

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Zajištění intimity u pacientů po operaci totální endoprotézy

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Ivana Chloubová

2010

Autor:

Michaela Růžičková

Abstract

In our company the emphasis in the field of nursing care has increasingly been focused on preservation of a patient's dignity and intimacy. In daily activities in a patient the privacy and intimacy the patient may be affected which causes different reactions of such a patient. One might say that even after the routine procedure such as total hip replacement it is very important that the patient has enough privacy.

The aims of this study were to assess how the intimacy in the postoperative care is ensured in patients undergoing total hip replacement at the intensive care units and to find out the level of knowledge of the nurses as for adherence to intimacy after total hip replacement.

The research group consisted of patients who were hospitalized at the intensive care and standard units in the Hospital České Budějovice, a.s. (PLC), Faculty Hospital Olomouc and Military Hospital Olomouc. The second research group consisted of the nurses who worked at the intensive care and standard units in the Hospital České Budějovice, a.s. (PLC), the Hospital Šumperk, a.s., Faculty Hospital Olomouc and Military Hospital Olomouc. The research investigation was performed by the method using two anonymous questionnaires.

The first defined hypothesis was confirmed. The patients at the intensive care units are more satisfied as for their intimacy compared to the patients at the standard units.

The second hypothesis was also confirmed. The nurses have not enough time to ensure intimacy of the patient after total hip replacement.

The third hypothesis was confirmed. The nurses have enough information of how to take care of the intimacy in the postoperative period.

The fourth hypothesis was not confirmed. The nurses at the intensive care unit do not care about the intimacy with a higher interest compared to the nurses at the standard unit.

The findings of this investigation show that the patients after total hip replacement at the intensive care unit are more satisfied with the provision of intimacy in the postoperative care compared to patients at the standard unit. Although the nurses

do not have enough equipment to ensure the intimacy of a patient in the postoperative care, they know how to take care of intimacy in the postoperative care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Zajištění intimity u pacientů po totální endoprotéze“ vypracovala samostatně 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 mé bakalářské práce, 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

.....

podpis studenta

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Ivaně Chloubové za ochotu, cenné rady a trpělivost při spolupráci na této bakalářské práci.

Obsah:

Úvod	9
1. Současný stav.....	10
1.1 Anatomie a fyziologie kyčelního kloubu	10
1.1.1 Svaly a nervy kyčelního kloubu.....	11
1.1.2 Cévní zásobení kyčelního kloubu	14
1.2 Pojem potřeba.....	14
1.2.1 Potřeby pacienta v ošetrovatelství.....	15
1.2.2 Potřeby pacienta v intenzivní péči	16
1.3 Holistická zdravotní péče	17
1.4 Intimita	18
1.4.1 Osobní prostor	19
1.4.2 Soukromí	20
1.5 Lidská práva a důstojnost pacienta	22
1.5.1 Etický kodex práv pacientů	22
1.5.2 Práva pacienta na informace a jejich ochranu	23
1.5.3 Povinná mlčelivost.....	23
1.5.4 Etický kodex sestry.....	24
1.5.5 Ochrana osobních dat.....	25
1.6 Vztah sestra – pacient	26
1.6.1 Komunikace v ošetrovatelství	27
1.6.2 Psychologický přístup v péči o pacienta na ortopedii	29
1.7 Totální endoprotéza kyčelního kloubu.....	30
1.7.1 Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu.....	32
1.7.2 Předoperační příprava	32
1.7.3 Průběh operačního výkonu	34
1.7.4 Komplikace totální endoprotézy	35
1.8 Pooperační péče	36
1.8.1 Pooperační péče na JIP u pacienta po TEP kyčle.....	37
1.8.2 Pooperační péče na standardním oddělení u pacienta po TEP kyčle	42
2. Cíle práce a hypotézy	46

2.1 Cíle práce.....	46
2.2 Hypotézy	46
3. Metodika	47
3.1 Metodika výzkumu	47
3.2 Výzkumný soubor.....	47
4. Výsledky.....	49
4.1 Dotazník pro pacienty	49
4.2 Dotazník pro sestry.....	68
5. Diskuze	89
6. Závěr	98
7. Seznam použitých zdrojů	100
8. Klíčová slova.....	103
9. Přílohy	105

Seznam použitých zkratk

a.	Artérie = tepna
GIT	Zažívací trakt
JIP	Jednotka intenzivní péče
m.	Musculus = sval
n.	Nervus = nerv
PMK	Permanetní močový katetr
RTG	Rentgenové záření
TEN	Tromboembolická nemoc
TEP	Totální endoprotéza

Úvod

Motto: „Existuje určitá vzdálenost mezi dvěma lidmi, přes kterou se člověk k člověku nesmí přiblížit. Vymezuje mez lidské intimity.“

(MUDr. Miroslav Plzák, CSc.)

V naší společnosti je v oblasti ošetrovatelské péče stále více kladen důraz na zachování lidské důstojnosti a intimity u pacienta. Neustále se však setkáváme s pacienty, kteří vnímají nepříjemně fakt, jsou-li jim kladeny otázky intimního rázu, zvláště při vstupu do nemocnice, kdy s nimi sestra vyplňuje ošetrovatelkou anamnézu. Především sestra by si měly být vědoma toho, že je to právě ona, od které pacient očekává, že bude respektovat jeho soukromí a intimitu. Při každodenních činnostech, které sestra u pacienta provádí, může docházet k narušení jeho soukromí a intimity, což se může projevit jeho různými reakcemi. V dnešní době dochází k mohutnému rozvoji operačních metod náhrad velkých kloubů dolních končetin, především kyčelního kloubu. Dalo by se říci, že i po tak běžném výkonu, jakým se totální endoprotéza kyčle stává, je velmi důležité, aby pacient pociťoval dostatek soukromí.

Toto téma jsem si vybrala proto, abych zjistila zajištění intimity u pacienta po operaci totální endoprotézy na JIP a standardním oddělení, také abych zjistila znalosti sester v oblasti dodržování intimity u pacienta po operaci totální endoprotézy.

Výzkum jsem prováděla na ortopedických JIP a ortopedických odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s., v Šumperské nemocnici, a.s., ve Fakultní nemocnici Olomouc a ve Vojenské nemocnici Olomouc.

Výzkum má tedy pomoci nastínit danou problematiku, jakým způsobem co nejefektivněji pečovat o jednotlivé oblasti v pooperační péči u pacienta, včetně komunikace s pacientem. Během hospitalizace v nemocnici se pacienti ocitají v poměrně neznámém prostředí, kde jsou odkázáni na péči zdravotnických pracovníků. Ti by si měli být vědomi toho, že jejich chování vůči pacientovi by mělo být co nejetičtější, aby byla dostatečně zajištěna jejich intimita a soukromí a to v jakékoliv situaci či stavu.

1. Současný stav

V naší populaci neustále narůstá počet pacientů, ale zároveň se i snižuje věková hranice, kdy je třeba provést totální endoprotézu kyčelního kloubu. V oblasti nemocniční péče je tak pacientův osobní prostor v mnohém omezen a to zpočátku upoutáním na lůžko, dále pak chyběním soukromí, používáním invazivních vstupů, modernějších technických přístrojů a nástrojů (27, 36).

Ve slovníku cizích slov je výraz *intimita* definován jako soukromí, blízkost, intimnost a útulnost. Vztah mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem by měl být tedy založen na vzájemné důvěře, úctě, respektu, porozumění, pochopení a laskavosti (26, 36).

1.1 Anatomie a fyziologie kyčelního kloubu

Kyčelní kloub (*articulatio coxae*) (viz příloha 1) je jedním z velkých nosných kloubů, který připojuje k pánevním kostem volnou dolní končetinu. Jde o omezený kulovitý kloub, kde se setkává pánevní kost prostřednictvím kloubní jamky (*acetabula*) s hlavicí stehenní kosti. Hlavice je spojena s tělem stehenní kosti dlouhým krčkem u dospělého člověka pod úhlem asi 125 stupňů a je kryta hyalinní chrupavkou, která se v dospělosti při poškození již prakticky neobnovuje. Lem z vazivové chrupavky (*labrum acetabulare*) zvětšuje jamku. Tento kloub umožňuje provádět flexi a extenzi v rozsahu asi 130 stupňů, zevní a vnitřní rotaci a také abdukci (odtažení) do 40 stupňů a addukci (přitažení) dolní končetiny se zkřížením až do 20 stupňů, přičemž je abdukce a addukce omezena hloubkou kloubní jamky (5, 6, 22).

Kloubní pouzdro se skládá ze dvou vrstev – vnější vazivové a vnitřní synoviální (nitroblána kloubní). Kloubní pouzdro je pevné a silné a jeho vazivová vrstva je místy zesílena třemi mohutnými vazy (ligamenty): Směrem od kosti kyčelní jde na kost stehenní *ligamentum iliofemorale*, od stydké kosti *ligamentum ubofemorale* a *ligamentum ischifemorale* od kosti sedací. Kyčelní kloub zajišťuje pohyb celého těla a

také jeho stabilizaci v prostoru. Tento kloub je nejnáchylnější na opotřebování, jelikož je na něj přenášena váha celého lidského těla (5, 6, 22).

1.1.1 Svaly a nervy kyčelního kloubu

Pohyb v kyčelním kloubu je zajišťován celkem dvaceti dvěma svaly různé mohutnosti, průběhu a tvaru. Tyto svaly se dle systematické anatomie řadí mezi svaly kyčelní a stehenní (1).

Svaly kyčelní jsou rozloženy kolem kyčelního kloubu a dělí se na skupinu přední (vnitřní kyčelní svaly) a zadní (zevní kyčelní svaly).

Přední skupinu tvoří:

- M. iliopsoas (bedrokyčlostehenní sval) složený z m. psoas (bedrostehenní sval) a m. iliacus (kyčlostehenní sval). Začíná od bederní páteře a jámy kyčelní a upíná se na trochanter minor. Tento sval je významným flexorem kyčelního kloubu (zahajuje vykročení) a je inervován n. femoralis (4, 10).

Zadní skupina je tvořena:

- M. gluteus maximus (velký hýžd'ový sval) je nejpovrchněji uloženým mohutným svalem. Uplatňuje se především při extenzi (zanožení) v kyčelním kloubu a je inervován z n. gluteus inferior.
- M. gluteus medius (střední hýžd'ový sval) je plochý trojúhelníkovitý sval, který vyvolává abdukci (unožení) v kyčelním kloubu – přispívá ke stabilitě pánve. Výrazně je aktivován při stožení na jedné noze a nebo při stožení o úzké bázi. Inervace je z n. gluteus superior.
- M. gluteus minimus (malý hýžd'ový sval) je plochý sval s vějířkovitě upravenými svalovými snopci. Tento sval je uložen nejhluběji a podílí se na abdukci a flexi (unožení a přednožení) v kloubu kyčelním.
- M. tensor fasciae latae (napínač stehenní fascie), který napíná zevní plochu stehenní fascie, přispívá tak k extenzi kolenního kloubu ve vzpřímeném stožení a účastní se flexe, abdukce a slabé vnitřní rotace stehna v kloubu kyčelním. Inervován je z n. gluteus superior (4, 10, 25).

Tyto svaly začínají na zevní straně lopaty kyčelní. Upínají se v oblasti trochanter maior femuru a jejich hlavní funkcí je extenze kloubu kyčelního. Uplatňují se především při chůzi a udržování rovnováhy těla. Jsou inervovány z n. gluteus inferior a n. gluteus superior (4, 10, 25).

Vrstva tzv. pelvitrochanterických svalů začíná v hloubce při incisura ischiadica major a incisura ischiadica minor. Jedná se o tyto svaly:

- M. piriformis (hruškový sval) je plochý sval začínající v konkavitě křížové kosti a dělí foramen ischiadicum majus na horní část – foramen suprapiriforme a na dolní část – foramen infrapiriforme. Tento sval je významný při zevní rotaci stehna a proti odporu abdukuje ohnuté stehno.
- M. obturatorius internus (vnitřní ucpavač) je mohutný vějířkovitý sval začínající na vnitřní ploše membrana obturans (vazivová blána).
- M. gemellus superior et inferior (dvojčecí svaly) jsou krátké svaly.
- M. quadratus femoris (čtverhranný sval stehenní) je plochý čtyřúhelníkovitý sval, který začíná na hrbolu sedacím.

Svaly se upínají do fossa trochanterica, pouze m. quadratus femoris se upíná na crista intertrochanterica a mezi jejich hlavní funkcí patří zevní rotace v kyčelním kloubu. Tyto svaly jsou inervovány z plexus sacralis (4, 10, 25).

Svaly stehenní jsou rozděleny do tří skupin, z nichž následující svaly aktivně působí na kyčelní kloub.

Ventrální (přední) skupinu tvoří:

- M. sartorius (krejčovský sval) je nejdelším svalem v těle začínajícím na horním předním trnu kyčelním a upínajícím se do pes anserinus na vnitřní plochu tibie. Inervován je z n. femoralis. Podílí se na flexi v kyčelním i kolenním kloubu.
- M. quadriceps femoris (čtyřhlavý sval stehenní) je nejmohutnějším svalem v lidském těle, který má čtyři hlavy, přičemž přímá hlava začíná nad jamkou kyčelního kloubu a další tři hlavy začínají na femuru. Tyto hlavy se spojují do mohutné šlachy a všechny se upínají na patellu a tuberositas tibiae. Provádějí flexi v kyčelním kloubu, extenzi v kolenním kloubu a inervovány jsou z n. femoralis.

Mediální skupina je tvořena:

- *M. obturatorius externus* (zevní ucpavač) – plochý trojúhelníkovitý sval.
- *M. pectineus* (hřebenový sval) – plochý sval obdélníkovitého tvaru, který kryje přední stranu kyčelního kloubu.
- *M. adductor longus* (dlouhý přitahovač) – dlouhý a plochý sval.
- *M. adductor brevis* (krátký přitahovač) – plochý a trojúhelníkovitý sval.
- *M. adductor magnus* (velký přitahovač) – velmi masivní trojúhelníkovitý sval.
- *M. gracilis* (útlý sval) – velmi dlouhý, plochý a útlý sval, který se upíná na pes anserinus.

Začátek těchto svalů je na dolním okraji pánevní kosti. Upínají se na mediální okraj femuru a uplatňují se především při addukci v kyčelním kloubu. Inervace je z n. obturatorius (4, 10, 25).

Dorzální (zadní) skupinu tvoří:

- *M. biceps femoris* (dvojhlavý sval stehenní) je dlouhý vřetenovitý sval, skládá se ze dvou hlav (*caput longum*, *caput breve*), které se spojují v jednoduchou šlachu připojující se na *caput fibulae*.
- *M. semitendinosus* (pološlašitý sval) – dlouhý a vřetenovitý sval.
- *M. semimembranosus* (poloblantý sval) – dlouhý objemný sval s blanitou počáteční šlachou.

Tyto svaly, mimo krátkou hlavu *m. biceps femoris*, začínají na hrbolu sedacím. Upínají se na mediální kondyl tibie, mimo *m. biceps femoris*, který je fixován na *caput fibulae* (hlavičku fibuly). Jejich hlavní funkcí je flexe v kolenním kloubu s jeho stabilizací, také se podílejí na extenzi v kyčelním kloubu a inervovány jsou z n. ischiadicus (4, 10, 25).

Nastanou-li v jakémkoliv z výše zmíněných svalů nějaké změny, pak jejich zkrácení omezuje pohyb kloubu ve fyziologickém rozsahu a ochablé svaly tak nejsou schopny vykonávat dostatečně dynamickou ale i statickou funkci. V případě progresse následné patologie a při zhoršování subjektivní bolesti se jedná o velmi závažný stav, v jehož důsledku dochází ke změnám hybných návyků, jsou tak narušeny stereotypy a funkčnost kyčelního kloubu (22).

1.1.2 Cévní zásobení kyčelního kloubu

Cévní okruh po obvodu acetabula vzniká z větví a. glutea superior et inferior, a. obturatoria, a. pudenda interna, a. circumflexa femoralis medialis, dále pak vzniká i z drobných větviček odstupujících z a. iliaca externa, která prostupuje pod tříselným vazem na přední plochu stehna, kde mění svůj název na a. femoris. Pod tříselným vazem tato tepna vydává důležitou větev a. profunda pro svaly stehna (1, 7).

Cévní okruh při bázi krčku femuru tvoří hlavně větve a. circumflexa femoris medialis et lateralis, přispívají sem však i svalové větve a to a. glutea superior et inferior, také a. perforans prima. Povrchové artérie probíhající na povrchu pouzdra se spojují a vzájemně tak dochází k propojení obou okruhů. Větvičky těchto cév zároveň prorážejí a vyživují fibrózní vrstvu pouzdra a končí v synoviální vrstvě. Hluboké artérie se větví a probíhají subsynoviálně jak v pouzdru, tak po povrchu kosti až k okrajům kloubní plochy (1).

Artérie, které se podílejí na tvarování cévní sítě kyčle, jsou:

- A. circumflexa femoris medialis je céva, která zásobuje proximální femur, odstupuje z a. profunda femoris, vzácně přímo z a. femoralis.
- A. circumflexa femoris lateralis, která odstupuje nejčastěji z a. profunda femoris než z a. femoralis.
- A. glutea superior je větví a. iliaca interna a přes incisura ischiadica se přetáčí na zevní stranu pánve.
- A. glutea inferior je také větví a. iliaca interna. Skrze foramen infrapiriforme opouští pánev.
- A. obturatoria odstupuje z a. iliaca interna a směřuje do canalis obturatorius (1).

1.2 Pojem potřeba

Potřebou člověka se rozumí stav organismu, jenž lze charakterizovat jako napětí a dynamickou sílu, která vzniká z nedostatku či přebytku a směřuje k obnově

homeostázy, jinak také životní rovnováhy či pohody, tedy u pacienta zdraví. Projev nedostatku má vliv na psychiku člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, což utváří vzorec chování jednotlivce. Potřeby člověka se mění, vyvíjejí a kumulují, na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou biologicky dané a zvenčí je nelze ovlivnit. Způsob vyjadřování a uspokojování potřeb se u každého člověka různí a mění v závislosti na kvalitě a kvantitě. Potřeby jsou stavem interakce mezi organismem a prostředím, kdy subjektem je označován člověk a objektem to, co vede k uspokojení jeho potřeb (11, 28, 30).

Abraham Maslow (1908 – 1970) je představitelem humanistické psychologie, který ve 40. letech dvacátého století vytvořil hierarchické uspořádání potřeb (viz příloha 3), které je nejčastěji užívanou klasifikací potřeb. Dle jeho přesvědčení potřeby motivují chování člověka, který je hodnotí podle důležitosti, jež jsou nezbytné pro jeho přežití. Součástí tohoto modelu jsou dvě základní úrovně potřeb, a to fyziologické a psycho-sociální. Maslow rozděluje potřeby na vyšší, psycho-sociální, které jsou uspokojeny pouze v takovém případě, že dojde alespoň k částečnému uspokojení základních biologických potřeb (voda, vzduch, potrava, odpočinek, spánek,...) na nižší úrovni. V hierarchii potřeb rozdělil potřeby do pěti oblastí – na potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a jistoty (člověk chce být a cítit se v bezpečí fyzickém i psychickém), lásky a sounáležitosti, uznání a sebeúcty (člověk potřebuje mít pocit nezávislosti, zodpovědnosti, sebekoncepcie, ale také potřebuje být oceněn, uznáván a ohodnocen druhými) a potřeby seberealizace, kdy člověk získává schopnost spojovat minulost a budoucnost do přítomnosti (11, 28, 30).

1.2.1 Potřeby pacienta v ošetrovatelství

Nemoc narušuje vnější i vnitřní homeostázu člověka, což se projevuje pacientovými potřebami. Potřeby pacienta jsou uspokojovány prostřednictvím základního ošetrovatelského procesu, který tvoří více jak polovinu rámce ošetrovatelského procesu. Sestry věnují pozornost spíše fyziologickým (biologickým) či tělesným potřebám, je ale nezbytné si uvědomit, že v nemoci je také narušena

psychosociální rovnováha včetně psychosociálních potřeb, které pacient má. Jak sestry tak i lékaři by měli vynaložit veškeré úsilí, aby nezanedbávali základní ošetrovatelskou péči, která v moderní ošetrovatelské péči sehrává prvořadou úlohu. K pacientovi je třeba přistupovat jako k celku, hovoříme o holistickém přístupu. Ovšemže je nutné respektovat individualitu každého člověka, který má své jedinečné vlastnosti, názory, postoje a potřeby (28, 30, 31).

1.2.2 Potřeby pacienta v intenzivní péči

Na odděleních intenzivní péče je ošetrovatelská péče poskytována na základě diagnózy a řídí se aktuálním stavem pacienta. Je tedy velice důležité, aby sestra znala pacientovy veškeré potřeby, jelikož je to právě ona, ke které má pacient většinou bližší vztah než-li k lékaři. Nároky na tyto potřeby se mění spolu se zdravotním stavem pacienta, proto by mu měla být sestra oporou, být schopna jej vyslechnout, pomoci mu a neudílet pouze příkazy a zákazy, ale zaměřit se na zlepšení soběstačnosti a plnění jeho potřeb. Potřeby, s nimiž se nejčastěji v intenzivní péči setkáváme, jsou: potřeby dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické vyrovnanosti (14).

U pacienta po operaci se nejvíce setkáváme s potřebou soběstačnosti, která ho omezuje ve vykonávání běžných denních aktivit a sestra přebírá zodpovědnost za ty aktivity, které není schopen vykonat samostatně. Motivace je nedílnou komponentou v ošetrovatelské péči o pacienta, která nejprve vychází ze strany sestry a postupně z potřeb a přání pacienta samotného. Přitom by sestra měla pacienta a jeho blízké povzbuzovat ve vyrovnávání se s omezeními, negativními změnami, ale i strachem z budoucnosti. Test základních všedních činností, který určuje soběstačnost pacienta, se nazývá Barthelův test (14, 34).

Další velmi důležitou potřebou je potřeba psychické vyrovnanosti. V době nemoci pacient ztrácí pevnou půdu pod nohama, dochází k narušení jeho denního rytmu, je omezován v pohybu, ztrácí blízkost svých nejbližších, ocitá se v poměrně neznámém prostředí, ve kterém se setkává s novými lidmi, kteří pečují a starají se jeho o nejintimnější záležitosti, obavy, nepříjemné pocity (strach z operace). Pacient je tedy

vystaven různým omezením, nemůže dělat, co by sám chtěl, ale naopak musí dělat to, co a jak mu určí druzí lidé a to nejen v intenzivní péči. Pacient často moc nerozumí svému psychickému a fyzickému stavu, ztrácí nad ním kontrolu a mnohdy ani neví, co se s ním děje. Je třeba si uvědomit, že na veškeré tyto situace může pacient reagovat různě, a to v podobě agrese, úzkosti, deprese, zmatenosti či formou jiných poruch chování (14, 18).

