientů. Také by ocenila dostatek informací o lécích a výkonech, které jí sestry prováděly. Dále od sester požaduje, aby volily co vhodnější skladbu

pacientů na pokoji, samozřejmě dle možností daného oddělení. Další požadavky respondentka nevedla.

V oblasti **informací o prevenci komplikací** respondentka ocenila sestry, které jí o komplikacích pravidelně informovaly. Od lékařů prý bylo informací, které by se týkaly komplikací po výkonu, minimum. Rehabilitační sestra jí podávala dostatek informací.

Respondentka pociťovala **bolest po reimplantaci** silněji než po primární implantaci. Byla nejvíce pociťována první tři dny po výkonu. U respondentky bolest přetrvávala i v domácím prostředí po propuštění.

V oblasti **psychiky po reimplantaci** měla respondentka největší strach z komplikací a z možné imobilizace. Měla také obavy, že by mohla zavinit luxaci končetiny. Odreagování jí přinášely návštěvy rodiny. Největší oporu měla v manželovi a také v synech a jejich rodinách.

### **Kazuistika respondenta 3:**

Paní H. S., narozena r 1933, důchodkyně. Žije sama v malém bytě panelového domu. Celý život pracovala jako dělnice v továrně, kde se vyrábí automobily. Podle slov respondentky, to byla práce velmi náročná, ale bavila ji. Paní H.S. má dvě dcery a 4 vnoučata. Všichni příbuzní bydlí ve stejném městě, nedaleko bytu respondentky. Pacientka má diagnostikovanou hypertenzi, která je léčena antihypertenzivy. Před 10 lety prodělala gynekologickou operaci, před rokem operační výkon na levém oku, kde měla pacientka šedý zákal. Dále pacientka uvedla, že má problémy se srdcem, ale není si jistá, o jaké onemocnění jde. Pacientka měří 162 cm a váží 74 kg (BMI =28,24).

Paní J.H. byla na prvním ortopedickém výkonu před 2 lety, kdy jí byla provedena totální endoprotéza levého kyčelního kloubu, pooperační rekonvalescence byla bez komplikací a kloub slouží pacientce dodnes. Druhý ortopedický výkon byl proveden v srpnu 2008. Oba výkony bylo nutné provést pro artrózu, která pacientce způsobovala bolesti a velmi obtížnou chůzi. Bolest po prvním výkonu byla nejsilnější



první tři dny, kdy byla respondentka hospitalizována na Jednotce intenzivní péče. Na standardním ortopedickém oddělení byla jen při rehabilitaci.

S prací sester byla respondentka spokojená. Nejvíce si chválila přístup sester na standardním oddělení, i když byla už týden po výkonu, stále za ní chodily a ptaly se, zda něco nepotřebuje. Jediné, co by sestřám mohla vytknout, byl spěch při hygieně. Respondentka by ráda ranní hygienu provedla sama, bohužel bylo málo času a musela pak přivítat pomoc sester. Jinak by se prý do vizity nestihla umýt. Nechápe, proč by při vizitě nemohla mít u lůžka umyvadlo. Stávala se pak více nesamostatnou a to jí k psychické pohodě moc nepřispívalo.

Co se týkalo informací od lékaře ohledně možných komplikací, délky hospitalizace a dalších věcí, byla prý respondentka informována dostatečně. Sama se při vizitě dotazovala, pokud jí nebylo něco jasné. Některý z lékařů byl sdílnější, některý zase dával najevo, že nemá čas a odpoví příště. Každý lékař je prý v této oblasti jinak ochotný. Rehabilitační sestra, která se o respondentku starala, byla taky ochotná a respondentku dostatečně informovala o pohybovém režimu, jak by se měla správně chovat v domácím prostředí. Pacientka uvítala brožurku, kterou od sester dostala. Mohla si jí v klidu pročíst a byla pro ni užitečná i po propuštění. S chutí si jí přečetla i rodina, která pacientce po propuštění pomáhala.

Psychická stránka, byla podle slov respondentky, po implantaci v pořádku. Byla vyrovnaná a těšila se domů. Měla jen strach z možné luxace při spánku. Do nemocnice jí chodila podporovat rodina, především jedna z dcer s rodinou, ke kterým měla jít po propuštění na krátkou dobu bydlet. Byla tak klidnější, neboť sama doma by asi hned vše nezvládala.

Po druhém výkonu, který byl na pravé kyčli, nastaly komplikace. Pacientka byla přibližně po dvou týdnech propuštěna do domácího ošetření. Snažila se o co nejrychlejší rekonvalescenci, ale pohyb byl velmi obtížný pro bolesti, kterými trpěla. Bolesti byly stále silnější a kyčelní kloub byl velmi citlivý na dotyk. Pacientka vše sdělila lékařovi při ambulantní kontrole, ten naordinoval vyšetření, která by mohla potvrdit podezření na infekci. Vyšetření infekci potvrdila a bylo nutné naplánovat hospitalizaci v nemocnici, kde se začalo s léčbou.

Respondentka byla hospitalizována na septickém oddělení chirurgie. Nejdříve jí byl proveden výkon, při kterém operatér odstranil poškozený umělý kloub a dal dočasnou náhradu, která měla respondentce sloužit do doby, než bude oblast bez známek infekce. Byla informována, že léčba bude zdlouhavá a že není jasné, za jak dlouho bude možné implantovat nový umělý kloub.

Reimplantace proběhla v lednu 2009. Respondentka byla nejdříve hospitalizována v léčebně dlouhodobě nemocných, poté byla propuštěna do domácího ošetření. V lednu byla hospitalizována v nemocnici a byla jí provedena reimplantace kyčle, neboť lékař usoudil, že infekce už nehrozí.

Jako hlavní rozdíl v pooperačním období po reimplantaci a primární implantaci uvedla delší hospitalizaci, dále byly podávány častěji antibiotika a analgetika. Byl přísnější klidový režim, déle trvalo, než byla pacientka schopná aktivní rehabilitace. Byly i silnější bolesti a pacientka se cítila po psychické stránce velmi špatně. Užívala i léky na uklidnění, pro lepší usínání a kvalitnější spánek.

Jak respondentka uvedla, bolesti byly mnohem silnější po reimplantaci. Myslí si, že to souviselo i s psychickým stavem, který nebyl úplně v pořádku. O analgetika si žádala častěji a pokaždé jí nezabraly. Bolesti pociťovala nejvíce na JIP, kde byla 5 dní. Před výkonem jí byl také zaveden permanentní katétr, který byl ponechán i první dny po operaci. Byla za něj ráda, nemusela se bát, že se pomočí nebo bude muset močit na lůžku, což by znamenalo bolest při polohování.

S přístupem sester byla pacientka spokojená. Chválila si péči studentek, které byly na oddělení na praxi, se vším jí pomohly a byly vždy na blízku. Na JIP byla na pokoji sama, chyběla jí společnost jiného pacienta a den jí neutíkal, ale sestry chodily často a ptaly se, zda něco nepotřebuje. Možná by jen uvítala více informací o lécích, které jí byly podávány a o výsledcích vyšetření.

Co se týkalo psychiky, byla respondentka vyčerpaná a necítila se klidná. Měla velké obavy, zda nový kloub bude funkční a nenastanou opět komplikace, které by si vyžádaly operační revizi. Měla strach, zda se na nohu postaví a bude moc chodit. Cítila se slabá a bála se rehabilitace. Měla i noční děsy, zdálo se jí, že skončí imobilní a dcery

se o ní budou muset starat. To byla pro respondentku hrozná představa. Pomáhaly jí léky na lepší usínání, o které si žádala každý večer.

I přes všechny obavy byl pooperační stav, podle lékařů, bez komplikací. Pacientka začala s rehabilitací a postupem času zvládala chůzi o berlích. O všech komplikacích byla dostatečně informována. Co se týkalo dodržování léčebného režimu, neměla s ním respondentka žádný problém, dělala vše proto, aby rekonvalescence byla co nejrychlejší.

Největší oporou pro respondentku byly dcery a vnoučata, ale i sestry, které byly velmi vlídné a dokázaly si udělat čas a popovídat si s respondentkou. Na otázku, co by změnila na přístupu sester, odpověděla, že každá sestra je jiná a u každé by změnila něco jiného, ale zásadní problém se sestrami neměla. Obdivuje jejich náročnou práci.

Schéma 3: Prožívání respondentky č. 3 po reimplantaci

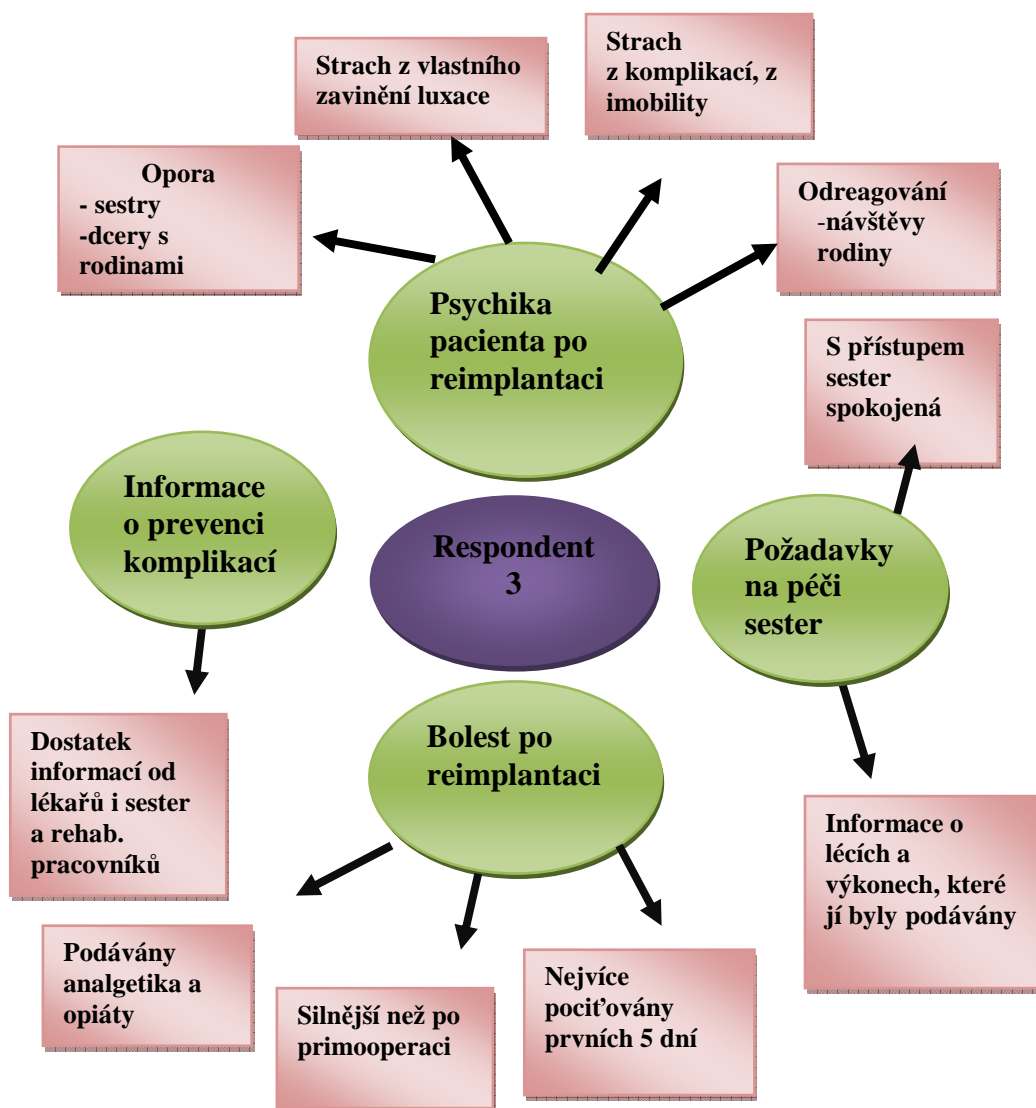


Schéma 3 prezentuje prožívání respondentky č. 3 ve 4 oblastech, na které byl rozhovor zaměřen.

V oblasti **konkrétních požadavků na péči sester** by respondentka od sester uvítala více informací o léčích a výkonech, které jí sestry prováděly. Další požadavky respondentka neměla.

V oblasti **informovanosti o prevenci komplikací** měla respondentka dostatek informací od lékařů i sester. Rehabilitační sestra jí také podávala dostatek informací.

Respondentka pociťovala **bolest po reimplantaci** silněji než po primární implantaci. Bolest byla nejvíce pociťována prvních pět dní po výkonu. Byla tlumena analgetiky a opiáty.

V oblasti **psychiky po reimplantaci** měla respondentka strach z komplikací a z možné imobility. Také měla obavy, že by mohla zavinit luxaci končetiny. Odreagování jí přinášely návštěvy rodiny. Největší oporu měla v dcerách a také v sestřích, které o ni pečovaly.

#### **Kazuistika respondenta 4:**

Paní K. P., narozena r. 1940, důchodkyně. Žije sama v malém bytě, stará se o psa a 4 kočky. Paní K. P. před důchodem pracovala jako obráběčka kovů, práce podle ní byla velmi náročná, ale bavila ji. Respondentka má jednu dceru, která emigrovala do USA a tam zůstala žít natrvalo. Naposledy jí viděla před dvěma lety. Respondentka je spíše introvertní, ale příjemná paní. Z chronických onemocnění je u ní diagnostikovaná nedoslýchavost, která prý souvisí s dřívějším zaměstnáním. Dokáže artikulovat, popřípadě jsem jí dotaz psala na papír. Dále udává chronické onemocnění ledvin, přesně neví. Poslední nemoc, kterou uvedla, byla přítomnost konkrementů ve žlučových cestách. Pacientka měří 162 cm a váží 70 kg (BMI= 26,71). Operace, které v minulosti prodělala: operace pro zánět červovitého výběžku, operace HLK po úraze, cholecystektomie, kyretáž při menopauze.

Paní K.P. byla na první ortopedické operaci v lednu 2009, byla jí implantována totální endoprotéza pravého kyčelního kloubu. Důvod provedené náhrady byla koxartróza, která již nedovolila respondentce bezbolestný pohyb, již měla bolesti i v nočních hodinách a v klidu. Trpěla také ranními ztuhlostmi postiženého kloubu. Výkon však neproběhl bez komplikací a přibližně 5. pooperační den došlo k luxaci endoprotézy. Bylo nutné provést reimplantaci. Kloub se respondentce luxoval na standardním ortopedickém oddělení při nesprávné manipulaci s operovanou končetinou. Respondentka uvedla, že po primární implantaci netrpěla silnými bolestmi, pomáhaly jí analgetika, která byla pravidelně aplikována.

S prací sester byla respondentka spokojená, jediné co by sestrám vytkla, je to, že neklepaly na dveře při příchodu na pokoj. Narušovaly tím soukromí respondentky. Nejvíce jí vyrušovaly časté návštěvy studentek na pokoji, prý tam byly zbytečně mnohokrát. Uvítala by i více informací o lécích a výkonech, které jí sestry prováděly.

Při otázce, zda měla dostatek informací od lékaře ohledně komplikací, délky hospitalizace a dalších, pro respondentku důležitých údajů, uvedla, že informace měla, ale že lékař u jejího lůžka moc času nestrávil, prý jí vždy odbyl a pospíchal. Když potřebovala získat nějakou informaci, obracela se na sestry. Rehabilitační sestru, si respondentka chválila. Prý na ni měla vždy dost času a podávala jí dostatek informací, dávala i prostor pro dotazy. Respondenta byla informována o tom, jakých pohybů se vyvarovat a jak se chovat po propuštění do domácího ošetření.

Co se týkalo psychické stránky, byla respondentka do luxace kloubu v psychické pohodě. Neměla obavy z komplikací a těšila se domů. Jen měla strach z toho, jestli se jí přítelkyně dobře stará o zvířata, která zůstala doma sama bez dozoru. Odreagování jí přinášely návštěvy kamarádky, luštění sudoku a čtení oblíbených knih.

Reimplantace byla provedena druhý den po selhání primární endoprotézy. Respondenta uvedla, že měla velké obavy před druhým výkonem, již nebyla tak klidná, jak před prvotní implantací. Obávala se komplikací a hlavně se bála zdlouhavé hospitalizace. Po výkonu byla respondentka hospitalizována na JIP, kde strávila 4 dny. Respondentka uvedla, že měla velké bolesti, měla je i po podání analgetik. Nejsilněji je pociťovala prvních 5 dní po výkonu. Bolesti oddalovaly zahájení rehabilitace. Byl nařízený režim, který znamenal klid na lůžku bez vstávání a to přibližně 6 dní. Po přeložení na standardní oddělení byly bolesti slabší a postupně se mohlo začít s rehabilitací.

S přístupem sester byla celkově spokojená, jediné, co by sestrám vytkla, je nedostatek soukromí při vyprazdňování na lůžku. Respondentka trpěla po reimplantaci zácpou, měla nařízený klidový režim a to znamenalo, že se musela vyprazdňovat na lůžku. Tento fakt jí stresoval o to víc, že nebyla na pokoji sama a stále chodila na pokoj sestra a ptala se, zda už je respondentka vyprázdněná. Uvítala by více soukromí a klidu

na pokoji. Také byla nucena odmítnout péči studentek se SZŠ, stále byly u jejího lůžka a ona neměla klid na spánek.

Respondentce bohužel kloub selhal i po druhé a to při nacvičování chůze po chodbě s rehabilitační sestrou, bylo to asi 8. den po reimplantaci. Respondentka hned pochopila, že ji čeká stejný postup jako při první luxaci. Byla velmi zoufalá, plakala a kladla si za vinu, že ona může za to, že kloub neslouží. Bála se, že už nikdy nebude samostatná a že se o ní nebude mít kdo starat. Reimplantace byla provedena ještě ten den, kdy došlo k luxaci. Pacientka byla opět na JIP, kde strávila přibližně 5 dní, poté byla přeložena na standardní ortopedické oddělení. Druhá reimplantace proběhla bez komplikací. Respondentka byla z ortopedie přeložena na rehabilitační oddělení, kde se učila co největší soběstačnosti. Byla jí nabídnuta lázeňská péče, kterou respondentka uvítala. Největší odlišnost od primoooperace považuje ve větší bolesti, v horším psychickém stavu a zdlouhavé hospitalizaci.

Psychický stav byl velmi špatný. Nejhůře se respondentka cítila po luxaci reimplantovaného kloubu. V pohodě nebyla ani po druhé reimplantaci, měla obavy, že kloub opět selže a bude nutná další revize. Cítila stále výčitky a ptala se sama sebe, proč zrovna ona má takové komplikace. Navíc měla doma zvířata, o které se starala přítelkyně, ale ta měla také nastoupit do nemocnice a nevěděla, kdo se o ně postará. Velmi se jí v tomto období stýskalo po dceři, která však nemohla přiletět. Bylo nutné v této fázi respondentce podávat léky na uklidnění, aby si odpočinula a načerpala sílu.

O komplikacích byla podle slov respondentky, dostatečně informována, věděla, jak jim předcházet, bohužel však luxaci nezabránila a velmi si to vyčítala. Největší oporou v tomto období byla přítelkyně a v neposlední řadě sestry, nikoho jiného neměla a tak uvítala, že měly sestry zájem si občas popovídat a respondentku psychicky podpořit. Na otázku, co by změnila na přístupu sester, odpověděla, že jediné co jí vadilo, bylo nedodržování soukromí při vyprazdňování. A automatické ranní odběry, kdy jí sestry neřekly, proč je jí krev odebírána. Jinak sestry jen chválila.

## Prožívání respondentky č. 4 po reimplantaci

Schéma 4:

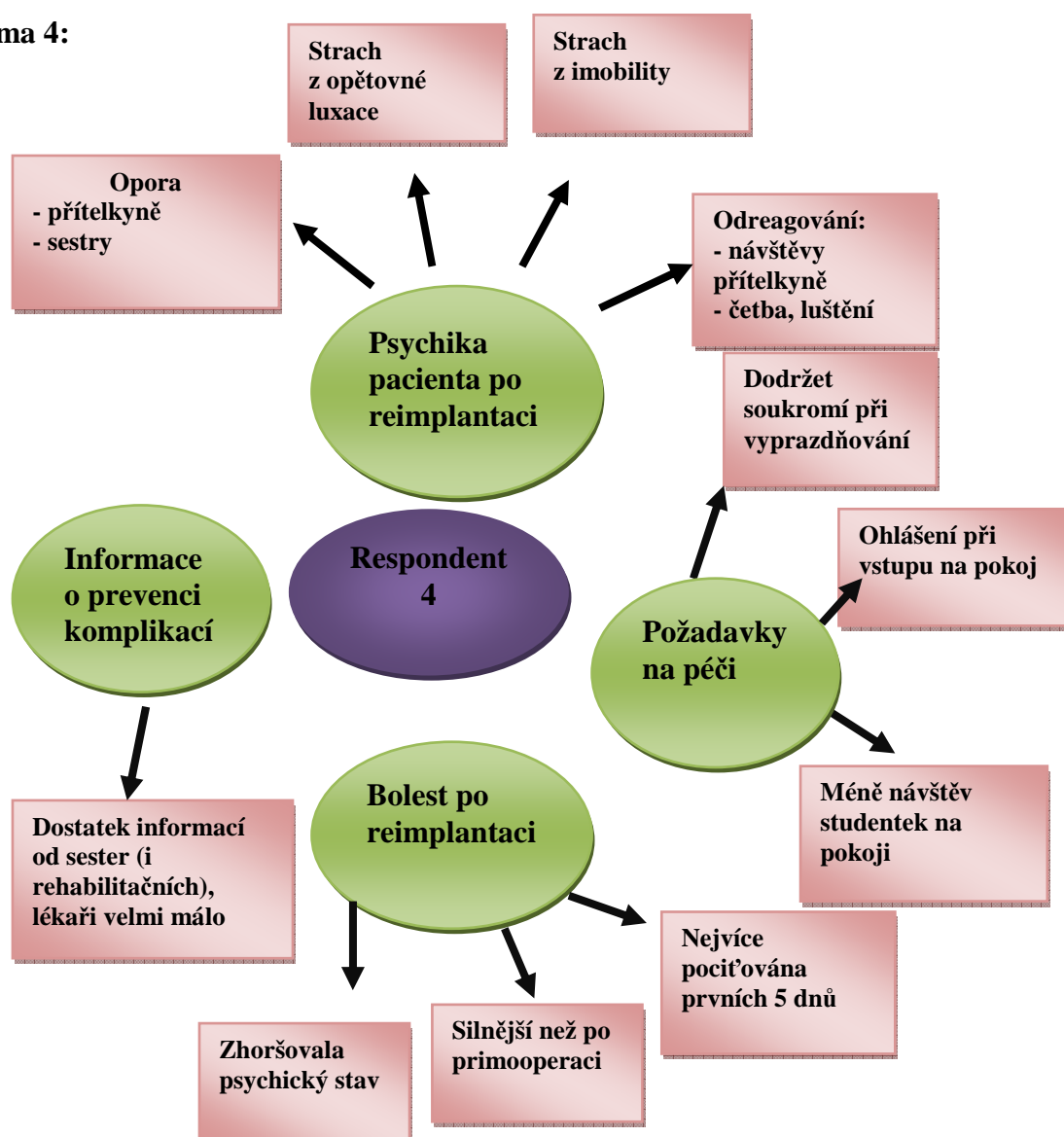


Schéma 4 prezentuje prožívání respondentky č. 4 ve 4 oblastech, na které byl rozhovor zaměřen.

V oblasti **konkrétních požadavků na péči sester** by respondentka uvítala dodržování soukromí při vyprazdňování na lůžku. Také by jí bylo příjemnější, kdyby se sestry před vstupem na pokoj ohlásily klepáním na dveře. Posledním požadavkem bylo omezit návštěvy studentek na pokoji. Další požadavky respondentka neuvedla.



V oblasti **informovanosti o prevenci komplikací** měla respondentka dostatek informací od sester, bohužel od lékařů velmi málo. Rehabilitační sestra jí také podávala dostatek informací.

Respondentka pociťovala **bolest po reimplantaci** silněji než po primární implantaci. Bolest byla nejvíce pociťována prvních pět dní po výkonu. Respondentka uvedla, že bolest zhoršovala psychický stav po reimplantaci.

V oblasti **psychiky po reimplantaci** měla respondentka strach z komplikací a to z opětovné luxace a z následné imobility. Měla obavy, že komplikace jsou následkem jejího špatného zacházení s operovanou končetinou. Odreagování jí přinášely návštěvy přítelkyně, luštění sudoku a četba. Největší oporu měla v přítelkyni a sestřích, které o ni pečovaly.

#### **Kazuistika respondenta 5:**

Pan K.V., narozen r. 1925, žije v domě s pečovatelskou službou. Celý život pracoval v zemědělství, bydlel na statku se svou manželkou. Před 6 lety ovdověl. Před 5 lety byl ze zdravotních důvodů nucen využít služeb pečovatelského domu. Má tři syny, jednu dceru, 9 vnoučat a 5 pravnoučat. Pan K.V. je velmi sympatický a extrovertní. S rozhovorem souhlasil a moje přítomnost mu byla příjemná. Bohužel si nemohl vzpomenout na všechny nemoci, s kterými se léčí. Uvedl, že se léčí s vysokým tlakem a že má problémy s prostatou a léčil se s karcinomem tlustého střeva. Proděl operaci prostaty, varixů a tlustého střeva. Pacient měří přibližně 180 cm a váží 76 Kg (BMI=23,45).

Pan K.V. byl na první implantaci totální endoprotézy v únoru 2009. Tato implantace byla nutná po úrazu, kdy pacient upadl v koupelně. Po tomto výkonu měl pacient jen minimální bolesti.

Při otázce, zda měl dostatek informací od lékaře ohledně komplikací, délky hospitalizace a dalších důležitých věcí, respondent odpověděl, že ano. Lékař mu podával informace při vizitách, zodpověděl mu kladené dotazy. Informace měl jak od lékaře, tak od rehabilitační sestry, která ho denně navštěvovala. Respondent uvedl, že nejvíce informací získal vždy od sester. Byl s nimi nejčastěji v kontaktu a vždy měly

trpělivost mu vše podrobně vysvětlit popřípadě zopakovat. O komplikacích, které by mohly nastat při nedodržování léčebného režimu, byl respondent informován a všechny zásady se snažil dodržovat. Považoval se podle jeho slov za „poslušného“ pacienta.