1.3 Holistická zdravotní péče

Základem holistické péče je celostní přístup, jehož snahou je respektovat člověka jako celek, zabezpečit tak pacientovy potřeby fyzické, psychické, sociální ale také spirituální. Holistická péče tedy zasahuje do všech dimenzí osobnosti člověka a to do fyzické, somatické, psychické, sociální a spirituální. Aby byla poskytnuta vysoce kvalitní holistická péče, musí být zohledněny veškeré tyto parametry. Psychika stejně jako biologický a fyziologický stav člověka jsou nesmírně citlivé na různé typy stresů, proto je důležitý jejich vzájemný psychosomatický vztah, kdy somatické problémy vyvolávají problémy psychické a naopak. Je tedy nutné, aby sestra chápala podstatu psycho-sociální interakce a poskytla tak adekvátní péči o celého člověka ve zdraví i nemoci (16, 20).

Při poskytování holistické péče se sestra může setkat i s těmito problémy:

- *Problémy pacienta a jeho rodiny* – povinností sestry je rodině poskytnout dostatek informací o především ošetrovatelské péči. Může být také nápomocna při řešení problémů, doporučit pomoc dalších z členů multidisciplinárního týmu (sociálního pracovníka, duchovního). Sestra se tak stává i zprostředkovatelem a poskytovatelem informací o pacientovi a to srozumitelnou cestou. Vždy je nutno i v tomto případě povzbuzovat členy rodiny k vyjádření svých pocitů a volit empatický přístup. Vyrovnávání se s hospitalizací člena rodiny může být dáno kulturním zázemím, které ovlivňuje různé aspekty péče:
 - Role pacienta a rodiny v průběhu onemocnění.

- Komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu a pacientem i jeho rodinou.
- Pohled rodiny na poskytovanou zdravotní péči.
- Zvládání bolesti, výživa, duchovní podpora.

Při poskytování vysoce kvalitní holistické péče je tedy nutné respektovat pacientovo kulturní a náboženské přesvědčení a hodnoty (16, 29).

- *Problémy etické*

- Etický kodex – Americká asociace sester (ANA) poskytuje zdravotním sestřám souhrn informací, které jsou pro sestru důležité, jelikož využívá veškeré své profesní dovednosti tak, aby věnovala každému pacientovi pokud možno nejefektivnější holistickou péči a byla pacientovi prospěšná jakožto advokát a současně chránila jeho bezpečí, zdraví a práva (16).

- *Problémy kognitivní* – mohou být způsobeny technikou a přístroji, které pacienta obklopují, ale také dalším postupem onemocnění. Je mnoho faktorů, které mohou kognitivní schopnosti ovlivnit – narušení osobního prostoru a soukromí, léky, bolest, smyslové podněty (16).

1.4 Intimita

Intimus (původem latinské slovo) znamená vnitřní, skrytý před zraky ostatních. Ve smyslu ontogenetickém intimita vytváří jednu ze základních složek zdravého emocionálního a osobnostního vývoje každého jedince. Fyzické i psychické intimity se týká i úcta a respekt k pacientovi, která zmenšuje asymetrii vztahu a usnadňuje tak komunikaci. Psychické soukromí pacienta je občas více zahaleno studem než-li fyzickou nahotou, proto se pacient nemusí svěřit osobě, které důvěřuje, je-li přítomna osoba k níž nemá vytvořený takto blízký vztah. Zároveň i tato osoba, v níž pacient vkládá svou důvěru, může pociťovat stud při komunikaci s ním a jeho příbuznými o otázkách týkajících se jejich soukromí a intimních vztahů v souvislosti se zdravotním stavem pacienta (34, 35).

Typické znaky definic intimacy:

- Intimitou je myšleno překročení hranice, za níž se nacházejí výsostné, tedy privátní zóny jedince.
- Intimitou je možno chápat také sebeodhalování.
- Intimitou lze vyjádřit nejhlubší emoce jiné osobě.
- Intimita vyjadřuje blízkost dvou jedinců (34).

K narušení intimacy dochází v různých oblastech:

- Neverbální komunikace – např. dotyk, pohled očí, pohyb těla, mimika, gesta.
- Přítomnost – přítomnost jiné osoby.
- Čas – vteřina jakoby trvala nekonečně dlouhou dobu.
- Hranice – překročení hranice, jež jsou mezi lidmi ve smyslu fyzickém i psychologickém.
- Tělo – uvědomění si vlastního těla, dotyky.
- Osud a překvapení – dojde ke změně vztahu, který jsme poznali určitým způsobem.
- Transformace – nastane změna, která kvalitativně ovlivní dosavadně vytvořený vztah (34).

1.4.1 Osobní prostor

Osobní prostor je možno chápat jako pomyslné neoznačené území kolem každého člověka. Interpretace osobního prostoru pacientem může být ovlivněna mnoha faktory, například postavením ve společnosti nebo kulturním zázemím (16).

V nemocniční péči je proto nezbytně nutné pokusit se o zvýšení pacientova pocitu osobního prostoru a mít jednoduše na paměti, že je důležité prokazovat zdvořilosti jako:

- Dostatečné informování pacienta o činnostech, které mu bude sestra provádět, by mělo patřit k obecným zásadám pro dodržování intimity.
- Počet osob přítomných na pokoji při ošetřování pacienta by měl být pokud možno co nejvíce minimalizován. Také je vhodné požádat ostatní spolupacienty, aby odešly z pokoje a nebo dle možnosti použít zástěnu k zakrytí pacienta.
- Zaklepat před vstupem do pacientova pokoje.
- Zavírat za sebou dveře, zavírat okna a zatahovat záclony.
- Žádat o svolení provést nějaký výkon nebo zkontrolovat obvaz či ránu.
- Je-li nutná přítomnost více osob při ošetření (studenti), je nezbytné vyžádat si souhlas pacienta. Sestra by tedy měla pracovat rychle, aby nedocházelo ke zbytečnému a dlouhému odhalování pacienta a odkrývat by měla jen ty části, které je třeba odhalit.
- Také při převážení pacienta z operačního sálu nebo z různých vyšetření by sestra měla zajistit, aby byl pacient dostatečně oděn a zahalen (16, 29).

1.4.2 Soukromí

Pojem soukromí vyjadřuje něco, jenž je součástí jedince a musí být neodmyslitelně respektováno. Na člověka každé onemocnění působí negativně a má vliv na jeho chování a reakce, emoční projevy, ale i některé osobnostní rysy. Hospitalizace je pro pacienta něco nového, nastávají změny v oblasti somatické, psychické, eventuálně spirituální. Vývoj zdravotního stavu pacienta ovlivňuje do značné míry jeho nálada, obavy, naděje, znalost i neznalost průběhu zdravotního stavu, ale také možných rizik. Stejný vliv mají osobnostní vlastnosti pacienta, vliv rodiny, zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Každý pacient prožívá nemoc odlišně, reaguje dle individuálních rysů své osobnosti a podle situace, ve které se právě nachází. Také sestra si při své každodenní práci nemusí být vždy vědoma toho, že to co pacient prožívá a čím prochází, je pro něj zcela nová situace. Činnosti, které sestra provádí, se dotýkají soukromí pacienta, ale také jeho vlastního „já“ (21, 36).

Během hospitalizace pacienta je nutné dbát o jeho psychický stav, aby se předešlo emocionálnímu zhroucení a také jej aktivně zapojovat do ošetrovatelského procesu. V nastávajících situacích, které jsou pro něj nové, se očekává, že sestře sdělí informace, které normálně před ostatními lidmi udržuje v tajnosti. Jedná se např. o anamnestické údaje, jež se týkají dědičných, pohlavních a jiných onemocnění, které mohou mít vliv na průběh celého léčebného procesu. Může se tak stát, že sestra vůči těmto informacím otupí a neuvědomí si, s jakou rozpačitostí je pacient sděluje. U pacienta se mnohdy vystřídá celá řada různých lidí a zdravotnickí pracovníci mají často tak málo času, že stačí pacienta pouze pozdravit. Pacient také musí dělat činnosti, které neumí a neovládá, což snižuje jeho sebevědomí a sebeúctu. Může se u něj objevit celá řada psychologických problémů – deprese, obavy, úzkost, strach, bolest, nervozita, děsivé noční sny, nesoustředěnost, nejistota (18, 36).

Soukromí pacienta souvisí s povinností mlčenlivosti, která je součástí základních etických požadavků na veškerý zdravotnický personál. Netýká se jen zdravotního stavu, ale také informací o životě a soukromí pacienta. Sestra není oprávněná podávat informace o pacientovi nikomu, ani nejbližším příbuzným. Nesmí se zmiňovat o nálezech, diagnóze, vážnosti a prognóze zdravotního stavu. Je tedy povinna dodržovat jisté zásady ve své každodenní činnosti, k nimž ji zavazuje etický kodex. Zároveň by neměla zapomínat na záležitosti týkající se organizačního a provozního řádu oddělení (36).

Obnažování pacienta je velkým zásahem do jeho soukromí, především na pokoji před ostatními spolupacienty, také při vykonávání základních hygienických nebo vyprazdňovacích potřeb na pokoji. Může se i stát, že pacientovi bude vadit nutnost používání ústavního prádla. Pacient prožívá rozpaky, stud, dokonce i zahanbení, jestliže je jeho tělo v některých místech deformováno nemocí nebo úrazem. Je-li pacient zahanben svými projevy z prožívání bolesti při vyšetření či ošetření, dochází ke zvyšování se studu. Sestra musí přistupovat k pacientovi s ohleduplností a šetrností tak, aby byla jeho sebeúcta vždy zachována, jelikož předem nikdy neví, jak bude reagovat. Věřil-li sestra pacientovi, pak roste jeho důvěra a sdílnost vůči ní a považuje-li ho za zodpovědného, postupně se také zodpovědným stává. Je důležité, aby pacient cítil, že

nejen sestra ale i ostatní zdravotnický personál stojí na jeho straně a že jsou to právě oni, od nichž může očekávat potřebnou pomoc a pochopení (34, 36).

1.5 Lidská práva a důstojnost pacienta

Lidská práva jsou nezadatelná, nezcizitelná, nepromlčitelná, nezrušitelná. Vyjadřují nejzákladnější hodnoty lidství, které jsou všemi uznávané. K základním etickým povinnostem sestry patří ochrana a respektování základních lidských práv, především lidské důstojnosti. Ve zdravotnictví se klade mimořádný a jedinečný důraz na důstojnost každého člověka (19).

1.5.1 Etický kodex práv pacientů

Pacient neměl po dlouhá staletí žádná práva, jelikož byl v minulosti vždy plně závislý na lékaři. O právech pacientů se začíná hovořit až na začátku sedmdesátých let 20. století. Etické kodexy práv pacientů reagují na společenský a vědecký vývoj a podle potřeby se mění, doplňují a revidují. Práva pacientů v České Republice byla formulována a vyhlášena centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví dne 25. 2. 1992. V etickém kodexu práv pacientů je zmíněno, že pacient má právo žádat soukromí (3, 8).

Lidská práva a individuální svobody jsou vysoce ceněny v občanské demokratické společnosti. Lidé jsou schopni přijmout plnou zodpovědnost za svůj život a chtějí mít dostatek informací o svém zdravotním stavu, rozhodovat o své osobě a nebo alespoň spolupracovat. Také jsou daleko více vzdělanější, zdravotně informovanější a není možné jim vnucovat podřizující se roli. Rozvoj vědy a techniky v souvislosti s lékařstvím jako oborem a zdravotnictvím jako systémem prodělalo změny jako: profesionální péče o pacienta je týmová, specializovaná až superspecializovaná. Dále je široká nabídka diagnostických a terapeutických metod, která znesnadňuje určení nejlepší možné varianty vhodné pro pacienta. Lékaři používají nejčastěji klasické

konziliární metody, ale postupně je kladen důraz na to, že k věci má mít možnost se vyjádřit i sám pacient (3, 8).

1.5.2 Práva pacienta na informace a jejich ochranu

Úmluva o lidských právech a biomedicíně je zásadní normou v oblasti práv pacienta v ČR, která byla vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001. Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést za podmínky, že pacient k němu dal svobodný a informovaný souhlas. Pacient má tedy právo být řádně a úplně informován. Za řádné poučení se považuje takové poučení, kterému pacient porozuměl (3).

Dle Úmluvy a zákona o péči o zdraví lidu musí poučení pacienta o zákroku splňovat tyto náležitosti:

- O zákroku musí být pacient informován předem a řádně.
- Musí mít dostatek informací o účelu a povaze zákroku, o důsledcích a rizicích zákroku, o případných alternativách zákroku.

Aby byl pacient řádně poučen, je třeba dbát na jeho intelektuální úroveň, jeho vzdělání a schopnost zpracovat obdržené informace. Pacientovi je také dle potřeby nutno vysvětlit případné otázky a podat doplňující informace (3).

1.5.3 Povinná mlčenlivost

Povolání zdravotnických pracovníků je spojeno s odpovědností, která vyžaduje znalost oboru a také příslušných právních dokumentů a etických předpisů. V profesionální zdravotní péči je povinná mlčenlivost jednou z nejvýznamnějších etických povinností. Pacient má nejen právo být o svém zdravotním stavu informován, ale také aby se tyto informace nedostaly do nepovolanych rukou, což je zajištěno institutem tzv. povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků. Zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, tím ukládá povinnost zdravotnických pracovníků zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděl v souvislosti s výkonem svého

povolání, s výjimkou případů, kdy je skutečnost sdělována třetí osobě se souhlasem ošetřované osoby. Dle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně má každý právo na ochranu soukromí v souvislosti s informacemi o svém zdravotním stavu. Povinná mlčenlivost má za účel vytvoření důvěry mezi pacientem a zdravotnických personálem. Za etické se považuje také to, že zdravotnický personál mezi sebou respektuje určité pacientovy bariéry a intimitu sdělení (3, 19).

1.5.4 Etický kodex sestry

Tento kodex byl přijat Etickou komisí a Prezidentem České asociace sester a v České Republice je platný od 29. 3. 2003. Slouží k tomu, aby informoval sestry, ale i ostatní zdravotnické pracovníky a veřejnost o potřebách a požadavcích v oblasti etiky při poskytování ošetrovatelské péče (8, 19).

Povolání sestry je velmi náročné a to jak z hlediska vlastní odborné přípravy tak i profesionálního výkonu. Objektem práce sestry je člověk, proto je kladen velký důraz na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k lidské bytosti a ke spolupracovníkům. Sestra vedle řady činností také ovlivňuje prožívání a jednání nemocných a předpokládá se, že unese fyzické nároky své profese a dokáže se vypořádat s ostatními problémy, které jsou spojeny s výkonem tohoto povolání. V tomto kodexu je také zmíněno, že setra by měla respektovat pacientovo právo na soukromí a chránit veškeré informace důvěrné povahy (8, 19).

V dnešní době dochází ke změnám v systému poskytování zdravotní péče, mění se vztah společnosti vůči zdravotníkům, přehodnocuje se postavení sestry do role odborného pracovníka, který je plně zodpovědný za svá rozhodnutí a jednání. Sestra by měla brát v úvahu také následky svých rozhodnutí, ale především všelidské morální hodnoty tvořící osu morálního jednání zdravotnického pracovníka. K nejdůležitějším hodnotám patří úcta k člověku (8, 19).

Kodex poskytuje základ, podle kterého by sestra měla činit vlastní etická rozhodování. Některé situace mohou svou povahou podmiňovat použití specifických

morálních zásad, kdy základní filozofické hodnoty, nařízení a předpoklady obsažené v kodexu lze přizpůsobit situacím vzniklým při poskytování praktické péče. Tento kodex je založen na víře v podstatu osobnosti, ošetrovatelství, zdraví a společnosti. Chování podle norem etiky v jednotlivých situacích by mělo uspokojovat nejen sestru samotnou, ale i obecné zásady spjaté se sesterskou profesí (8, 19).

1.5.5 Ochrana osobních dat

V celospolečenském kontextu se v poslední době věnuje pozornost ochraně osobních, zejména pak intimních dat. Pacient se odhaluje jak po stránce fyzické, tak psychické a sociální. Nakládání s údaji o pacientech, vedení zdravotnické dokumentace, předávání informací mezi zdravotníky, archivace dokumentace v nemocničních zařízeních je upravena zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tento zákon rozlišuje v definicích mezi pojmy osobní údaj a citlivý údaj. Osobní údaj je definován jako: „...jakýkoliv údaj týkající se určeného nebo určitého subjektu. Subjekt údajů se považuje za určený nebo určitelný, jestliže lze na základě jednoho či více osobních údajů přímo nebo nepřímo zjistit jeho identitu“. Za osobní údaj je tedy považován věk, bydliště, rodné číslo pacienta apod. Za citlivý údaj je považován „osobní údaj vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, trestné činnosti, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu“ (8, 37).

Poskytování zdravotní péče je spojeno s tím, že se zdravotník dozvídá celou řadu informací a intimních údajů, jež by pacient například za jiných okolností nikomu nesdělil. Pro zachování důvěry pacienta je nezbytné, aby všichni zdravotníci pečlivě zvážili, které z informací je nutné předat dalším zdravotníkům pro kontinuální kvalitní a odbornou péči, a které by měli zachovat v tajnosti. Existují situace, kdy pacient svěří lékaři nebo sestře intimní informace, jež nemají žádnou souvislost s jeho zdravotním stavem ani léčbou. Tyto informace by pravděpodobně nesdělil jinému zdravotníkovi, proto by je měl dotyčný zdravotník zachovat v tajnosti a pomlčet o nich (37).

1.6 Vztah sestra – pacient

Pacient má se sestrou většinou častější a bližší kontakt než-li s lékařem. Sestra i nadále zůstává ochránkyní zájmů pacienta a pomáhá při plnění jeho potřeb a také nahrazuje společenské vztahy. Od sestry se očekávají nejen psychologické znalosti, ale i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které je schopna uplatnit při jednání s pacientem. Komunikace mezi sestrou a pacientem je řízena a rozvíjena zejména z toho důvodu, který by vedl k identifikaci potřeb pacienta a k poznání, jakým způsobem lze přijatelně tyto potřeby uspokojit. Zároveň je vhodná komunikace způsobem, jak zabránit případným konfliktním situacím mezi sestrou a pacientem. Pacient je v době hospitalizace k autoritě zdravotnického personálu v psychicky a společensky podřízené pozici, často také dochází k rozporu mezi technickými možnostmi zdravotnických institucí a opravdovému uspokojování pacientových potřeb (11, 36).

Sestra pacientovi poskytuje nejen kvalitní ošetrovatelskou péči, ale také v něm budí důvěru, respektuje ho a je mu nápomocna v případech, kdy se potřebuje vyrovnat s osobními situacemi, které ho v době hospitalizace provází. Je tedy nutné, aby sestra nejen s pacientem, ale také jeho rodinou spolupracovala a aby se pacient sám stal aktivním účastníkem týmové práce zdravotnického personálu. Jak již bylo prokázáno vztahy mezi sestrou a pacientem jsou bezpochyby závislé na dobrém osobním kontaktu. Role sestry vyžaduje mimo jiné více taktu, trpělivosti, pochopení, laskavosti, porozumění a především jednání s pacientem jako s rovnocenným partnerem (11, 36).

Sestra také plní funkci prostředníka mezi pacientem a lékařem. Snaží se udržet přirozený postoj k pacientovi a k lékaři a tím zachovat stejnoměrný vzájemný vztah. Součástí její odpovědnosti je pomoci vytvářet důvěru pacienta k lékaři a udržet tento vztah v harmonii. I ostatní zdravotnický personál by měl podporovat lékařovo působení na pacienta a sledovat jeho reakce, např. naprostý klid, zdánlivý klid, obavy, strach, deprese, panika aj. (11, 36).

1.6.1 Komunikace v ošetrovatelství

Komunikací lze obecně rozumět jakoukoliv interakci, vzájemnou výměnu informací, která probíhá neustále. Pokud se týká kontaktu lidí mezi sebou, jedná se o sociální komunikaci nebo sociální interakci. Jedná se o dovednost, kterou lze rozvíjet kdykoliv během života člověka. Způsob předávání informací mezi lidmi může být jak verbální, tedy pomocí mluveného či psaného slova, tak neverbální a to mimoslovně neboli mluvou těla. Většinou se oba tyto způsoby komunikace objevují současně, ale převážně jde o formu neverbální, která tvoří dle odborníků 80 až 90 %. Zvláště pak v ošetrovatelské praxi je schopnost interakce s pacientem i ostatními kolegy považována za velice významnou. Je tedy nutné, pro navázání kvalitního vztahu s pacientem a získání jeho důvěry, aby sestra ovládala účinnou verbální i neverbální komunikaci, jakožto součást svého profesionálního vybavení (11, 33).

V případě verbální komunikace jde o sdělování informací pomocí slov a jejich užití se liší u jednotlivých osob dle různých kritérií a to dle věku, kultury, společensko-ekonomického postavení a vzdělání. Sestra musí volit nebo psát taková slova, která splňují základní specifika pro účinnou komunikaci. Jedná se především o jednoduchost, stručnost, zřetelnost, načasovanost, závažnost, přizpůsobivost a důvěryhodnost. Neverbální komunikace bývá označována jako řeč těla. Neverbálními prvky lze mnohem snadněji vyjádřit své emoce, povzbuzení, sounáležitost, porozumění situaci. Zahrnujeme mezi ně chůzi a držení těla, postoj (posturiku), mimiku, gestikulaci, haptiku, zrakový kontakt a vzdálenost (proxemiku), kdy je především nutné zmínit, že intimní (soukromá) vzdálenost je do 30 až 40 cm – jde o zónu objetí a sdělování důvěrných informací. Sestra by měla při hovoru s pacientem akceptovat přátelskou (osobní) vzdálenost, označovanou jako zóna dotyku – do 70 cm (11, 33).

Aby mohla být poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče, je třeba komunikace nejen mezi sestrou a pacientem, ale také mezi ostatními členy zdravotnického týmu. Běžná komunikace, kterou si člověk osvojí během života, je však nedostačující v ošetrovatelství.

V ošetrovateľskej praxi rozlišujeme tri druhy komunikácie, z nichž každý druh má jisté zákonitosti (11, 33):

- *Sociálna komunikácia*, ktorá není plánovaná, probíhá najčastejšie pri stretnutí neformálneho typu. Situácie, kedy je možné rozvíjať sociálnu komunikáciu, sú napríklad: úprava lôžka, hygiena pacienta, pomoc pri jedle alebo má-li sestra dostatok voľného času, môže rozmlúvať s pacientom na pokoji.
- *Štruktúrovaná (špecifická) komunikácia*, kedy sestra sdieľa dôležité fakty, motivuje pacienta k ďalšej liečbe, pôsobí edukačne a sú to témy napríklad: informovanie o postupe vyšetrenia, rozhovor s pacientom pred operáciou o priebehu pooperačnej starostlivosti, o rizikách.
- *Terapeutická (liečebná) komunikácia* sa odohráva formou rozhovoru s pacientom. Býva definovaná ako proces, ktorý má pomôcť prekonať prechodný stres, čo najlepšie vychádzať s ľuďmi, pokiaľ možno prijať nepríjemné či veľmi závažné skutočnosti a zároveň prekonať psychické prekážky, ktoré bránia v ceste k seberealizácii. Sestrami býva používaná v rôznych situáciách, napríklad pri snahe pacienta vyrovnáť sa s jeho diagnózou.

Aby bolo dosaženo kvalitnej oboustrannej komunikácie sestry s pacientom, je treba rešpektovať určité parametre (11, 30):

- *Empatie* znamená vcítanie sa do pacientovho súčasného prežívania, hodnotenie seba sama a okolí, vnímanie nemoci, aký k nej má vzťah a čo si o nej myslí. To všetko pomáha sestere získať dôležité informácie o pacientovi, ktorý prestáva byť subjektívne sám a prináša mu to pocit úľavy.
- *Individuálny prístup* je schopnosť sestry prispôbiť svoje správanie špecifickým potrebám, ktoré sa týkajú pacienta samotného.
- *Úcta k pacientovi* znamená vážiť si ho vždy a to za akýchkoľvek okolností akožto ľudskú bytosť a ponechať mu určitú samostatnosť (autonomiu).
- *Pozitívny vzťah k pacientovi* znamená hlboký záujem o druhého človeka naproti jeho slabým stránkam, ktorý sa odráža vo všetkých rovinách ľudskej činnosti i nečinnosti.

Povinností sestry je přistupovat k pacientovým problémům a přáním s patřičnou citlivostí a předvídatelností. Sestra by měla zjistit, jak nynější zdravotní stav pacienta ovlivňuje jeho schopnost komunikace. Pacient by měl mít dostatek času a příležitosti k vyjádření svých přání a pocitů, v takovém případě je od sestry očekávána především trpělivost a respekt. Zároveň pacienta za jeho přání neodsuzuje a nezesměšňuje je. Od sestry se také očekává, že je schopna využít každou příležitost k poznání pacienta, tím že jej povzbuzuje ke komunikaci (9, 30).

1.6.2 Psychologický přístup v péči o pacienta na ortopedii

V současné době dochází k mohutnému rozvoji chirurgické techniky a zavádění stále nových léčebných a vyšetřovacích metod, což může vést ke vzniku neosobní atmosféry a zanedbávání osobního kontaktu s pacientem. Ošetrovatelská péče v ortopedii vyžaduje mnoho psychologických poznatků, jelikož zvláště u pacientů po úrazech dochází k velkým psychickým změnám. Tyto poznatky nacházejí uplatnění zejména při adaptaci, vyrovnávání se pacienta s vrozenými či získanými vadami nebo tělesným poškozením, které vyvolává různé emoce, nejčastěji však převládá strach, úzkost, smutek, deprese. Nedílnou součástí psychologického přístupu k pacientovi se tak stává úcta a respekt, jelikož podporuje a rozvíjí lidskou důstojnost i úctu k sobě samému. Lidská individualita je součástí nejvyšších hodnot, která je zakotvena ve spirituálním vývoji naší kultury. Je tedy nutné pohlížet na pacienta jako na bytost jedinečnou, cennou a hodnotnou. Nesmírně důležitou roli zde hraje zdravotnický tým a rodina, jež by měli jednotně pozitivně působit na pacienta (34, 36).

V psychologickém přístupu o ortopedického pacienta musí být zohledněno:

- Poznání osobnosti člověka.
- Vytvoření vzájemného vztahu s pacientem.
- Posouzení zdravotního stavu s ohledem na psychiku.
- Individuální přístup především v předoperační a pooperační péči.
- Omezení pocitu strachu a úzkosti, které jsou spojeny s chirurgickým výkonem.

- Příprava pacienta na změny životních podmínek nebo životního režimu.
- Pravidelný kontakt pacienta s rodinou.
- Adekvátní komunikace zdravotnického personálu s pacientem.
- Poučení o možnostech a variantách léčby.
- Dle potřeby zajištění spolupráce s psychologem nebo psychiatrem (36).

1.7 Totální endoprotéza kyčelního kloubu

V posledních letech dochází k ohromnému rozvoji této operační techniky, kdy vznikají nové typy endoprotéz, které jsou vyráběny novými špičkovými technologiemi. Nadále se rozšiřuje spektrum kloubních postižení, které lze vyřešit právě zmiňovanou náhradou kyčelního kloubu. V souvislosti s neustále se zvyšujícím počtem pacientů, přibývají také ti pacienti, kterým je zapotřebí provést výměnu endoprotézy (tzv. implantátu), což se nejčastěji provádí při selhání endoprotézy, jejím uvolnění z kostního lůžka nebo v případě infekční komplikace. Endoprotéza (viz příloha 1) umožňuje člověku návrat do normálního života bez bolesti a bez výrazného pohybového omezení. Především však závisí na aktivním přístupu každého pacienta, jak dokáže využít prostředků, které mu mohou pomoci zmírnit dočasná omezení (22, 27).

Způsob fixace endoprotézy ke kostnímu lůžku se provádí pomocí implantátů cementovaných, necementovaných a hybridních, což je kombinace obou předchozích, kdy se používá necementovaná jamka a část zavedená do femuru se cementuje. Cementované implantáty jsou používány k ukotvení pomocí speciální rychle tuhnoucí hmoty, což je kostní cement. Implantáty tzv. necementované nebo bezcementové mají zvláštní povrchovou úpravu v místech kontaktu s kostí, které nevyžadují použití tohoto cementu, jejich fixace je umožněna konstrukcí endoprotézy, která dovoluje vrůstání do vrchních vrstev protézy pevným spojením kostní tkáně s materiálem endoprotézy. Jak hlavičce, tak kloubní jamku nahrazuje totální endoprotéza, ta se skládá z tzv. dřívku, který se zavádí do dřeňového kanálu femuru, proto je vyráběn z různých kovových slitin s vysokou pevností a prokázanou tolerancí vůči organismu. Hlavička se nasazuje na

krček tohoto dřívku, která se vyrábí ze stejné slitiny a nebo ze speciální keramické hmoty. Důležitým předpokladem u těchto hlaviček je jejich hladkost, jelikož čím je jejich povrch hladší, tím je značně menší opotřebenost polyetylenové vložky při každém pohybu v kloubní jamce umělého kyčelního kloubu. Jamka je další součástí nahrazující kloubní povrch poškozeného kyčelního kloubu při totální endoprotéze. Existuje celá řada těchto jamek, které se liší tvarem (sférický – polokulovitý, kónický – kuželovitý), materiálem a povrchovou úpravou (15, 27).

Jamky ukotvené za pomoci cementu jsou složeny pouze z jedné polyetylenové části, zatímco bezcementové jamky jsou složeny z kovové kotvící části, do níž se vkládá vložka z vysokomolekulárního polyethylenu dlouhé životnosti. Polyethylén společně s dokonale hladkou hlavičkou, je schopen zajistit dlouhou životnost, ne však nekonečnou. Pacient by měl být tedy informován o faktu, že při každém pohybu dochází k jistému otěru již zmíněné vložky a je nutné vyvarovat se nepřiměřenému a nadměrnému procvičování operovaného kloubu. Výběr jednotlivých typů endoprotéz však záleží na zvyklostech pracoviště, věku pacienta, kvalitě kosti, uplatňuje se i ekonomické hledisko, jelikož necementované implantáty jsou 3 – 5x dražší než typy cementované. Pacientům do věku 55 let jsou zpravidla implantovány necementované endoprotézy, pacientům v rozmezí 55 – 65 let pak hybridní implantáty a naopak pacientům ve věku nad 65 let cementované protézy (15, 27).

Ukotvení bezcementových implantátů je zajištěno jednak tvarem a dále speciální úpravou jejich povrchu zajišťující po určité době pevnou adhezi ke kostnímu lůžku. U jamek kónického tvaru je fixace zajištěna buď lamelami tvořícími na obvodě kotvící části závit a do kostního lůžka jsou zašroubovány. Pomocí jiného principu jsou po obvodu kotvící části lamely, které jsou fixovány doražením a rozepřením, což je podobné jako u hmoždinky ve zdi. V případě jamek sférického tvaru je kotvící část pevně zaražena do přesně vyfrézovaného kostního lůžka. Povrch těchto jamek je opatřen speciálním nástřikem, který zdrsňuje povrch a umožní tak postupný vrůst kostní tkáně do takto nepravidelně vzniklých prostorů implantátů. Ukotvení necementovaných dřívků je zajištěno tvarem, jenž je přizpůsoben tvaru dřeňové dutiny horního konce

femuru. Povrch je buď zdrsňen a nebo je pomocí různých technologií nanesen nástřík umožňující vrůst kostní tkáně do vzniklých mikroskopických prostorů (15, 27).

Nezbytné je však zdůraznit, že volba implantátu náleží do rukou operátora a to dle aktuálního nálezu u každého pacienta. Náhrada kloubu je v některém případě vhodná k zajištění adekvátní funkce endoprotézy, jindy může být zcela nevhodná (27).

Anglický ortopéd John Charnley referoval o svých prvních zkušenostech s totální endoprotézou kyčelního kloubu v roce 1960. U nás byla do klinické praxe zavedena první generace cementovaných implantátů v roce 1970 profesorem Čechem na I. ortopedické klinice v Praze (17, 27).

1.7.1 Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu

Jak již bylo zmíněno, stoupá počet onemocnění, která mohou být řešena pomocí totální endoprotézy. Nejčastěji se vyskytují (22, 27):

- Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – koxartróza.
- Úrazy, které vedly k poškození kyčelního kloubu a to zlomenina krčku stehenní kosti v souvislosti s revmatickým onemocněním kosti stehenní nebo pouřazovou destrukcí kloubu.
- Nádorová onemocnění kosti stehenní.
- Poškození hlavice femuru způsobená jiným onemocněním.
- Bolest a zjevná porucha funkce kloubu, která omezuje jeho hybnost.

1.7.2 Předoperační příprava

Pacient je odeslán k vyšetření na ambulanci ortopedické kliniky, dle stupně postižení progresu degenerativního procesu a také samozřejmě podle subjektivních obtíží. Plánování celé předoperační přípravy a stanovení řádného termínu může být zahájeno po uplynutí čekací doby na náhradu kyčelního kloubu, jelikož v důsledku vysoké finanční náročnosti těchto výkonů se tato doba neustále prodlužuje. Zvláště u žen je nezbytně nutné volit termín mimo období menses. Ke zhodnocení celkového

zdravotního stavu pacienta je nutno provést celkové předoperační vyšetření. Veškeré výsledky těchto vyšetření by neměly být starší než jeden měsíc ke dni plánované operace, neboť se jedná o poměrně velký operační zákrok, který by měl proběhnout bez závažného rizika, aniž by mohl být ohrožen život pacienta. Pakliže je pacient dle praktického lékaře či internisty schopen operačního zákroku, měla by následovat tzv. autotransfúze, kdy je zcela vyloučeno riziko přenosu infekčního onemocnění. Jedná se o dva po sobě jdoucí odběry asi 400 ml pacientovi vlastní krve, která je použita v průběhu operačního zákroku a nebo ke krytí krevních ztrát v časném pooperačním období. Nemělo-li možno tento odběr provést u pacienta z důvodu nedobrého zdravotního stavu, jsou krevní ztráty hrazeny od důkladně vyšetřeného vhodného dárce. Odběr autotransfúze stanoví operatér ve spolupráci s transfúzním oddělením (15, 27).

Totální endoprotéza je náročná na celkovou kondici organismu, proto mohou být stanoveny podmínky, které musí pacient splnit a s nimiž by měl být rádně seznámen. Především během přípravy k operačnímu výkonu je vhodné pokračovat v konzervativní léčbě, jedná se především o nutnost úpravy životosprávy, redukci tělesné hmotnosti, omezení zatížení, zvýšení tělesné zdatnosti, což je naprosto nezbytné v prvních šesti týdnech po operaci, dále pak o ošetření a léčení jiných chorobných stavů (například onemocnění žil, chrupu). Předoperační příprava je také zaměřena na užívání opěrných pomůcek (například vycházkové hole, v nejtěžších případech francouzské berle), rehabilitaci, užívání léků, které zmírňují bolest nebo například otok či zánětlivé projevy. V poslední době jsou také k dispozici preparáty, jejichž smyslem je zpomalení degenerativních procesů kloubní chrupavky (15, 27).

Nemá-li pacient dostatečné rodinné zázemí, je nutné zajistit lůžkové zařízení následné rehabilitace a péče, kde by měl zůstat alespoň do šestého týdne po operaci. Doplňková domácí ošetrovatelská péče, tzv. home care, může být dostačující v jiných případech (27).

Po operaci totální endoprotézy je důležité přesně dodržovat pokyny z hlediska pohybového režimu. Praktický lékař v místě bydliště, sociální pracovníce a také vlastní rodina či přátelé by měli být pacientovi nápomocni s organizací následné péče (15, 27).

Při příchodu na oddělení jsou pacientovi vystaveny nezbytné dokumenty, chorobopis a dle potřeby potvrzení o pracovní neschopnosti. Následně je pacient přijat sestrou na ortopedické oddělení, která ho zavede do příslušného pokoje s již připraveným lůžkem a seznámí jej s vybavením pokoje, ale také s možností uschování cenností do trezoru. Ošetřující lékař tohoto oddělení následně s pacientem sepíše anamnézu, vyšetří jej po ortopedické i celkové stránce. Pacienta také vyšetří operující lékař, což zahrnuje i označení operované končetiny (levá x pravá). Poté pacienta navštíví anesteziolog a probere s ním zvolenou metodu anestézie – celkovou nebo svodnou, tento lékař také bude dohlížet na jeho celkový zdravotní stav několik hodin po operaci. Veškerá tato vyšetření obsahují klinické vyšetření, kontrolu předoperačního vyšetření, provedení doplňujících laboratorních a jiných vyšetření. Následně bude provedena úvodní instruktáž o pooperační rehabilitaci, nácviku chůze o berlích, správném stereotypu pohybu na lůžku a na WC (15, 27).

Vlastní předoperační příprava se na některých pracovištích může odlišovat. Den před operací se pacient naobědvá a posléze do půlnoci může přijímat pouze tekutiny, proto je vhodné požit větší množství tekutin již v posledních dnech před výkonem. Vhodné je provést klyzma (vyčistění střev) a oholit oblast, kde bude proveden řez kůží. Večer jsou pacientovi podány léky, které navodí uklidnění a nerušený spánek. V den operace je pacient přísně edukován o tom, aby již nic nepil a nejedl. Dle operačního programu je pacient odvezen na operační sál, kde mu bude zavedena kanyla (přístup do žilního řečiště) pro podávání injekcí a infuzí. Starším osobám je zpravidla zaveden močový katétr pro volný odchod moči a kontrolu jejího množství (27).

1.7.3 Průběh operačního výkonu

Vlastní operaci provádí tým zkušených lékařů v oblasti náhrad kyčelního kloubu. Doba operace se různí v závislosti na mnoha faktorech, zpravidla se však pohybuje v rozmezí jedné až dvou hodin. Během celého výkonu je pacient většinou v poloze na zádech v celkové nebo spinální anestézii, kdy je pacientovo vědomí přitlumené a vnímání bolesti potlačeno (15, 27).

Jakmile je získán dostatečný přístup, následuje odstranění poškozené hlavice femuru. V případě totální endoprotézy je v kloubní jamce odstraněna poškozená chrupavka a do již připraveného kostního lůžka se upevní umělá kloubní jamka. Do horního konce femuru se vyhloubí kanál, do kterého se zavede dřík endoprotézy s hlavicí. Tato umělá hlavice se nakonec zaklobí do jamky a dojde k obnově spojení mezi femurem a pánví. Následně se celá rána pečlivě sešije a odejmuté svaly se opět připevní ke svým úponům. Po implantaci endoprotézy je zavedena odstavná drenáž, aby nedošlo v operační ráně ke vniku hematomu, jenž by mohl být živnou půdou infekce. Tyto drény, nejčastěji tři, odvádí krev z operačního pole po dobu jednoho až dvou dnů po operaci (17, 27).

Po ukončení operačního zákroku je pacient probuzen a odvezen na pooperační pokoj nebo na jednotku intenzivní péče, kde jsou sledovány a zajišťovány všechny základní životní funkce pomocí moderních přístrojů. Pacient je nadále v péči anesteziologa, internisty, lékařů a ostatního ošetřujícího personálu ortopedického oddělení. Provede se také kontrola operovaného kloubu pomocí RTG (13, 27).

1.7.4 Komplikace totální endoprotézy

Je třeba si uvědomit, že totální endoprotéza kyčle je náročný operační výkon a zároveň je to cizí těleso v organismu, jehož přítomnost s sebou nese určitá rizika. Komplikace se tedy mohou objevit v průběhu vlastní operace, v časném pooperačním období, ale také ve větším časovém odstupu. Dle toho komplikace dělíme na:

- *Peroperační* – jedná se především o větší krvácení, poškození nervů, popřípadě zlomeniny femuru. Tyto komplikace jsou v průběhu operace ošetřeny, což však může mít vliv na změny rytmu rehabilitace a postupné zatěžování dolní končetiny.
- *Časné pooperační komplikace* – nejzávažnější je *TEN* (tromboembolická nemoc), zejména tzv. plicní embolizace, kdy je pacient ohrožen na životě. Je tedy nezbytná kvalitní preventivní péče, jenž zahrnuje medikamentózní léčbu, bandážování, časnou aktivizaci pacienta. Další komplikací je *infekt*

implantované endoprotézy, proto se jako prevence těchto zánětlivých změn provádí operace na přísně sterilních operačních sálech a pod clonou antibiotik. Ke vzniku infekčních komplikací může dojít i případech, kdy má pacient zhoršenou obranyschopnost vůči infekci a nebo nachází-li se u něj v těle infekční ložisko (zubní váček, vleklá infekce močových cest, zánětlivá ložiska v pohybovém aparátu, zánět paranasálních dutin, gynekologická infekce). Při nedodržení rehabilitačních postupů, může dojít k *vykloubení endoprotézy*, což je stav, který vede k opětovnému návratu do nemocnice s nutností upravení kloubního postavení.

- *Pozdní pooperační komplikace* – v rozestupu měsíců až let může dojít k *luxaci endoprotézy*, zvláště pak při neadekvátním zatěžování končetiny. Také může dojít k únavovým poškozením materiálu, poškození jamky či femorální části endoprotézy (15, 27).

1.8 Pooperační péče

Bezprostředně po operaci zůstává pacient pod neustálým dohledem až do doby, nemá-li stabilizovaný oběh, spontánně nedýchá a dokud se mu nevrátí obranné reflexy (schopnost kašlat, polykat) po ukončení narkózy. Během této doby hrozí riziko aspirace, možnost přetrvávání účinků myorelaxačních látek dýchacích svalů atd. Dále jsou přiloženy na obě končetiny elastické bandáže a na operovanou končetinu se nasazuje derotační bota po dobu dvou dnů, která brání riziku luxace protézy po operaci. V této fázi náleží pacient do rukou anesteziologa a může být převezen na pooperační pokoj, případně na jednotku intenzivní péče, jestliže je dokonale probuzen a účinky myorelaxačních látek již pominuly. Po skončení operace doplní operatér do chorobopisu operační diagnózu, průběh operačního výkonu, příslušné ordinace léků, infuzních roztoků, transfuzí a další pokyny ohledně polohy nemocného, převazů operační rány, odstranění drénů. Při převozu pacienta na kteroukoliv část pooperační péče jej zároveň s dokumentací přebírá sestra příslušného oddělení, v případě překlada na JIP i lékař této

jednotky. Pooperační pokoj, nebo také dospávací či reanimační pokoj, je součástí operačního traktu, zde pacient zůstává pod přísným dohledem sestry a lékaře po dobu dvou a více hodin po operaci. Následně je pacient převezen na jednotku intenzivní péče (38, 17).

Pooperační péče je také silně ovlivněna psychickým stavem pacienta, zvláště jde-li o chirurgicky náročný výkon. Po operaci je pacient omezován v uspokojování základních potřeb, jsou na něj kladeny zvýšené nároky v náhle změněných podmínkách a také ztrácí své soukromí. Poskytování zdravotní péče na JIP závisí na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. Neustále dochází k rozvoji techniky a pacient se tak dostává do styku s novými zařízeními a technickými přístroji. S rozvojem pacientova zdravotního stavu se zvyšují i jeho potřeby (2, 12).

1.8.1 Pooperační péče na JIP u pacienta po TEP kyčle

Je-li pacient převezen z operačního sálu přímo na JIP, dostává se zde do péče zkušeného ošetřující personálu nejčastěji po dobu 2 pooperačních dnů. Mezi základní úkony pooperační péče patří sledování krevního tlaku, pulzu, dechu, teploty, bilance tekutin. Zpočátku je pacient zpravidla kontinuálně monitorován v 10 – 15 minutových intervalech, při stabilizaci co 30 min, postupně se intervaly rozšiřují na 1 až 3 hodinové dle individuálního stavu pacienta a závažnosti podstoupené operace. V prvních pooperačních dnech je možné se setkat s lehkými výkyvy teploty, krevního tlaku, tepu i dechu ve smyslu zvýšení, snížení nebo zrychlení či zpomalení. Častými příčinami těchto změn jsou zatížení organismu narkózou, ztráta krve a resorpční pochody v operační ráně. Dle jednotlivých indikací jsou v chorobopise rozepsány i pokyny pro podávání analgetik a hypnotik na noc, aplikaci antibiotik, infuzních roztoků, transfuze krve a jiných léků, dále pak pokyny k ošetření drénů, katétrů, pokyny k provedení pooperačních laboratorních vyšetření (KO, hemokoagulační vyšetření, FW, CRP, ...) či dalších vyšetření, například RTG, EKG atd. Sestra dále sleduje pacientovo vědomí, bolesti na hrudi, dušnost, vyprazdňování močového měchýře, invazivní vstupy (žilní katétr), neinvazivní vstupy (PMK), projevy bolesti v operační ráně a případné příznaky

infekce v oblasti operační rány, funkčnost a odpady z Redonových drénů, které se odstraňují individuálně, nejčastěji 2 až 3 den po operaci. Veškeré informace je nutné řádně zaznamenávat do dokumentace (14, 32).