Co se týkalo psychické stránky, byl respondent do doby, než vznikly komplikace, v psychické pohodě. Doufal, že vše dobře dopadne a brzy se bude moci vrátit do domu s pečovatelskou službou, kde má svůj vlastní byt a je tam spokojený. Spánek měl podle jeho slov kvalitní a s usínáním neměl problémy. Pravidelně ho navštěvovala rodina, která pro něj byla velkou oporou.

Respondent byl z ortopedického oddělení přeložen na rehabilitační oddělení, kde se mu třetí den implantovaný kloub luxoval. Pacient uvedl, že se tak stalo při ranní hygieně ve sprše. Ihned zavolal setru, která informovala lékaře. Ten respondenta vyšetřil a ihned poslal zpět na ortopedické oddělení, kde byla provedena druhý den reimplantace luxovaného kloubu. Respondenta tato situace velmi zasáhla, uvědomoval si, že druhý operační výkon pro něj bude znamenat delší hospitalizaci a bál se, že nebude už nikdy moci chodit. Měl myšlenky na to, že bude imobilní a to by pro něj byla velká psychická zátěž.

Celková doba hospitalizace respondenta v nemocničním zařízení byla přibližně měsíc. Hlavní rozdíl v pooperačním období od primární implantace respondent vidí v delší hospitalizaci, ve větším psychickém vypětí a měl i větší obavy z komplikací.

Respondent dále uvedl, že bolest byla výrazně silnější a méně snesitelnější než po prvním výkonu. Podle jeho slov mu ubírala psychické síly.

Sester si moc vážil a cení si jejich práce. Respondentovi se jen nelíbilo, že ho některé sestry oslovovaly „dědo“. Pozoroval to především u starších sester. Nebylo mu to příjemné, avšak nic sestrám neřekl, bál se, že u nich pak bude za špatného a budou se mu mstít. Další výtku, kterou respondent zdůraznil, byla na nedostatečné informování o lécích, které mu sestry podávaly. Všiml si, že mu sestry podávají nějaké tablety, které předtím neužíval. Čekal, zda mu sestry řeknou, o jaký lék jde. Žádná sestra mu však tuto informaci nepodala, tak byl nucen zeptat se. Odpověď dostal, avšak s ní nebyl spokojený. Lék byl prý předepsán ošetřujícím lékařem, sestra mu řekla název léku a to pacientovi v jeho situaci nepomohlo. Připadal si v této oblasti málo informovaný.

Žádné komplikace se již po reimplantaci neobjevily a pacient byl přeložen na rehabilitační oddělení, kde se měl naučit co nejrychleji soběstačnosti, aby mohl být propuštěn do domácího ošetření. S dodržováním léčebného režimu neměl respondent sebemenší problém.

Psychický stav po reimplantaci nebyl podle slov respondenta dobrý. Často po nocích plakal a měl špatné sny. Báł se dalších komplikací, že zaviní luxaci či zůstane nesoběstačný a bude muset shánět zařízení, kde by se o něj postarali, neboť rodina je časově velmi vytížená. Oporou pro něj byla rodina, každý den přišel respondentem někdo navštívit a přinesl mu něco pro radost. Oporou pro něj byl i ošetrovatelský personál, byl vlídný a vždy si našel někdo čas a strávil u respondenta chvíli u lůžka. Respondent se tak odreagoval, a směřoval myšlenky více pozitivněji.

Největší oporou v tomto pro respondenta těžkém období byla rodina a sestry. Všem moc děkoval za péči, kterou mu v nemocnici poskytovali. Na otázku, co by změnil na přístupu sester, uvedl již zmíněné nedůstojné oslovování. Nikdy předtím se s tím nesetkal a nebyl na to zvyklý od cizích lidí. A v neposlední řadě by sestry upozornil na jejich automatické vykonávání své odborné práce. Pro něho je to něco nového, v medicíně se nevyzná, a proto by uvítal informace o tom, co se s ním bude dít, když sestra vejde na pokoj s plným táčem neznámých pomůcek a jen okrajově mu sdělí, o co půjde. A stejně respondent nerozuměl, neboť mu to bylo sděleno v odborné terminologii, která je pro něj cizí. Proto by se přiklonil k mluvě, v které by se lépe orientoval.

## Prožívání respondenta č. 5 po reimplantaci

Schéma 5:

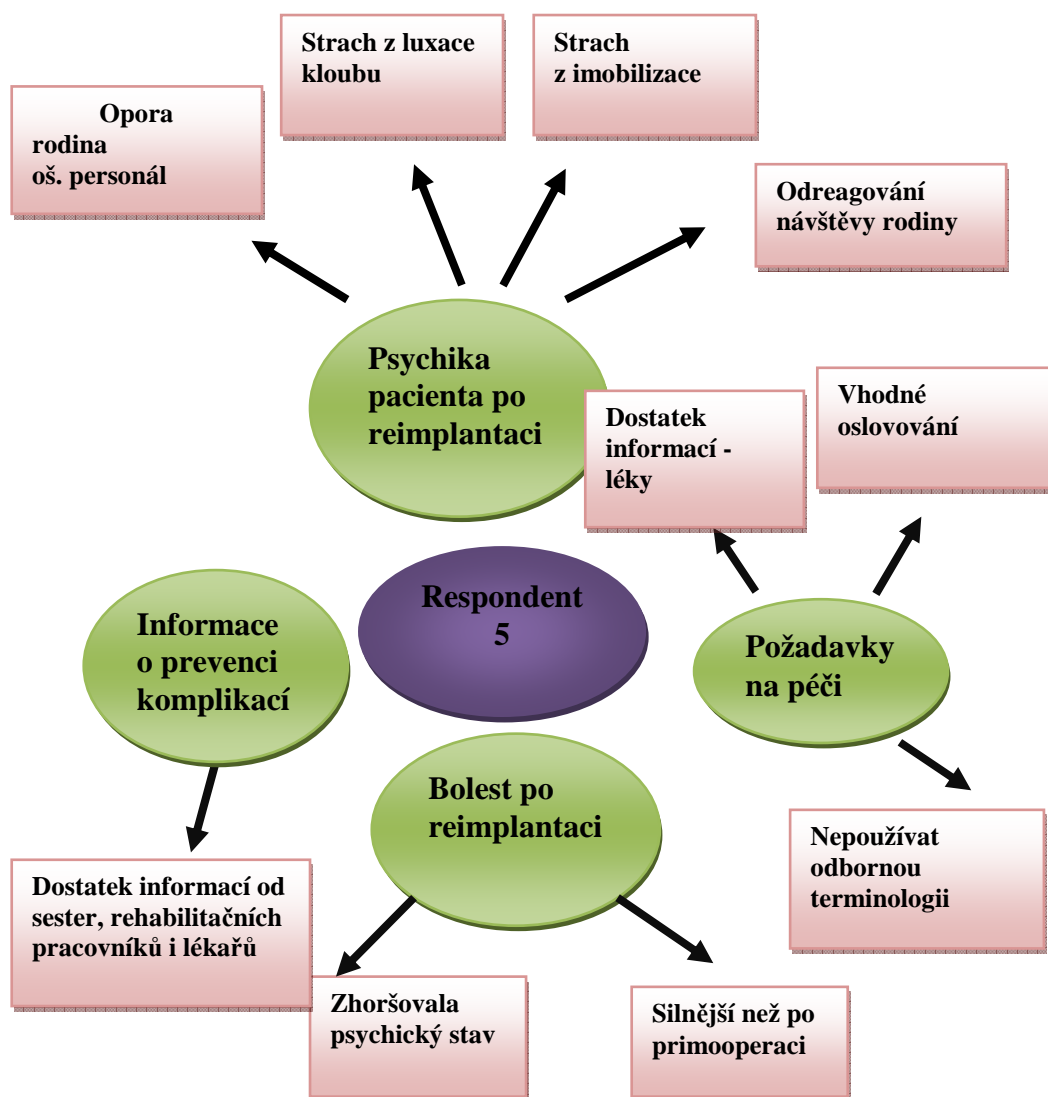


Schéma 5 prezentuje prožívání respondenta č. 5 ve 4 oblastech, na které byl rozhovor zaměřen.

V oblasti **konkrétních požadavků na péči sester** by **respondent** uvítal více informací o lécích, které mu sestry podávaly. Dalším požadavkem je, aby sestry nepoužívaly v rozhovoru s pacientem odbornou terminologii. Posledním požadavkem respondenta je, aby sestry volily vhodné oslovování pacientů.

V oblasti **informovanosti o prevenci komplikací** měl respondent dostatek informací od lékařů, sester i rehabilitačních pracovníků.

Respondent pociťoval **bolest po reimplantaci** silněji než po primární implantaci. Bolest respondentovi zhoršovala psychický stav.

V oblasti **psychiky po reimplantaci** měl **respondent** největší strach z komplikací (luxace) a z možné imobilizace. Odreagování mu přinášely návštěvy rodiny. Největší oporu měl v rodině a ošetrovatelském personálu.

### **Kazuistika respondenta 6:**

Pan J. K., narozen r. 1950, pracuje soukromě jako tesař. Tímto řemeslem se živí celý život. V poslední době musel omezit pracovní zatížení a odmítat své zákazníky. Práce je pro něj koníčkem a velmi ho mrzí, že už nemůže pracovat tak, jako před pár lety. Žije se svou manželkou v rodinném domě nedaleko většího města. Mají zahradu, o kterou se s manželkou stará a také chovají několik hospodářských zvířat. S manželkou mají dva dospělé syny, kteří už žijí s vlastními rodinami. Jeden ze synů žije v Berlíně a přijíždí vždy jednou za 3 měsíce na návštěvu. Respondent uvedl, že užívá léky na snižování cholesterolu, jinak je zcela zdravý. Asi před 15 lety měl pracovní úraz, kdy spadl asi z 6m výšky. Byl hospitalizován a prodělal operaci páteře, neví přesně, o jakou operaci šlo, ale žádné následky nemá. Respondent měří 188 cm a váží 100 Kg (BMI = 28,32)

Pan J.K. byl na první ortopedické operaci v roce 1997, kdy mu byla implantována totální endoprotéza levého kyčelního kloubu. Přibližně za 3 roky byla nutná endoprotéza i pravé kyčle. Oba výkony bylo nutné provést pro koxartrózu, která mu byla diagnostikována už roky před výkonem. Respondentovi byly výkony doporučeny, když ho bolesti a ztuhlost kloubů velmi omezovaly v pohybu a byl nucen odmítat pracovní nabídky. Po implantacích se vždy vrátil do pracovního procesu a mohl bez omezení provozovat své zaměstnání. Ani po jedné implantaci se neobjevily žádné komplikace, byl brzy propuštěn do domácího ošetření. Bolesti měl také minimální, nepamatuje si, že by měl nějaké větší bolesti, které by mu například nedovolily usnout.

S prací sester byl po prvních implantacích spokojený. Je už to prý delší doba a nevybavuje si, že by měl s ošetřujícím personálem nějaké problémy. Ohledně informací mi respondent sdělil, že dostal všechny informace, které potřeboval, nepřišlo mu, že by měl v této oblasti nějaký deficit. Když potřeboval něco vědět, zeptal se a odpověď dostal. Co se týkalo psychické stránky, byl respondent po celou dobu hospitalizace vyrovnaný a nepociťoval žádné psychické napětí či úzkost. Stále se omlouval, že je to dlouhá doba a že si pooperační dobu moc nepamatuje.

Reimplantace levé kyčle byla respondentovi provedena v únoru 2009. Výkon byl plánovaný pro mechanické komplikace. Primární endoprotéza respondentovi sloužila přibližně 12 let. Po celou dobu ho umělý kloub nijak neomezoval a mohl se naplno věnovat své práci i sportu. Délka hospitalizace po reimplantaci byla přibližně 10 dní. Respondent uvedl, že žádný rozdíl v pooperačním období od prvního výkonu nepociťoval.

Bolest po reimplantaci pociťoval nejvíce první tři dny, kdy byl na JIP. Měl zaveden epidurální katétra, který bolest tlumil. Bolest byla snesitelná, ale ulevilo se mu, když přestala být tak intenzivní. Když se probрал po výkonu, měl zavedený permanentní katétra, netušil, kdy mu ho zavedli a jaký byl vlastně důvod. V této oblasti se cítil málo informovaný. Na JIP na lůžku vedle respondenta ležela paní, která byla ten stejný den na podobném výkonu, byla zmatená a stále se odkrývala, plenta byla odtažená a on se cítil „nesvůj“. Chybělo mu soukromí, stačilo, kdyby plenta byla stále zatažená, to však sestry moc nedodržovaly.

S přístupem sester byl velmi spokojený. Byly milé a ochotné. Často se respondenta ptaly, zda něco nepotřebuje či mu něco neschází.

Po psychické stránce byl respondent také v pořádku, před výkonem měl obavy, že když je to druhý výkon, nebude sloužit kloub tak dobře, ale lékaři ho ujistili, že vše bude v pořádku a respondent se uklidnil. Jediné co ho trošku trápilo a na co myslel, bylo, že je manželka doma sama a má na starosti zvířata a celý dům. Uklidňoval ho fakt, že manželce občas přijede pomoci syn s manželkou. Respondent uvedl, že by uvítal léky na lepší usínání. Na pokoji vedle něj byl hospitalizovaný pán, který byl starší a velmi zmaten. V noci utíkal z postele a mluvil nesouvislé věty, které nedávaly smysl.

Žádné komplikace po výkonu se u respondenta neobjevily. O komplikacích, které by mohly nastat, byl dostatečně informován. Informace mu podávaly jak lékaři, tak sestry a rehabilitační pracovníci. K dispozici dostal i informační leták a brožuru, kterou si s chutí přečetl a velmi uvítal, že informace bude mít stále u sebe a že si informace může přečíst i manželka, která mu bude v domácím prostředí v prvních dnech pomáhat. Co se týkalo dodržování léčebného režimu, neměl s tím respondent sebemenší problém.

Největší oporou pro respondenta v pooperačním období byla manželka, která ho každý den v odpoledních hodinách navštěvovala. Vždy mu sdělila, že doma je vše v pořádku a on se pak cítil klidnější. Jako další odreagování pro něj bylo sledování TV, luštění křížovek a čtení denního tisku. Na otázku, co by změnil na přístupu sester, kdyby měl tuto možnost, odpověděl, že si jejich práce velmi cení a obdivuje je. Od sester by jen uvítal, kdyby myslely na dodržování soukromí pacienta, aby se vžily do nemocného. Dále by byl rád, kdyby mu poskytovaly informace o výkonech, které se u něj dělaly (cévkování, infuze). A když budou sestry poskytovat informace, uvítal by, kdyby mluvily více laicky, aby rozuměl a nemusel se ptát znovu. Poslední požadavek, který respondent uvedl, byl, aby sestry volily co nejvhodnější skladbu pacientů na pokoji. Samozřejmě pokud to bude možné. Jsou to podle něj věci, které by uvítali všichni pacienti, ale je to jen maličkost v jejich každodenní těžké práci.

## Prožívání respondenta č. 6 po reimplantaci

Schéma 6:

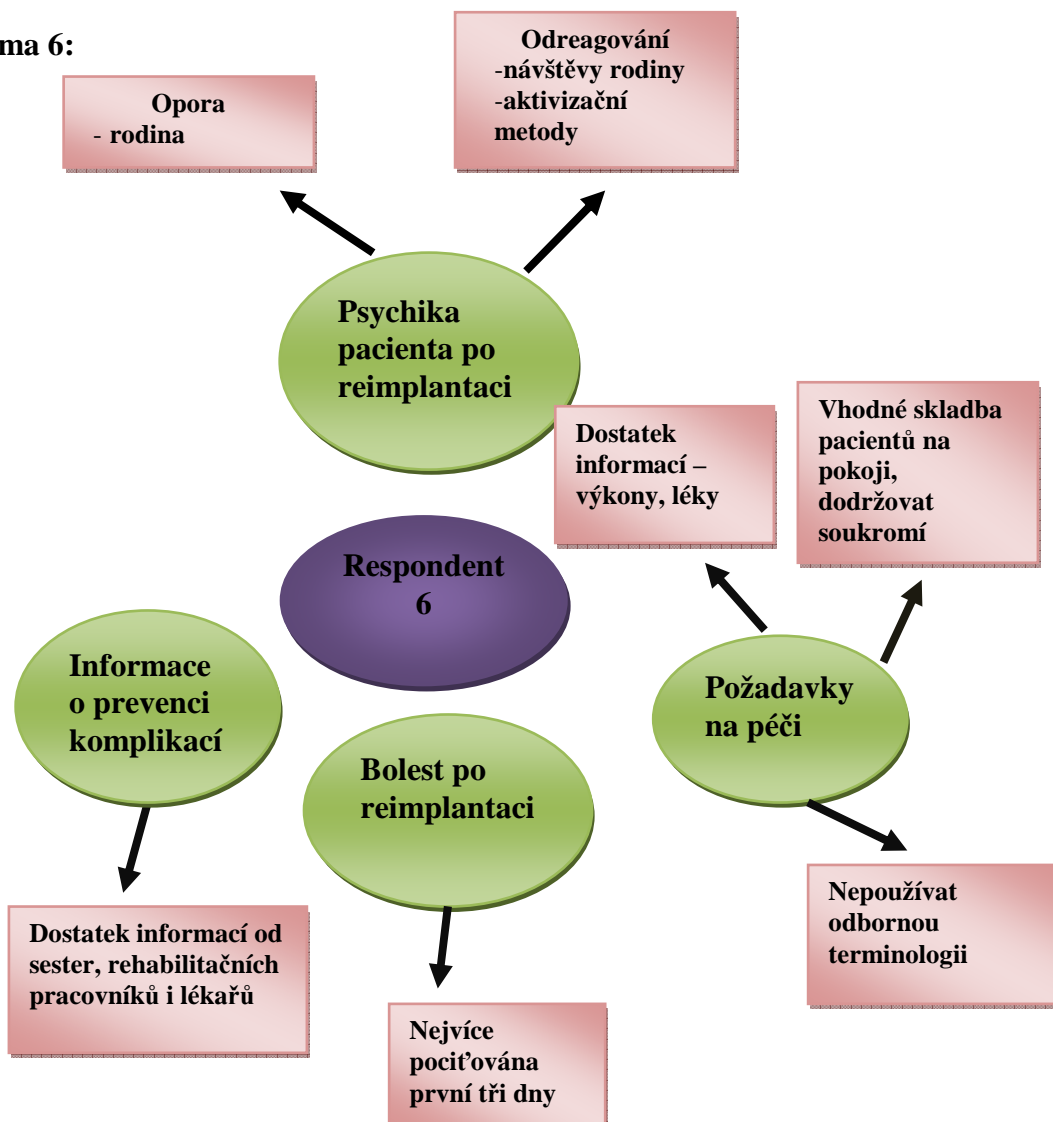


Schéma 6 prezentuje prožívání respondenta č. 6 ve 4 oblastech, na které byl rozhovor zaměřen.

V oblasti **konkrétních požadavků na péči sester by respondent** uvítal dodržování soukromí. Další požadavek je volba co nejvhodnější skladby pacientů na pokoji. Také by uvítal více informací o výkonech a lécích, které mu byly podávány. Posledním požadavkem bylo omezení odborné terminologie při rozhovoru s pacientem.

V oblasti **informovanosti o prevenci komplikací** měl respondent dostatek informací od lékařů, sester i rehabilitačních pracovníků.



Respondent pociťoval **bolest po reimplantaci** nejsilněji první tři dny po výkonu. V oblasti **psychiky po reimplantaci** měl respondent největší oporou v manželce. Odreagování mu přinášely aktivizační metody a návštěvy rodiny.

#### 4.2 Kategorizace dat z kvalitativního výzkumu v tabulkách

Tabulka 1: Požadavky respondentů na práci sester

	R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
<b>Kategorie</b>	Dostatek informací	1	1	1		1	1	5
	Dodržovat soukromí	1	1		1		1	4
	Omezení návštěv studentek na pokoji				1			1
	Vhodná skladba pacientů na pokoji		1				1	2
	Vhodné oslovení					1		1
	Nepoužívat odbornou terminologii					1	1	2
	<b>Celkový výskyt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>15</b>

Nejčastěji zmiňovaným požadavkem byla kategorie **dostatek informací**, byla uvedena celkem 5krát. 4krát byla uvedena kategorie **dodržovat soukromí**. **Vhodná skladba pacientů na pokoji** byla uvedena 2krát. Shodně 1krát, byly uvedeny kategorie odpovědí **omezení návštěv studentek na pokoji** a **vhodné oslovení**. 2krát byla uvedena kategorie **nepoužívat odbornou terminologii**.

**Tabulka 2: Informovanost respondentů o možných komplikacích**

	<b>R = respondent</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>Součet</b>
<b>Kategorie</b>	Dostatek informací od sester	1	1	1	1	1	1	6
	Dostatek informací od rehabilitačních pracovníků	1	1	1	1	1	1	6
	Dostatek informací od lékaře	1		1		1	1	4
	Nedostatek informací od lékaře		1		1			2
	<b>Celkový výskyt</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>18</b>

Nejčastěji zmiňovanou kategorií (6krát) v oblasti informovanosti o možných komplikacích po reimplantaci byl **dostatek informací od sester** a **dostatek informací od rehabilitačních pracovníků**. Kategorie **dostatek informací od lékaře** byla respondenty zmíněna 4krát. Poslední kategorie **nedostatek informací od lékaře** byla zastoupena 2krát.

**Tabulka 3: Psychika pacientů po reimplantaci**

	<b>R = respondent</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>Součet</b>
<b>Kategorie</b>	Strach z luxace	1		1	1	1		4
	Strach z imobility		1	1	1	1		4
	Opora – rodina, blízké osoby	1	1	1	1	1	1	6
	Opora – ošetřovatelský personál	1		1	1	1		4
	Odreagování – návštěvy rodiny, blízkých		1		1	1	1	4
	Odreagování – aktivizační metody	1						1
	<b>Celkový výskyt</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>24</b>

V oblasti psychiky pacientů po reimplantaci byla zvolena nejčastěji kategorie odpovědi **opora v rodině a v blízkých osobách**, která byla uvedena celkem 6krát. Shodně 4krát, byly uvedeny kategorie odpovědí **strach z luxace, strach z imobility, opora v ošetrovatelském personálu a odreagování - návštěvy rodiny**. 2krát byla uvedena kategorie **odreagování – aktivizační metody**.

**Tabulka 4: Bolest po reimplantaci**

	<b>R = respondent</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>Součet</b>
<b>Kategorie</b>	<b>Silnější než po primární implantaci</b>	1	1	1	1	1		5
	<b>Nejvíce pocíťována prvních 5 dnů po výkonu</b>			1	1			2
	<b>Nejvíce pocíťována první 3 dny po výkonu</b>	1	1				1	3
	<b>Zhoršovala psychický stav</b>				1	1		2
	<b>Přetrvávala v domácím prostředí</b>		1					1
	<b>Celkový výskyt</b>	2	3	2	3	2	1	13

V oblasti bolesti po reimplantaci byla nejčastěji zmiňovanou kategorií odpověď **silnější bolest než po primární implantaci**, byla uvedena celkem 5krát. 3krát byla uvedena kategorie **bolest nejvíce pocíťována první tři dny po výkonu**. Shodně 2krát byly uvedeny kategorie **bolest nejvíce pocíťována prvních pět dnů po výkonu a bolest zhoršovala psychický stav**. Bolest přetrvávala v domácím prostředí, byla zmíněna 1krát.

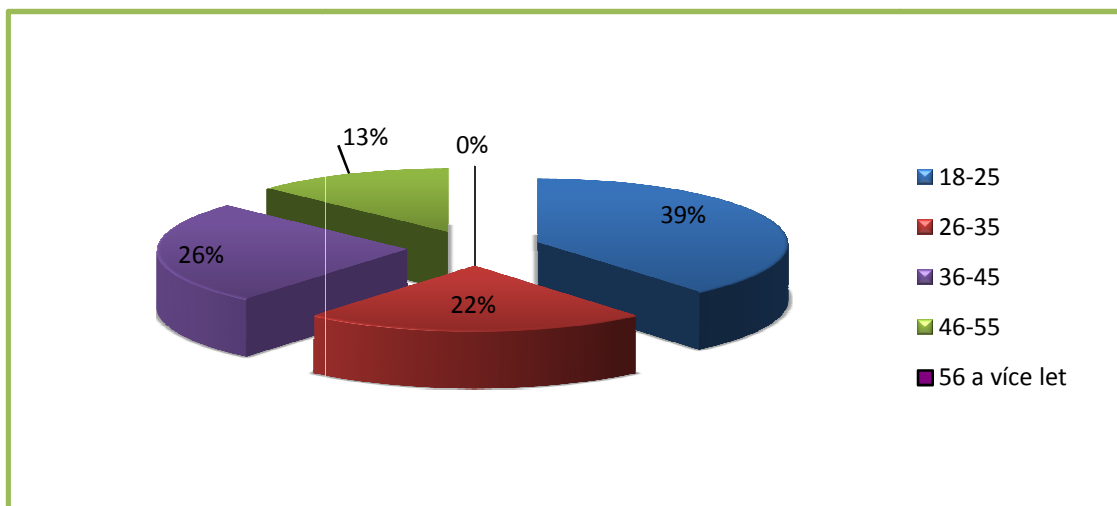
**Tabulka 5: Rozdíl v pooperačním období po reimplantaci od primární implantace z pohledu pacienta**

	<b>R = respondent</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>Součet</b>
<b>Kategorie</b>	Delší imobilita	1						1
	Silněji pocíťované bolesti	1		1	1			3
	Větší psychické vypětí	1	1	1	1	1		5
	Delší hospitalizace	1	1	1	1	1		5
	Častější návštěvy v ortopedické ambulanci		1					1
	Přísnější klidový režim			1				1
	Žádný rozdíl						1	1
	<b>Celkový výskyt</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>17</b>

Nejčastěji zmiňovaným rozdílem v pooperačním období po reimplantaci byly kategorie **větší psychické napětí** a **delší hospitalizace** (5krát). Kategorie **silněji pocíťované bolesti** se vyskytla 3krát. Shodně 1krát, byly uvedeny kategorie odpovědí **delší imobilita**, **častější návštěvy v ortopedické ambulanci**, **přísnější klidový režim** a **žádný rozdíl**.

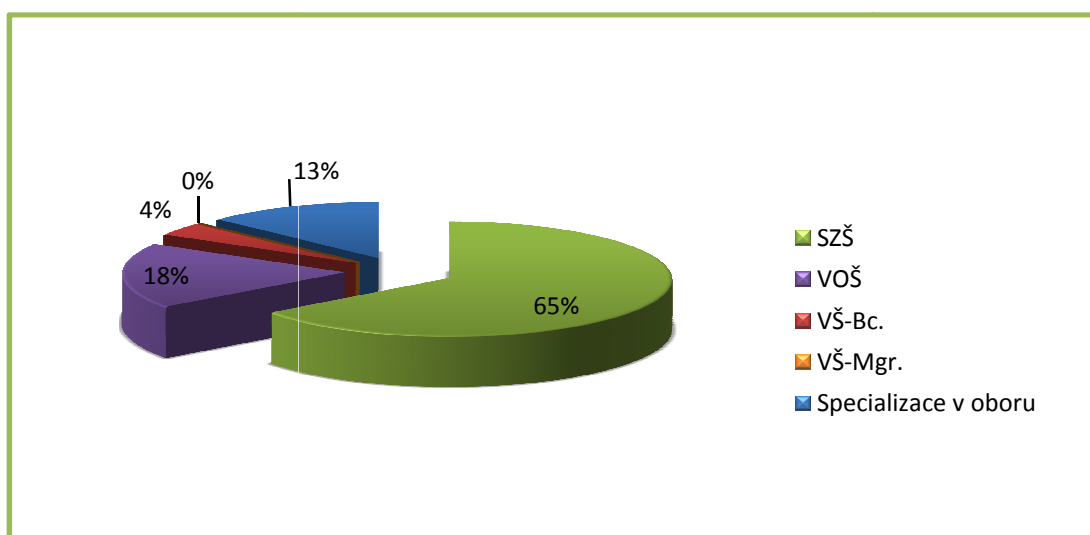
### 4.3 Kvantitativní výzkum

**Graf 1 Věk dotazovaných sester**



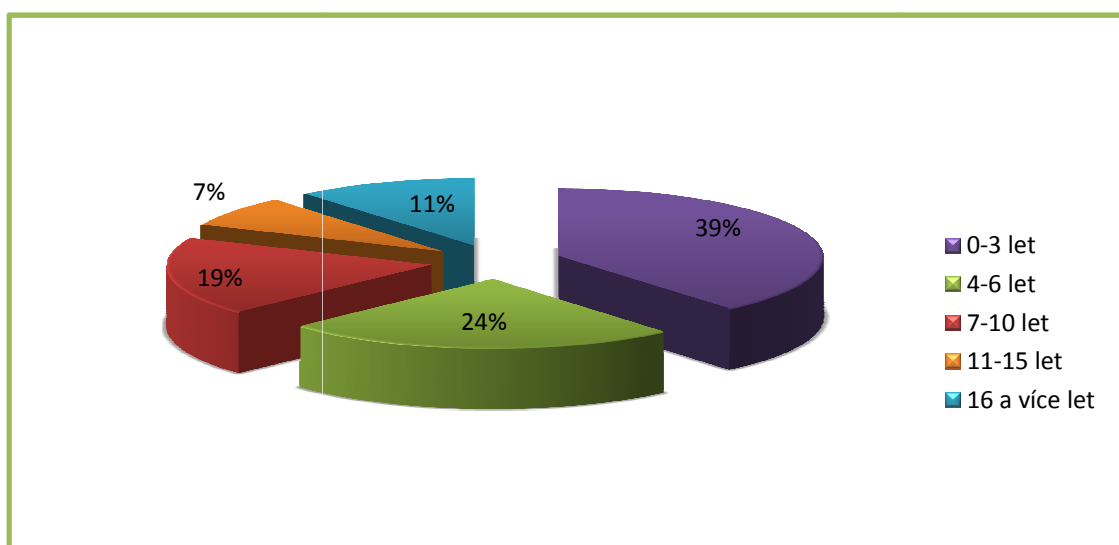
Z celkového počtu 54 respondentů (100 %) bylo ve věkové kategorii 18 – 25 let 21 respondentů (39 %). Ve věkové skupině 26 – 35 let vyplnilo dotazník 12 respondentů (22 %). Ve věkové skupině 36 – 45 let odpovědělo 14 respondentů (26 %). Dalších 7 respondentů bylo ve věkové skupině 46 – 55 let (13 %). Ve věkové skupině 56 a více let se nezúčastnil výzkumu žádný respondent.

**Graf 2 Nejvýše dosažené vzdělání sester**



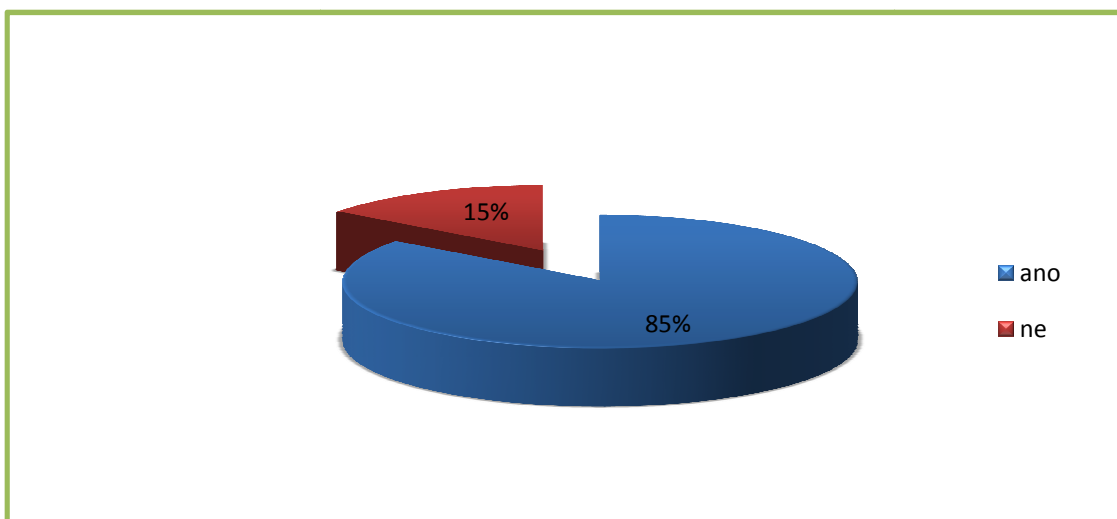
Jako nejvýše dosažené vzdělání uvedlo SZŠ 35 respondentů (64 %). VOŠ vystudovalo 10 respondentů (18 %). Specializaci v oboru uvedlo 7 respondentů (13 %). Vysokou školu uvedli 2 respondenti (4 %). Magisterské studium nevystudoval žádný z respondentů.

**Graf 3 Délka praxe sester**



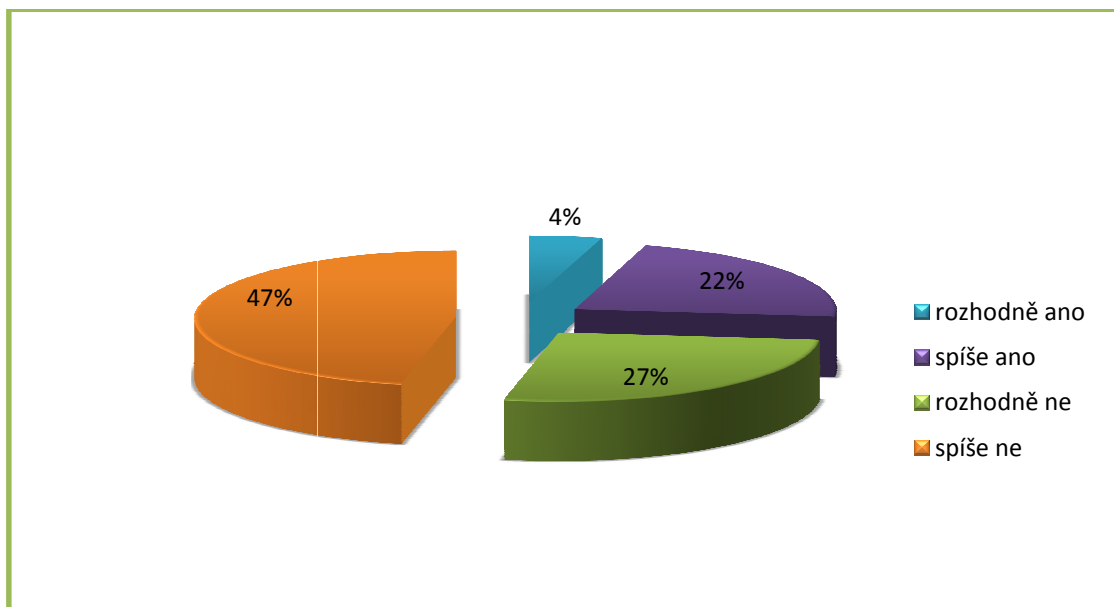
Praxi v rozmezí 0 – 3 roky uvedlo 39 % respondentů. Praxi 4 – 6 let uvedlo 13 respondentů (24 %). Praxi 7 – 10 let praxe na nynějším pracovišti uvedlo 10 respondentů (19 %). Praxi v rozmezí 11 – 15 let uvedli 4 respondenti (7 %). 16 a více let praxe mělo 6 respondentů (11 %).

**Graf 4 Zavedení ošetrovatelské dokumentace**



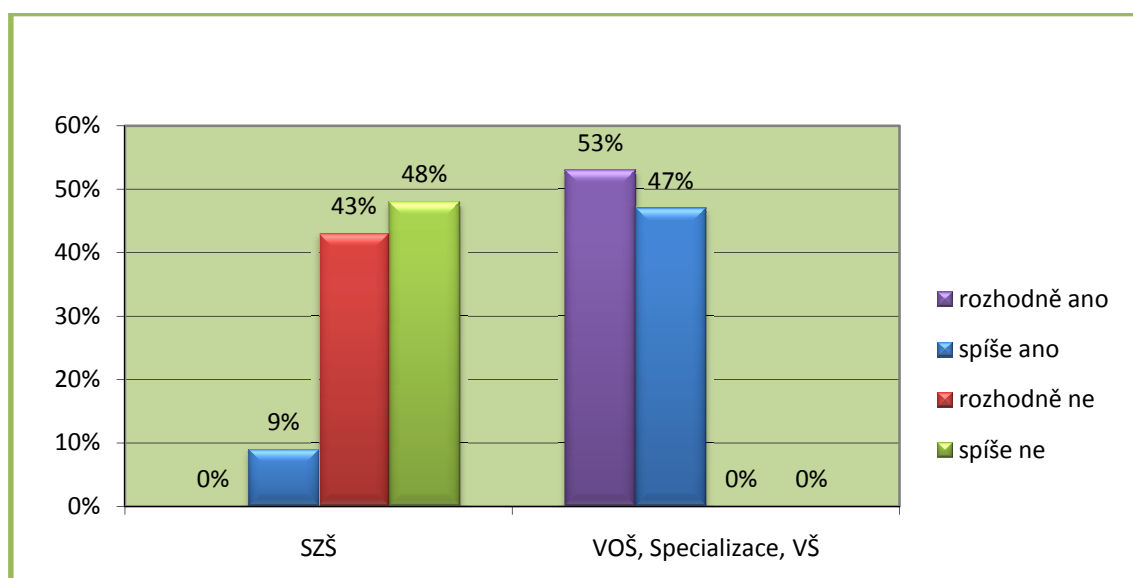
46 respondentů (85 %) uvedlo, že je na jejich oddělení zavedena ošetrovatelská dokumentace. 8 respondentů (15 %) uvedlo, že na jejich oddělení ošetrovatelská dokumentace zavedena není.

**Graf 5 Rozdíly v dokumentaci po primární TEP a reimplantaci**



Výzkumu se zúčastnilo celkem 46 respondentů (100 %), kteří mají na oddělení zavedenou ošetrovatelskou dokumentaci. 21 respondentů (47 %) se domnívá, že se dokumentace spíše neliší. 13 respondentů (27 %) si je jisto, že se dokumentace rozhodně neliší. 10 respondentů (22 %) uvedlo, že se dokumentace v některých věcech liší. Odpověď, že se rozhodně liší, uvedli 2 respondenti (4 %).

**Graf 6 Vliv oš. dokumentace na kvalitu poskytované péče**

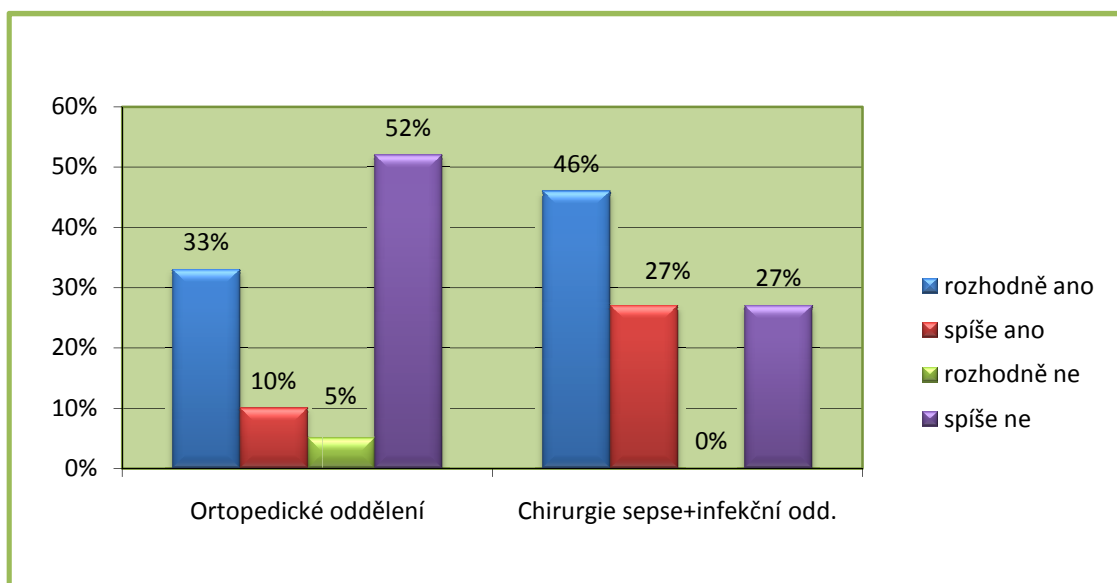


35 respondentů (100 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ. Z toho se 17 respondentů (48 %) domnívá, že oš. dokumentace spíše nemá vliv na kvalitu poskytované péče. 15 respondentů (43 %) se domnívá, že oš. dokumentace rozhodně nemá vliv na kvalitu poskytované péče. Odpověď spíše ano zvolili 3 respondenti (9 %)

19 respondentů (100 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání VOŠ, specializaci v oboru a VŠ. Z toho se 10 respondentů (53 %) domnívá, že ošetrovatelská dokumentace rozhodně zlepšuje kvalitu poskytované péče. 9 respondentů (47 %) je toho názoru, že ošetrovatelská dokumentace může mít vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.



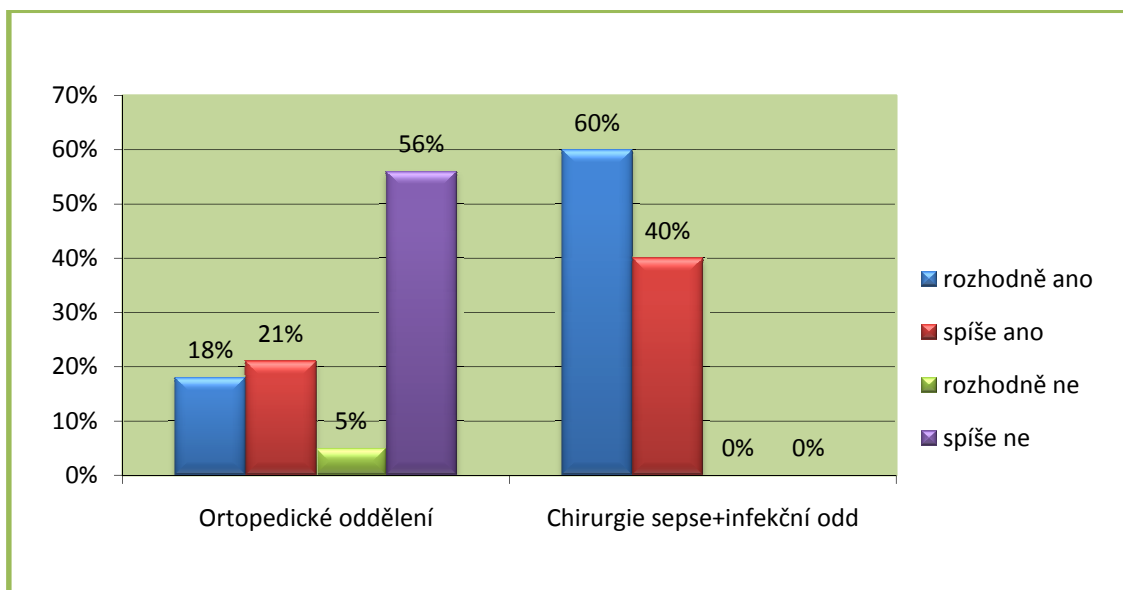
**Graf 7 Rozdíly v potřebách pacienta po primární TEP a po reimplantaci**



Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří pracují na ortopedickém oddělení, 20 respondentů (52 %) odpovědělo, že potřeby pacientů se spíše neliší. 13 respondentů (33 %) je toho názoru, že se potřeby rozhodně liší. 4 respondenti (10 %), že se spíše liší a 2 respondenti (5 %) si myslí, že se spíše neliší.

Z celkového počtu 15 respondentů (100 %), kteří pracují na infekčním a septickém oddělení se 7 respondentů (46 %) domnívá, že se potřeby rozhodně liší. Spíše ano odpověděli 4 respondenti (27 %). Stejný počet respondentů (27 %) odpovědělo, že se potřeby spíše neliší.

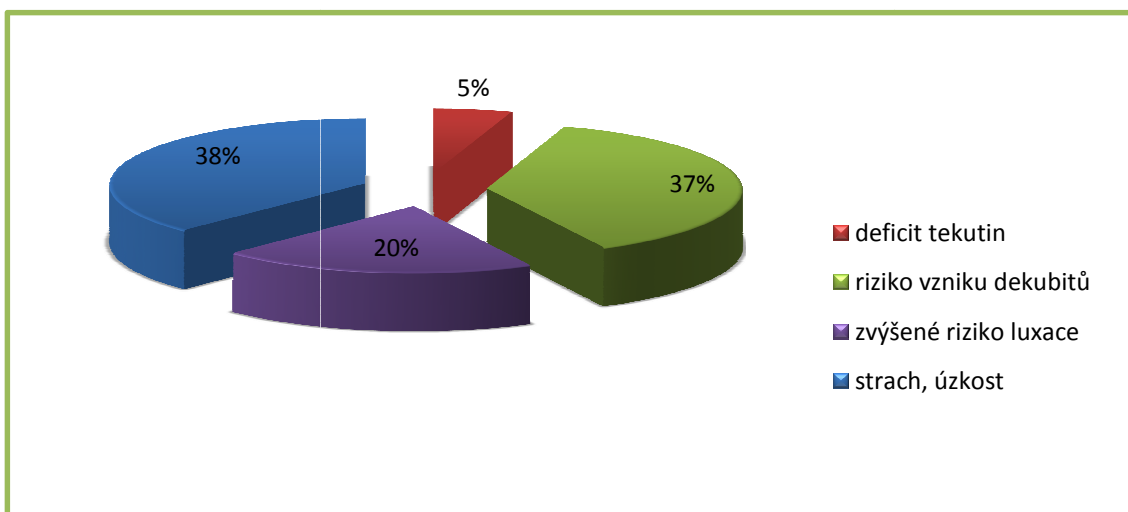
**Graf 8 Odlišnost oš. diagnóz u pacientů po primární TEP a reimplantaci**



Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří pracují na ortopedickém oddělení 22 respondentů (56 %) uvedlo, že se oš. diagnózy spíše neliší. 8 respondentů (21 %) odpověděli spíše ano. 7 respondentů (18 %) se domnívá, že se oš. diagnózy rozhodně liší. 2 respondenti (5 %) zvolili odpověď rozhodně ne.

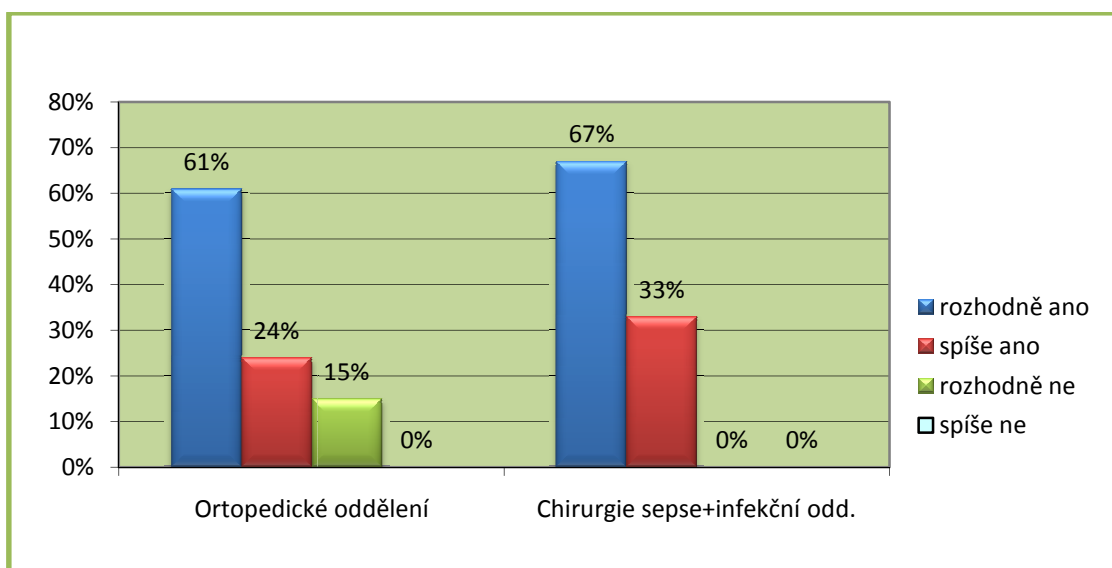
Z celkového počtu 15 respondentů (100 %), kteří pracují na infekčním a septickém oddělení se 9 respondentů (60 %) domnívá, že se oš. diagnostické diagnózy rozhodně liší. 6 respondentů (40 %) uvedlo odpověď spíše ano.

**Graf 9 Ošetrovatelské diagnózy vyskytující se u pacientů po reimplantaci**



Z celkového počtu 41 odpovědí (100 %), byla úzkost a strach uvedena 16krát (38 %). Druhou nejčastěji zmiňovanou ošetrovatelskou diagnózou bylo riziko vzniku dekubitů, tato diagnóza byla uvedena 15krát (37 %). Zvýšené riziko luxace bylo uvedeno 8krát (20 %). Deficit tekutin byl uveden 2krát (5 %).

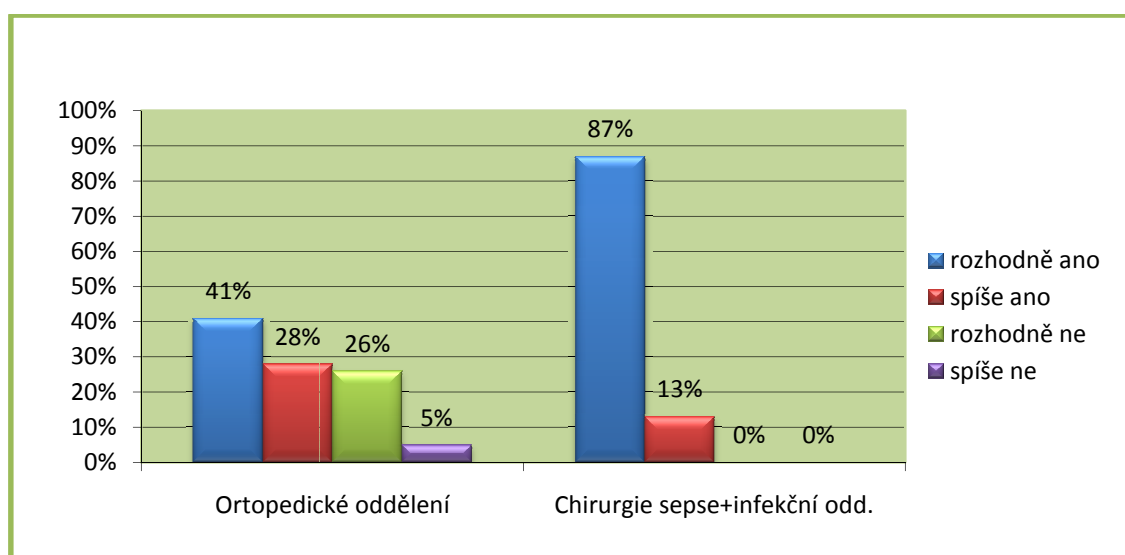
**Graf 10 Poskytování specifických intervencí pacientům po reimplantaci**



Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří pracují na ortopedickém oddělení, uvedlo 26 respondentů (61 %), že rozhodně specifické intervence provádějí. 8 respondentů (24 %) odpovědělo spíše ano. 5 respondentů (15 %) specifické intervence rozhodně neposkytuje.

Z celkového počtu 15 respondentů (100 %), kteří pracují na infekčním a septickém oddělení, uvedlo 10 respondentů (67 %), že specifické intervence u pacientů po reimplantaci rozhodně poskytují. 5 respondentů (33 %) uvedlo, že specifické intervence spíše poskytují.