Poloha nemocného

Pacient je po procitnutí z narkózy většinou uložen do polohy na zádech s mírným zvednutím trupu pro snadnější ventilaci a odkašlávání. Bezpodmínečně nutné je dodržení správné polohy operované dolní končetiny v mírné obdukci (odtažení DK) a v lehké vnitřní rotaci pomocí pomůcek (např. abdukční klín, derotační bota, pytlíky s pískem, molitanové kroužky do podkolenní jamky...). V každém případě je nutné, aby se pacient vyvaroval překřížení dolních končetin, vytočení špiček zevně, zevní rotaci v kyčli, která by mohla vést k vykloubení endoprotézy, dále abdukci v kyčli, flexi v kyčli s extendovanou končetinou aj. Sestra by měla řádně poučit pacienta a sama kontrolovat nevhodné svévolné polohování končetiny. Pacient by měl mít také k dispozici hrazdičku zavěšenou nad horní polovinu lůžka, která mu usnadní posazování (9, 13, 27, 32).

Močení, odchod stolice a plynů

Po operaci se pacientovi připraví k lůžku močová láhev nebo podložní mísa, kdy je třeba chránit obvaz na operační ráně poblíž perianální oblasti před možným znečištěním. Většinou má pacient silné nucení na moč z přeplněného močového měchýře, někdy je možné, že tento pocit chybí. Nevymočí-li do 6 – 8 hodin, lze se pokusit o navození spontánního vyprázdnění psychickým podrážděním, například puštěním vodovodního kohoutku a nebo přiložením teplého obkladu na podbříšek. Pokud se efekt nedostaví do 2 hodin, je pacient vycévkován, jestliže již nemá zaveden PMK. Při podkládání podložní mísy je nutné pacientovi dopomoci a následně ho přikrýt a nechat o pokud možno o samotě, aby měl dostatek klidu a soukromí na vyprázdnění. Pacient by měl mít zároveň možnost umýt si ruce nebo by mu je sestra měla umýt sama (9, 14, 32, 38).

Zástava plynů a odchodu stolice u pacienta patří k přechodným pooperačním stavům, která je způsobena dočasným zastavením střevní peristaltiky a projevuje se meteorismem (plynatostí). Mezi příznaky meteorismu patří: vzednutí břich, nevolnost, difuzní bolesti břicha, které mohou mít kolikovitý charakter. Obvykle se funkce

střevního oddílu GIT u většiny pacientů upravuje do 48 – 72 hodin po operaci, kdy dojde k ochodu plynů a uvolnění napětí břicha. V případě, že nedojde v tomto intervalu k nápravě, je možno zasáhnout nejen medikamentózně ale i mechanicky a to zavedením rektální rourky, kterou lze ponechat v rektu maximálně po dobu 20 minut. Nutná je ovšem vhodná rehabilitace, se zaměřením na aktivní svalovou činnost, například polohování, pohyby dolních končetin (32, 38).

Vodní a elektrolytové hospodářství

Během operačního zákroku dochází ke ztrátám tělesných tekutin, zapříčiněných krvácením, obnažením tkání a dalšími mechanismy. Po operaci pacient přijímá tekutiny formou infuzí intravenózně dle ordinace lékaře, jelikož se nejedná o zásah na GIT, zahajuje se výživa individuálně po odeznění analgesie, kdy se začíná opatrnými doušky čaje, postupně se přechází přes dietu 0/S, 0, 1 až na dietu před operací. Důležitý je příjem tekutin, který by se měl pohybovat v rozmezí dvou až tří litrů za den (14, 27, 32).

Bolest a nespavost

Pociťuje-li pacient bolesti v operační ráně, jsou mu aplikovány analgetika, nejčastěji intramuskulárně. Mezi nejčastěji používaná analgetika k tlumení pooperační bolesti se používají opiáty, například Dolsin, Dipidolor a z analgetik neopiátového typu to je: Tramal, Tralgit atd. Dávkování je přizpůsobeno celkovému stavu pacienta a také věku (27, 38).

V prvních dnech po operaci je spánek rušen hlavně bolestí, ale také rozrušením pacienta a strachem z operace. Veškeré tyto aspekty pacienta značně vyčerpávají a nepříznivým způsobem ovlivňují rekonvalescenci, proto je vhodné ihned po probuzení z narkózy pacientovi aplikovat analgetika a to i opakovaně. Na noc je možné přidat k těmto analgetikům také hypnotikum. Během operačního dne a prvního pooperačního dne jsou analgetika podávána v pravidelných intervalech. Vnímání bolesti pacientem je však záležitostí zcela individuální (32, 38).

Celková hygiena pacienta

Celková hygiena je značným způsobem snížena omezenou hybností pacienta. Naprosto zásadní je zajistit dostatek soukromí při poskytování hygienické péče a vyprazdňování. Za pomoci a iniciativy ošetřujícího personálu je možné ji zajistit

odpovídajícím způsobem. K dispozici by také měla být zástěna (viz příloha 2). Zvláštní péči je třeba věnovat dutině ústní, která může být příčinou vzniku infekčních pooperačních komplikací. Pokud si pacient není schopen sám vyčistit zuby, je nutné, aby se pacientovi v průběhu dne vyplachovala ústa a nejméně dvakrát vyčistili zuby (23, 32, 38).

Při provádění hygienické péče by vždy měly být řádně zkontrolovány nohy, zvláště pak paty, zda na nich nepopraskala kůže, nevznikly puchýře či nejsou zarudlé meziprstní prostory. Základním předpokladem pro prevenci proleženin je péče o pokožku pravidelným omýváním těla a masáží kůže, především v místech, která jsou vystavena tlaku (záda, hýždě, paty atd.). Zároveň navozuje pacientovi příjemný subjektivní pocit (9, 38).

Prevence dekubitů

Jak již bylo zmíněno, zejména v predilekčních místech (oblast kosti křížové, trochanterů, lopatky, kosti patní, loktů) je třeba pečovat o pravidelnou hygienu kůže omýváním vodou a mýdlem ve spojení s lehkou masáží a především je neodmyslitelná pečlivá úprava lůžka, včetně polohování pacienta. Porucha výživy příslušných tkání bývá nejčastější příčinou vzniku dekubitů (proleženin). Dekubit může vzniknout již po jedné až dvou hodinách při trvajícím tlaku na určitou oblast, kdy nejprve dojde k poškození podkožní tkáně a na kůži tedy nemusejí být změny nejdříve zřetelné, bývá přítomno jen lehké zarudnutí. Je třeba používat vhodné pomůcky (podložní kolečka, antidekubitní podložka, molitanová podložka aj.) a pravidelně sledovat kůži a kostní výčnělky. V praxi je nejčastěji využívaným skórovacím systémem vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové (30, 32, 38).

Prevence tromboembolické nemoci

Prevence vzniku flebotrombóz, tromboflebitidy a embolie do plicnice by měla být součástí předoperační přípravy pacienta. Nejen v pooperačním období, ale také v následném období je vysoké riziko TEN komplikací. Jako preventivní opatření TEN jsou podávány medikamenty, prováděny bandáže dolních končetin a mobilizace pacienta. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat pacientům s rizikovými faktory, například věk na 40 let, diabetes mellitus, obezita, astenie, kardiovaskulární

onemocnění, varixy, operace v oblasti kyčle, dehydratace atd. Před operací jsou pacientovi přikládána elastická obinadla (punčochy) a po operaci je nutné dbát na jeho včasnou mobilizaci. Pacientovi s rizikovými faktory jsou aplikována antikoagulancia (léky snižující nitrožilní koagulaci), vhodný je Heparin a z nízkomolekulárních Fraxiparine nebo Clexane, který se podává již před výkonem a několik dní poté. Při aplikaci antikoagulancií je třeba provádět pravidelné laboratorní vyšetření krve na krvácivost, srážlivost, Quickův test atd (14, 38).

Péče o operační ránu

V prvních pooperačních hodinách patří kontrola obvazu mezi pravidelné povinnosti sestry i lékaře. Především se kontroluje, zda není prosáklý krví či jinou tekutinou. V případě malého prosakování se doplňuje obvaz další vrstvou sterilního mulu. Pokud se však jedná o větší prosakování či vytékání krve z rány pod obvazem, je nutné odstranit obvaz, zkontrolovat ránu a zhodnotit další postup. Nejsou-li však tyto časné komplikace přítomny, závisí první převaz na různých okolnostech. Prvním důvodem pro převaz je obvykle odstranění drénů po 24 – 48 hodinách, dalším důvodem je prosakování obvazu patologickým sekretem. Pacient během výkonu leží a sestra obnažuje jen tu část těla, která je nezbytně nutná. Sestra také podá pacientovi dostatek informací, zodpoví případné dotazy. Během výkonu se snaží odpoutat jeho pozornost, pracovat šetrně za pomoci sterilních pomůcek a následně zajistit dostatečný klid k hojení rány (30, 38).

Rehabilitace po operaci

Rehabilitace začíná ihned po operaci, kdy pacient aktivně zapíná svalstvo stehna, cvičí koleno, hlezno a prsty nohou. Řídí se především zdravotním stavem pacienta a požadavky ošetřujícího lékaře. Rehabilitační pracovník vytváří plán cvičení, který zajišťuje pasivní (aktivní) mobilizaci pohybového aparátu. Sestra pak dohlíží, podporuje či provádí některé z cviků, především se však zaměřuje na zvládnutí sebeobslužnosti pacienta. Již první den na JIP se pacient posazuje, druhý den po vynětí drenáže a při nekomplikovaném průběhu pooperačního období se zahajuje vertikalizace pacienta, s postupným nácvikem chůze o podpažních berlích s odlehčováním, dále jde o dechové cvičení a kondiční procvičování svalstva horních a dolních končetin. Jelikož se

jedná o náročnější operační výkon, pacient je také ohrožen pooperačními krevními ztrátami a je tedy nutné věnovat pozornost možnému přechodnému vzniku závratě nebo mdlob. Zároveň je potřeba plná spolupráce s pacientem, tak aby dodržoval individuální pokyny týkající se pohybového a léčebného režimu. RTG kontrolní snímek určí stupeň zátěže pacienta (13, 14, 17).

1.8.2 Pooperační péče na standardním oddělení u pacienta po TEP kyčle

Po přeložení pacienta na standardní oddělení se po zhojení rány odstraní stehy, pacient se naučí sebeobsluhu a pohybu, také se i nadále vyrovnává s nepříjemnostmi, jež provází léčbu, zejména pak rehabilituje. Pobývá zde 8. – 12. dní a 11. – 12. den je přeložen na rehabilitační oddělení nebo do domácí péče dle zvyklostí pracoviště. Před propuštěním je pacient řádně poučen o nadcházejícím režimu, tedy o zatěžování, polohování, cvičení, dietě, pomůckách, ale také o další kontrole, plánu rehabilitace a lázeňském doléčení. Tyto informace dostane pacient nejen od lékaře a sestry ústně, ale také písemnou formou (15, 24).

Poloha pacienta

Po operaci pacient začíná provádět běžné pohyby na lůžku a postupně i mimo lůžko, které musí vykonávat s potřebným omezením a opatrností, aby nedošlo k luxaci v kyčelním kloubu. Pacient nesmí v sedu ohnout kyčelní kloub více než do úhlu 90 stupňů. To platí i pro používání WC, kdy je pro větší pohodlí vhodný nástavec. Pacient se nikdy nesmí shýbat, předklánět, otáčet prudce trupem. Při pohybu na lůžku, při přetáčení na bok, je nutné, aby pacient ležel na zdravém boku s polštářem nebo molitanovou vložkou mezi kolena. K dispozici má také hrazdičku, která mu usnadňuje lépe se zvednout i posadit. V žádné poloze nesmí pacient dávat nohu přes nohu. Přikrývka v lůžku by měla připravena tak, aby se pro ni nemusel předklánět, dle potřeby je mu nutné dopomoci. Zatěžování operované končetiny určí operatér v souvislosti s odstupem od operace a typem implantátu. Nutné je, aby pacient zvládal správné

ulehání na lůžko, sesunutí z lůžka, sed na židli, chůzi o berlích, chůzi po schodech a oblékání (27, 30).

Močení, odchod stolice a plynů

V prvních pooperačních dnech se sleduje diuréza (denní množství moči) v pravidelných intervalech. Frekvence vyprazdňování stolice je individuální. Pro lepší funkci střev a také pro pravidelné vyprazdňování je nutný dostatek vlákniny ve stravě, která by měla být pravidelná a různorodá. Zároveň je nutný dostatečný příjem tekutin, změna polohy a cvičení. Pokud do 3 – 4 dnů po operaci nedojde k odchodu plynů, je nutné pomýšlet od 5. pooperačního dne na pooperační ileus, který bývá nejčastěji paralytický. Většinou se však po operaci první stolice objeví spontánně po odchodu plynů. Pokud se tak nestane, tak 4. až 5. den po operaci se zavádí glycerinový čípek či malé klyzma s glycerinem, popř. se podá mírné perorální projímadlo. I v tomto případě je nutné zajistit pacientovi dostatek klidu a soukromí při vyprazdňování pomocí zástěny. Oddělení by mělo být řádně vybaveno pomůckami, jako např. mobilní WC, bezbariérové přístupy na WC, koupelny, nástavec na WC, madla (9, 13, 23, 38).

Vodní a elektrolytové hospodářství

Dle ordinace lékaře se provádí potřebné laboratorní rozboru krve, moči a další vyšetření. Důležitý je také příjem tekutin, pohybující se i nadále v rozmezí dvou až tří litru denně, který zároveň vede k prevenci komplikací a urychlení rekonvalescence (27).

Bolest a nespavost

Také během několika dalších dnů po operaci je třeba počítat s bolestí v oblasti hojící se operační rány, která je tlumena medikamenty dle ordinace lékaře. I spánek je nadále nejčastěji rušen bolestí, proto jsou ordinována vhodná analgetika na noc v kombinaci s hypnotiky, např. Dolsin + Diazepam. Postupně dochází ke zmenšení bolesti v operační ráně a analgetika jsou podávány dle potřeby pacienta a to nejčastěji při cvičení nebo na noc (27, 38).

Celková hygiena pacienta

V prvních pooperačních dnech není celková koupel ani sprchování možné, proto je nezbytnou součástí celkové hygienické péče o pacienta pravidelné omývání těla a masáž kůže. Nadále je důležité věnovat pozornost místům, která jsou vystavena tlaku

(hýždě, záda, paty atd.) a náležitě o ně pečovat. Je-li osobní hygiena prováděna na pokoji s více spolupacienty, měla by být k dispozici mobilní zástěna k zajištění soukromí. Je-li nutná při provádění hygieny asistence jiné osoby, má pacient právo zvolit si, zda se bude jednat o osobu stejného či jiného pohlaví (23, 38).

Prevence dekubitů

Významnou roli v prevenci vzniku dekubitů u pacienta hraje řádná úprava lůžka pacienta, péče o kůži, především v oblasti predilekčních míst. Místa, která jsou vystavená trvalému tlaku, omýváme vodou a mýdlem, masírujeme a používáme vhodné antidekubitní pomůcky (gumová nebo molitanová kola atd.) (32).

Prevence tromboembolické nemoci

Pokračuje se v prevenci TEN a to přikládáním bandáží, aplikováním medikamentů a mobilizací pacienta. V prvních pooperačních dnech se také pravidelně kontroluje dolní končetina a pátrá se také po známkách flebotrombózy nebo flebidity, aby mohla být včas zahájena léčba. Nadále jsou aplikována antikoagulancia a prováděna pravidelná hemokoagulační vyšetření (15, 38).

Péče o operační ránu

Základem péče o operační ránu je udržet ji v dokonalé čistotě, pravidelně ji převazovat a sledovat případné poruchy hojení rány, především známky infekce (např. bolest a napětí v ráně, zvýšení teploty) a další komplikace. Stehy z operační rány jsou odstraněny asi 11 až 14 den po operaci. I v tomto případě obnažujeme jen části těla, které jsou pro výkon nezbytné. Pacienta je nutné psychicky připravit, podat mu dostatek srozumitelných informací a snažit se odpoutat jeho pozornost. Následně po dvou dnech je možné odstranit z jizvy obvaz a poprvé ji lehce osprchovat, v dalších dnech je možné jizvu lehce promazávat mastmi a provádět tlakovou masáž (27, 30, 38).

Rehabilitace

Během druhého až pátého dne pacient nacvičuje sed, stoj, správný postup při vstávání z lůžka, při uléhání na lůžko a pomalu začíná také nácvik chůze o berlích. Přitom je důležité informovat pacienta o nutnosti plného nebo téměř plného odlehčení dolní končetiny. Zvlášť nezbytný je správný stereotyp chůze, jelikož právě zde pacient chybuje nejčastěji. V těchto dnech chůze probíhá pod dohledem školeného personálu.

Nedílnou součástí rehabilitace je procvičování svalů paže k nácvičku chůze o berlích. V následujících dnech, kdy se snižuje riziko náhlé slabosti, je možné, aby se pacient samostatně pohyboval po pokoji a oddělení, jestliže plně zvládne správný stereotyp chůze. I nadále se provádí kondiční cvičení, aktivní a pasivní cvičení kyčelních kloubů, nechybí ani správný nácvik běžných činností, jako je sedání na WC, hygiena, otáčení na lůžku za pomoci klínu nebo polohovacího polštářku (13, 27).

Již osmý den je většinou pacient schopen samostatné chůze bez zátěže operované končetiny s použitím opory vysokých podpažních berlí. Také se začíná s nácvikem chůze po schodech s odlehčením operované končetiny a zároveň probíhá rozcvičování pohybu operovaného kyčelního kloubu, posilování svalstva v oblasti kyčelního kloubu, procvičuje se také lýtkové svalstvo. Cílem je zlepšení odtoku žilní krve z dolních končetin (27).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zhodnotit, jak je zajištěna intimita v pooperační péči u pacientů po operaci totální endoprotézy na JIP a standardním oddělení.
2. Zjistit znalosti sester v oblasti dodržování intimity po totální endoprotéze.

2.2 Hypotézy

H1 Pacienti po operaci totální endoprotézy vyjadřují vyšší spokojenost se zajištěním intimity po totální endoprotéze na JIP než na standardním oddělení.

H2 Sestry nemají potřebné pomůcky k zajištění intimity u pacienta po operaci totální endoprotézy.

H3 Sestry mají dostatek informací o tom, jak pečovat o oblast intimity v pooperačním období.

H4 Sestry pracující na JIP pečují o intimitu pacienta s větším zájmem než sestry pracující na standardním oddělení.

3. Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Praktická část této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno metodou dvou anonymních dotazníků.

Jeden dotazník byl určen pacientům po operaci totální endoprotézy (viz příloha 4) hospitalizovaným na ortopedických JIP a standardních odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s., Fakultní nemocnici Olomouc a Vojenské nemocnici Olomouc. Vytvořený dotazník obsahoval 24 otázek zaměřených na zajištění intimity a spokojenost pacientů se zajištěním intimity po operaci totální endoprotézy. Otevřená otázka byla 1, polootevřená také 1 a 22 otázek bylo uzavřených. Rozdáno bylo 90 dotazníků. Vráceno bylo 73 vyplněných dotazníků, z toho 8 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost. 17 dotazníků se vrátilo nevyplněných. Návratnost byla 81%. Pro výzkum bylo použito 65 (100%) dotazníků.

Druhý dotazník byl určen sestřám (viz příloha 5) pracujícím na ortopedických JIP a standardních odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s., Šumperské nemocnici, a.s., ve Fakultní nemocnici Olomouc a ve Vojenské nemocnici Olomouc. Dotazník obsahoval 23 otázek zaměřených na znalosti sester v oblasti dodržování intimity u pacienta po operaci totální endoprotézy, na pomůcky, které sestry používají k zajištění pacientovy intimity, zda mají dostatek informací o tom, jak pečovat o oblast intimity v pooperačním období a zájem sester pečovat o pacientovu intimitu. Otevřená otázka byla 1, polootevřených 8 a uzavřených 14. Bylo rozdáno 80 dotazníků, vráceno bylo 59 dotazníků, z toho byly 4 dotazníky vyřazeny pro neúplnost. 21 dotazníků se vrátilo nevyplněných. Návratnost byla 74%. Pro výzkum bylo použito 55 (100%) dotazníků.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 65 pacientů. Dotazníky byly rozdány pacientům hospitalizovaným na ortopedických JIP a ortopedických standardních odděleních

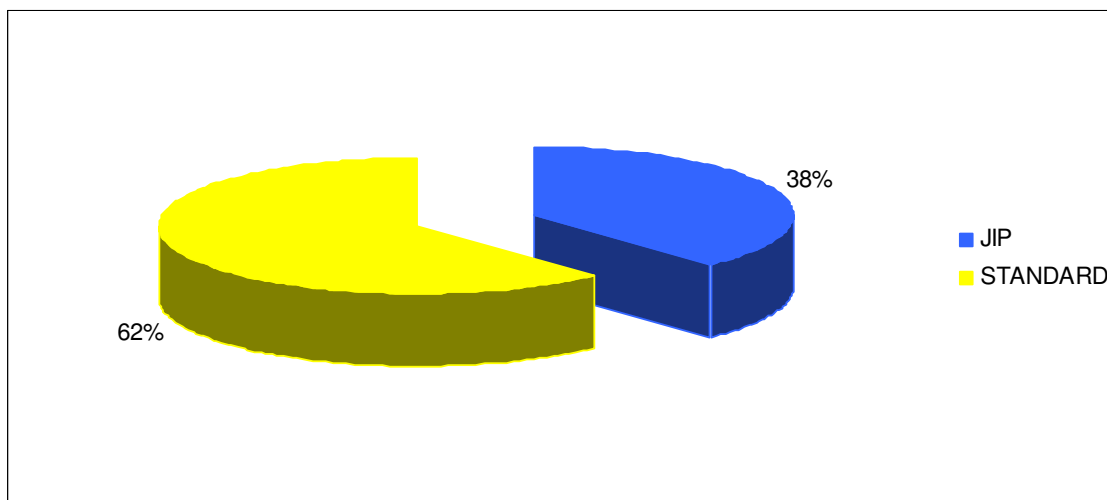
v Nemocnici České Budějovice, a.s., Fakultní nemocnici Olomouc a Vojenské nemocnici Olomouc. Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků. V Nemocnici České Budějovice bylo rozdáno 30 dotazníků, ve Fakultní nemocnici Olomouc 45 dotazníků a ve Vojenské nemocnici Olomouc 20 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 81%. Ke zpracování výsledků bylo použito 65 (100%) dotazníků.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 55 sester. Osloveny byly sestry v Nemocnici České Budějovice, a.s., Šumperské nemocnici, a.s., Fakultní nemocnici Olomouc a ve Vojenské nemocnici Olomouc. V nemocnici České Budějovice, a.s. bylo rozdáno 25 dotazníků, v Šumperské nemocnici, a.s. bylo rozdáno 20 dotazníků, ve Fakultní nemocnici Olomouc bylo 20 dotazníků a ve Vojenské nemocnici Olomouc 15 dotazníků. Návratnost byla 74%. Ke zpracování výsledků bylo použito 55 (100%) dotazníků.

4. Výsledky

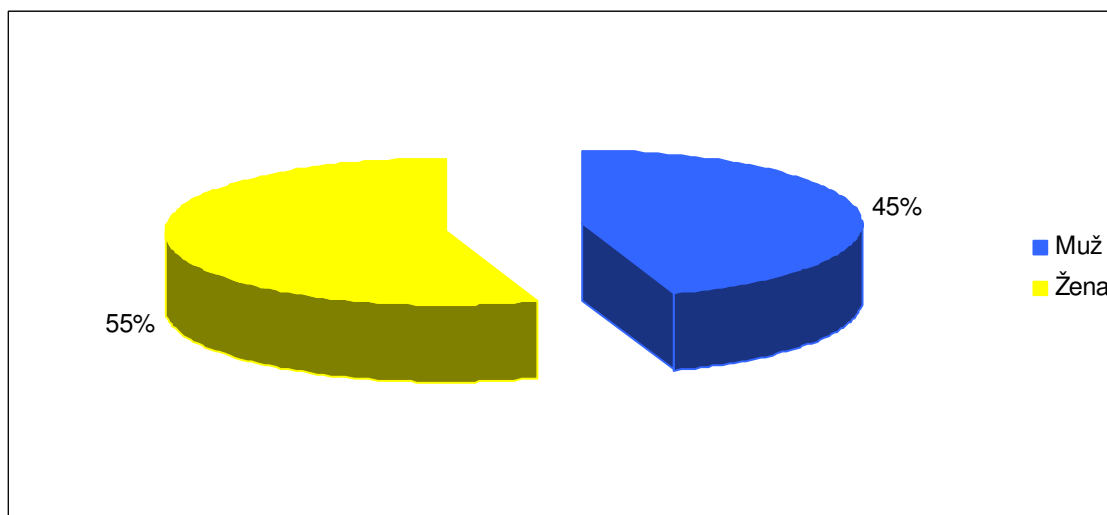
4.1 Dotazník pro pacienty

Graf 1 Typ oddělení, na kterém je respondent po operaci TEP kyčle hospitalizován



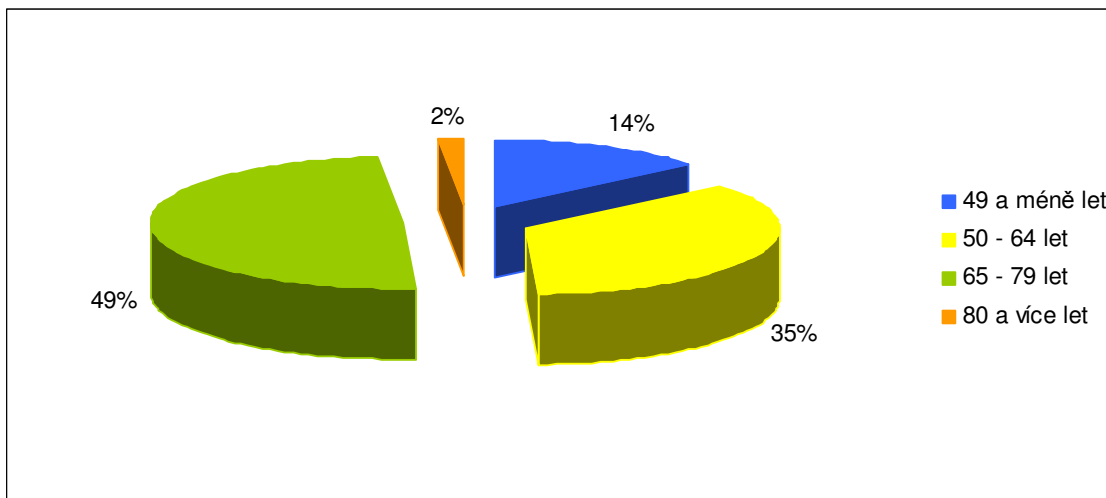
Z celkového počtu 65 (100%) respondentů se výzkumu zúčastnilo 40 (62%) respondentů hospitalizovaných na ortopedii – standard a 25 (38%) respondentů hospitalizovaných na ortopedii – JIP.

Graf 2 Pohlaví respondentů



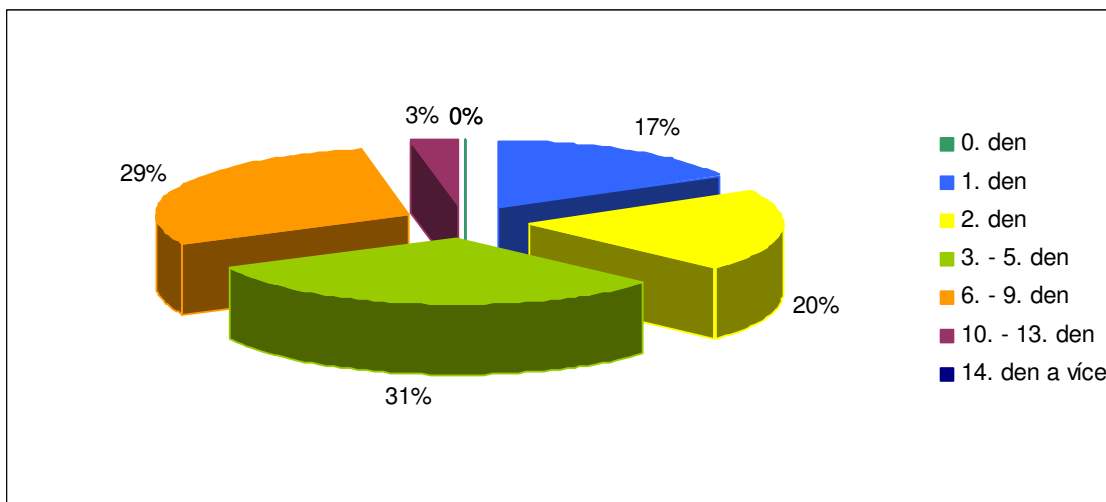
Z celkového počtu respondentů 65 (100%) se výzkumu zúčastnilo 36 (55%) žen a 29 (45%) mužů.

Graf 3 Věk respondentů



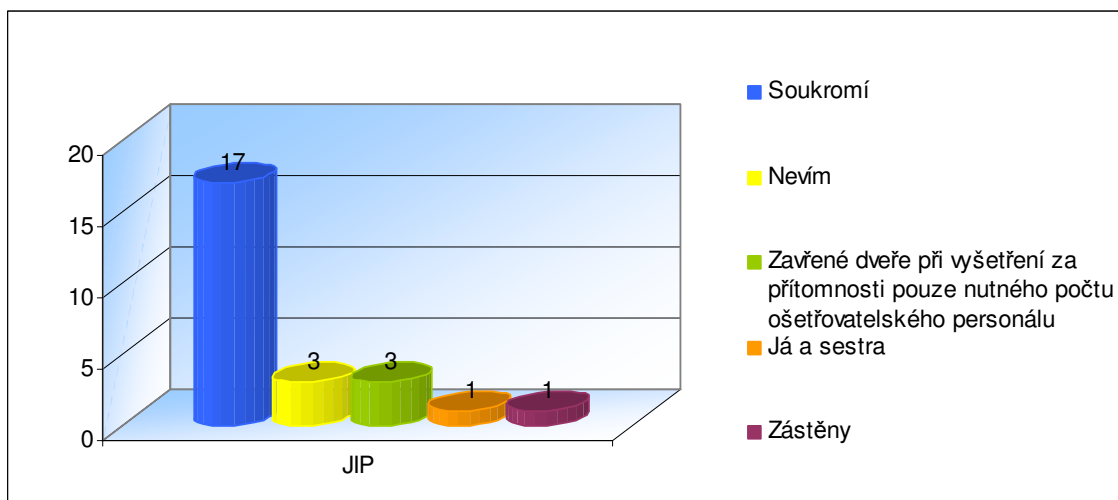
Z celkového počtu respondentů se výzkumu zúčastnilo 32 (49%) respondentů ve věku 65 – 79 let, 23 (35%) respondentů ve věku 50 – 64 let, 9 (14%) respondentů ve věku 49 let a méně a 1 (2%) respondent ve věku 80 let a více.

Graf 4 Pooperační den respondentů po operaci TEP kyčle



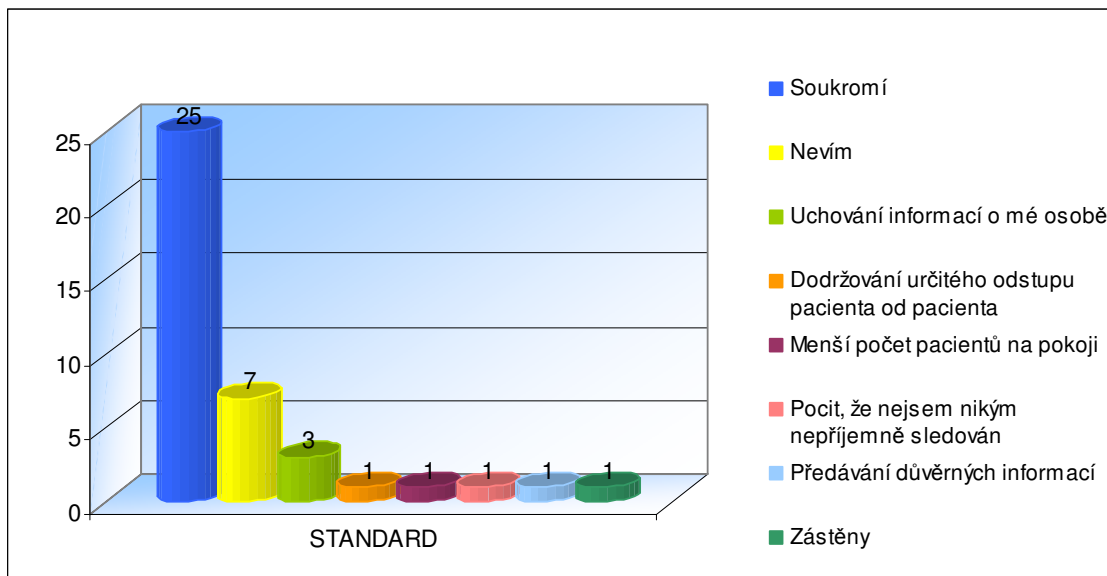
Z celkového počtu 65 (100%) respondentů, bylo 20 (31%) respondentů 3. - 5. den po operaci, 19 (29%) respondentů 6. – 9. den po operaci, 13 (20%) 2. den po operaci, 11 (17%) respondentů 1. den po operaci, 0 (0%) respondentů 0. den po operaci a 0 (0%) respondentů 14. den a více dní po operaci.

Graf 5 Představa respondentů o pojmu intimita – JIP



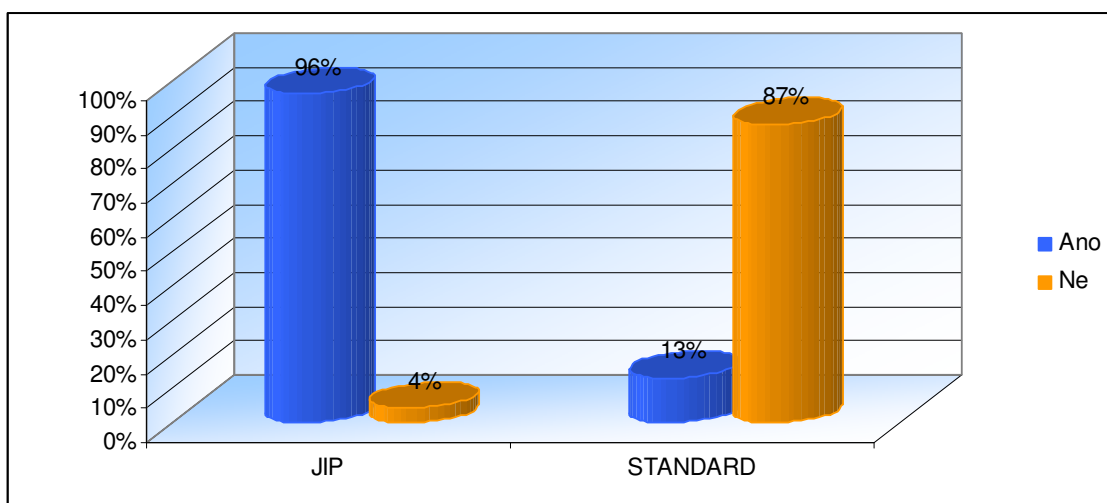
Na otázku č. 5 respondenti odpovídali vlastními slovy. Z celkového počtu 25 odpovědí si pod pojmem intimita představuje 17 respondentů soukromí, 3 respondenti zavřené dveře při vyšetření za přítomnosti pouze nutného počtu ošetrovatelského personálu, 1 respondent on a sestra a 3 respondenti neví, co si mají pod pojmem intimita představit.

Graf 6 Představa respondentů o pojmu intimita – STANDARD



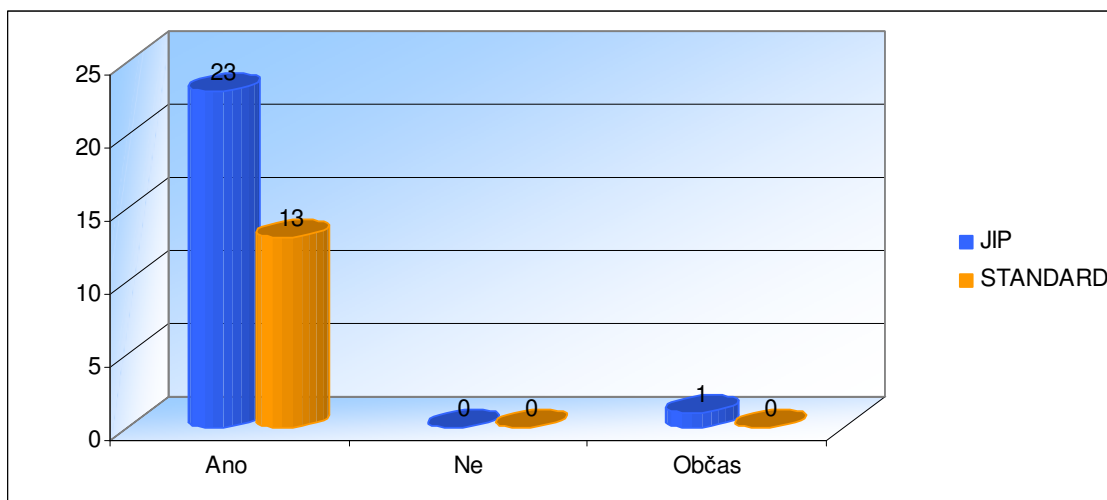
Na otázku č. 5 (graf 6) respondenti odpovídali vlastními slovy. Z celkového počtu 40 odpovědí na standardním oddělení si pod pojmem intimita představuje 25 respondentů soukromí, 3 respondenti si představují uchování informací o své osobě, 1 respondent dodržování určitého odstupu pacienta od pacienta, 1 respondent menší počet pacientů na pokoji, 1 respondent pocit, že není nikým nepříjemně sledován, 1 respondent předávání důvěrných informací, 1 respondent zástěny a 7 respondentů neví, co si pod pojmem intimita představí.

Graf 7 Všímavost respondentů, zda-li jsou na pokoji zástěny (závěsy) k zajištění jejich soukromí



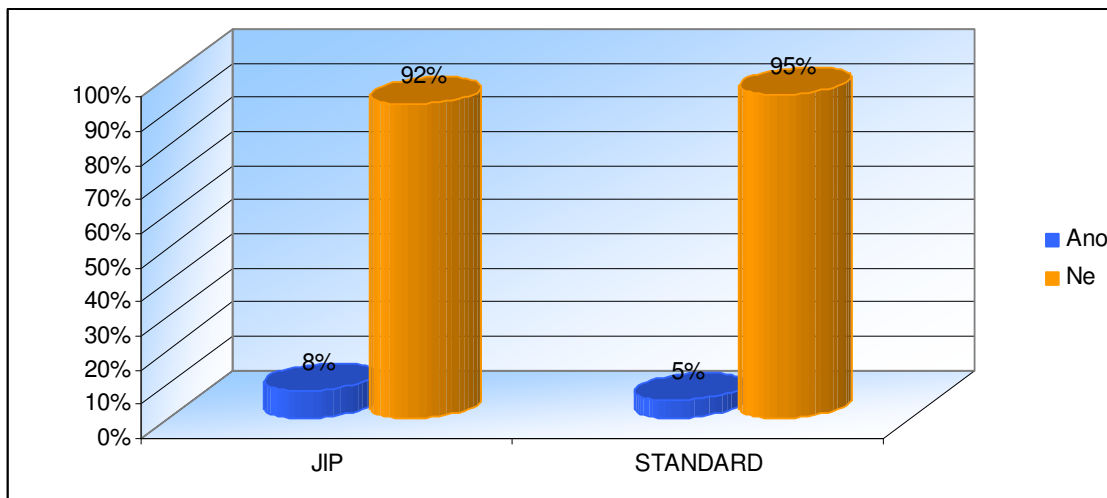
Na JIP z 25 (100%) respondentů odpovědělo na otázku, zda si všimli přítomnosti zástěn (závěsů) na pokoji, 24 (96%) respondentů ano a 1 (4%) respondent si všiml, že na pokoji nejsou zástěny (závěsy) k zajištění jeho soukromí. Na standardním oddělení si ze 40 (100%) respondentů všimlo 35 (87 %) respondentů, že na jejich pokoji zástěny (závěsy) nejsou a 5 (13%) respondentů si všimlo přítomnosti zástěn (závěsů) na pokoji.

Graf 8 Používání zástěn (závěsů) k zajištění soukromí



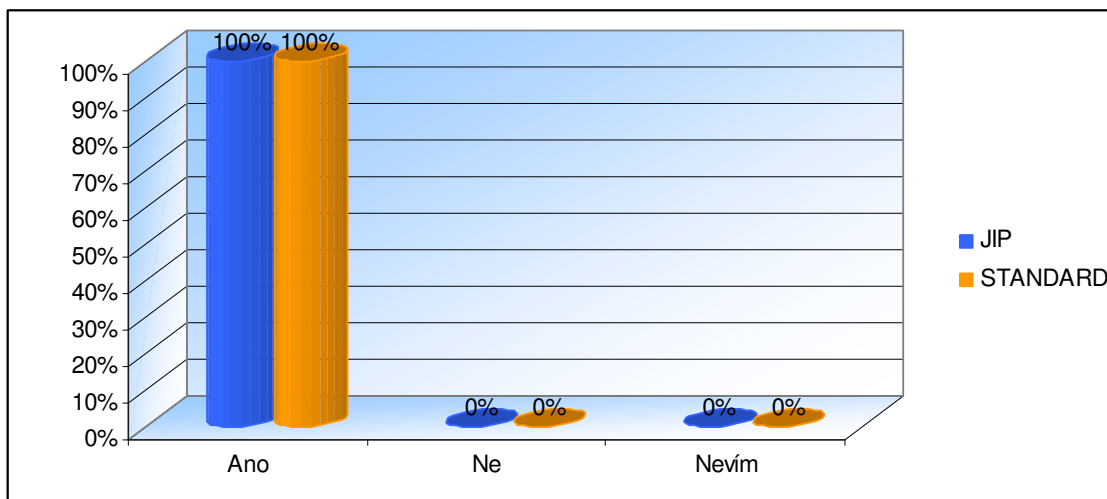
Tento graf navazuje na předchozí graf (graf 7). Z počtu 24 respondentů hospitalizovaných na JIP, kteří si všimli přítomnosti zástěn (závěsů) odpovědělo 23 respondentů ano, sestry používají zástěny (závěsy) k zajištění jejich soukromí, 1 respondent odpověděl občas a 0 respondentů odpovědělo ne. Na standardním oddělení odpovědělo všech 13 respondentů ano, sestry používají zástěny (závěsy) k zajištění jejich soukromí a zbylé dvě možnosti tedy nikdo neoznačil.

Graf 9 Názor respondentů na délku odhalování např. při převazu



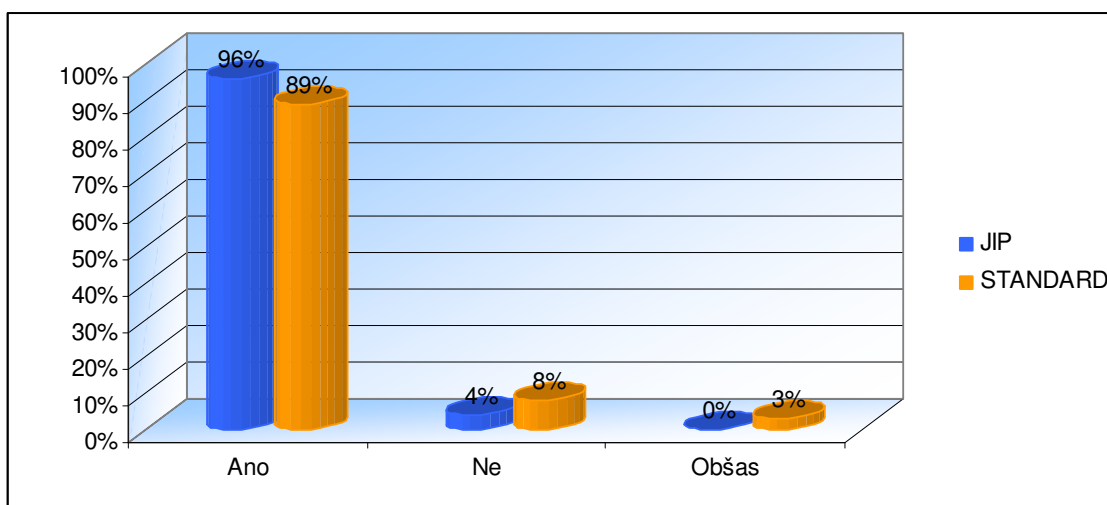
Na JIP z 25 (100%) respondentů odpovědělo na otázku, zda je sestry odhalují během převazu déle než je nutné 23 (92%) respondentů ne a 2 (8%) respondenti ano. Na standardním oddělení odpovědělo ze 40 (100%) respondentů na odhalování během převazu déle než je nutné 38 (95%) respondentů ne a 2 (5%) respondenti ano.