**Graf 11 Znamky většího psychického napětí po reimplantaci**

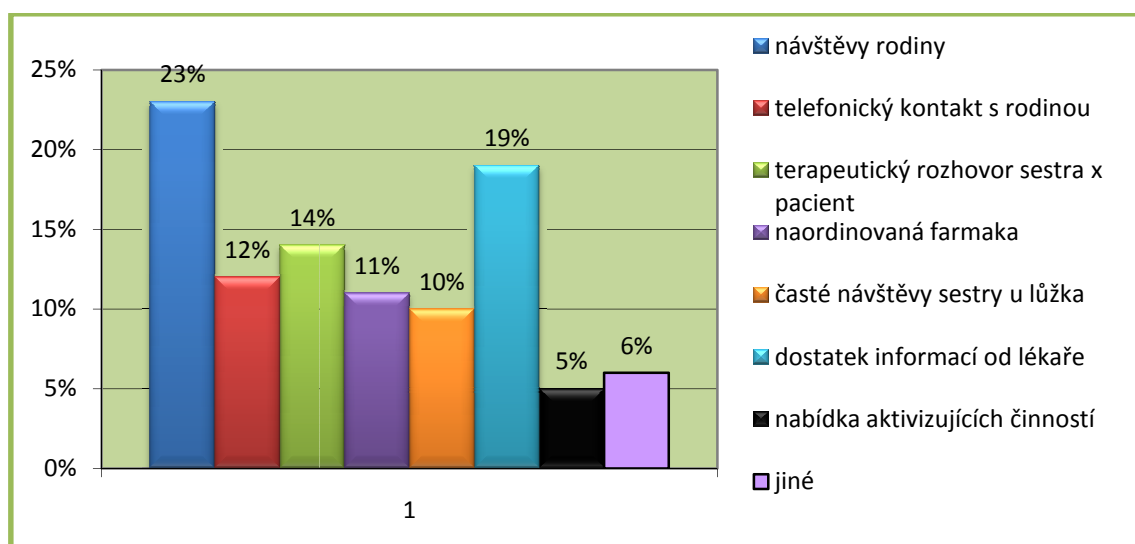


Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří pracují na ortopedickém oddělení, odpovědělo 16 respondentů (41 %), že u pacientů po reimplantaci jsou rozhodně viditelné známky většího psychického napětí. Spíše ano odpovědělo 11 respondentů (28 %). Respondentů, kteří uvedli, že u pacientů známky psychického napětí rozhodně nepozorují, bylo 10 (26 %). 2 respondenti (5 %) uvedli, že se s takovými známkami spíše neseťkávají.

Z celkového počtu 15 respondentů (100 %), kteří pracují na infekčním a septickém oddělení, uvedlo 13 respondentů (87 %), že u pacientů po reimplantaci

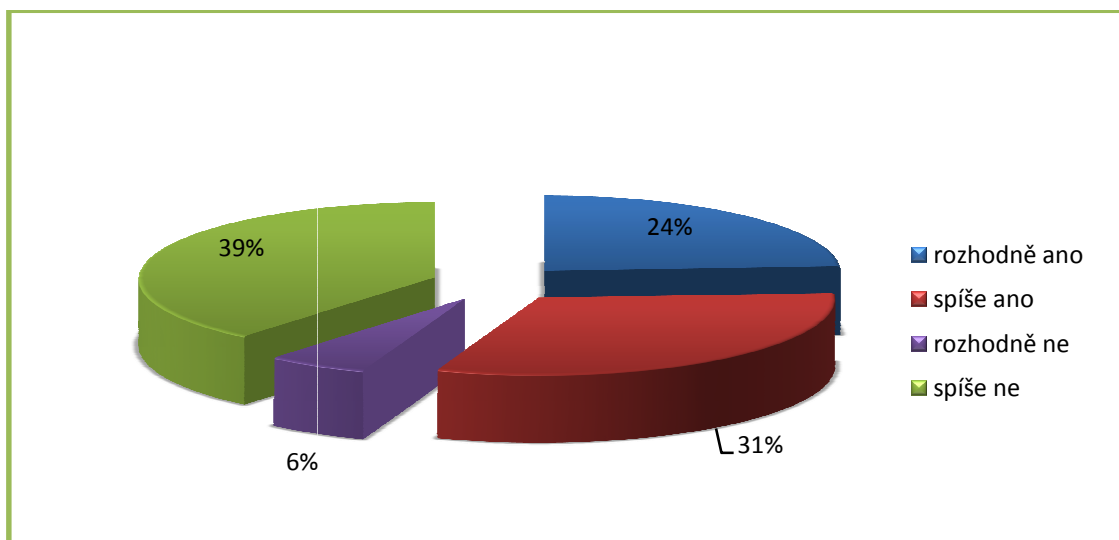
rozhodně pozorují známky psychického napětí. Spíše ano odpověděli 2 respondenti (13 %).

**Graf 12 Postupy k zvládnání stresu a úzkosti**



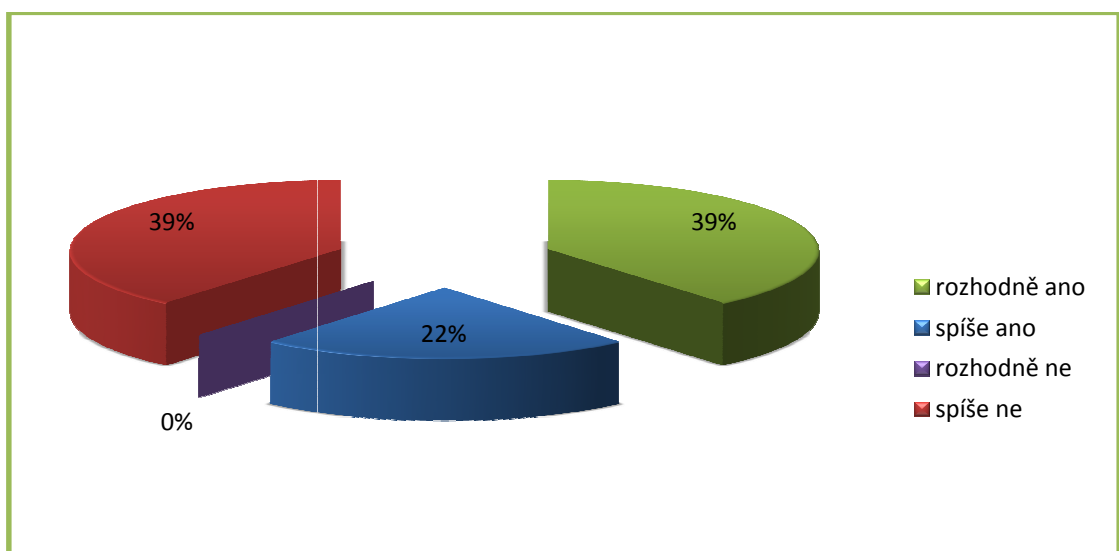
K problematice postupů k zvládnání stresu a úzkosti mohli respondenti zvolit více možností. Respondenti zvolili celkem 200 možností, to je 100 %. Jako nejúčinnější postup, návštěvy rodiny, zvolilo 48 respondentů (23 %). Dostatek informací od lékaře zvolilo 40 respondentů (19 %). 28 respondentů (14 %), zvolilo terapeutický rozhovor sestry s pacientem. Telefonický kontakt upřednostnilo 23 respondentů (12 %). Naordinovaná farmaka zvolilo 21 respondentů (11 %). Časté návštěvy sestry u lůžka zvolilo 20 respondentů (10 %). Možnost jiné využilo 11 respondentů (6 %). Možnost nabídka aktivizujících činností zvolilo 9 respondentů (5 %).

**Graf 13 Zájem pacientů po reimplantaci o aktivizační metody**



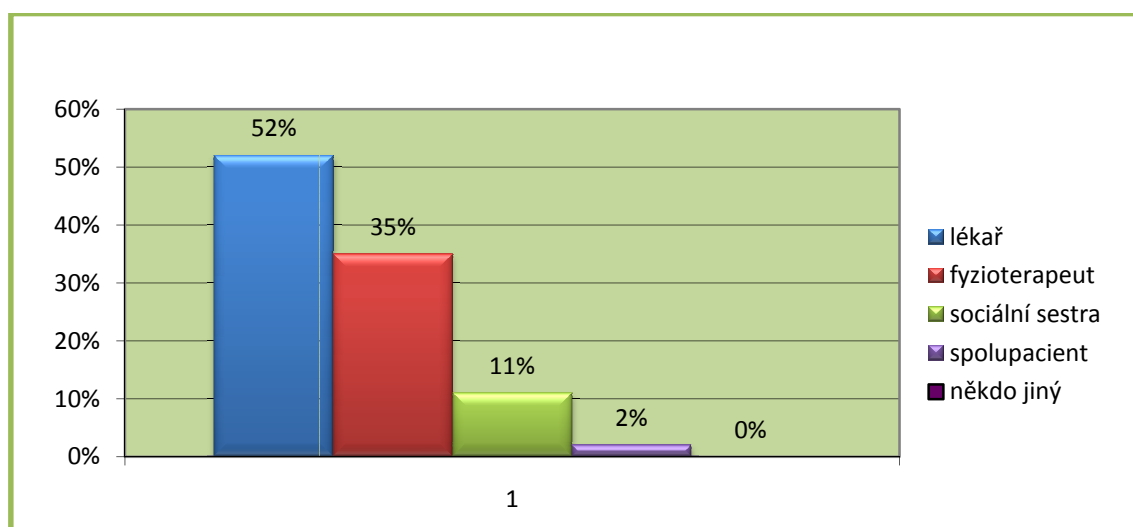
21 respondentů (39 %) se domnívá, že pacienti spíše nemají zájem o aktivizační metody. Možnost spíše ano zvolilo 17 respondentů (31 %). Rozhodně ano zvolilo 13 respondentů (24 %). 3 respondenti (6 %) zvolili možnost rozhodně ne.

**Graf 14 Účast sestry na poskytování informací o možných komplikacích**



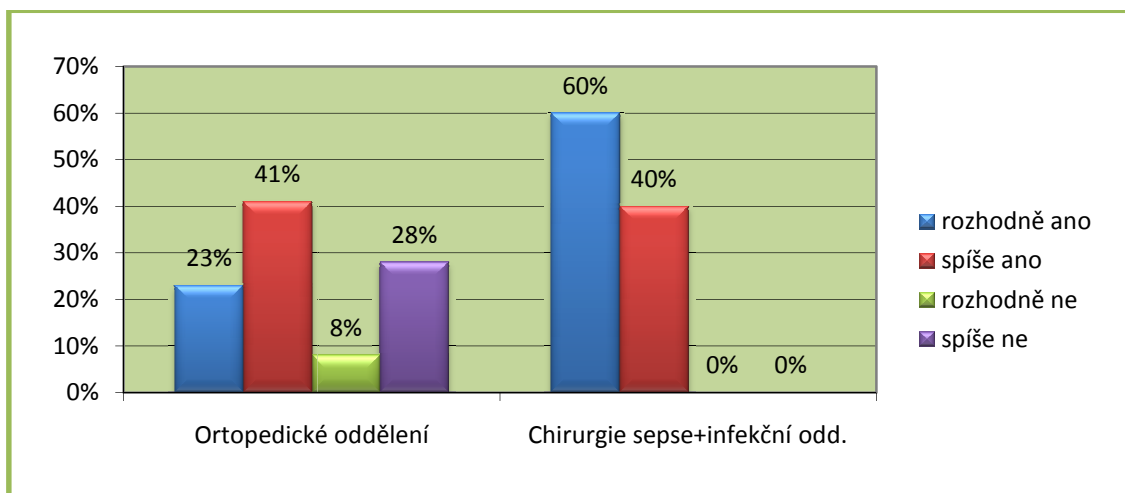
Možnost, že se sestry rozhodně podílí na poskytování informací ohledně možných nebo vzniklých komplikací u pacienta po reimplantaci v rámci svých kompetencí, zvolilo 21 respondentů (39 %). Stejný počet respondentů, tedy 21 (39 %), zvolilo možnost spíše ne. 12 respondentů (22 %) bylo pro možnost spíše ano. Rozhodně ne nezvolil žádný z respondentů.

**Graf 15 Člen týmu, který poskytuje informace o možných komplikacích**



Na otázku, která se uvedené problematiky týkala, bylo možné zvolit více možností. Není zde proto uváděn počet respondentů, ale počet odpovědí u daných možností a jejich procentuální vyjádření. Respondenti zvolili celkem 88 možností, to je 100 %. Nejčastěji byla volena odpověď lékař, tato možnost byla v dotaznících zvolena 45krát (52 %). Možnost fyzioterapeut byla zvolena 31krát (35 %). 10krát (11 %) byla zvolena sociální sestra. Možnost spolupacienti, byla využita 2 krát (2 %).

**Graf 16 Zájem pacienta o informace týkajících se komplikací**

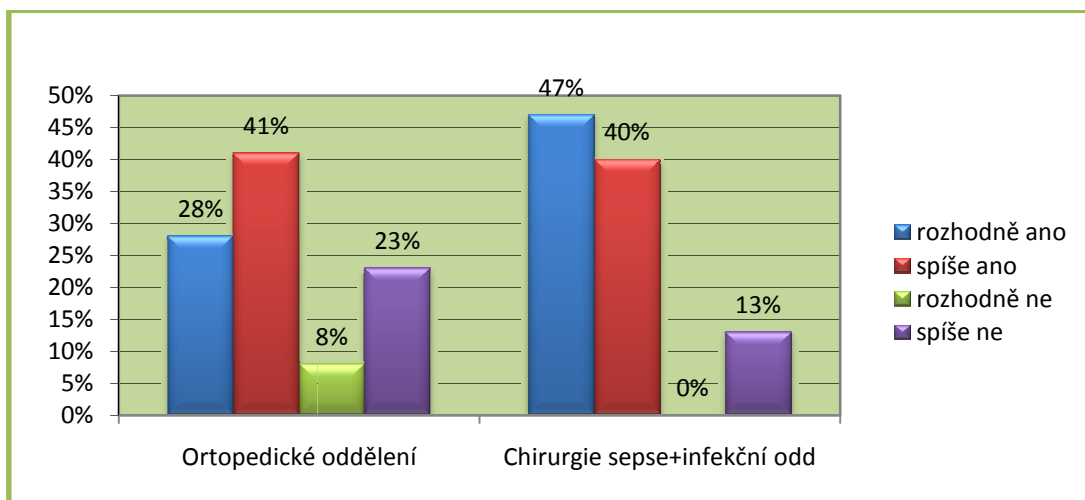


Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří pracují na ortopedickém oddělení, zvolilo odpověď spíše ano 16 respondentů (41 %). Spíše ne bylo vybráno 11 respondenty (28 %). 9 respondentů (23 %) si vybralo možnost rozhodně ano. Možnost rozhodně ne zvolili 3 respondenti (8 %).

Z celkového počtu 15 respondentů (100 %), kteří pracují na infekčním a septickém oddělení, odpovědělo rozhodně ano 9 respondentů (60 %). 6 respondentů (40 %) zvolilo možnost spíše ano. Ostatní možnosti nebyly využity.



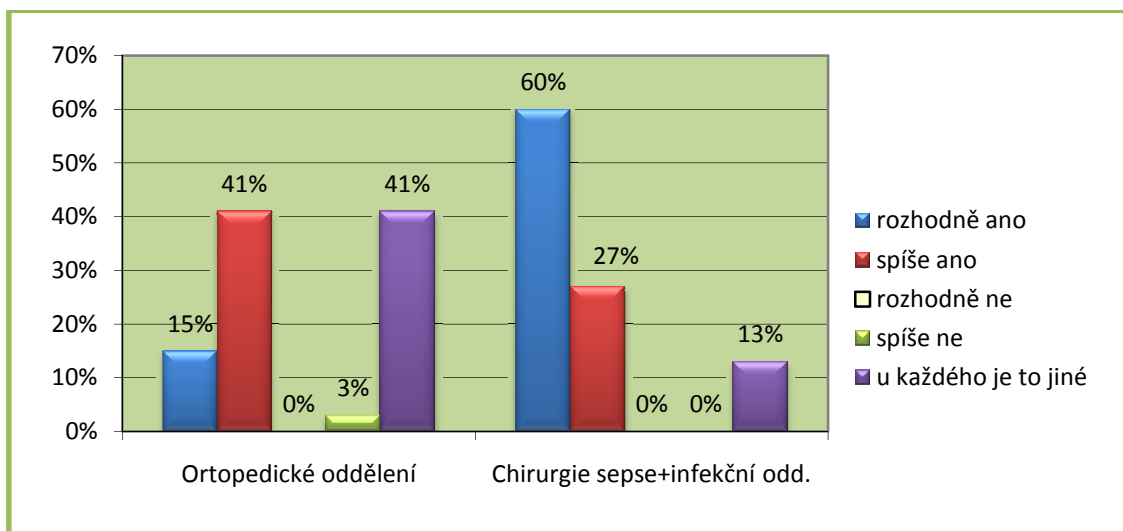
**Graf 17 Odlíšnost spolupráce s pacientem po reimplantaci a po primární TEP**



Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří pracují na ortopedickém oddělení, zvolilo odpověď 'spíše ano' 16 respondentů (41 %). Možnost 'rozhodně ano' byla vybrána 11 respondenty (28 %). 9 respondentů (23 %) si vybralo možnost 'spíše ne'. Možnost 'rozhodně ne' zvolili 3 respondenti (8 %).

Z celkového počtu 15 respondentů (100 %), kteří pracují na infekčním a septickém oddělení, zvolilo odpověď 'rozhodně ano' 7 respondentů (47 %). 6 respondentů (40 %) zvolilo možnost 'spíše ano'. Možnost 'spíše ne' využili 2 respondenti (13 %).

**Graf 18 Dodržování režimových opatření u pacientů po reimplantaci**



Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří pracují na ortopedickém oddělení, zvolilo odpověď spíše ano 16 respondentů (41 %). U každého je to jiné, bylo vybráno 16 respondenty (41 %). 6 respondentů (15 %) si vybralo možnost rozhodně ano. Možnost spíše ne zvolil 1 respondent (3 %). Možnost rozhodně ne nevyužil žádný z respondentů.

Z celkového počtu 15 respondentů (100 %), kteří pracují na infekčním a septickém oddělení, zvolilo odpověď rozhodně ano 9 respondentů (60 %). 4 respondenti (27 %) zvolili možnost spíše ano. Možnost u každého je to jiné využili 2 respondenti (13 %).

## 5. Diskuze

Jak již bylo v úvodu zmíněno, tvoří reimplantace totálních endoprotéz až 25 % z celkového počtu implantovaných endoprotéz. To je jeden z důvodů, proč jsme se rozhodli této problematice věnovat. Druhým důvodem byl popud mého známého lékaře, který se domnívá, že této problematice není věnována taková pozornost jako primárním implantacím. Čech ve své publikaci Revizní operace náhrad kyčelního kloubu uvádí, že se najde řada pracovišť, kde se počet revizních operací blíží počtu primóoperací (5). Po dlouhém promýšlení vhodnosti názvu diplomové práce jsme usoudili, že bude velmi vhodné zvolit téma: „Role sestry v následné péči u pacienta po reimplantaci totální endoprotézy kyčle“. Určitě ne jen my si uvědomujeme, že role sestry v péči o pacienta po tomto výkonu je velice důležitá a nezastupitelná. Je nezbytné, aby si sestra uvědomila, že její práce není jen automatické provádění výkonů, ale že by měla brát každého pacienta jako individuum a zamýšlet se nad tím, jaké potřeby jsou pro něj v daném čase nejdůležitější, které by se měly saturovat jako první.

Toto vše jsou důvody, proč výzkumná část diplomové práce měla za cíl **zjistit, zda sestry poskytují specifické intervence pacientům po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dle projevů ošetřovatelských diagnóz nebo standardně dle provedeného výkonu.** Dalším našim cílem, bylo **zjistit konkrétní požadavky pacientů po reimplantaci totální endoprotézy kyčle. Posledním cílem bylo od pacientů po reimplantaci zjistit, zda mají po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dostatek informací o prevenci možných komplikací.** V této problematice jsme se také zaměřili na osobu zdravotnického týmu, která poskytuje informace nejčastěji. Toto zjištění je podle našeho názoru důležité, sestry si pak uvědomí, zda se pacienti cítí informováni a zda vědí, jak předcházet komplikacím, které v některých případech sami zavíní. Měli jsme stanoveny dva výzkumné soubory a to sestry pečující o pacienty po reimplantaci kyčle a pacienty, kteří reimplantaci prodělali. Kvantitativního výzkumu se celkem zúčastnilo 54 respondentů - sester, výzkumu kvalitativního se zúčastnilo respondentů 6.

První soubor tvořily sestry, které pečují o pacienty po reimplantaci kyčle. Informace od těchto respondentů byly získávány pomocí kvantitativního výzkumu –

dotazníku. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 sester z nemocnic Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. nemocnice Středočeského kraje a z Nemocnice České Budějovice, a.s. Údaje získané z kvantitativního výzkumu byly zpracovány do grafů. Některé grafy jsou rozděleny pro přehlednost a lepší porovnávání na oddělení ortopedické a infekční. Podle našeho názoru je to v tomto případě nezbytné, neboť je zajímavé porovnat, jaké jsou rozdíly v přístupu sester těchto oddělení k pacientům po reimplantaci a jak se liší potřeby pacientů na těchto odlišných odděleních. Konkrétní výsledky můžeme najít v grafech 7, 8, 10, 11, 16, 17 a 18.

Dotazník, který sloužil ke sběru dat, obsahoval na úvod tři identifikační otázky. Od sester jsme zjišťovali věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe na nynějším pracovišti. Nejvíce sester bylo ve věku 18 - 25 let (21 sester - 39 %), druhou nejčastější kategorií byl věk 36 – 45 let (14 sester – 26%). Co se týče vzdělání, nejčastěji uvedly sestry jako nejvýše dosažené vzdělání SZŠ, 35 sester – 64 %, (viz graf 2). Tento údaj nás překvapil, neboť v dnešní době, kdy se klade velký důraz na další vzdělávání sester se nám toto číslo zdá příliš vysoké. V porovnání s věkem dotazovaných sester, kdy je většina mladší než 35 let, počítali bychom s tím, že mají tyto sestry chuť se vzdělávat, navíc pracují ve větším městě, kde je možnost studovat vysokou školu a ostatní sestry mají tuto možnost v nedalekém městě. Ale i tento fakt byl zajímavý pro náš výzkum, díky těmto údajům jsme mohli zjistit, jak pohlížejí sestry, které nejsou tolik orientované v problematice ošetrovatelského procesu, na poskytování péče s ohledem na potřeby pacienta po reimplantaci a jaký mají názor na vypracovávání ošetrovatelské dokumentace. Bylo pro nás zajímavé porovnat, jak se odlišuje pohled sester se SZŠ a sester, které vystudovaly po střední škole VOŠ, specializaci v oboru či vysokou školu, na ošetrovatelskou dokumentaci. Ptali jsme se sester, zda si myslí, že správně vedená ošetrovatelská dokumentace zvyšuje kvalitu poskytované péče. Odpovídaly i sestry, které pracují na oddělení, kde není dosud zavedena ošetrovatelská dokumentace. Těchto sester bylo celkem 8 (viz graf 4). Sestry, které mají jako nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ (35 sester) se v 91 % domnívají, že ošetrovatelská dokumentace nemá vliv na kvalitu poskytované péče. Oproti tomu jsou všechny sestry (19 sester – 100 %), které po SZŠ vystudovaly VOŠ, specializaci v oboru či VŠ, toho názoru, že správně vedená

ošetřovatelská dokumentace zvyšuje kvalitu poskytované péče (viz graf 6). Domníváme se, že na vzdělávání v této oblasti se klade mnohem větší důraz až na vyšší či vysoké škole. Teprve zde jsou sestry seznamovány s touto problematikou podrobněji a jsou vedeny k tomu, aby na svém budoucím pracovišti kladly důraz na správné vedení ošetřovatelské dokumentace, neboť má nezanedbatelný vliv na kvalitu péče, která se pacientům poskytuje.

Považovali jsme také za důležité zjistit, zda se na odděleních, kde byl výzkum prováděn, liší ošetřovatelská dokumentace u pacienta po primární TEP od ošetřovatelské dokumentace u pacienta po reimplantaci. Předpokládali jsme, že většina sester odpoví, že se ošetřovatelská dokumentace liší a uvede v jakých bodech je odlišná, co se v ošetřovatelské dokumentaci u pacienta po reimplantaci objevuje navíc, či co v ní naopak schází. Překvapilo nás však, že 74 % sester nevidí v dokumentaci žádný rozdíl a jen 26 % sester uvedlo, že rozdíly v dokumentaci jsou. Bohužel ani jedna ze sester, která odpověděla, že rozdíly v dokumentacích se objevují, neuvěděla, o jaké rozdíly se jedná (viz graf 5). Stále se zde potvrzuje jeden fakt a to, že sestry nemají dobrý vztah k ošetřovatelské dokumentaci. Stále v ní vidí, jen zdouhavé vypisování něčeho, co dělají automaticky. Zdá se jim toto vypisování zbytečné a nevidí ve vypracovávání ošetřovatelské dokumentace velké výhody.

Od sester jsme zjišťovali informace, které by potvrzovaly či vyvracely naši první hypotézu: ***Sestry poskytují ošetřovatelské intervence standardně, bez rozdílu, zda jde o pacienty po primární implantaci totální endoprotézy, či o pacienty po reimplantaci totální endoprotézy kyčle.*** Graf 7 prezentuje, zda sestry vidí nějaké rozdíly v potřebách po primární TEP a po reimplantaci. Je zde důležité uvést, že Čech ve své publikaci Revizní operace náhrad kyčelního kloubu uvádí, že revizní operace je mnohem náročnější operační výkon než první implantace a že každá revize staví pacienta před mnohdy speciální a těžký úkol (5). Toto by si sestry, které o pacienty po revizi pečují, měly uvědomit a svoji péči tomuto faktu přizpůsobit. Výsledky v grafu jsou rozděleny na dvě položky (ortopedické oddělení a chirurgie sepse a infekční oddělení). Toto rozdělení jsme provedli pro lepší porovnání mezi těmito odděleními. Domníváme se, že péče na ortopedickém oddělení a na infekčním se v některých

oblastech liší. Hlavní rozdíl je ten, že na infekčním oddělení jsou hospitalizováni ty pacienti, u kterých je nutná reimplantace z důvodu prokázané infekce. U těchto pacientů jsou prioritou jiné potřeby než u pacientů, kteří jsou indikováni k reimplantacím z důvodu např. luxace kloubu.