Graf 10 Schopnost respondentů ohradit se proti nadměrnému odhalování v případě, že na předchozí otázku odpověděli ano



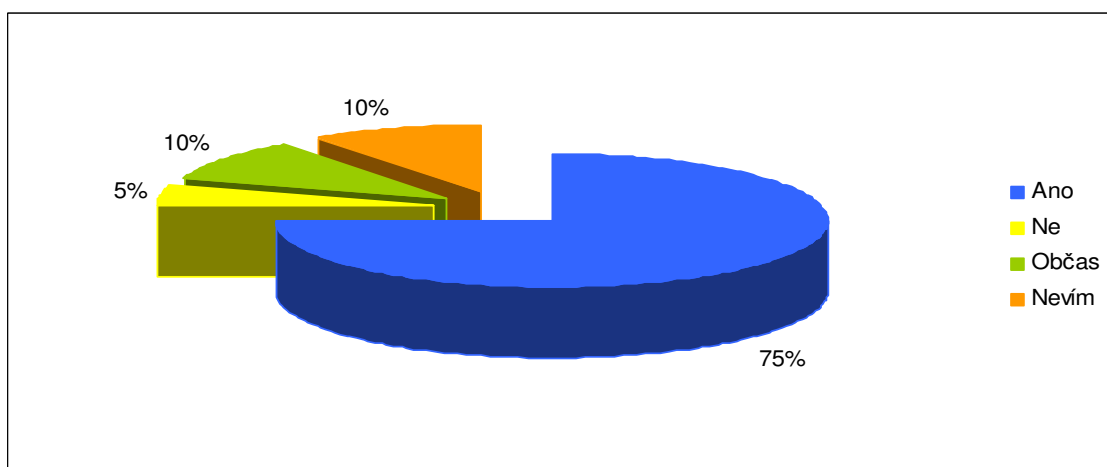
Tento graf navazuje na předchozí graf (graf 8), na JIP odpověděli 2 (100%) respondenti ano, na standardu odpověděli také 2 (100%) respondenti ano a na zbylé dvě možnosti tedy neodpověděl žádný respondent z JIP ani ze standardu.

Graf 11 Názor respondentů na odhalování nezbytně nutné části při podkládání podložní mísy



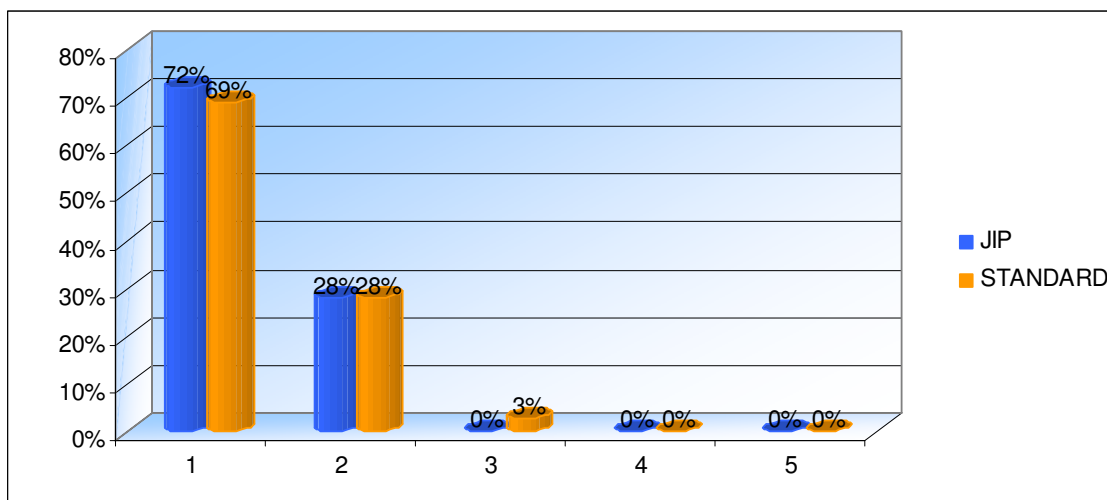
Na JIP z 25 (100%) respondentů odpovědělo na otázku, zda sestry dle jejich názoru odhalují při podkládání podložní mísy jen nezbytné části těla, 24 (96%) respondentů ano, 1 (4%) respondentů ne a 0 (0%) respondentů občas. Na standardu ze 40 (100%) respondentů odpovědělo na tutéž otázku 36 (89%) respondentů ano, 3 (8%) respondentů ne a 1 (3%) respondent občas.

Graf 12 Zavírání dveří a oken před zahájením hygienické péče na standardu



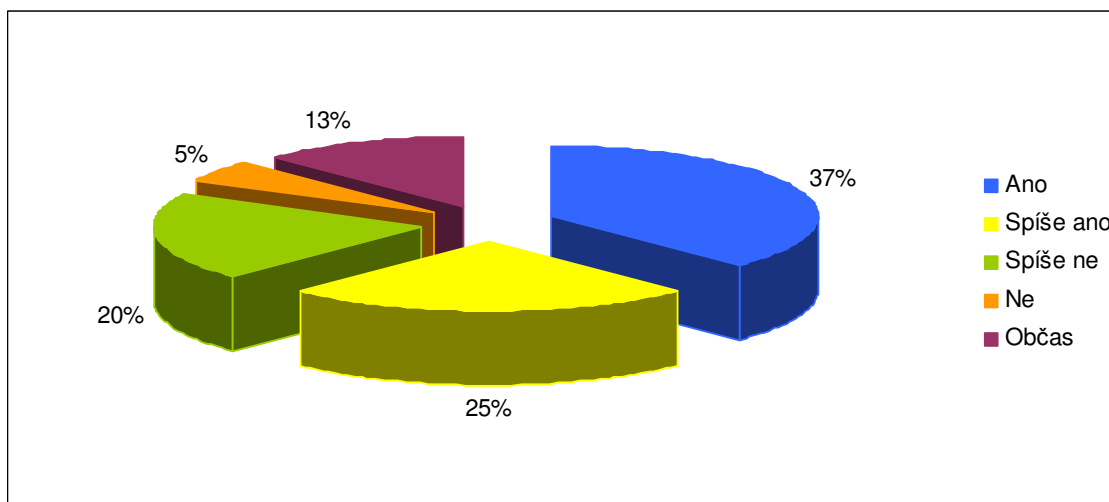
Z celkového počtu 40 (100%) respondentů na standardu odpovědělo na otázku, zda sestry zavírají dveře a okna před zahájením hygienické péče, 30 (75%) respondentů ano, 4 (10%) respondentů občas, 4 (10%) respondentů nevím a 2 (5%) respondentů ne.

Graf 13 Respektování soukromí respondentů



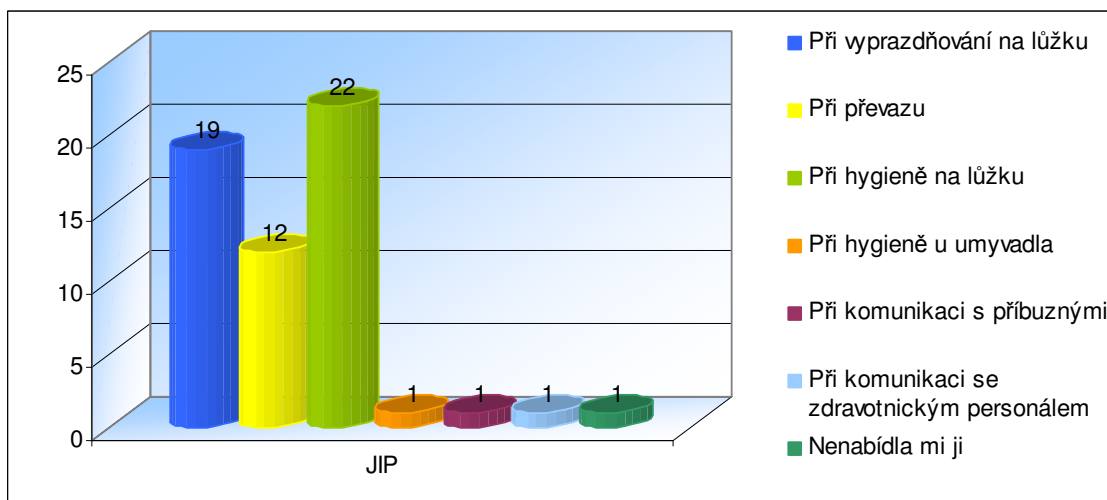
Na JIP z 25 (100%) respondentů oznámkovalo 18 (72%) respondentů respektování jejich soukromí sestrami známkou 1 (výborná péče o mé soukromí), 7 (28%) respondentů známkou 2, na zbylé tři možnosti tedy nikdo neodpověděl. Na standardu ze 40 (100%) respondentů oznámkovalo 28 (69%) respondentů respektování jejich soukromí známkou 1 (výborná péče o mé soukromí), 11 (28%) respondentů známkou 2, 1 (3%) respondent známkou 3 a zbylé dvě odpovědi tedy nikdo nezvolil.

Graf 14 Klepání na dveře sestrou vždy před vstupem na pokoj - STANDARD



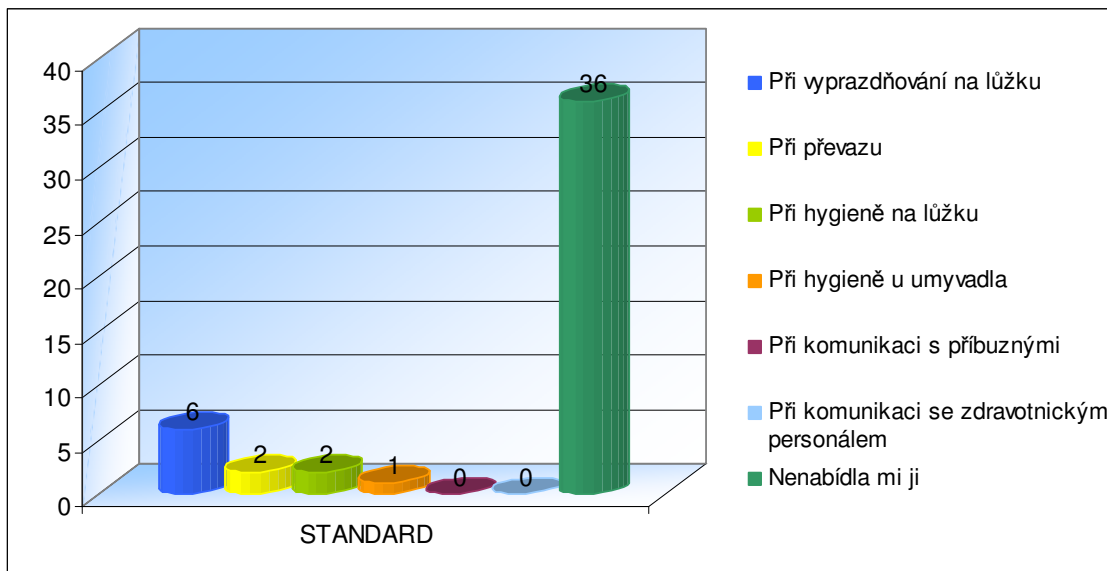
Z celkového počtu respondentů 40 (100%) na standardu odpovědělo na otázku, zda sestry klepou na dveře pokaždé před vstupem na pokoj, 15 (37%) respondentů ano, 10 (25%) respondentů odpovědělo spíše ano, 8 (20%) respondentů spíše ne, 5 (13%) respondentů občas a 2 (5%) respondenti odpověděli ne.

Graf 15 Výkony, při kterých sestra nabídla respondentovi zástěnu (závěs) - JIP



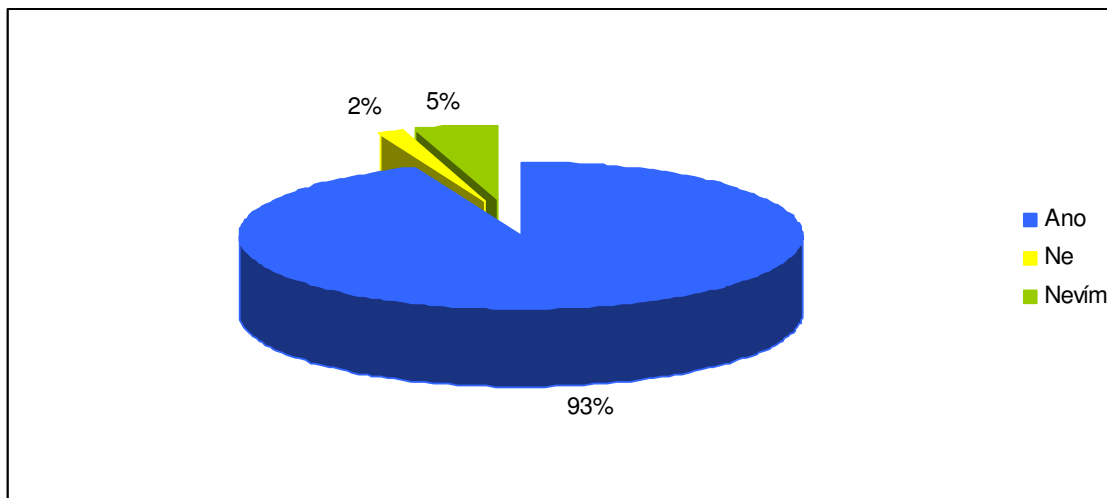
U otázky č. 14 (graf 15) mohli respondenti označit více odpovědí. Na JIP z celkového počtu 57 odpovědí označilo, při jakém výkonu Vám sestra nabídla zástěnu, 22x při hygieně na lůžku, 19x při vyprazdňování na lůžku, 12x při převazu, 1x při hygieně u umyvadla, 1x při komunikaci s příbuznými, 1x při komunikaci se zdravotnickým personálem a 1x nenabídla mi ji.

Graf 16 Výkony, při kterých sestra nabídla respondentovi zástěnu (závěs) – STANDARD



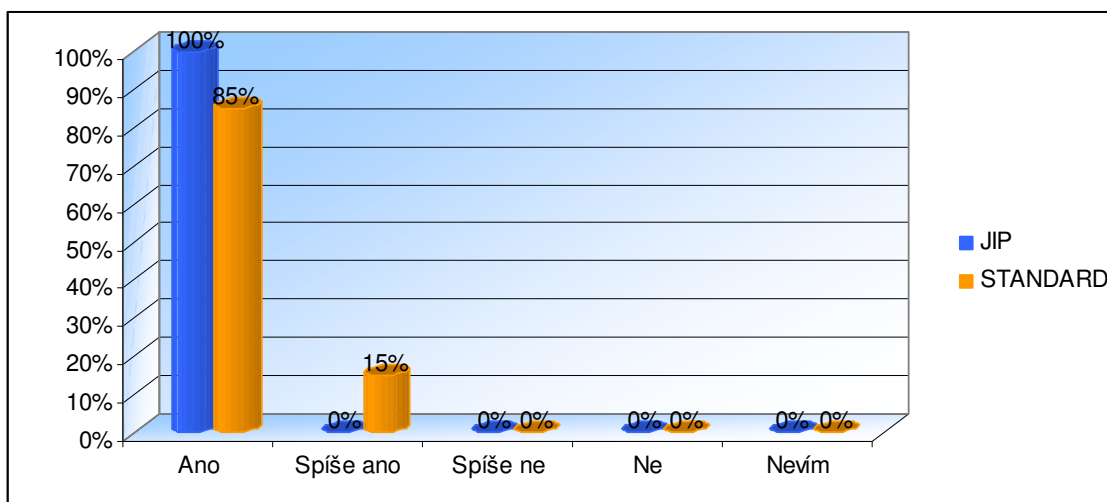
U otázky č. 14 (graf 16) mohli respondenti označit více odpovědí. Na standardním oddělení z celkového počtu 47 odpovědí označilo, při jakém výkonu Vám sestra nabídla zástěnu, 36x nenabídla mi ji, 6x při vyprazdňování na lůžku, 2x při převazu, 2x při hygieně na lůžku, 1x při hygieně u umyvadla, nikdo neoznačil při komunikaci s příbuznými a při komunikaci se zdravotnickým personálem.

Graf 17 Seznámení respondentů s Právy pacientů



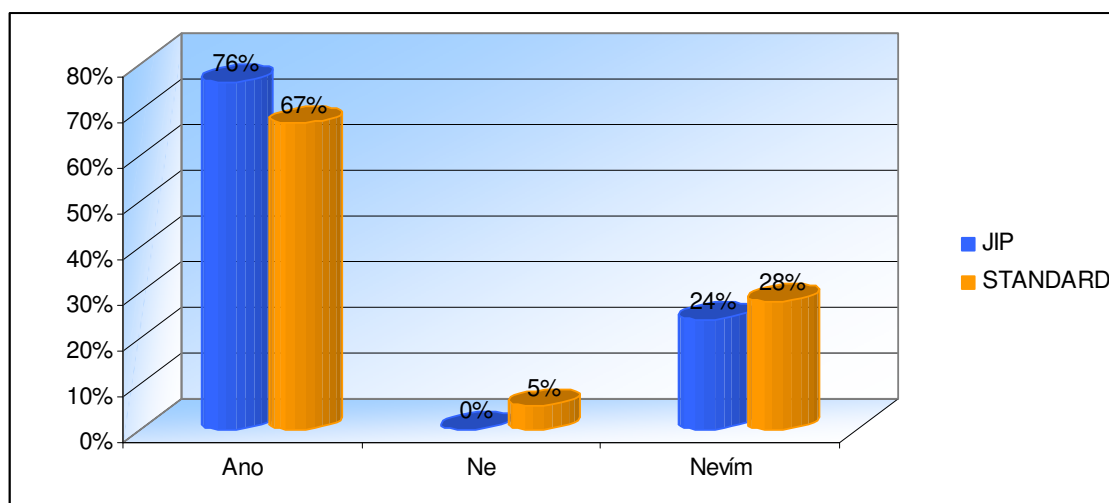
Z celkového počtu respondentů 65 (100%) odpovědělo na otázku, zda byli seznámeni s Právy pacientů, 61 (93%) respondentů ano, 3 (5%) respondenti nevím a 1 (2%) ne.

Graf 18 Srozumitelné podávání informací



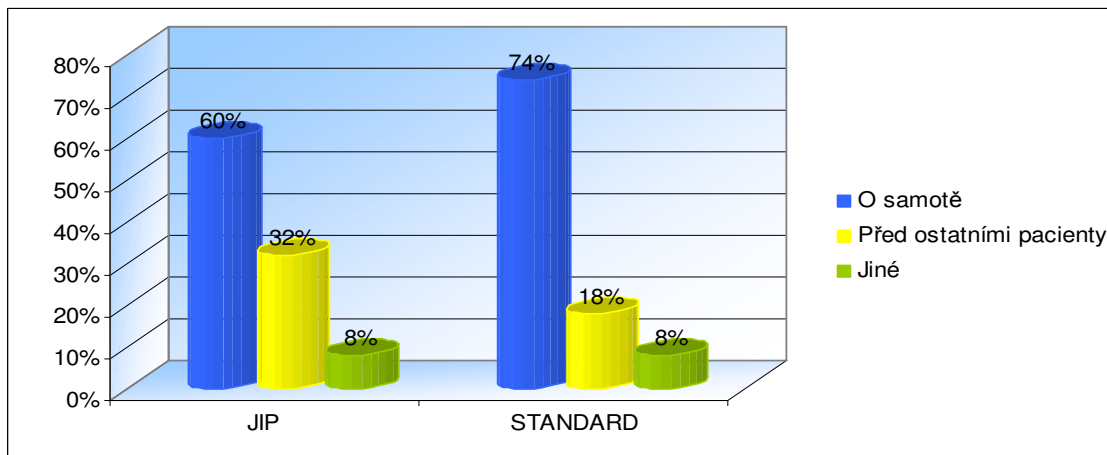
Na JIP z 25 (100%) respondentů odpovědělo na otázku, zda jim jsou veškeré informace podávány srozumitelně, všech 25 (100%) respondentů ano, na zbylé možnosti tedy nikdo neodpověděl. Na standardu ze 40 (100%) respondentů odpovědělo 34 (85%) respondentů ano, 6 respondentů (15%) spíše ano a 0 (0%) respondentů spíše ne, ne a nevím.

Graf 19 Názor respondentů, zda mají sestry dostatek času na poskytnutí potřebných informací



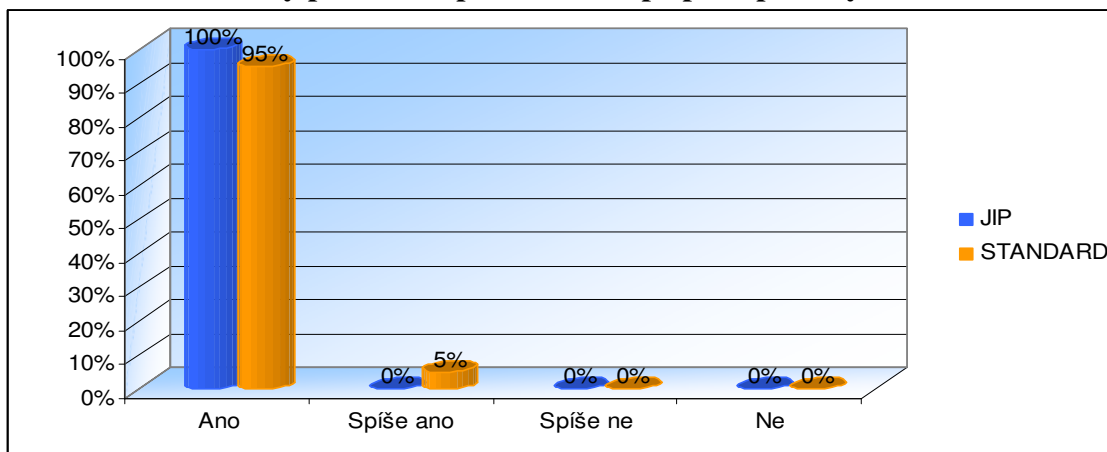
Na JIP z 25 (100%) respondentů odpovědělo na otázku, zda sestry mají dostatek času na poskytnutí potřebných informací, 19 (76%) respondentů ano, 6 (24%) respondentů nevím a 0 (0%) respondentů ne. Ze 40 (100%) respondentů na standardu odpovědělo na stejnou otázku 27 (67%) respondentů ano, 11 (28%) respondentů nevím a 2 (5%) respondenti ne.

Graf 20 Okolnosti, za kterých jsou respondentům podávány informace



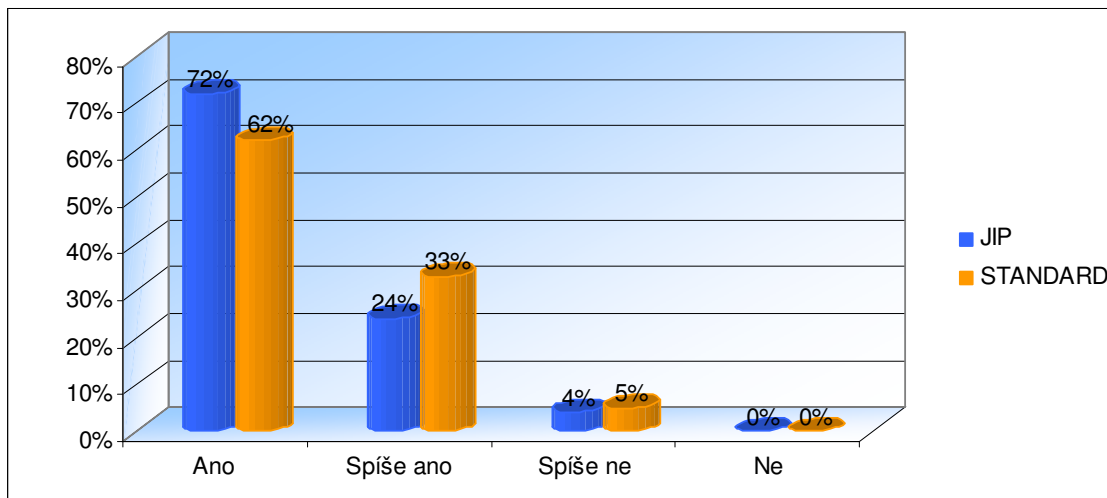
Na JIP z 25 (100%) respondentů odpovědělo na otázku, za jakých okolností jim sestry podávají informace, 15 (60%) respondentů o samotě, 8 (32%) respondentů před ostatními pacienty a 2 (8%) respondenti v položce jiné uvedli oba případy. Na standardu ze 40 (100%) respondentů odpovědělo na stejnou otázku 29 (74%) respondentů před ostatními pacienty, 7 (18%) respondentů o samotě a 4 (8%) respondenti v položce jiné uvedli oba případy.

Graf 21 Ochota sestry pomoci respondentovi v případě potřeby



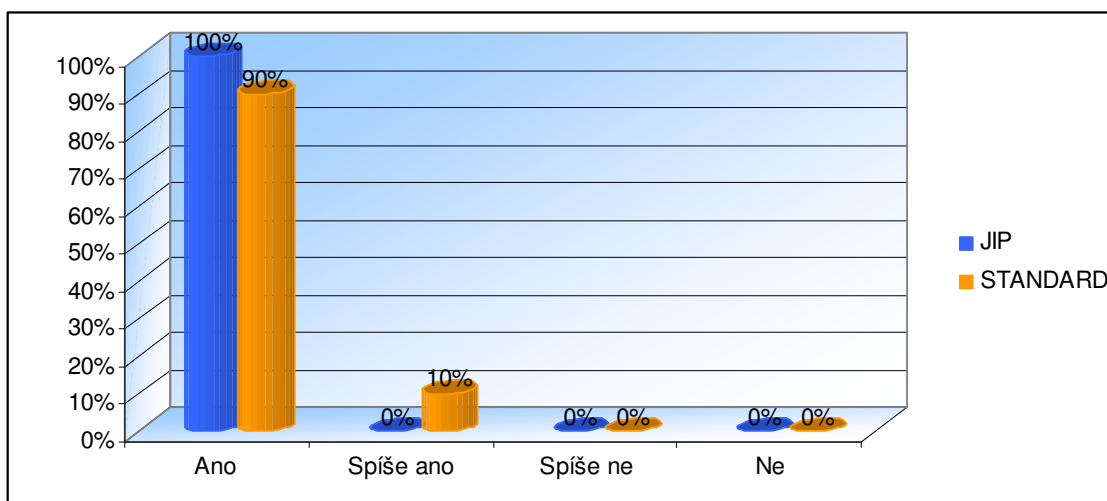
Na otázku č. 19 (graf 21) z 25 (100%) respondentů na JIP odpovědělo, zda jim je sestra ochotná pomoci v případě potřeby, všech 25 (100%) ano, na zbylé možnosti tedy nikdo neodpověděl. Na standardu ze 40 (100%) respondentů odpovědělo 38 (95%) respondentů ano, 2 (5%) respondenti spíše ano a 0 (0%) respondentů spíše ne, ne a nevím.

Graf 22 Pocit dostatku soukromí při provádění ošetrovatelské péče



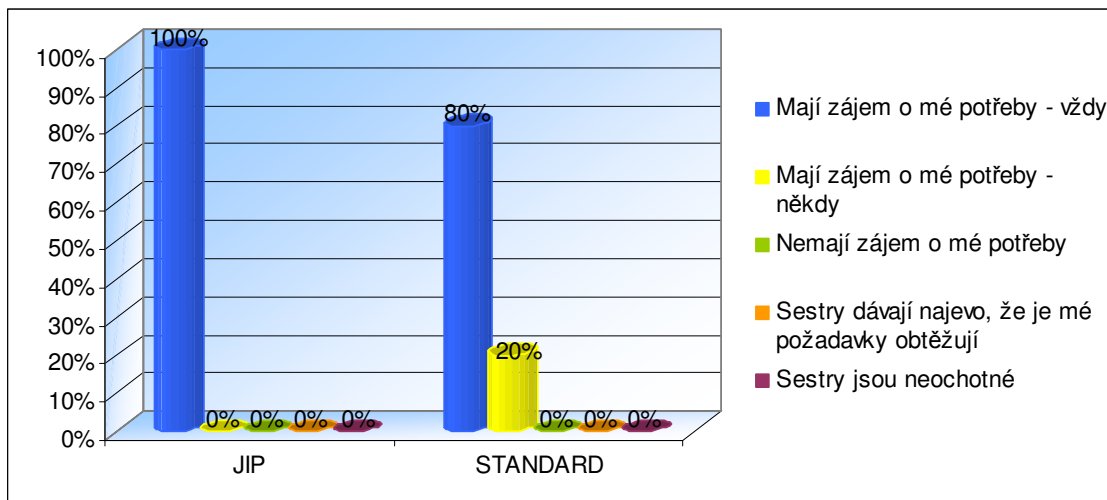
Na otázku č. 20 (graf 22) z 25 (100%) respondentů na JIP odpovědělo, zda cítí uží dostatek soukromí při provádění ošetrovatelské péče, 18 (72%) respondentů ano, 6 (24%) respondentů spíše ano, 1 (4%) respondent spíše ne a 0 (0%) respondentů ne. Na standardu ze 40 (100%) respondentů odpovědělo 25 (62%) respondentů ano, 13 (33%) respondentů spíše ano, 2 (5%) respondentů spíše ne a 0 (0%) respondentů ne.

Graf 23 Spokojenost respondentů s poskytovanou péčí na tomto oddělení



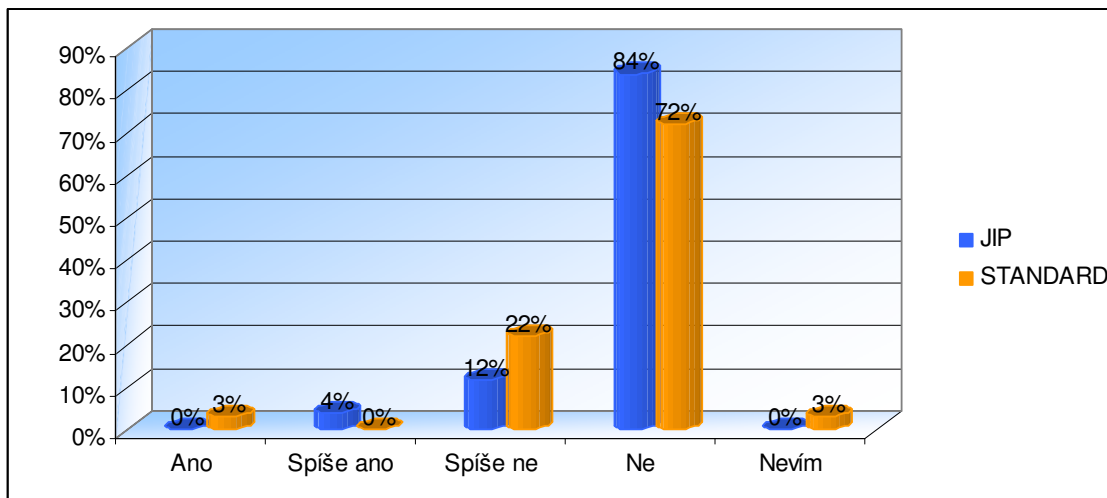
Na otázku č. 21 (graf 23) z 25 (100%) respondentů na JIP odpovědělo, zda jsou spokojeni s poskytovanou péčí na oddělení všech 25 (100%) ano, na zbylé možnosti tedy nikdo neodpověděl. Na standardu ze 40 (100%) respondentů odpovědělo 36 (90%) respondentů ano, 4 (10%) respondentů spíše ano a 0 (0%) respondentů spíše ne, ne a nevím.

Graf 24 Zájem sester o respondentovy potřeby



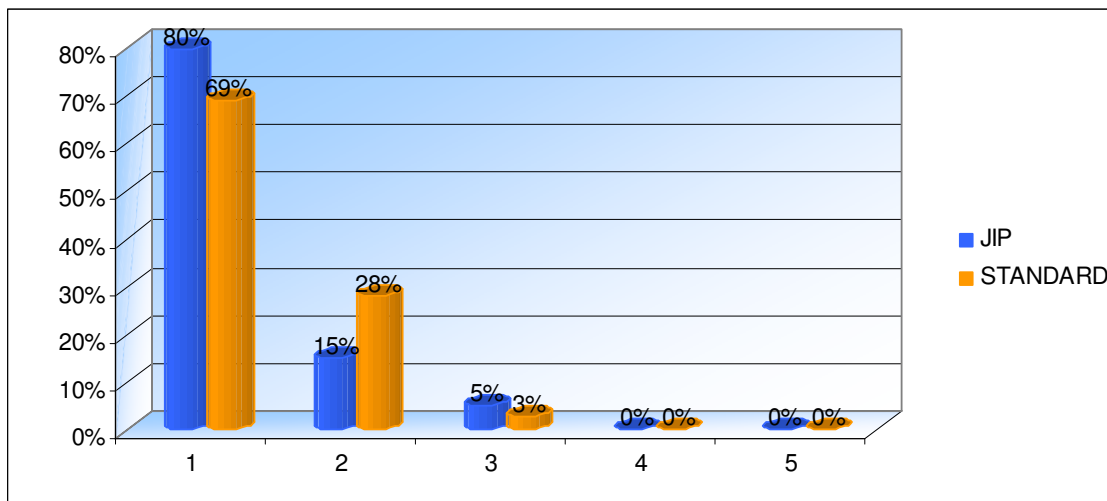
Na otázku č. 22 (graf 24) z 25 (100%) respondentů na JIP odpovědělo, zda si myslí, že sestry mají zájem o jejich potřeby všech 25 (100%) respondentů sestry mají zájem o mé potřeby – vždy, na zbylé možnosti odpovědělo 0 (0%) respondentů. Na standardu ze 40 (100%) respondentů odpovědělo 32 (80%) respondentů sestry mají zájem o mé potřeby – vždy, 8 (20%) respondentů sestry mají zájem o mé potřeby – někdy a na zbylé tři možnosti tedy odpovědělo 0 (0%) respondentů.

Graf 25 Pocit strachu z vyzrazení intimních informací během hospitalizace



Na otázku č. 23 (graf 25) z 25 (100%) respondentů na JIP odpovědělo, zda mají pocit strachu z vyzrazení intimních informací během hospitalizace, 21 (84%) respondentů ne, 3 (12%) respondenti spíše ne, 1 (4%) respondent ne a 0 (0%) respondentů ano a nevím. Na standardu ze 40 (100%) respondentů odpovědělo na tutéž otázku 29 (72%) respondentů ne, 9 (22%) respondentů spíše ne, 1 (3%) respondentů ano, 1 (3%) respondent nevím a 0 (0%) respondentů spíše ano.

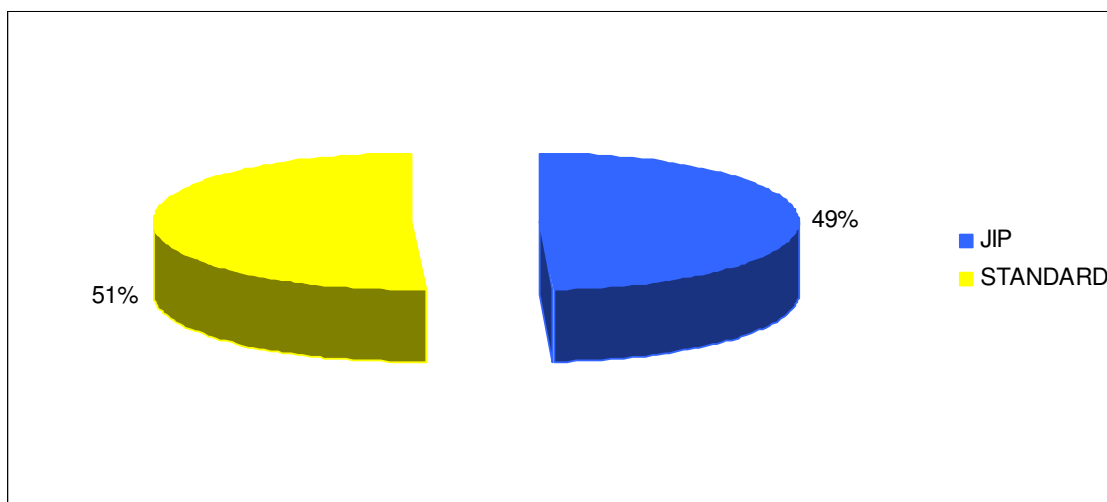
Graf 26 Srovnání péče o soukromí při hospitalizaci respondenta na STANDARDU s předchozí hospitalizací na JIP



Na standardu ze 40 (100%) respondentů oznámkovalo 32 (80%) respondentů respektování jejich soukromí sestrami při předchozí hospitalizaci na JIP známkou 1 (výborná péče o mé soukromí), 6 (15%) respondentů známkou 2, 2 (5%) respondenti známkou 3 a zbylé dvě možnosti nikdo neoznačil. Ze 40 (100%) respondentů oznámkovalo 28 (69%) respondentů nynější respektování jejich soukromí na standardu známkou 1 (výborná péče o mé soukromí), 11 (28%) respondentů známkou 2, 1 (3%) respondent známkou 3 a zbylé dvě možnosti tedy nikdo neoznačil.

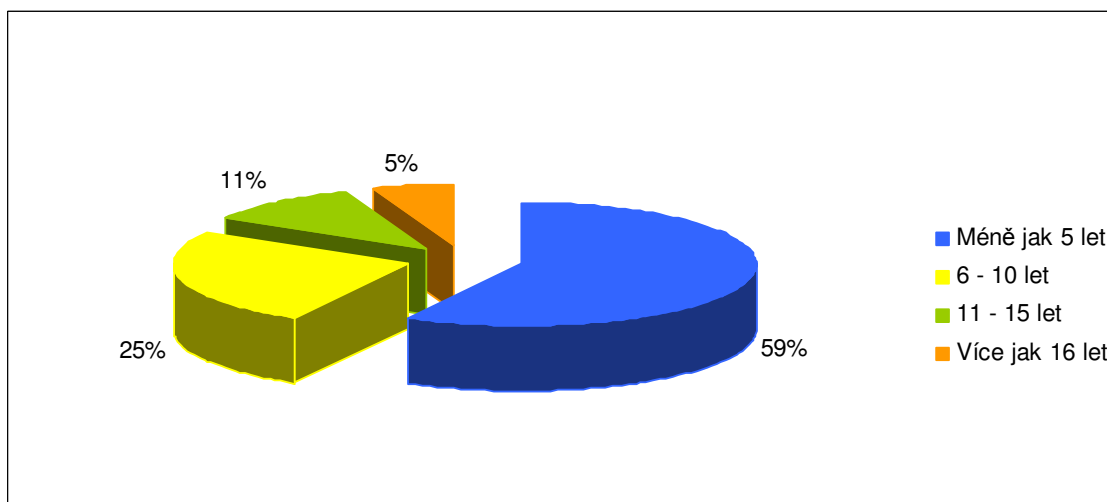
4.2 Dotazník pro sestry

Graf 27 Pracoviště



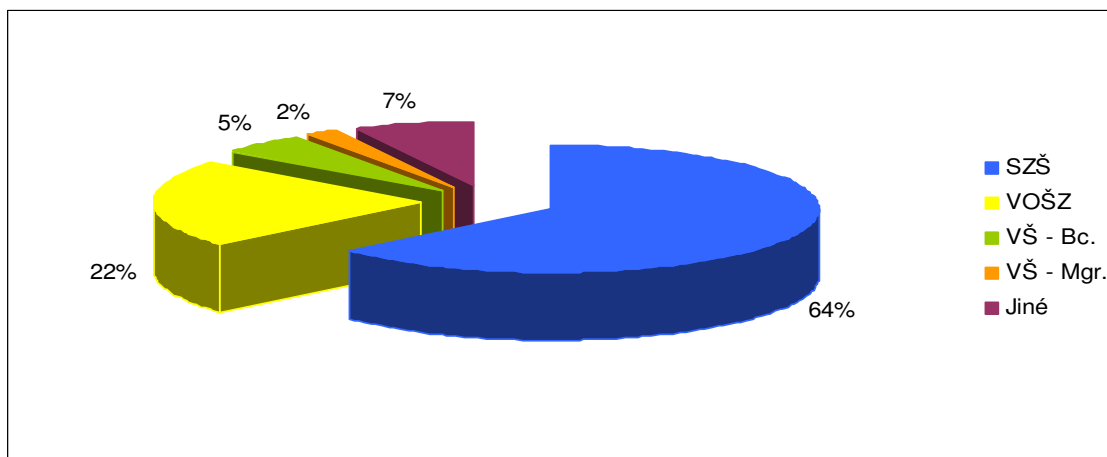
Z celkového počtu 55 (100%) sester bylo 27 (49%) sester z ortopedie – JIP a 28 (51%) sester z ortopedie – standardní oddělení.

Graf 28 Délka praxe



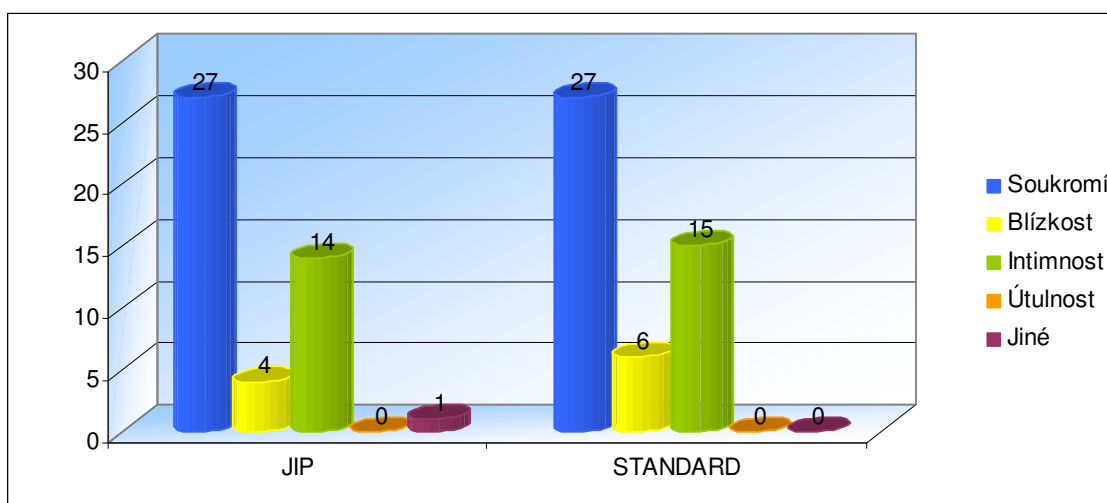
Z celkového počtu 55 (100%) sester je délka praxe u 32 (59%) sester méně jak 5 let, u 14 (25%) sester 6 – 10 let, u 6 (11%) sester 11 – 15 let a u 3 (5%) sester více jak 16 let.

Graf 29 Dosažené vzdělání



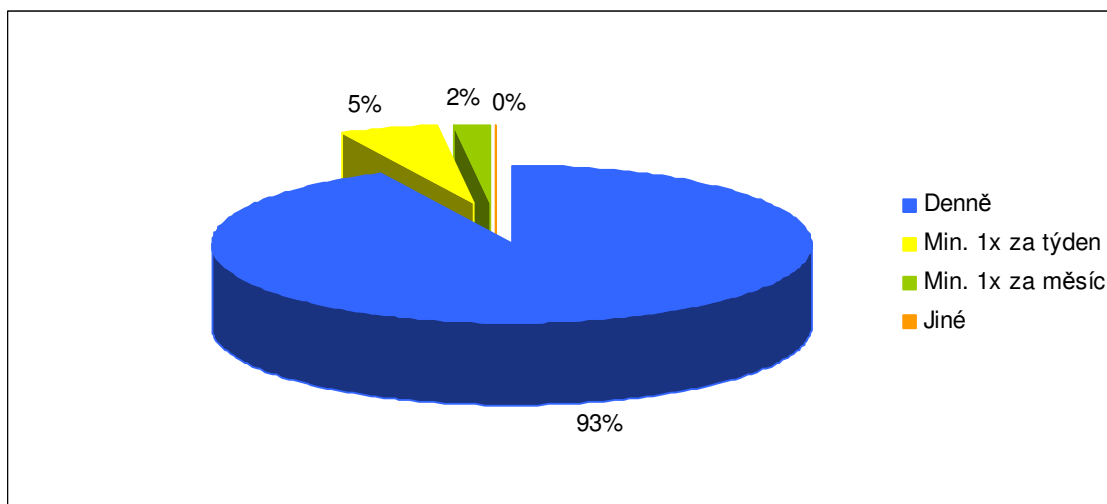
Z celkového počtu 55 (100%) sester má 35 (59%) sester SZŠ, 12 (22%) sester VOŠZ, 3 (5%) sestry VŠ – Bc., 1 (2%) sestra VŠ - Mgr. a na možnost jiné odpověděly 3 (5%) sestry SZŠ + specializace, 1 (2%) sestra VŠ – Bc. + specializace.