Je důležité, aby každá sestra, která pečuje o pacienta po reimplantaci měla nezbytné teoretické znalosti o základních potřebách. Zacharová ve své publikaci *Zdravotnická psychologie – teorie a praktické cvičení* uvádí, že při ošetřování pacienta musí mít sestra na paměti, že pracuje s člověkem, jehož nálada a chování jsou ovlivněny mírou saturace biologických, psychických i sociálních potřeb (55). Bártlová tyto potřeby doplňuje o potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které s nemocí vznikly (2). U pacientů po reimplantaci jsou potřeby, které se nemocí nemění, mnohem silněji pociťovány. Je ale důležité, aby si byla sestra vědoma, že pacient nemá jen základní potřeby, které sestra automaticky saturuje, ale že pacient po reimplantaci má i specifické potřeby, které se vyskytují u většiny těchto pacientů. Jsou to například potřeby sociální, které se podle Bártlové nejdříve redukuje a pak se postupně vracejí (2). Dále se u těchto pacientů objevuje potřeba aktivity, potřeba být soběstačný, cítit se potřebný a plno dalších specifických potřeb, které jsou velmi dobře rozpoznatelné u pacientů po reimplantaci. Bártlová ve své publikaci *Sociologie medicíny a zdravotnictví* dále uvedla, že potřeby, které v nemoci vznikají, závisejí na řadě okolností, jako je osobnost pacienta, informovanost pacienta o nemoci atd. (2). 22 sester, což je 57 %, které pracují na ortopedickém oddělení, tedy tam, kde nejsou hospitalizováni pacienti s infekčními komplikacemi, se domnívá, že se potřeby u pacientů po primární implantaci a reimplantaci neliší. 17 sester, což je 43 %, je toho názoru, že se potřeby liší. Naopak 11 sester, což je 73 %, které pečují o pacienty po reimplantaci, která byla nutná z důvodu infekčních komplikací, se domnívá, že se potřeby liší. Zbylé 4 sestry se domnívají, že se potřeby u těchto pacientů neliší. Sestry měly možnost v dotazníku vyjmenovat potřeby, které se u pacientů vyskytují častěji než u primární implantace. Nejčastěji byla zmiňována potřeba pohodlí a komfortu, informace o možných komplikacích, zvýšený dozor, časně vstávání a dostatek informací o rehabilitaci. Už z těchto návrhů je vidět, že si některé sestry

uvědomují, že se potřeby u těchto dvou skupin pacientů liší a i procentuální vyjádření svědčí spíše pro nepotvrzení naší hypotézy. Pro možnost, že se potřeby pacientů liší, bylo celkem 43 % sester pracujících na ortopedickém oddělení, že se potřeby neliší, uvedlo 57 % sester. Na infekčním a septickém oddělení bylo pro odpověď, že se potřeby liší 73 % sester. Toto procentuální zastoupení nás velmi zarazilo, výsledky ukazují na to, že je velký rozdíl mezi péčí na ortopedickém oddělení a na odděleních infekčních. Tento fakt jsme na začátku výzkumu předpokládali, avšak jsme netušili, že mezi těmito dvěma odděleními bude tak velký rozdíl. Bohužel jsme na začátku výzkumu tento fakt neuvědomili do hypotézy.

Další oblast byla také zkoumána za účelem potvrdit či vyvrátit první hypotézu, tedy, že *sestry poskytují ošetrovatelské intervence standardně, bez rozdílu, zda jde o pacienty po primární implantaci totální endoprotézy, či o pacienty po reimplantaci totální endoprotézy kyčle*. Otázka v dotazníku byla položena záměrně tak, abychom potvrdili, zda sestry předešlou otázku pochopily a zda odpoví podobně i na otázku, která je položena jinak, avšak má pro náš výzkum stejný význam. Otázka se sester ptala, zda u pacientů sledují ošetrovatelské diagnózy, které se po primární implantaci spíše nevyskytují. Zde jsme se chtěli ujistit, zda si sestry uvědomují, že ošetrovatelská diagnóza je vlastně nesaturovaná potřeba pacienta, která je přesně zformulována, že v těchto dvou definicích není v principu rozdíl. Jak je vidět v grafu 8, lze odpovědi sester považovat za věrohodné, neboť jsou výsledky velmi podobné. Pro možnost, že se ošetrovatelské diagnózy u pacientů po reimplantaci liší od diagnóz, které se vyskytují po primární implantaci, bylo celkem 39 % sester pracujících na ortopedickém oddělení. Pro tvrzení, že jsou ošetrovatelské diagnózy stejné, bylo 61 % sester. Na infekčním a septickém oddělení bylo pro odpověď, že se ošetrovatelské diagnózy liší celých 100 %. I zde je vidět velký rozdíl v odpovědích sester z infekčních oddělení a z oddělení ortopedických. Z těchto výsledků je jasné, že H1 nebyla potvrzena, i když velké procento sester (57 %, 61 %) z ortopedických oddělení si neuvědomuje rozdíl v péči o pacienty po primární implantaci a reimplantaci. Nemůžeme tvrdit, že všechny sestry poskytují ošetrovatelské intervence standardně, bez rozdílu, zda jde o pacienty po primární implantaci či o pacienty po reimplantaci, neboť se výzkumu zúčastnily i sestry

z infekčních oddělení, který si rozdíl mezi těmito dvěma skupinami pacientů velmi dobře uvědomují (73 %, 100 %). Graf 9 obsahuje výsledky, které jsou pro doplnění údajů obsažených v grafu 8. V tomto grafu jsou znázorněny ošetrovatelské diagnózy, které sestry vyjmenovaly, jako nejčastěji se vyskytující u pacientů po reimplantaci. Nejčastěji byla uváděna ošetrovatelská diagnózy strach, úzkost (16krát = 38 %) a riziko vzniku dekubitů (15krát = 37 %). Dále bylo jmenováno zvýšené riziko luxace a deficit tekutin. Považujeme za zajímavé, že ošetrovatelské diagnózy jmenovaly i sestry, které odpovídaly, že pacienti po reimplantaci mají stejné diagnózy, jako pacienti po primární implantaci.

Dotazník dále od sester zjišťoval informace, které by potvrdily či vyvrátily H2: ***Sestry si neuvědomují, že by se ošetrovatelská péče o klienty po reimplantaci totální endoprotézy kyčle mohla lišit od ošetrovatelské péče o klienty po primární implantaci totální endoprotézy kyčle.*** V grafu 10 je znázorněno, zda sestry poskytují u pacientů po reimplantaci kyčle některé specifické ošetrovatelské intervence. Výsledky nás velmi potěšily, neboť, jak sestry z ortopedických oddělení, tak sestry z oddělení infekčních, ve většině případů specifické intervence poskytují. 85 % sester (34 sester), které pracují na ortopedických oddělení, poskytuje pacientům po reimplantaci specifické intervence, 100% sester, které pracují na infekčních odděleních, také specifické intervence poskytují. Sestry měly také možnost vyjmenovat, o které intervence se jedná. Nejčastěji byly zmiňované intervence, pomocí kterých se předchází vzniku dekubitů (antidekubitátní matrace, častější promazávání predilekčních míst, častější polohování), dále byly zmiňované intervence jako častější kontakt s pacientem, psychická podpora, častá kontrola operované končetiny, jako prevence komplikací. Z těchto výsledků je patrné, že H2 se nepotvrdila. Je zřetelné, že si sestry uvědomují, že pacientům po reimplantaci je nutné poskytovat specifické intervence a to znamená, že si jsou vědomé, že se ošetrovatelská péče o pacienty po reimplantaci v některých oblastech odlišuje od ošetrovatelské péče po primární implantaci. Byli jsme v této problematice na začátku výzkumu, kdy jsme si stanovovali hypotézy, zbytečně pesimističtí, o to větší je pro nás překvapení, že sestry, kteréhokoli vzdělání, si uvědomují tyto podstatné rozdíly a podle nich aplikují ošetrovatelskou péči.



Další oblast, která byla zkoumána pro potvrzení či vyvrácení H2 se týkala známek psychického napětí u pacientů po reimplantaci. Tato zkoumaná problematika vyplynula z naší domněnky, že největší rozdíl mezi pacienty po primární implantaci a reimplantaci je v prožívání psychického napětí. Myslíme si, že pacienti po reimplantaci jsou mnohem více psychicky vyčerpaní než pacienti po primární implantaci. Tato myšlenka se nám díky výzkumu potvrdila. 69 % (27 sester) sester z ortopedických oddělení je toho názoru, že pacienti po reimplantaci jeví známky většího psychického napětí. Zbýlých 31 % sester z ortopedických oddělení je opačného názoru a to tedy, že pacienti po reimplantaci neprojevují známky většího psychického napětí. Sestry, které pracují na infekčních odděleních, se v celých 100 % shodují, že pacienti po reimplantaci jeví známky většího psychického napětí. Sestry by si měly být vědomy, že psychická vyrovnanost a pohoda pacienta pozitivně ovlivňuje průběh a úspěšnost léčby. Morovicsová je toho názoru, že pokud pacient prožívá pocity strachu, úzkosti či nejistoty, může to zkomplikovat proces a úspěšnost léčby (33). Ale jak z výzkumu vyplývá, sestry si tento fakt velmi dobře uvědomují a to je jeden z důvodů, proč je péče poskytována sestrami tak kvalitní. I z těchto výsledků je patrné, že se H2 nepotvrdila.

Pro doplnění problematiky psychického stavu pacientů po reimplantaci kyčle jsme se sester ptali, co podle nich nejvíce pomáhá pacientům k zvládnání stresu a úzkosti. Jak je v grafu 12 znázorněno, nejvíce zmiňovány byly návštěvy rodiny (23 %), dostatek informací od lékaře (19 %) a terapeutický rozhovor mezi sestrou a pacientem (14 %). Ostatní odpovědi měly přibližné procentuální zastoupení a to telefonický kontakt s rodinou, naordinovaná farmaka, časté návštěvy sestry u lůžka a nabídka aktivizujících metod. Odpověď jiné využilo 6 % sester, přičemž navrhovaly četbu, sledování TV apod., což jsme v možnostech nabízeli jako aktivizující činnosti. Je asi samozřejmostí, že pro pacienta je vždy největší oporou rodina a blízcí. Vymětal ve své publikaci Lékařská psychologie zdůrazňuje, že pokud je hospitalizace zdlouhavá a objeví se nějaké komplikace, vyvolá to u pacienta touhu a potřebu bezpečí, jistoty a psychického zázemí (53). Pokud tento stav u pacienta nastane, je důležité rodinné zázemí. Toto zázemí dává pacientovi jistotu, že zde má a bude mít stále svoji roli.

Vymětal je také toho názoru, že pokud je pacient osamocen, bez rodiny snáší onemocnění mnohem hůře. Je velmi důležité, že si tento fakt sestry uvědomují a že řadí návštěvy rodiny na první místo (53).

Zajímalo nás také, zda se sestry setkávají s tím, že se pacient sám zajímá o činnosti, které by mu pobyt v nemocnici zpříjemnily. 55 % sester uvedlo, že se pacienti o tyto činnosti sami zajímají. 45 % sester je opačného názoru, tedy, že se pacienti o tyto činnosti zájem nejeví. Je přirozené, že pacienti hledají činnosti, které by jim pobyt v nemocnici zpříjemnily a díky kterým by čas v nemocnici rychleji utíkal. Pokud sestra vidí, že pacient je schopný a má zájem o nějaké činnosti, měla by mu je sama nabídnout. Sestry měly možnost samy vypsát činnosti, o které mají pacienti největší zájem, patřilo k nim sledování televizních pořadů, četba časopisů a novin a v neposlední řadě uvedly sestry i rehabilitaci. Nejvíce je podle našeho názoru v nemocnicích využívána četba, některá oddělení mají k dispozici i menší knihovny, kde si pacienti mohou vybrat dle svých přání. Další častou činností je sledování TV, kdy většina oddělení již tuto možnost nabízí. Pročítání letáků a brožur bychom také zařadili k činnostem, které jsou pro pacienty příjemným zpestřením dne v nemocnici. Mezi činnosti, které pacientům v nemocnici zpříjemňují pobyt, řadily sestry i rehabilitační cvičení, které provádějí pacienti sami během dne, samozřejmě dle instrukcí rehabilitačního pracovníka.

Další oblast, která byla zahrnuta do výzkumu, se týkala podávání informací pacientům po reimplantaci kyčle. Otázky, které se týkaly této oblasti, doplňovaly výzkum kvalitativní, kdy jsme zjišťovali, zda mají pacienti po reimplantaci kyčle dostatek informací o prevenci možných komplikací. Chtěli jsme se od sester dozvědět, jestli se také podílí na poskytování informací pacientům a kdo na jejich oddělení tyto informace poskytuje nejčastěji. Cílem také bylo dozvědět se, zda pacienti po reimplantaci opakovaně vyžadují informace. Chtěli jsme informace týkající se této problematiky získat od pacientů (viz kvalitativní výzkum), tak i od sester (viz kvantitativní výzkum). Na otázku, zda se sestry podílejí na poskytování informací ohledně možných komplikací, odpovědělo 61 % sester, že ano a 39 %, že se na poskytování těchto informací nepodílí. Sestry, které se na poskytování informací

podílejí, uvedly, že se informace nejčastěji týkají prevence pádu, prevence luxace kloubu operované končetiny a že informují pacienty o tom, jak správně vykonávat polohování na lůžku. Sestry, které odpověděly, že se nepodílejí na poskytování informací, měly v další otázce uvést, kdo na jejich oddělení tyto informace podává. 52 % sester uvedlo, že tyto informace podává lékař, 35 % sester zvolilo fyzioterapeuta, 11 % sester uvedlo sociální sestru a poslední 2 % sester uvedlo spolupacienta. Z těchto výsledků vyplývá, že většina sester se podílí na poskytování informací pacientovi. Vzhledem k tomu, že sestra je nejčastěji u lůžka pacienta, je toto zjištění nepřekvapující. Jobánková ve své publikaci Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky zdůrazňuje, že pacient se často obrací se svými dotazy právě na sestru, která je svým postavením pacientovi blíže a od níž očekávají srozumitelnější vysvětlení než od lékaře (14). To umožňuje prostor pro sestru, může informovat pacienta v mezích své kompetence, poskytnout mu určitá vysvětlení a může mu pomoci orientovat se v jeho situaci. Z výzkumu také vyplynul potěšující fakt a to, že pacienti mají zájem o informace, sami si o ně opakovaně žádají. 64 % sester, které pracují na ortopedických odděleních, uvedlo, že se pacienti opakovaně vyžadují informace o možných komplikacích a jejich prevenci. Naopak 36 % sester se domnívá, že pacienti na ortopedických odděleních o tyto informace zájem nemají. Potěšující je fakt, že 100 % sester, které pracují na infekčních odděleních, uvedlo, že pacienti opakovaně vyžadují informace o možných komplikacích a o jejich prevenci. Toto zjištění je pro nás překvapující, neboť se dá předpokládat, že opakovaně budou žádat informace spíše pacienti, kteří jsou hospitalizováni na ortopedických odděleních, kde je reimplantace nutná např. z příčiny luxace, kdy může mít na komplikacích pacient určitý podíl. Na infekčních odděleních jsou pacienti hospitalizováni z důvodu infekčního uvolnění, kdy za tuto komplikaci svoji vinu nenesou. Nevíme však, kolik neinfekčních reimplantací je z důvodu luxace a kolik z opotřebení implantovaného kloubu, proto toto zjištění nemůžeme posoudit validně.

Další oblast, která nás při výzkumu zajímala, byla spolupráce s pacientem po reimplantaci. Zjišťovali jsme od sester, zda si myslí, že se liší spolupráce s pacientem po primární TEP od spolupráce s pacientem po reimplantaci. 69 % sester

z ortopedických oddělení se domnívá, že se spolupráce liší a zbylých 31 % je opačného názoru, tedy, že se spolupráce neliší. Podobně je to i u sester z infekčních oddělení, kdy se 87 % sester domnívá, že je spolupráce odlišná a zbylých 13 % sester má názor, že je spolupráce stejná. Sestry, které byly toho názoru, že se spolupráce s pacienty po reimplantaci liší, jsme požádali, aby napsaly, v čem konkrétně se spolupráce odlišuje. Nejčastěji bylo zmiňováno, že pacient už má zkušenosti z předešlé implantace. Tedy předpokládáme, že s ním je spolupráce v tomto případě jednodušší, že už má pacient zkušenosti a řídí se podle nich. Druhým zmiňovaným rozdílem bylo, že u pacientů po reimplantaci je vyšší riziko rezignace. Tento údaj byl zmíněn 5 sestrami, které pečují o pacienty s infekčními komplikacemi. Tady lze předpokládat, že pacienti jsou dlouhodobě hospitalizováni a může se u nich objevit regresivní tendence. Tuto tendenci definuje i Vymětal ve své publikaci *Lékařská psychologie* (53). V těchto případech je na místě velká podpora nejen ze strany rodiny, ale také ze strany ošetřujícího týmu, a to především sestry. Jak uvádí Staňková, je důležité, aby pacient spolupracoval a aktivně se snažil přispět k rychlejší aktivizaci po zákroku (46).

Druhý soubor tvořili pacienti po reimplantaci kyčle. Informace od těchto respondentů byly získávány pomocí nestrukturovaných rozhovorů. Rozhovor byl uskutečněn se 6 respondenty, kteří s výzkumem souhlasili. Výsledky našeho výzkumu plně vycházejí z provedených rozhovorů. Údaje, které jsme získali od respondentů, byly přepsány do kasuistik a následně pro lepší přehled zpracovány do schémat (viz kapitola 4.1). Nejzajímavější a nejpodstatnější sumarizované výsledky jsou obsaženy v kategorizovaných tabulkách (viz kapitola 4.2). Kvalitativní výzkum měl za **cíl zjistit, zda mají pacienti po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dostatek informací o prevenci možných komplikací.** Dalším cílem bylo **zjistit od pacientů konkrétní požadavky, a dle možností vytvořit mapu péče.** Dále jsme hledali odpovědi na začátku výzkumu stanovené, dvě výzkumné otázky.

Oblast, která se ukázala při zpracování výsledků jako velmi zajímavá, je Informovanost respondentů o možných komplikacích (viz tab. 2). Zajímavé je zjištění, že sestra, spolu s rehabilitačními pracovníky, je nejčastěji zmiňována respondenty jako osoba, která podávala nejčastěji informace o možných komplikacích. Tuto skutečnost

uvedlo všech šest dotazovaných respondentů. Dostatek informací od lékaře uvedli 4 respondenti, kdy zbylí dva se cítili lékařem málo informovaní. Respondentka č. 2 uvedla, že lékař se u jejího lůžka zdržel vždy jen nezbytně nutnou dobu a bylo vidět, že spěchá. Pokaždé, když potřebovala informace, ptala se sestry, které jí informace podaly. Podobné zkušenosti měla i respondentka č. 4. Potvrdila, že s dotazy se obracela spíše na sestry. Podávání informací pacientovi souvisí s jednou z rolí sestry a to s rolí edukátorky, kterou zmiňuje i Staňková ve své publikaci *Sestra-reprezentant profese*. Právě Staňková je toho názoru, že pomocí edukace dosahuje sestra potřebné změny v chování pacienta. Je důležité, aby si byla sestra vědoma, že nejen lékař, ale i ona je ten, kdo díky dostatečné informovanosti snižuje riziko možných komplikací po reimplantaci. Staňková také uvedla, že pokud je pacient správně informován o rekonvalescenci v domácím prostředí, může se zkrátit doba hospitalizace (46). Morovicsová zase klade důraz, aby si sestry uvědomovaly, že nedostatečné podávání informací je častou příčinou strachu a úzkosti (33). Toto si sestry, dle výzkumu uvědomují a starají se o to, aby jejich pacienti měli informací dostatek. Je předpokladatelné, že se pacient bude s dotazy obracet právě na sestru. Ona je mu v době hospitalizace nejbližší, u lůžka ho navštěvuje nejčastěji a je jakýmsi prostředníkem mezi ním a lékařem.

K této oblasti jsme si v průběhu výzkumu stanovili výzkumnou otázku: **Mají pacienti po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dostatek informací, jak předcházet možným komplikacím?** Vzhledem k tomu, že respondenti v rozhovorech uváděli, že informací měli dostatek, můžeme si na základě těchto výsledků stanovit hypotézu a to: **Pacienti mají od sester dostatek informací o možných komplikacích, od lékařů mají informací méně.** Je velmi potěšující, že pacienti sestrám věří a obracují se s dotazy především na ně. Doporučujeme tedy, aby sestry respektovaly pacientův ostych před lékařem a stále se tázaly, zda mu neschází nějaké informace, popřípadě mu je zajistily.

Dalším cílem kvalitativního výzkumu, bylo **zjistit od pacientů konkrétní požadavky a dle nich navrhnout mapu ošetrovatelské péče**, která by mohla sloužit jako studijní materiál. Tento cíl se nám jevil jako nejdůležitější a nejzásadnější. Naším

přáním bylo, aby tento výzkum přinesl pro studenty, ale i pro sestry něco zajímavého a pro ně nového. Chtěli jsme docílit toho, aby se studenti a sestry seznámily s u nás ještě nepoužívanou formou vypracovávání ošetrovatelské dokumentace, která není tak náročná na čas, jako u nás dosud užívané individuální vypracovávání ošetrovatelských plánů. Škrlovi ve své publikaci Kreativní ošetrovatelský management uvádí, že mapa péče umožňuje sestřím vykonávat jejich práci kvalitněji, efektivněji, rychleji, účelněji a také levněji (47). Matišáková doplňuje, že sestřím mapy pomáhají nahradit vypracovávání individualizovaného plánu ošetrovatelské péče nebo zdlouhavé denní zápisy (28). Tato tvrzení by mohla sestry přilákat k většímu zájmu o informace k těmto mapám.

Mapy ošetrovatelské péče, které jsme vytvořili, by měly sloužit jako výukový materiál (viz příloha č. 1 – č. 12). Zdá se nám vhodný, jak k výuce, kde je probírána problematika reimplantaci kyčle, tak i ve výuce, kde se studenti seznamují s mapami péče. Jsou vhodné pro snadnější pochopení jejich významu, funkčnosti a samozřejmě hlavně jejich podoby. Samozřejmě, že tyto mapy jsou výsledkem úsilí jen našeho, a proto by bylo vhodné větší propracování osobami, které se o danou problematiku zajímají a dokáží vzájemně spolupracovat. Každá mapa je vypracována dle jednotlivých fází ošetrovatelského procesu, které by měly být studentů i sestřím již dobře známé (7, 26). Naší snahou bylo vytvořit mapy tak, aby studenty zaujaly a měli zájem s těmito mapami pracovat. Cílem bylo, aby byly mapy názorné a orientace v nich snadná. Mapy přinášejí také prvky kritického myšlení. Součástí jsou otázky, na které by si studenti měli umět odpovědět a popřípadě při cvičení sami dopisovat nevyplněné rámečky, které pro studenty vyučující předem připraví. Je i možnost, že by námi vypracované mapy posloužily jako podklad a základní materiál při vypracovávání map péče v určitém zdravotnickém zařízení, kde budou mít zájem s těmito mapami pracovat. Je samozřejmé, že tyto mapy se nedají ihned používat v praxi, neboť Matišáková zdůrazňuje, že na přípravě map by se měl podílet každý člen týmu (28). Tato skutečnost snižuje variabilitu poskytované lékařské a ošetrovatelské péče, omezuje překrývání péče různými poskytovateli a minimalizuje zbytečné plýtvání zdroji. Je tedy velmi důležité, aby na vytváření map měl podíl každý z členů zdravotnického týmu. Je ale možné naše

poznatky nabídnout zdravotnickým zařízením, kde mají zájem s mapami začít pracovat a chystají se mapy vytvářet. Bylo by velmi potěšující, kdyby námi vypracované mapy přispěly ke zdokonalení ošetrovatelské péče, ale i k tomu, že sestřím používání map přinese úsporu jejich času a tím pádem zůstane více času na práci s pacientem. Dalo by se říci, že vypracované mapy jsou vlastně vodítkem, jak být pro pacienta co nejvíce pomocníkem v uspokojování jeho každodenních potřeb, které jsou tak specifické pro pacienty po reimplantaci. Důkazem je i to, že všichni respondenti, kteří se výzkumu zúčastnili, měli stejné či podobné návrhy, jak zkvalitnit poskytovanou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelské diagnózy jsou rovněž zkontrolovány s respondenty, kteří se výzkumu zúčastnili. Sami vznesli návrhy, jak by sestra měla přistupovat k pacientovi po reimplantaci, jak zdokonalit jejich ošetrovatelskou péči. Součástí map jsou i vypracované ošetrovatelské diagnózy, které respondenti nevedli, považovali jsme však za vhodné je zařadit pro úplnost informací, neboť je samozřejmostí, že se tyto ošetrovatelské diagnózy u pacientů po reimplantaci také objevují (viz příloha č. 10, č. 11 a č. 12).

Jak již bylo zmíněno, ošetrovatelské diagnózy a intervence, které jsou součástí map péče, jsou odvozeny od nejčastěji zmiňovaných návrhů dotazovaných respondentů. I když výzkumný soubor tvořilo jen 6 respondentů, je zajímavé, že měli podobné a ve většině případů stejné návrhy, na co by sestry měly u pacientů po reimplantaci zaměřit svoji péči, tak, aby pacienti měli uspokojeny všechny své potřeby, tedy tělesné, psychické a v neposlední řadě i ty sociální. I když bylo všech 6 respondentů s poskytováním ošetrovatelské péče od sester spokojeno a chválili jejich přístup, měli zajímavé připomínky, jak ještě zdokonalit péči, aby pacientům nic nescházelo. Jsou to věci, které si sestry samy neuvědomují a při tom jsou pro pacienty tak zásadní a jejich nedodržování jim přináší větší psychické napětí, kterým může sestra snadno předcházet. Tabulka č. 1 znázorňuje v kategorizované podobě konkrétní požadavky pacientů po reimplantaci na práci sester. K této oblasti jsme si v průběhu výzkumu stanovili výzkumnou otázku: **Je nejčastějším požadavkem pacientů po reimplantaci kyčle dostatek informací od sester?** 5 respondentů ze šesti uvedlo, že by od sester ocenilo, kdyby podávaly informace o výkonech a lécích, které jim provádějí a podávají. Všech 5

respondentů upozornilo na to, že sestry svoji práci provádějí automaticky a nedochází jim, že pacientům schází informace, které by je s výkony seznámily, a byli by pak klidnější. Jen jeden z šesti respondentů tento požadavek nevyslovil. Na základě těchto výsledků stanovujeme hypotézu, určenou pro další výzkum, a to: **Pacienti po reimplantaci kyčle uvádějí jako nejčastější požadavek od sester, dostatek informací o výkonech, které se u nich provádějí.** Tato potřeba respondentů byla vypracována do mapy péče s ošetrovatelskou diagnózou deficitní vědomosti. Žádanou intervencí, podávat dostatek informací, jsme zdůraznili u ošetrovatelských diagnóz: bolest, strach a úzkost, Deficitní vědomosti a Riziko situačně snížené sebeúcty (viz příloha: č. 3, č. 4, č. 5 a č. 9). Druhým nejčastěji zmiňovaným požadavkem bylo, aby sestry dodržovaly soukromí pacientů. Tento požadavek zmínili čtyři respondenti ze šesti. Pro příklad respondent č. 1 uvedl, že mu bylo nepříjemné, že mezi ním a pacientem na vedlejším lůžku nebyla žádná plenta či závěs. Dále cítil jako velký problém, že při hospitalizaci na JIP měl nemocniční košili, v které se necítil dobře, neboť měl při chůzi odkrytou zadní část těla. Respondentka č. 4 zase pociťovala nedodržování soukromí při vyprazdňování na lůžku. Uvítala by klid a větší soukromí při vyprazdňování. V této problematice je velmi důležitý empatický přístup sester, kdy by se měly dokázat vcítit do pocitů pacientů, uvědomit si, že i ony by při hospitalizaci od ošetrujícího personálu požadovaly co největší dodržování soukromí. Ošetrovatelské intervence, které je nutné provádět k uspokojování vyslovené potřeby, jsou zdůrazněny v ošetrovatelských diagnózách: spánek porušený a zácpa. Další požadavek, který byl zmíněn, se týkal vhodné skladby pacientů na pokoji. Respondentka č. 2 se svěřila s tím, že na standardním oddělení byla hospitalizovaná vedle paní, která byla zmatená a večer chodila po pokoji. Tato situace jí obtěžovala a horšila i její psychický stav, v noci nedokázala usnout. Z těchto důvodů se přimlouváme, aby sestry volily co nejvhodnější skladbu pacientů na pokoji, samozřejmě dle možností oddělení. Tento požadavek vyslovil i respondent č. 6. Je samozřejmé, že pacienty obtěžuje přítomnost zmateného či neklidného spolupacienta, proto bychom požádali sestry, aby na tento fakt myslely a pokud je to možné, volily co nejvhodnější skladbu pacientů na pokoji, aby nebylo narušeno soukromí a psychický stav pacientů, kteří sdílí s takovými pacienty stejný



pokoj. Vhodnou skladbu pacientů na pokoji zdůrazňuje i Vymětal, kdy tvrdí, že vhodní spolupacienti a správný přístup sestry přispívají k pocitům bezpečí a jistoty (53). Intervence, které by tento požadavek pacientů plnily, jsou součástí ošetrovatelských diagnóz: strach a úzkost, sociální izolace a spánek porušený. Další požadavek pacientů, který byl zmíněn, se týkal odborné terminologie, kterou sestry často používají při komunikaci s pacienty. Požadavek, aby sestry nepoužívaly při rozhovoru s pacientem odbornou terminologii, vyslovili 2 respondenti. (respondent č. 5 a č. 6). Domníváme se, že si sestry tento fakt neuvědomují a používají odborná slova, kterým pacienti nerozumí. Pacienti se pak stydí požádat sestry, aby mluvily srozumitelně a používaly slova, kterým by rozuměli. Proto bychom apelovali na sestry, aby si při rozhovoru s pacientem uvědomily, že ne všem slovům, které jsou pro sestry tak automatické a jasné, pacienti musí rozumět a chápat jejich význam. Popřípadě používaly zpětnou vazbu, která je pro sestry ověřením, zda pacient slovům rozuměl. Intervence, které by tento požadavek pacientů plnily, jsou součástí ošetrovatelských diagnóz: strach a úzkost, deficitní vědomosti, sociální izolace, spánek porušený, riziko situačně snížené sebeúcty. Poslední požadavek, který byl vznesen, a to od respondenta č. 5, se týkal vhodného oslovení pacientů. Tento respondent se svěřil se zkušeností, kdy ho některé ze sester oslovovaly „dědo“. Pozoroval to především u starších sester. Nebylo mu to příjemné, avšak nic sestrám neřekl, bál se, že u nich pak bude za špatného a budou se mu mstít. Zkušenost tohoto respondenta pro nás byla velice zarážející, domnívali jsme se, že takové oslovení pacientů je už dávno odbouráno. Jak zdůraznil respondent, většinou se tohoto oslovení dopouštěly sestry starší, to je pro nás určité vysvětlení. Tyto sestry jsou ze „staré školy“ a jsou zvyklé, že se v minulých dobách toto oslovení používalo. Sestry si musí uvědomit, že pokud chtějí oslovovat pacienta jiným způsobem, než který je obvyklý a společensky uznávaný, musí s tím pacient souhlasit a dát najevo, že je mu takové oslovení blízké a příjemné. Intervence, které by tento požadavek pacientů plnily, jsou součástí ošetrovatelských diagnóz: strach a úzkost, sociální izolace, riziko situačně snížené sebeúcty (viz příloha č. 4, č. 7 a č. 9).

Zajímalo nás také, jak jsou pacienti po reimplantaci psychicky zatíženi, kdo je pro ně největší oporou a jak se snažili v nemocničním prostředí odreagovat (viz tab. 3).

Morovicsová ve svém článku Vplyv choroby na psychiku človeka uvádí, že pokud pacient prožívá po výkonu strach, může tento pocit být způsobený nedostatečnou předoperační psychickou přípravou (34). Psychické problémy mohou být příčinou pacientovy nedostatečné aktivity, nedůvěry ke zdravotnickým pracovníkům, mohou být nespokojeni a dávat to najevo nebo vůbec nespolupracují.

Respondenti uvedli dvě komplikace, z kterých měli největší obavy a které v nich vyvolávaly pocity strachu. Šlo o luxaci kloubu a o imobilizaci. Každá z těchto komplikací, kterých se respondenti nejvíce obávali, byla zmíněna 4krát. Luxaci, jako častou komplikaci po náhradách kloubů, uvádí Dungal ve své publikaci Ortopedie a Sosna ve své publikaci Základy ortopedie také nezapomíná tuto komplikaci popsat (8, 45). Jak uvedl respondent č. 1, měl obavy z komplikací a hlavně z toho, že už nebude tak samostatný, jako před výkonem. Respondentka č. 3 tato slova potvrdila, měla obavy z komplikací, které byly předpokladatelné, neboť u respondentky byla nutná reimplantace z důvodu septického uvolnění. Respondentka č. 4 byla po psychické stránce velmi vyčerpaná, neboť jí kloub selhal dvakrát. Podle jejích slov byla velmi zoufalá, plakala a kladla si za vinu, že ona může za to, že kloub neslouží. Bála se, že už nikdy nebude samostatná a že se o ní nebude mít kdo starat. Respondent č. 5 uvedl, že se bál komplikací, že zaviní luxaci či zůstane nesoběstačný a bude muset shánět zařízení, kde by se o něj postarali, neboť rodina je časově velmi vytížená. Pokud je pacient psychicky zatížený, je podle slov Morovicsové nezbytné, aby sestry věnovaly pozornost monitorování a následnému řešení psychických problémů a měly správný psychologický přístup (33). Podstatou tohoto přístupu je schopnost rozpoznat rozdíl v přístupu k daným problémům a hledět empaticky na konkrétní problémy očima pacienta. Jen respondent č. 6 neuvedl, že by měl z něčeho strach a obavy. Tento fakt se dá vysvětlit tím, že je respondent oproti ostatním respondentům mladší, je mu 59 let a nepřipouští si představu, že by mohl zůstat imobilní. Oporu měli respondenti nejčastěji v rodině (6 respondentů) a ošetřujícím personálu (4 respondenti). Toto zjištění potvrzuje myšlenku Vymětala, který ve své publikaci Lékařská psychologie uvádí, že pozitivně působí na pacienta nejvíce rodina, sestra a ostatní členové zdravotnického týmu. Vymětal také zdůrazňuje, že pokud je pacient osamocen, bez rodiny snáší

onemocnění mnohem hůře (53). S tímto tvrzením souhlasí i Zacharová, která zdůrazňuje fakt, že je sestra s pacientem obvykle v užším kontaktu a pacient vnímá sestru jako člověka poskytujícího podporu (57). Jobánková zase apeluje na sestry, když tvrdí, že je důležité, aby sestry pacienty motivovaly, čímž se může podstatně zkrátit doba hospitalizace a rekonvalescence (14). Dále se touto problematikou zabývá Soboňová, která ve svém článku Ošetřovatelstvo v chirurgii, zdůrazňuje, že se sestra musí pokusit u pacienta eliminovat pocity strachu a úzkosti, které jsou přirozené v pooperačním období (43). Podpora rodiny souvisí i s dalším udávaným faktem a to, že rodina respondentům přinášela odreagování při návštěvách, tento fakt uvedli 4 respondenti. 2 respondenti ještě jako odreagování uvedli aktivizační metody, jako je sledování TV, luštění křížovek atd.

V našem výzkumu jsme se zajímali i o problematiku prožívání bolesti po reimplantaci. 5 respondentů uvedlo, že bolest po reimplantaci byla pociťována více než po první implantaci. Někteří respondenti dávali jako vysvětlení špatný psychický stav, který k většímu prožívání bolesti přispíval. Další vysvětlení může přinést tvrzení Čecha, že revizní operace je mnohem náročnější operační výkon, než první operace (5). Respondenti uváděli, že bolest je nejvíce pociťována do pěti dnů po výkonu, většinou po dobu, kdy byli hospitalizováni na JIP. Jen jedna respondentka uvedla, že bolest přetrvávala i v domácím prostředí.

Poslední výsledky, které byly získány kvalitativním výzkumem, se týkaly problematiky rozdílu v pooperačním období po reimplantaci od primární implantace z pohledu pacienta. Nejčastěji byly uváděny dva rozdíly, a to větší psychické vypětí a delší hospitalizace, tyto rozdíly uvedlo 5 respondentů. 3 respondenti viděli také rozdíl ve větším pociťování bolestí. Domníváme se, že pokud pacient po reimplantaci trpí bolestmi, může to být z velké části způsobeno tím, že v předoperačním období nebyla věnována dostatečná pozornost edukaci nemocného (např. správná poloha dolních končetin po výkonu, možnosti využívání relaxačních technik apod.). Dále jeden z respondentů uvedl jako rozdíl delší imobilitu. Poslední rozdíl, který byl uveden jedním z respondentů, byl přísnější klidový režim.

Doufáme, že výsledky našeho výzkumu budou přínosem pro sestry, které o pacienty po reimplantaci pečují, pomohou jim pochopit, jak se pacient po výkonu cítí a bude jim jasné, co takový pacient od sester očekává a potřebuje. Pro sestry, které pravidelně pečují o pacienty po reimplantaci, by mohl být tento výzkum velkým přínosem. Uvědomí si, co pacienti po tomto výkonu od sestry očekávají. Zda je pro ně sestra jen vykonavatelem ordinací lékaře, nebo od ní vyžadují bližší vztah, vidí v ní někoho, komu se mohou svěřit se svými problémy.

## 6. Závěr

Protože počet reimplantací kyčle v ČR neustále stoupá, domníváme se, že je toto téma aktuální. Téma „Role sestry v následné péči u pacienta po reimplantaci totální endoprotézy kyčle“ lze chápat a pojmut více způsoby. My jsme se zaměřili na roli sester, které pečují o pacienty po reimplantaci kyčle v těsné pooperační době, kdy potřebují pacienti saturovat nejvíce potřeb a potřebují podporu sestry.

Naším prvním cílem bylo zjistit, zda sestry poskytují specifické intervence pacientům po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dle projevů ošetřovatelských diagnóz nebo standardně dle provedeného výkonu. Dalším cílem výzkumu bylo zjistit konkrétní požadavky pacientů po reimplantaci totální endoprotézy kyčle, a dle možností vytvořit mapu péče. Posledním cílem bylo zjistit, zda mají pacienti po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dostatek informací o prevenci možných komplikací. Tyto cíle byly splněny.

Pro kvantitativní výzkum byly vytvořeny dvě hypotézy:

- 1) Sestry poskytují ošetřovatelské intervence standardně, bez rozdílu, zda jde o pacienty po primární implantaci totální endoprotézy, či o pacienty po reimplantaci totální endoprotézy kyčle.
- 2) Sestry si neuvědomují, že by se ošetřovatelská péče o klienty po reimplantaci totální endoprotézy kyčle mohla lišit od ošetřovatelské péče o klienty po primární implantaci totální endoprotézy kyčle.

Obě tyto hypotézy se nepotvrdily, byli jsme na začátku výzkumu příliš pesimističtí, když jsme se domnívali, že si sestry neuvědomují rozdíl v ošetřování pacientů po primární TEP a po reimplantaci. Z výsledků výzkumu je patrné, že si sestry uvědomují, že pacientům po reimplantaci je nutné poskytovat specifické intervence a z toho vyplývá, že si jsou vědomé, že se ošetřovatelská péče o pacienty po reimplantaci v některých oblastech odlišuje od ošetřovatelské péče po primární implantaci. Tento fakt si uvědomují především sestry, které pečují o pacienty s infekčními komplikacemi.

Pro kvalitativní výzkum jsme si stanovili dvě výzkumné otázky:

- 1) Je nejčastějším požadavkem pacientů po reimplantaci kyčle dostatek informací od sester?
- 2) Mají pacienti po reimplantaci totální endoprotézy kyčle dostatek informací, jak předcházet možným komplikacím? Obě naše výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Na základě výsledků našeho kvalitativního výzkumu jsme stanovili tyto hypotézy:

- 1) Pacienti mají od sester dostatek informací o možných komplikacích, od lékařů mají informací méně.
- 2) Pacienti po reimplantaci kyčle uvádějí jako nejčastější požadavek od sester, dostatek informací o výkonech, které se u nich provádějí.

Naším přáním je, aby tento výzkum přispěl ke zkvalitňování ošetrovatelské péče, která je poskytována pacientům po reimplantaci kyčle. Dále by nás potěšilo, kdyby námi vytvořené mapy péče byly použité jako výukový materiál a pomohly tak vyučujícím přiblížit studentům probíranou problematiku. S výsledky výzkumu bychom rádi seznámili sestry, které o tyto pacienty pečují. Chtěli bychom jim navrhnout, jak optimálně poskytovat ošetrovatelskou péči, aby byly co nejlépe uspokojovány potřeby pacientů po reimplantaci kyčle. Výsledky naší práce chceme zpřístupnit odborné ošetrovatelské veřejnosti ať již příspěvky v ošetrovatelských periodikách, osobním sdělením, tak prostřednictvím tištěných či elektronických materiálů. Výsledky mohou také posloužit k podrobnějšímu výzkumu. Doufáme také, že výsledky našeho výzkumu přispějí ke změně představy, že sestry jsou jen vykonavatelkou naordinovaných intervencí, které ještě u některých členů laické veřejnosti přetrvávají.

## 7. Seznam použité literatury

1. ADAMS, B., HAROLD, C., E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Avicenum, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
4. COOMBS, R., GRISTIMA, A., HUNGERFORD, D. *Joint Replacement*. Canada: Mosby Year Book, 1990. 471 s. ISBN 0-8016-1171-7.
5. ČECH, O., DŽUPA, V. *Revizní operace náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Galén, 2004. 234 s. ISBN 80-7262-269-2.
6. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
7. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. DUNGL, P., A KOLEKTIV. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN: 80-247-0550-8.
9. FARKAŠOVÁ, D. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2002. 87 s. ISBN 80-8063-111-5.

10. GÖPFERTO VÁ, D. et al. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena*. 3. vyd. Praha: Triton, 2002. 148 s. ISBN 80-7254-223-0.
11. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
12. HORAŽŤOVSKÝ, J., CHMELÍK, V., SVOBODOVÁ, M., a kol. *Přenosné choroby*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2001. ISBN 80-7040-496-5.
13. IBERLOVÁ, J. Význam dezinfekčního plánu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra* – mimořádná příloha Dezinfekce & Sterilizace, 2005, roč. 15, č. 10, s. 12. ISSN 1210-0404.
14. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
15. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J. *Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník zdravotnických škol*. Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2001. 174 s.
16. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
17. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.
18. KOLEKTIV AUTORŮ. *Lemon I*. Přel. J. Heřmanová, M. Staňková. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.



19. KOLEKTIV AUTORŮ. *Lemon 3*. Přel. J. Heřmanová, M. Staňková. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 277 s. ISBN 80-7178-774-4.
22. LAWRENCE, W., WAY A KOLEKTIV. *Současná chirurgická diagnostika a léčba-2. díl*. Praha: Grada, 1998. 1660 s. ISBN 80-71-69-397-9.
23. LÉKAŘI – ONLINE.CZ. *Kyčel - totální endoprotéza klasická*. [online]. c. 2006 – 2009, poslední aktualizace 15.8. 2008 [cit. 2009-22-1]. Dostupné z www: <http://www.lekari-online.cz/ortopedie/zakroky/kysel-endoproteza>.
24. MAŘAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 184 s. ISBN 80-247-1673-9.
25. MLADÁŽENA.CZ-DÁMSKÝ PORTÁL MLADÉ FRONTY. *Každý krok bolí?*[online]. c. 2006 – 2007, poslední aktualizace 11.3. 2008 [cit. 2009-22-1]. Dostupné z www: <http://www.mladazena.cz/scripts/detail.php?id=347231>.
26. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN: 80-247-1399-3.

27. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. Díl – Systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
28. MATIŠÁKOVÁ, I., POLIAKOVÁ, N., GERLICOVÁ, K. Návrh mapy ošetrovateľskej starostlivosti u imobilného pacienta. *Ošetrovatel'stvo – Teória, výskum a vzdelávanie*. Martin, 2007. 700 s. ISBN 978-80-88866-43-5.
29. MELICHERČÍKOVÁ, V. *Sterilizace a dezinfekce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 101 s. ISBN 80-7169-442-8.
30. MELICHERČÍKOVÁ, V. Velkoplošná dezinfekce a úklid ve zdravotnictví. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 3, s. 36 – 39. ISSN 1210-0404.
31. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Věstník, částka č. 9/2005. [on line]. Platný [http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=214; castka\\_9\[1\].zip\castka\\_9](http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=214;castka_9[1].zip\castka_9).
32. MORKESOVÁ, Š., URBANCOVÁ, S. Péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy z pohledu fyzioterapeuta. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 38 – 39. ISSN 1210-0404.
33. MOROVICSOVÁ, E. Psychologické problémy chirurgické léčby. *Sestra*, 2009, roč. 8, č 5 – 6, s. 20 – 21. ISSN 1335-9444.
34. MOROVICSOVÁ, E. Vplyv choroby na psychiku človeka. *Sestra*, 2009, roč. 7, č 1 – 2, s. 16 – 17. ISSN 1335-9444.
35. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.

36. PODSTATOVÁ, H. *Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 2002. 267 s. ISBN 80-86297-10-1.
37. POKORNÁ, R., *Hygiena rukou v prevenci nemocničních nákaz*. *Sestra*, 2002, roč. 12, č. 9, s. 36-38. ISSN 1210-0404.
38. POLHORSKÁ, M. *Rehabilitácia po TEP bedrového klbu*. *Sestra*, 2009, roč. 8, č. 5 – 6, s. 15 – 16. ISSN 1335-9444.
39. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
40. RYCHLÍKOVÁ, E. *Funkční poruchy kloubů končetin – diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 2002, 256 s. ISBN 80-247-0237-1.
41. SCOTT, J. *European instructional course lectures*. London: Efort, 2005. 205 s. ISBN 0-9525921-7-7.
42. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*. Praha: Grada, 2007, 199 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
43. SOBOŇOVÁ, J., KÖRNYIOVÁ, D. *Ošetrovatelstvo v chirurgii*. *Sestra*, 2009, roč. 8, č. 5 – 6, s. 24 – 25. ISSN 1335-9444.
44. SOSNA, A., POKORNÝ, D., JAHODA, D. *Náhrada kyčelního kloubu*. Praha: Triton, 2003, 58 s. ISBN 80-7254-302-4.
45. SOSNA, A. et al. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

46. STAŇKOVÁ, M. *Sestra-reprezentant profese*. Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně, 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
47. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1.26.
48. ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová Intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
49. ŠRÁMOVÁ, H. *Nozokomiální nákazy II*. Praha: Maxdorf, 2001. 303 s. ISBN 80-85912-25-2.
50. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
51. VÖRÖSOVÁ, G. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminologie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
52. VÝBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
53. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
54. WIKIPEDIA OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIIE. *Umělý kloub* [online]. c. 1996 – 2009, poslední aktualizace 20.6. 2005 [cit. 2009-20-1]. Dostupné z www: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/105960-umely-kloub>.

55. X. NÁRODNÍ KONGRES ČSOT. *Kniha abstrakt*. Praha: Galén, 2006. 181 s. ISBN 80-7262-414-8.
56. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ, J. *Psychologie pro zdravotnické obory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4.
57. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktické cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
58. Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a některých souvisejících zákonů. [on line]. Platný <http://sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb00258&cd-76&typ=>.

## **8. Klíčová slova:**

Role sestry

Ošetrovatelská péče

Reimplantace kyčle

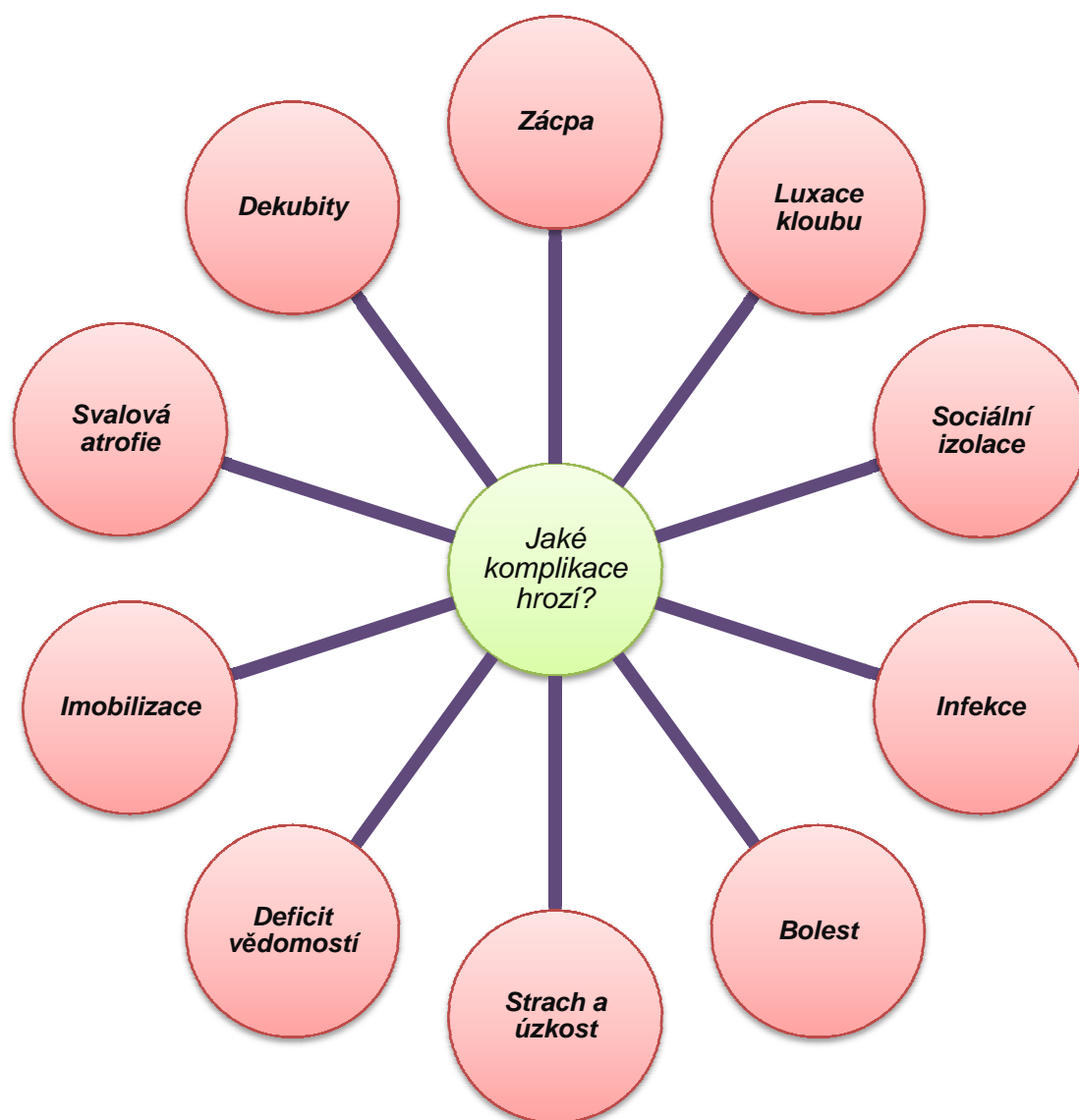
Pacient/klient

Mapa péče

## **9. Přílohy**

- Příloha č. 1: Mapa - Riziko vzniku komplikací ve vztahu k reimplantaci
- Příloha č. 2: Mapa - Ovlivnění rizik sestrou
- Příloha č. 3: Mapa - Bolest
- Příloha č. 4: Mapa - Strach a úzkost
- Příloha č. 5: Mapa - Deficit vědomostí
- Příloha č. 6: Mapa - Riziko imobilizačního syndromu
- Příloha č. 7: Mapa - Sociální izolace
- Příloha č. 8: Mapa - Porušený spánek
- Příloha č. 9: Mapa - Riziko situačně snížené sebeúcty
- Příloha č. 10: Mapa - Poškozená kožní integrita
- Příloha č. 11: Mapa - Riziko infekce
- Příloha č. 12: Mapa - Zácpa
- Příloha č. 13: Pomocné otázky k polostrukturovanému rozhovoru s pacienty po reimplantaci
- Příloha č. 14: Dotazník pro sestry, které pečují o pacienty po reimplantaci
- Příloha č. 15: Rtg snímky a schémata jednotlivých druhů TEP kyčle podle způsobu fixace
- Příloha č. 16: Rtg snímky- uvolnění TEP a reimplantace kyčle
- Příloha č. 17: CKP vs. TEP kyčelního kloubu

**Příloha č. 1:** Mapa - Riziko vzniku komplikací ve vztahu k reimplantaci



Zdroj: vlastní

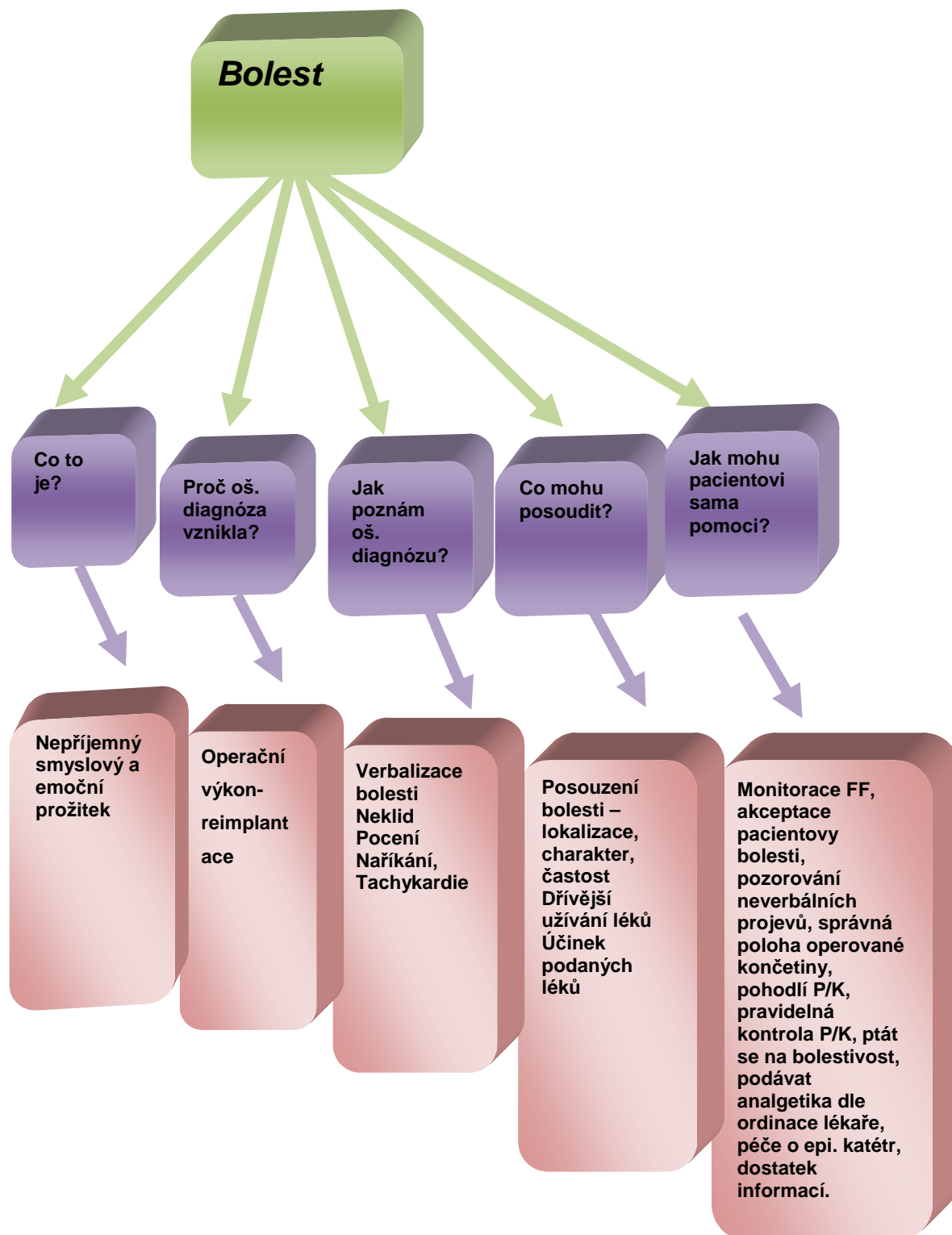


**Příloha č. 2:** Mapa - Ovlivnění rizik sestrou



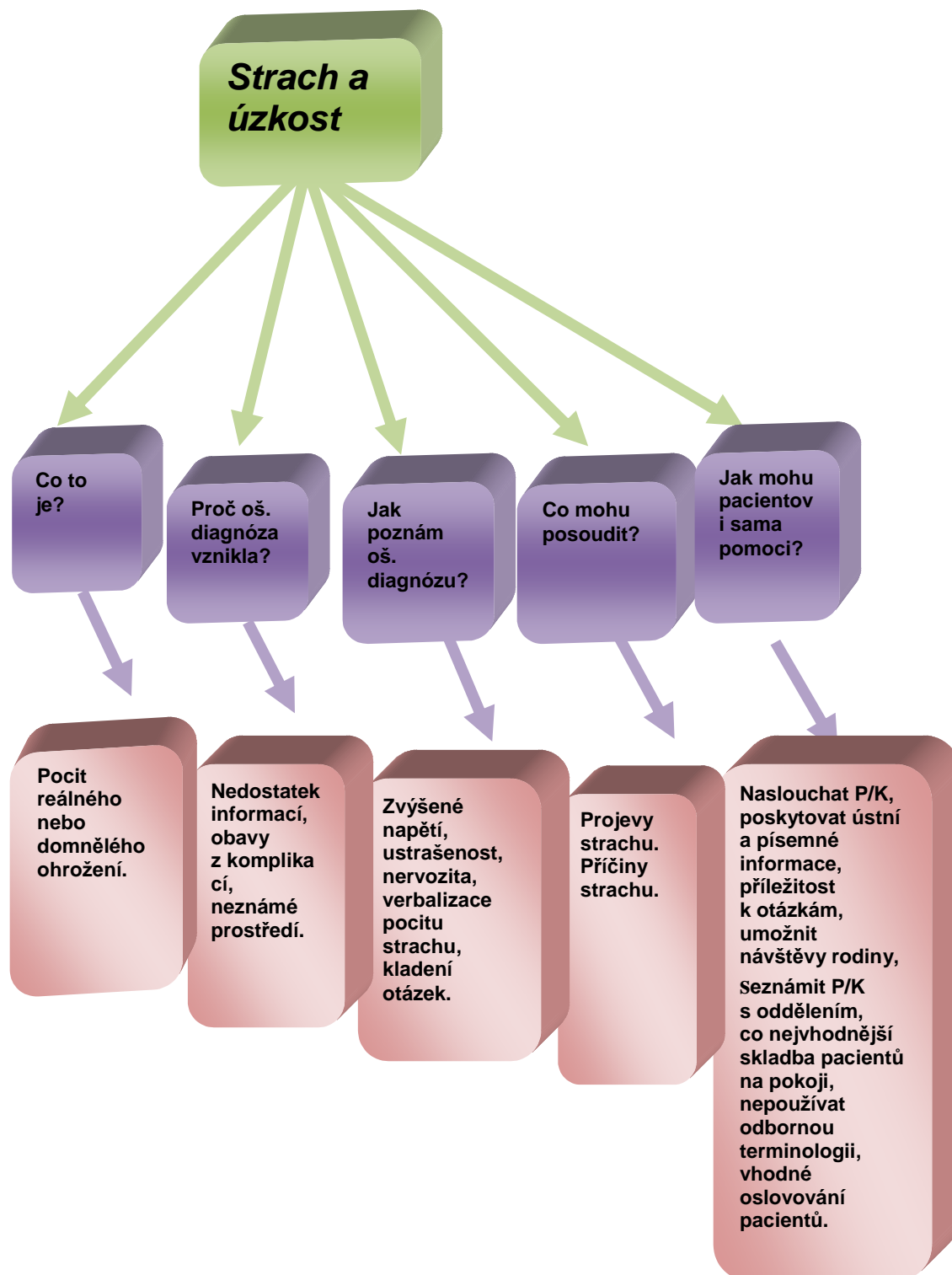
Zdroj: vlastní

### Příloha č. 3: Mapa - Bolest



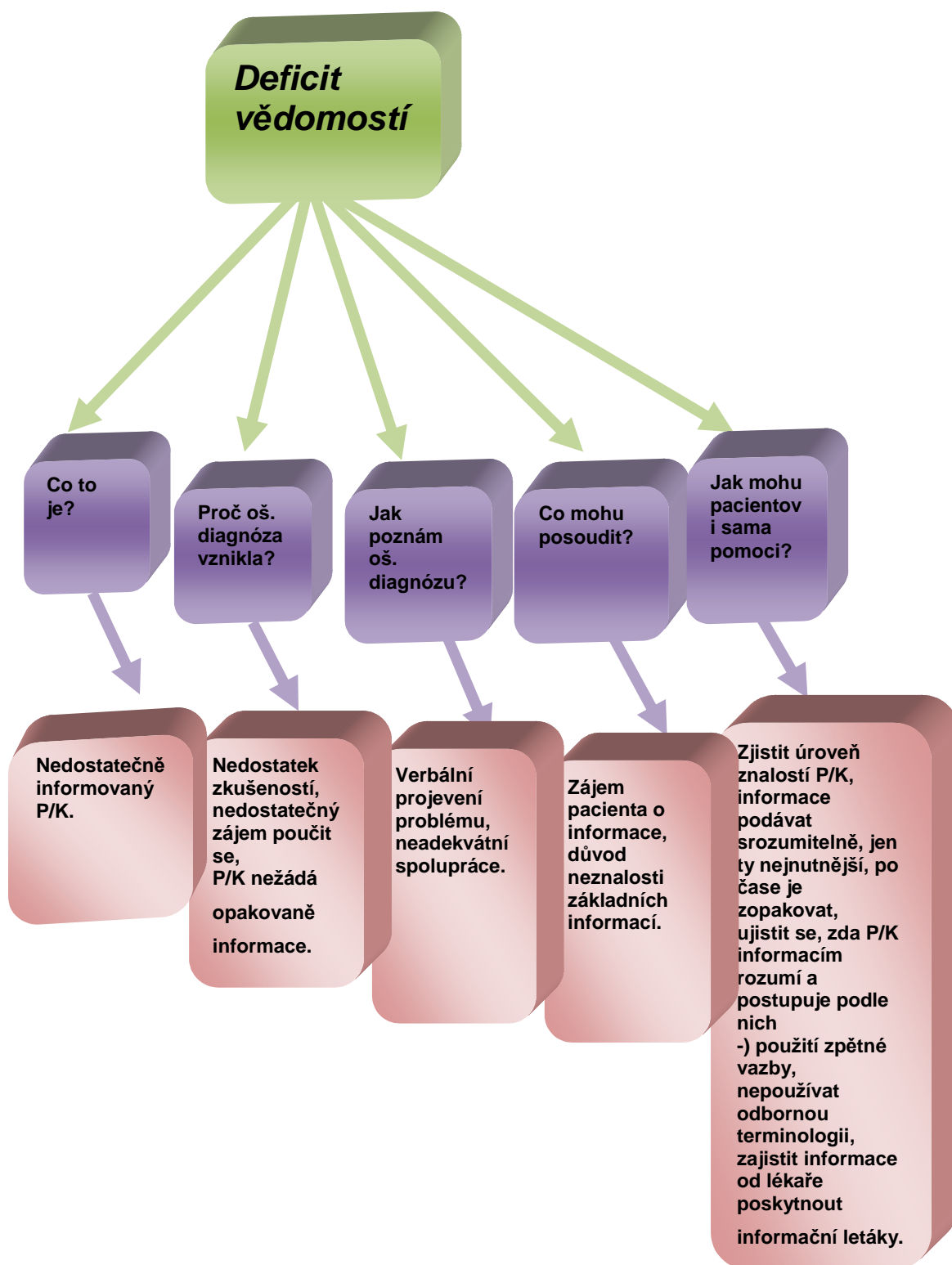
Zdroj: vlastní

**Příloha č. 4:** Mapa - Strach a úzkost



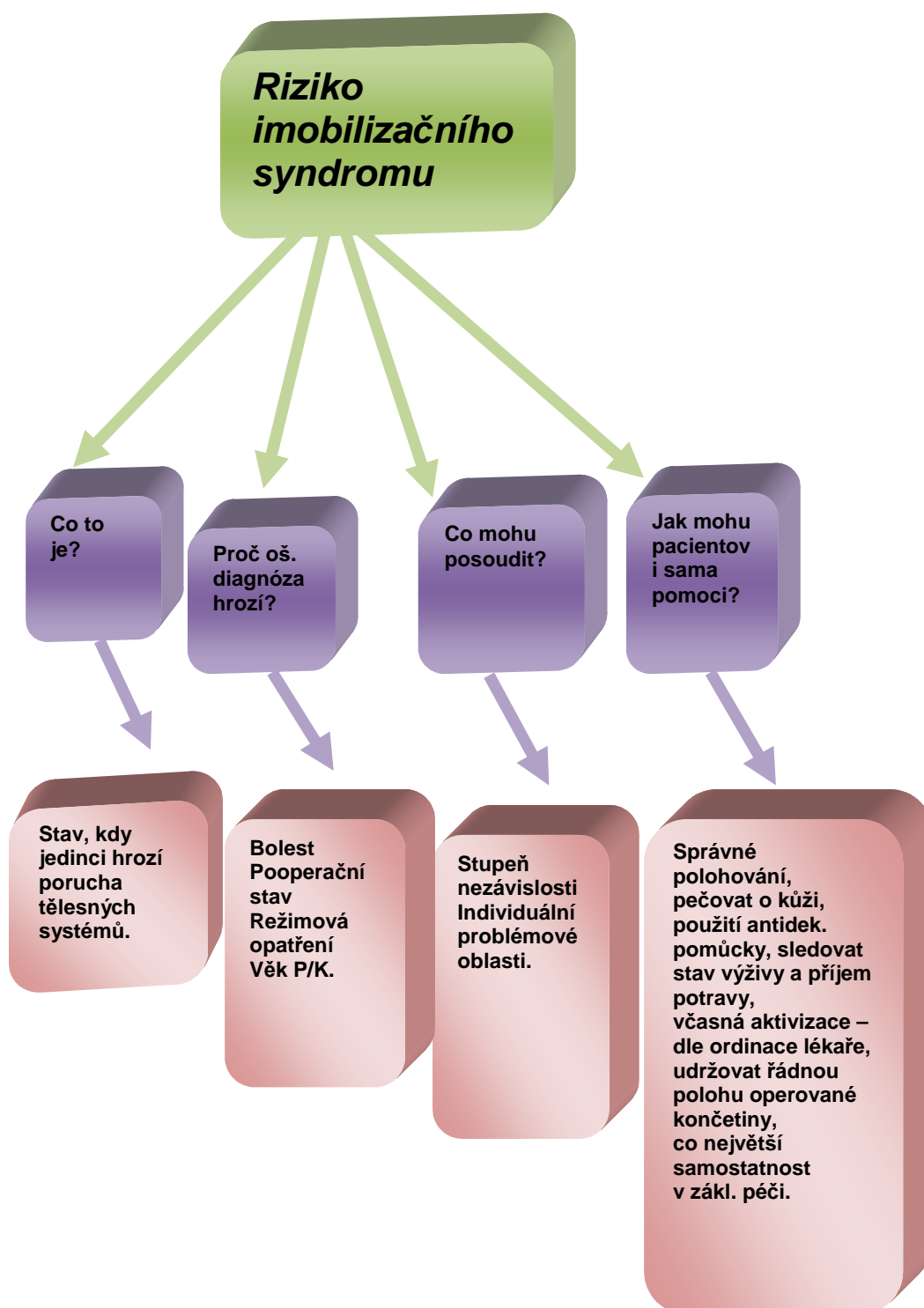
Zdroj: vlastní

**Příloha č. 5: Mapa - Deficit vědomostí**



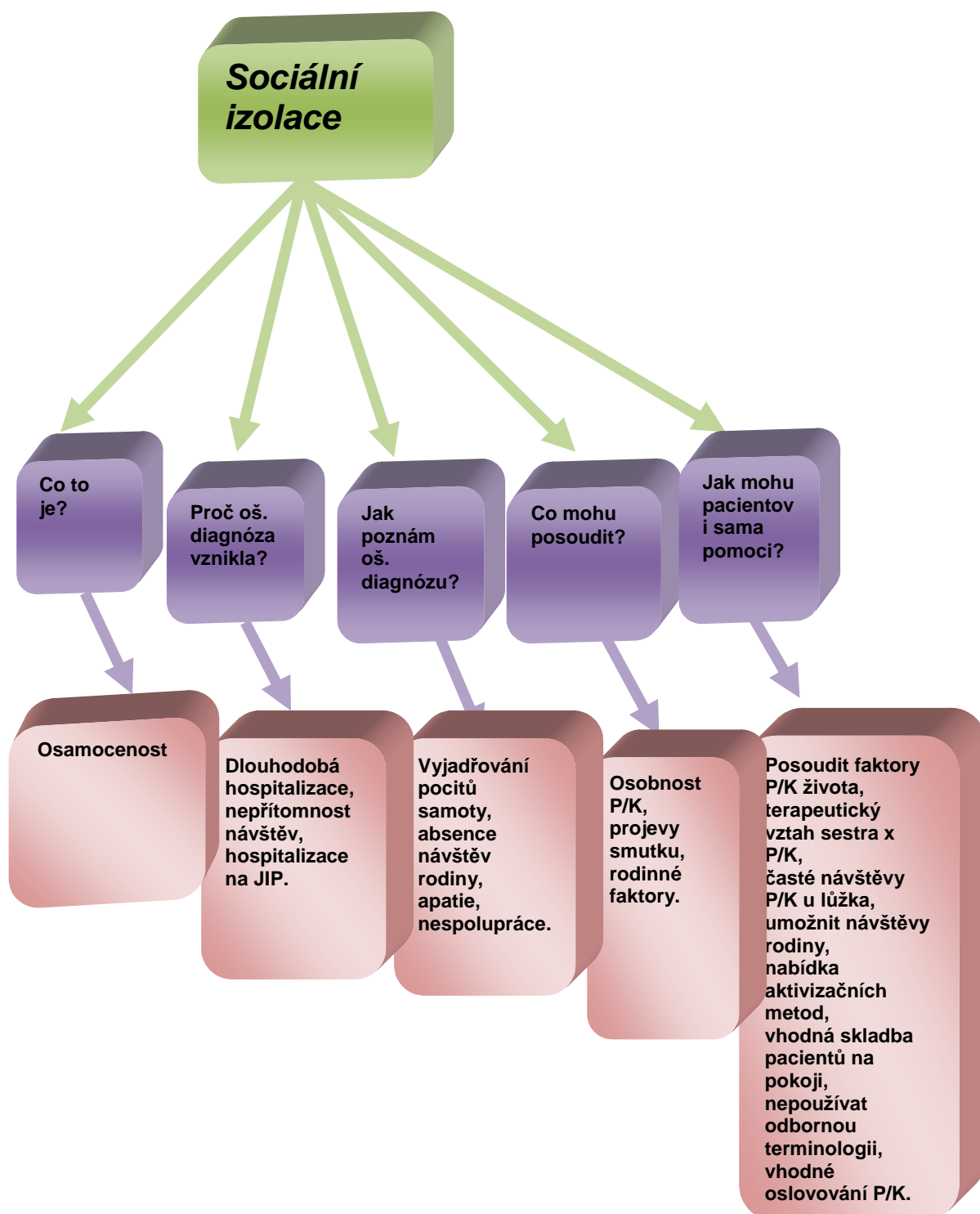
Zdroj: vlastní

**Příloha č. 6:** Mapa - Riziko imobilizačního syndromu



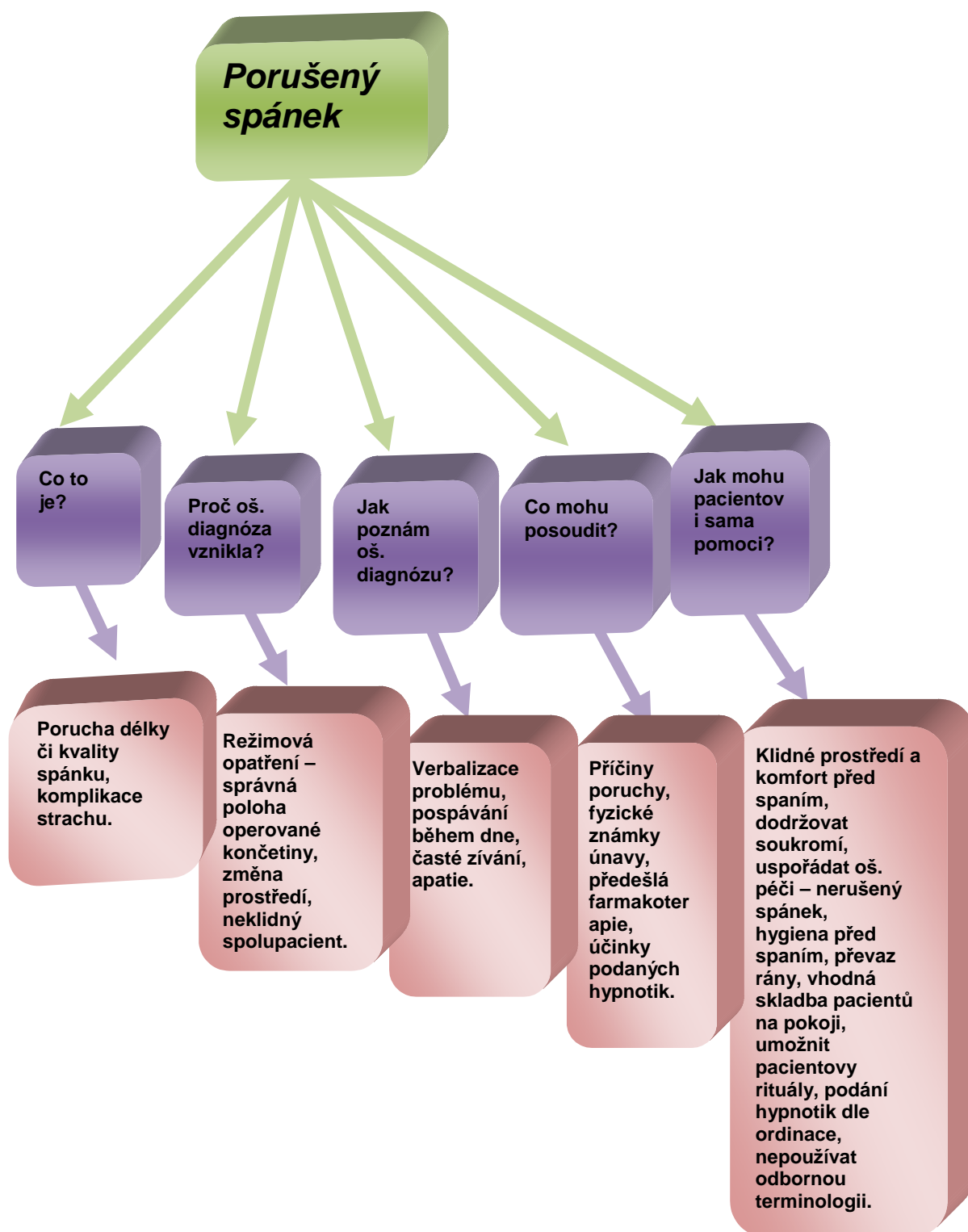
Zdroj: vlastní

**Příloha č. 7:** Mapa - Sociální izolace



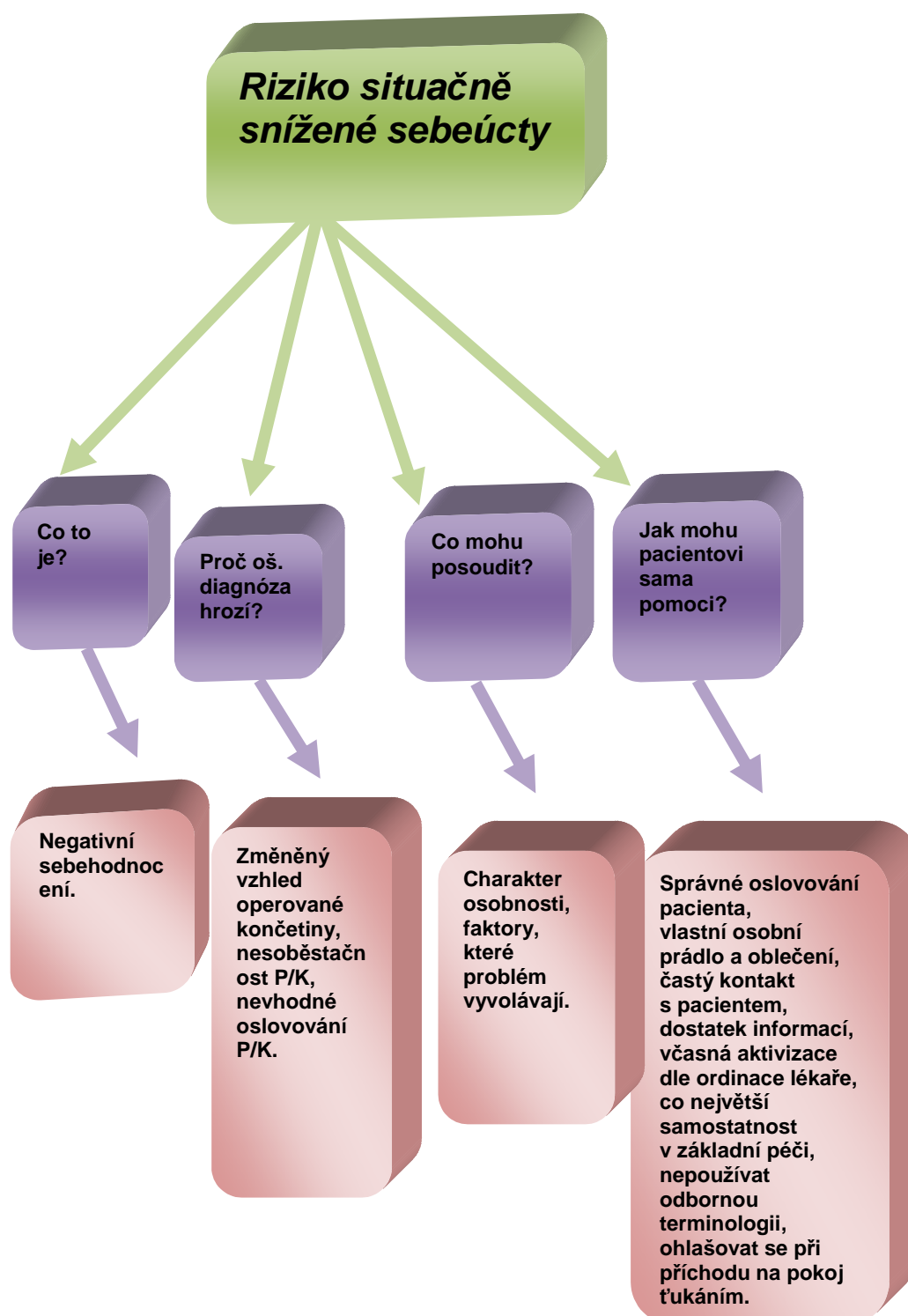
Zdroj: vlastní

**Příloha č. 8: Mapa - Porušený spánek**



Zdroj: vlastní

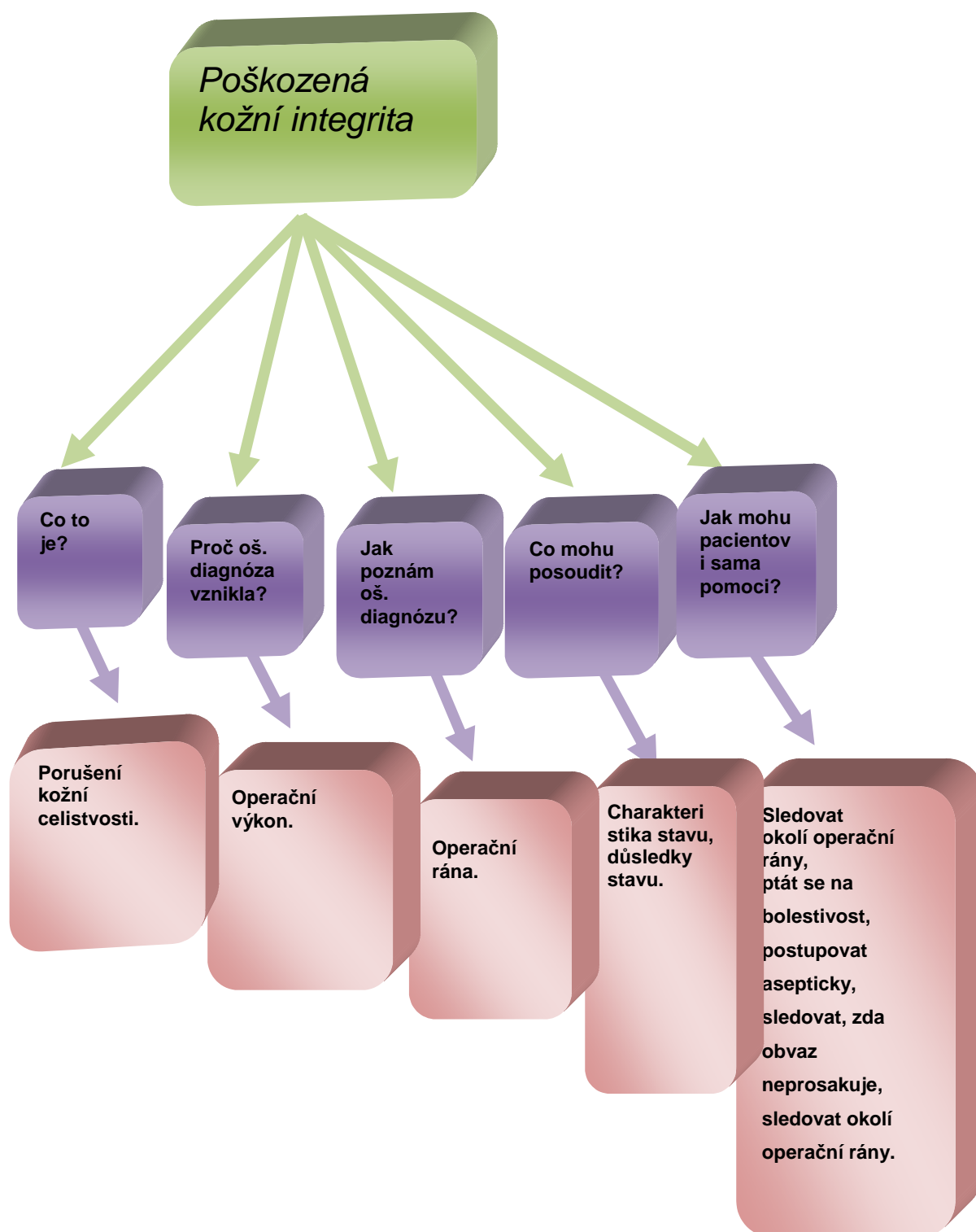
**Příloha č. 9:** Mapa - Riziko situačně snížené sebeúcty



Zdroj: vlastní

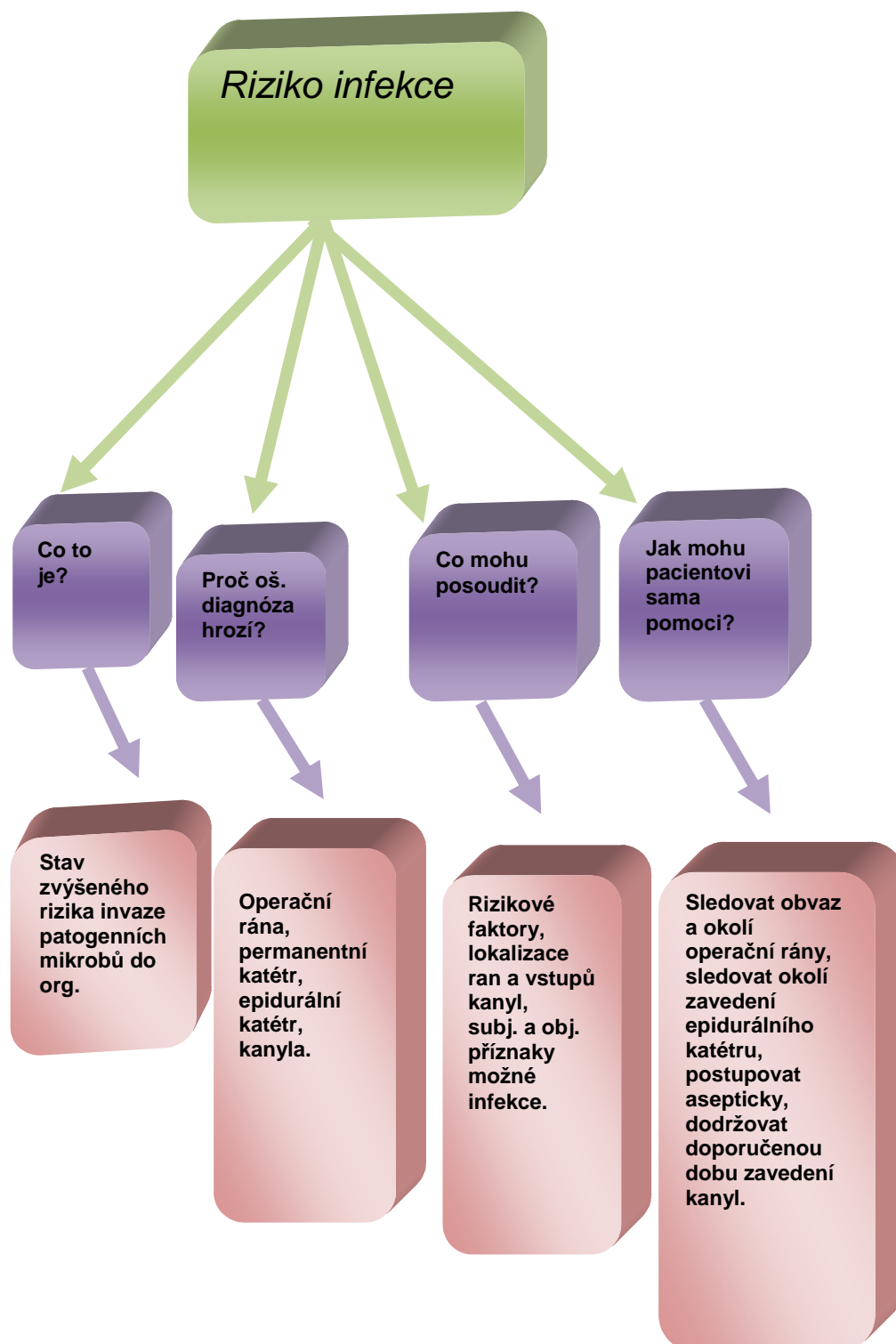


**Příloha č. 10:** Mapa - Poškozená kožní integrita



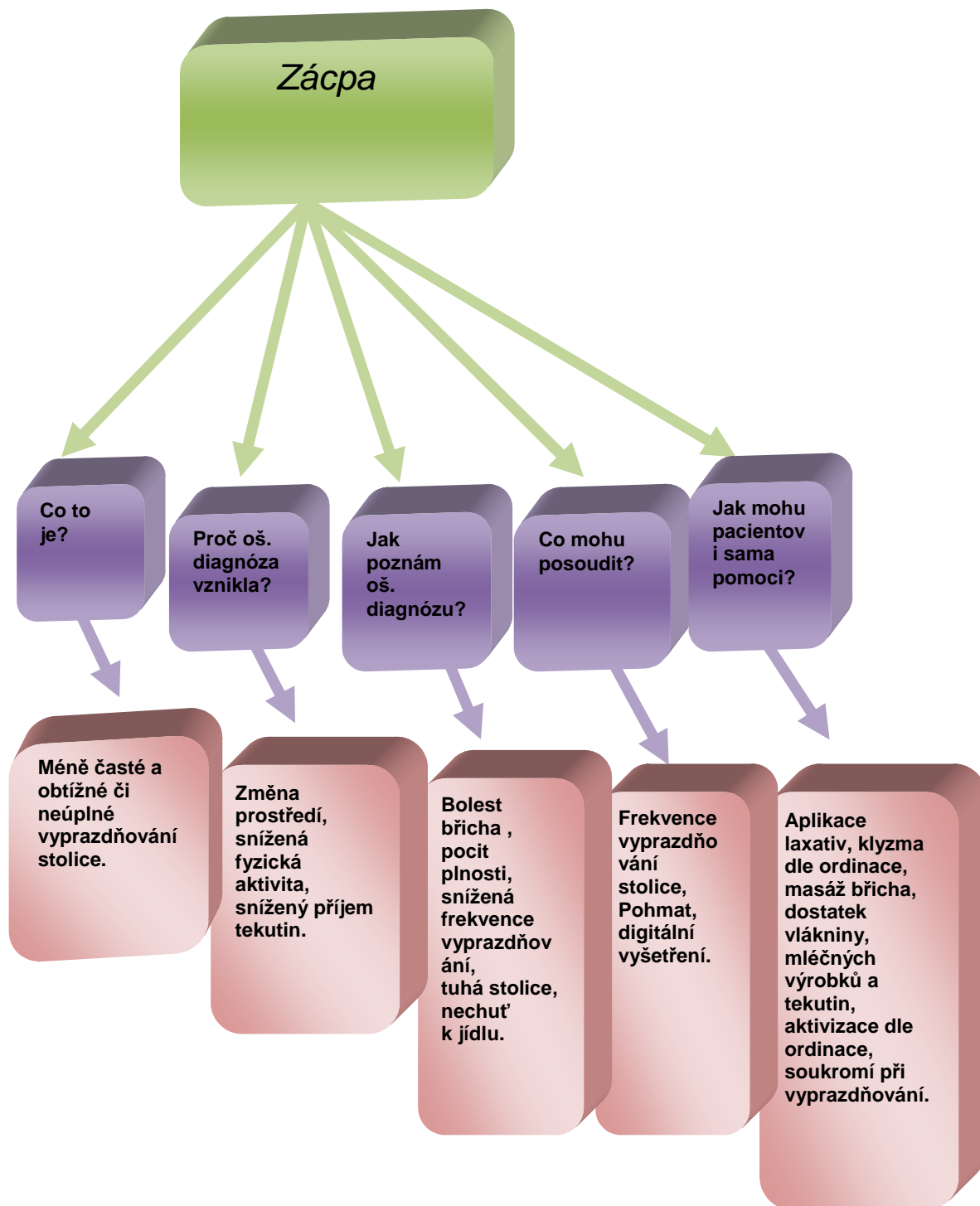
Zdroj: vlastní

**Příloha č. 11: Mapa - Riziko infekce**



Zdroj: vlastní

**Příloha č. 12: Mapa - Zácpa**



Zdroj: vlastní

**Příloha č. 13:** Polostrukturovaný rozhovor – klienti po reimplantaci kyčle - pomocné otázky

**Polostrukturovaný rozhovor – klienti po reimplantaci kyčle**

Dobrý den, budu Vám pokládat řadu otázek týkajících se specifík ošetřování sestrou po reimplantaci kyčle. Odpovědi budu zaznamenávat na list a nahrávat na diktafon, pro moji potřebu pozdějšího zpracování Vašich odpovědí. Při tomto rozhovoru je samozřejmostí zajištění anonymity, to znamená, že nikde nebude uvedeno Vaše jméno, příjmení, bydliště, rodné číslo, a jakékoliv další kontaktní údaje.

**IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY**

Jak si přejete být osloven/a?

Váš věk?

Jaké je Vaše zaměstnání?

Jaké bylo Vaše povolání před důchodem?

Jste ženatý/vdaná?

Máte děti?

Chronická onemocnění, dieta, předešlé operace.....

**Otázky týkající se primární implantace kyčelního kloubu**

Kdy jste podstoupil primární implantaci umělého kloubu?

Proč byla nutná implantace umělého kloubu?

Jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a po zákroku (JIP, standard)?

Měl/a jste po operaci bolesti?

Jak dlouho jste potřeboval/a podávat léky proti bolesti?

Byl jste spokojený s prací sester, které o Vás pečovaly po zákroku?

Bylo něco, co vám chybělo při ošetřování sestrou?

Měl jste dostatek informací od lékaře (možné komplikace, délka hospitalizace, rehabilitace...)?

Cítil jste po implantaci pocit smutku, úzkosti?

Byly Vám podávány léky na uklidnění?

Chodila za Vámi rodina na návštěvy? Umožnila sestra tyto návštěvy na JIP?

Co jste cítil/a jako největší problém (těžkost) po zákroku?

Kdo Vám podával informace o rehabilitační péči po propuštění?

Objevily se u Vás nějaké komplikace po zákroku? Jaké?

Pokud ano, byl/a jste informován/a, že takové komplikace mohou nastat?

Měl/a jste dostatek informací, jak předcházet komplikacím, které můžete sám/a ovlivnit?

### **Otázky týkající se reimplantace kyčelního kloubu**

Proč u Vás bylo nutné provést reimpantaci kyčle?

Jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a v nemocnici po reimplantaci?

V čem vidíte hlavní rozdíl mezi primární implantací a reimpantací? (bolest, delší hospitalizace, větší psychické napětí....)

Měl/a jste po reimpantaci větší bolesti než po primoooperaci?

Byla vám sestra v pooperačním období oporou a jak?

Nelíbilo se vám něco na chování sestry?

Měl jste k sestram, které o vás pečovaly, důvěru?

Byly u Vašeho lůžka sestry dostatečně často? Byly u Vás častěji než po prvním zákroku?

Ptaly se vás sestry, zda vám něco neschází a popřípadě Vám s problémem pomohly?

Byl jste spokojený s prací sester, které o Vás pečovaly po zákroku?

Bylo něco, co vám chybělo při ošetřování sestrou?

Měl jste dostatek informací od lékaře, sestry, fyzioterapeuta (komplikace, délka hospitalizace, pohybový režim, strava...)?

Můžete popsat náladu po reimplantaci?

Potřeboval jste léky na uklidnění? Nabízela Vám je sestra?

Chodila za Vámi rodina na návštěvy? Měla rodina možnost na návštěvy chodit?

Co jste cítil/a po výkonu jako největší problém (těžkost) po výkonu?

Objevili se u vás nějaké komplikace po výkonu?

Pokud ano, byl/a jste informován/a, že takové komplikace mohou nastat?

Měl/a jste dostatek informací, jak předcházet komplikacím, které můžete sám/a ovlivnit?

Kdo pro Vás byl po výkonu největší oporou?

Kdyby jste mohl/a něco změnit na přístupu sester, co by to bylo?

Bylo pro Vás obtížné dodržovat léčebný režim, hygienicko-epidemiologický režim?

**Příloha č. 14:** Dotazník pro sestry, které pečují o pacienty po reimplantaci

Vážené sestry,

jmenuji se Kateřina Klapáčová a jsem studentkou magisterského studia ošetrovatelství na ZSF JCU v Českých Budějovicích. V současné době se zabývám problematikou, která se týká ***Role sestry v následné péči u pacienta po reimplantaci totální endoprotézy kyčle***. Proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje budou použity pouze ke zpracování mé diplomové práce. **Prosím, označte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.**

Děkuji Kateřina Klapáčová

**1. Váš věk:**

- 18 – 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 let a více

**2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- SZŠ                       VOŠ                       VŠ – Bc.                       VŠ – Mgr.
- Specializace v oboru                       jiné.....

**3. Délka praxe na nynějším pracovišti:**

- 0 – 3 let
- 4 – 6 let
- 7 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 a více let

**4. Je na vašem oddělení zavedena ošetrovatelská dokumentace?**

- ano
- ne
- pracuje se na jejím zavedení

*Pokud odpovíte na tuto otázku ne, pokračujte otázkou č. 6*

**5. Liší se na Vašem oddělení ošetrovatelská dokumentace u pacienta po primární TEP od ošetrovatelské dokumentace u pacienta po reimplantaci?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- jak.....
- rozhodně ne
- spíše ne

**6. Myslíte si, že správně vedená ošetrovatelská dokumentace zvyšuje kvalitu poskytované péče?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- rozhodně ne
- spíše ne

**7. Má, podle Vašeho názoru, pacient po reimplantaci jiné potřeby, než pacient po primární implantaci kyčle?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- jaké.....
- rozhodně ne
- spíše ne



**8. Sledujete u pacientů po reimplantaci kyčle ošetřovatelské diagnózy, které se po primární implantaci spíše nevyskytují?**

rozhodně ano

spíše ano

jaké.....

rozhodně ne

spíše ne

**9. Poskytujete u pacienta po reimplantaci kyčle některé specifické ošetřovatelské intervence (antidekubitární matrace, relaxační metody, promazávání predilekčních míst.....)?**

rozhodně ano

spíše ano

jaké.....

rozhodně ne

spíše ne

**10. Pozorujete u pacientů po reimplantaci kyčle známky většího psychického napětí (strach či úzkost)?**

rozhodně ano

spíše ano

jaké.....

rozhodně ne

spíše ne

*Pokud odpovíte na tuto otázku ne, pokračujte otázkou č. 12.*

**11. Co, podle Vašeho názoru, nejvíce pomáhá pacientům po reimplantaci kyčle k zvládnání stresu a úzkosti? (Můžete zvolit libovolný počet odpovědí)**

návštěvy rodiny

telefonický kontakt s rodinou

terapeutický rozhovor sestry s pacientem

naordinovaná farmaka

časté návštěvy sestry u lůžka

dostatek informací od lékaře

nabídka aktivizujících činností

kterých.....

jiné.....

**12. Setkal/a jste se s tím, že se pacient sám zajímá o činnosti, které by mu pobyt v nemocnici zpříjemnily?**

rozhodně ano

spíše ano

o jaké.....

rozhodně ne

spíše ne

**13. Podílíte se na poskytování informací ohledně možných nebo vzniklých komplikací u pacienta po reimplantaci kyčle v rámci svých kompetencí?**

rozhodně ano

spíše ano

čeho se informace týkají.....

.....

rozhodně ne

spíše ne

*Pokud odpovíte na otázku ano, pokračujte otázkou č. 15*

**14. Kdo na Vašem oddělení poskytuje informace týkající se komplikací a jejich prevence? (Můžete zvolit libovolný počet odpovědí)**

- lékař
- fyzioterapeut
- sociální sestra
- spolupacient
- někdo jiný.....

**15. Setkal/a jste se s tím, že by pacient po reimplantaci opakovaně vyžadoval informace o možných komplikacích a o jejich prevenci?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- rozhodně ne
- spíše ne

**16. Liší se spolupráce s pacientem po primární TEP od spolupráce s pacientem po reimplantaci?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- v čem se odlišuje.....
- rozhodně ne
- spíše ne

**17. Dodržují pacienti po reimplantaci režimová opatření (výživa, farmakoterapie, pohybový režim.....)?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- rozhodně ne
- spíše ne
- u každého pacienta je to jiné

**Příloha č. 15:** Rtg snímky a schémata jednotlivých druhů TEP kyčle podle způsobu fixace



Rtg snímek cementované TEP kyčle

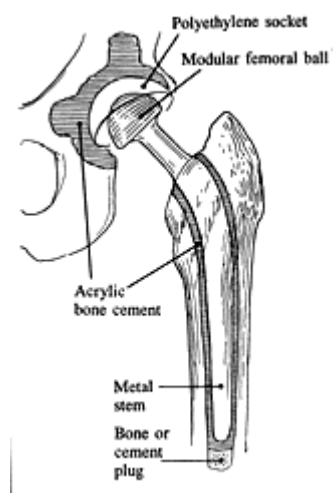


Schéma cementované TEP kyčle



Rtg snímek necementované TEP kyčle

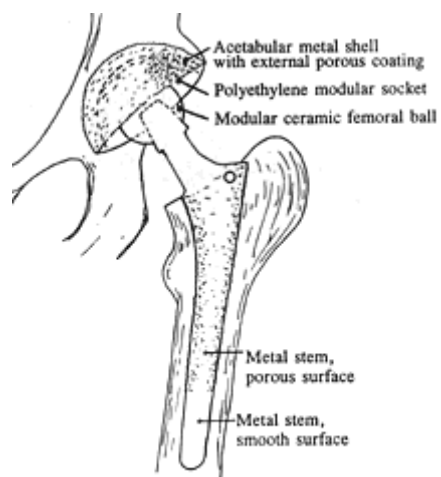


Schéma necementované TEP kyčle

Zdroj: (5, 23)



Rtg snímek hybridní TEP kyčle

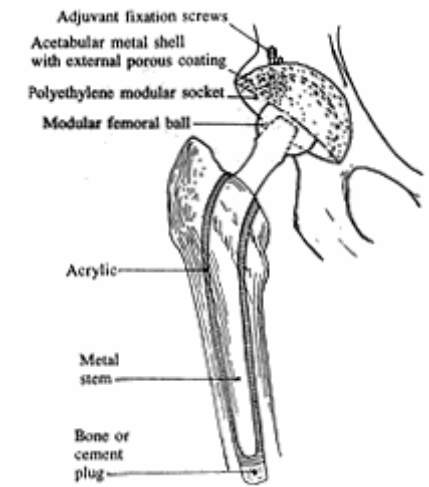
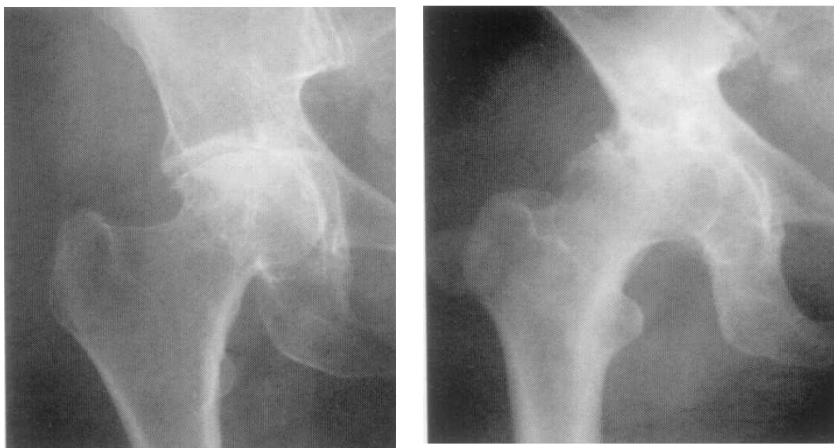


Schéma hybridní TEP kyčle

Zdroj: (5, 23)

**Příloha č. 16:** Rtg snímky- uvolnění TEP a reimplantace kyčle



RTG snímek koxartrózy kyčelního kloubu I. a II. stupně

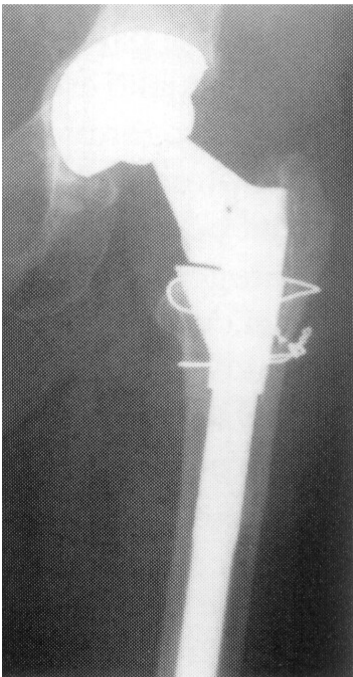


RTG infikované náhrady

Zdroj: (23)



RTG snímek cementového spaceru, užívaného při dvoudobé reimplantaci infikované TEP



RTG snímek reimplantované TEP

Zdroj: (5)

**Příloha č. 17: CKP vs. TEP kyčelního kloubu**

**Rozdíly mezi CKP (*cervikokapitální protézou*) a TEP (*totální endoprotézou*)  
kyčelního kloubu**

	<b>TEP</b>	<b>CKP</b>
<b>Anatomie</b>	Nahrazována je jak jamka, tak hlavice.	Jamka je původní, nahrazována je pouze hlavice a krček.
<b>Věk pacienta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• pod 60 let necementová náhrada</li><li>• 60 – 70 hybridní náhrada</li><li>• nad 70 celocementová</li></ul>	U pacientů, kde délka jejich přežití nepřesahuje 5 let.  U pacientů upoutaných na lůžko.
<b>Délka přežití protézy</b>	20 let a více	Do 5 let
<b>Nevýhody</b>	Náročnější a delší operační výkon.	Krátká životnost, poškození chrupavky, která pokrývá původní zchovalou jamku.
<b>Výhody</b>	Lepší funkce, delší životnost.	Kratší a méně náročný operační výkon.

Zdroj: (23)