Graf 30 Představa sester o pojmu intimita



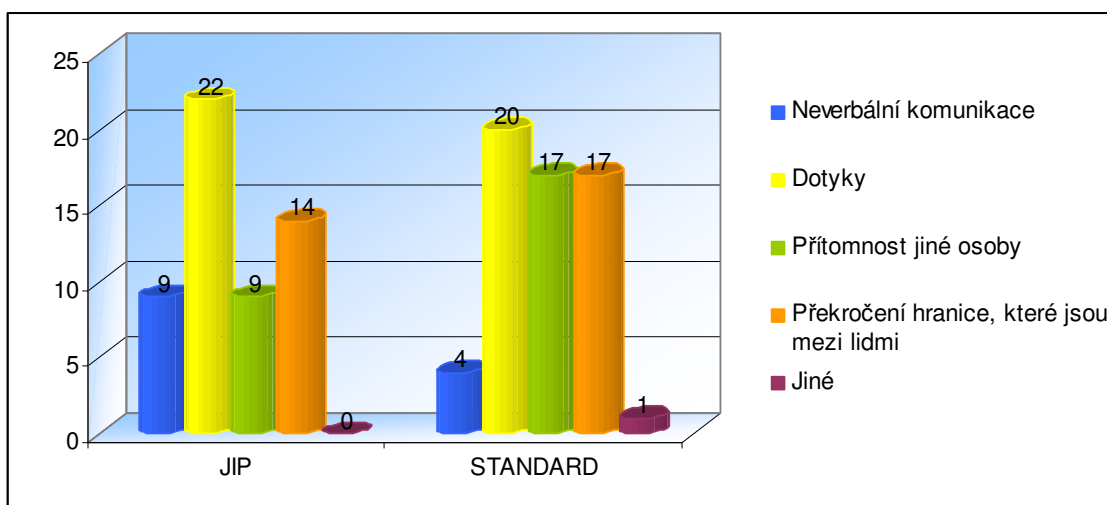
U otázky č. 4 (graf 30) mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 46 odpovědí na JIP si sestry pod pojmem intimita představují 27x soukromí, 14x intimnost, 4x blízkost, žádná sestra si pojmem intimita nepředstavuje útulnost a v možnosti jiné si 1x sestra představila záležitost osobní. Na standardu z celkového počtu 48 odpovědí si sestry pod pojmem intimita představují 27x soukromí, 15x intimnost, 6x blízkost a žádná sestra nezvolila útulnost a jinou možnost.

Graf 31 Ošetřování pacienta po TEP kyčle



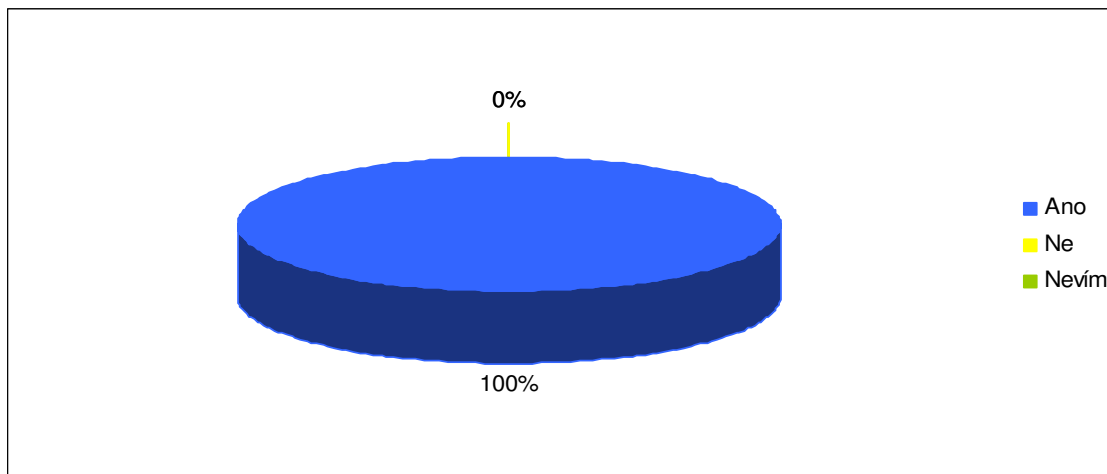
Z celkového počtu 55 (100%) sester 51 (93%) sester ošetřuje pacienta po TEP kyčle denně, 3 (5%) sestry min. 1x za týden, 1 (2%) sestra min. 1x za měsíc a možnost jiné žádná sestra nezvolila.

Graf 32 Oblasti, které dle názoru sester spadají do oblasti intimity z psychologického hlediska



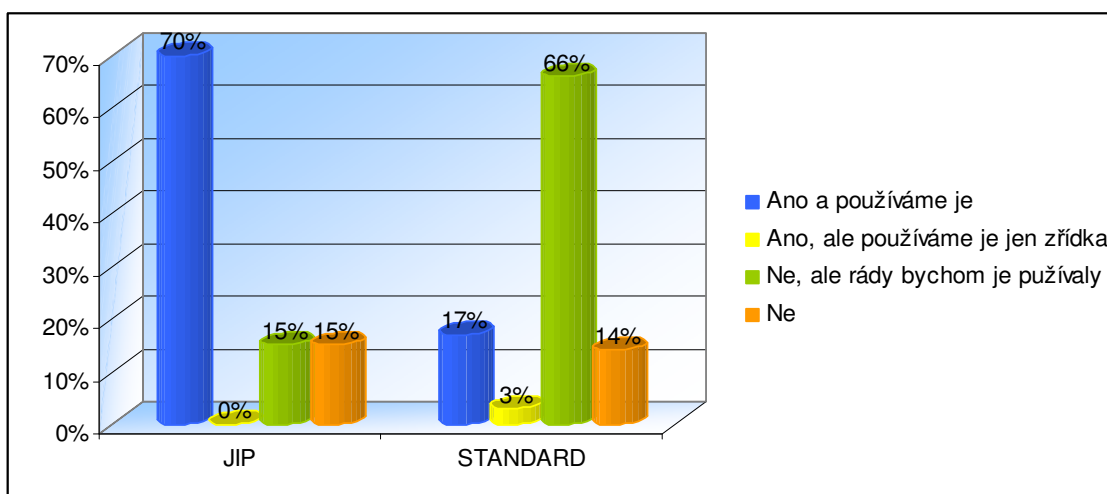
U otázky č. 6 (graf 32) mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 54 odpovědí si sestry myslí, že do oblasti intimity z psychologického hlediska spadají 22x dotyky, 14x překročení hranice, které jsou mezi lidmi, 9x neverbální komunikace, 9x přítomnost jiné osoby a žádná sestra nezvolila jinou možnost. Na standardu z celkového počtu 59 odpovědí si sestry myslí, že do oblasti intimity z psychologického hlediska spadají 20x dotyky, 17x překročení hranice, které jsou mezi lidmi, 17x přítomnost jiné osoby, 4x neverbální komunikace a v možnosti jiné 1x vypisování ošetřovatelské anamnézy.

Graf 33 Názor sester, zda má pacient právo, aby bylo maximálně respektováno jeho soukromí



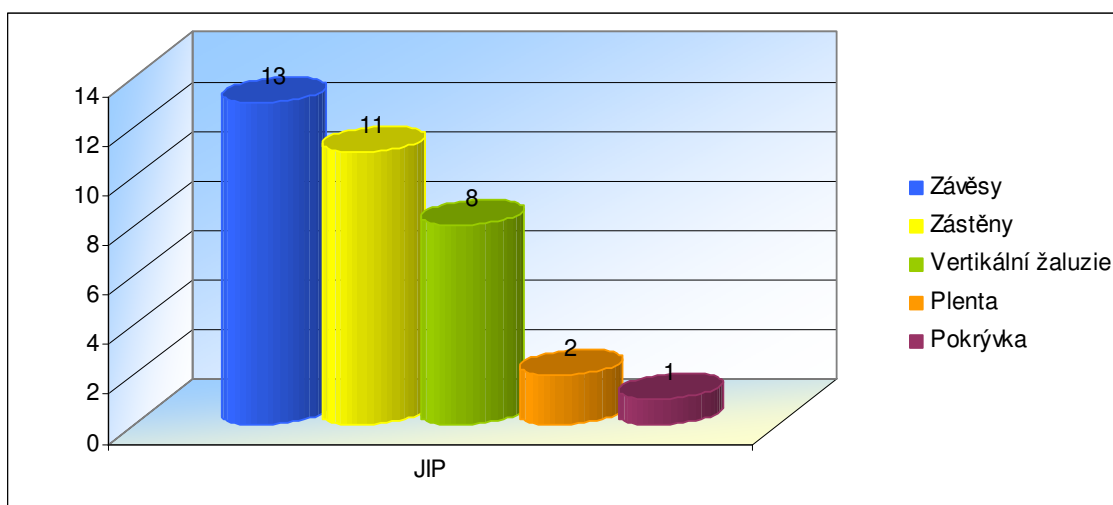
Z celkové počtu 55 (100%) sester si 55 (100%) sester myslí, že pacient má právo, aby bylo maximálně respektováno jeho soukromí, zbylé dvě možnosti tedy nikdo ne zvolil.

Graf 34 Dostatek pomůcek k zajištění soukromí pacienta



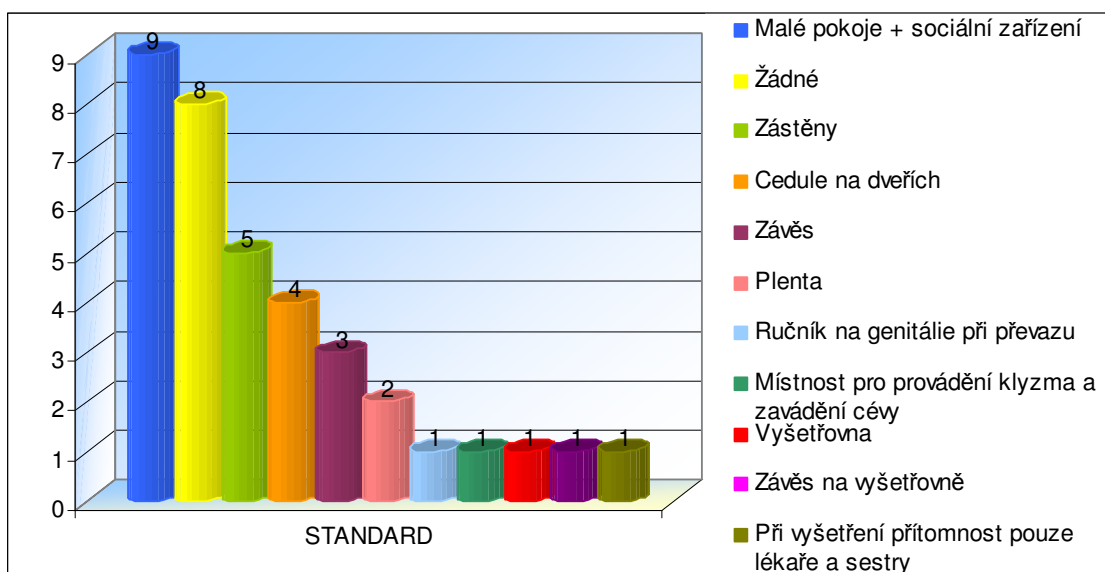
Na JIP z 27 (100%) sester odpovědělo na otázku, zda mají sestry na oddělení dostatek pomůcek k zajištění soukromí pacienta, 19 (70%) sester ano a používáme je, 4 (4%) sestry ne, ale rády bychom je používaly, 4 (4%) sestry ne a 0 (0%) sester ano, ale používáme je jen zřídka. Na standardu na tutéž otázku odpovědělo 19 (66%) sester ne, ale rády bychom je používaly, 5 (17%) sester ano a používáme je, 4 (14%) sester ne a 1 (3%) sestra ano, ale používáme je jen zřídka.

Graf 35 Pomůcky, které mají sestry k dispozici na oddělení k zajištění pacientovy intimity – JIP



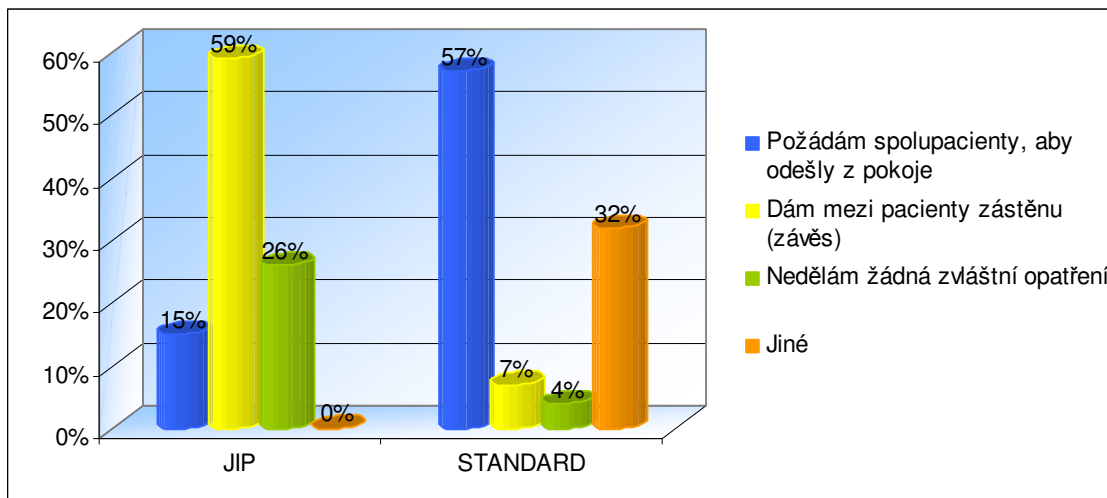
Na otázku č. 9 (graf 34) sestry odpovídaly vlastními slovy. Z celkového počtu 35 odpovědí na JIP sestry mají k dispozici na oddělení 13x závěsy, 11x zástěny, 8x vertikální žaluzie, 2x plenta a 1x pokrývka.

Graf 36 Pomůcky, které mají sestry k dispozici na oddělení k zajištění pacientovy intimity – STANDARD



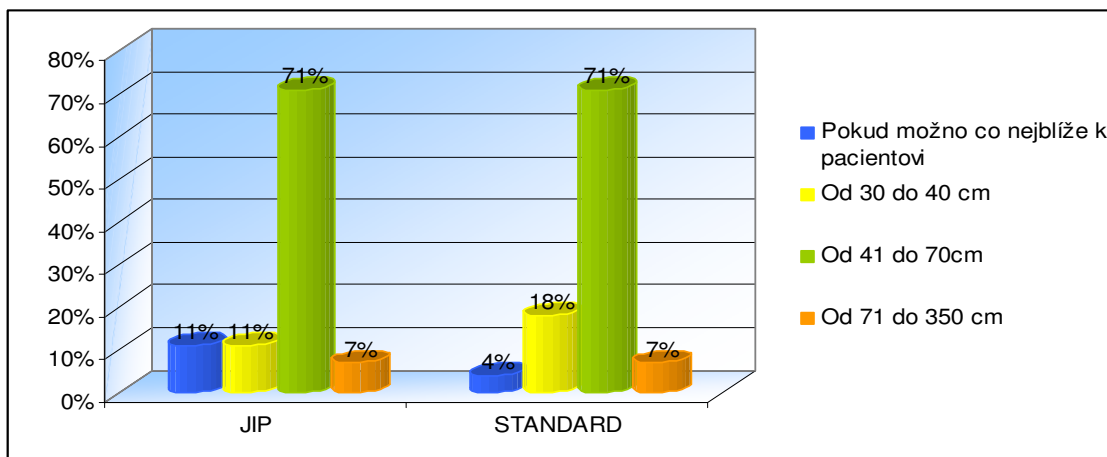
Na otázku č. 9 sestry odpovídaly vlastními slovy. Z celkového počtu 36 odpovědí na standardu sestry mají k dispozici na oddělení 9x malé pokoje + sociální zařízení, 8x žádné pomůcky, 5x zástěny, 4x cedule na dveřích (osazeno, cévkování, koupelna), 3x závěs, 2x plenta, 1x ručník na genitálie při převazu, 1x místnost pro provádění klyzma a zavádění cévy, 1x vyšetřovna, 1x závěs na vyšetřovně a 1x při vyšetření přítomnost pouze lékaře a sestry.

Graf 37 Komunikace sestry s pacientem o citlivých věcech



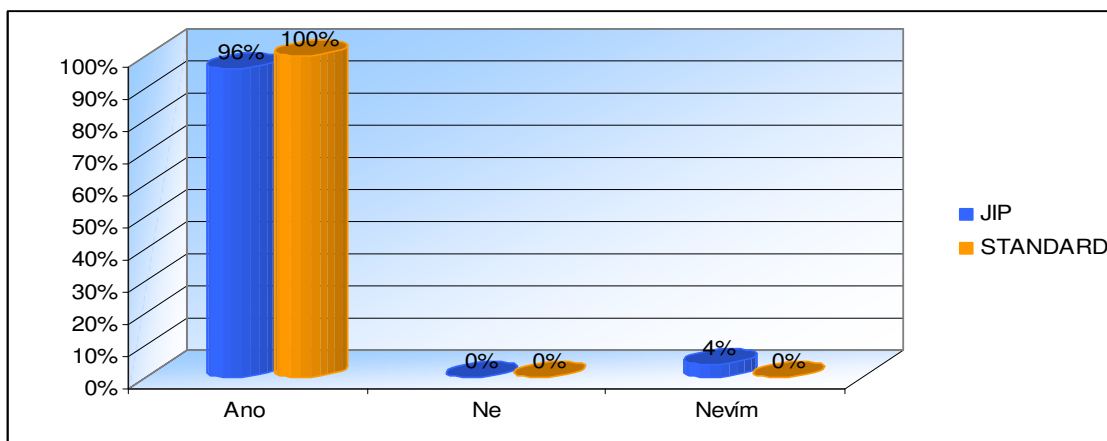
Na JIP z 27 (100%) sester odpovědělo na otázku, jak se zachováte v případě, že si s Vámi pacient potřebuje promluvit o citlivých věcech, 16 (59%) sester dá mezi pacienty zástěnu, 7 (26%) sester nedělá žádná zvláštní opatření, 4 (15%) sestry požádají spolupacienty, aby odešli z pokoje a možnost jiné ne zvolila žádná sestry. Na standardu na tutéž otázku z 28 (100%) odpovědělo 16 (57%) sester, že požádá spolupacienty, aby odešli z pokoje, 2 (7%) sestry dá mezi pacienty zástěnu, 1 (4%) sestra nedělá žádná zvláštní opatření a na možnost jiné odpovědělo 9 (32%) sester, že vyhledá s pacientem soukromí v jiné místnosti.

Graf 38 Vzdálenost při vedení rozhovoru s pacientem



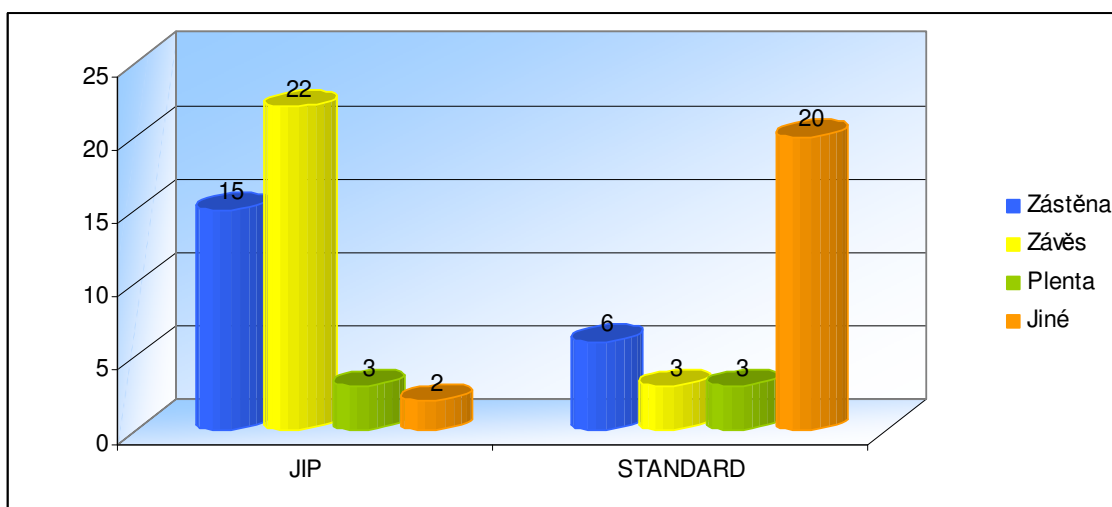
Na JIP z 27 (100%) sester odpovědělo na otázku, v jaké vzdálenosti je vhodné vést rozhovor s pacientem, 19 (71%) sester od 41 do 70 cm, 3 (11%) sestry od 30 do 40 cm, 3 (11%) sester pokud možno co nejbliže k pacientovi a 2 (7%) sestry od 71 do 350 cm. Na tutéž otázku z celkového počtu 28 (100%) sester na standardu odpovídalo 19 (71%) sester od 41 do 70 cm, 5 (18%) sester od 30 do 40 cm, 2 (7%) od 71 do 350 cm a 1 (4%) sestra pokud možno co nejbliže k pacientovi.

Graf 39 Názor sester, zda je v Etickém kodexu zmíněna intimita



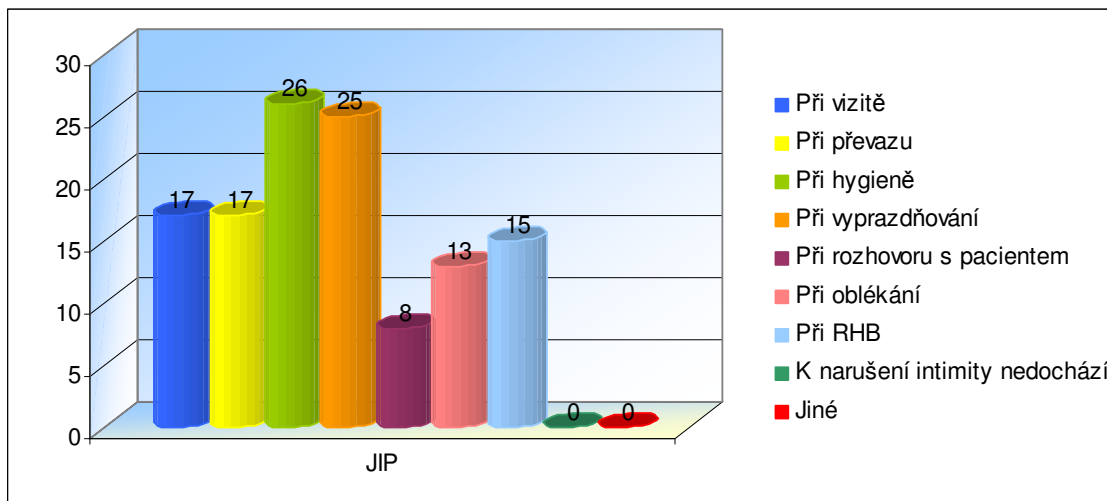
Na JIP z 27 (100%) sester na JIP odpovědělo na otázku, zda je v Etickém kodexu práv pacientů zmíněna intimita, 26 (96%) sester ano, 1 (4%) sestra nevím a 0 (0%) ne. Na standardu na tutéž otázku odpovědělo všech 28 (100%) sester ano a na zbylé dvě možnosti tedy žádná sestra neodpověděla.

Graf 40 Pomůcky, které sestry používají při ošetrovatelských výkonech k zajištění intimity u pacienta po TEP kyčle



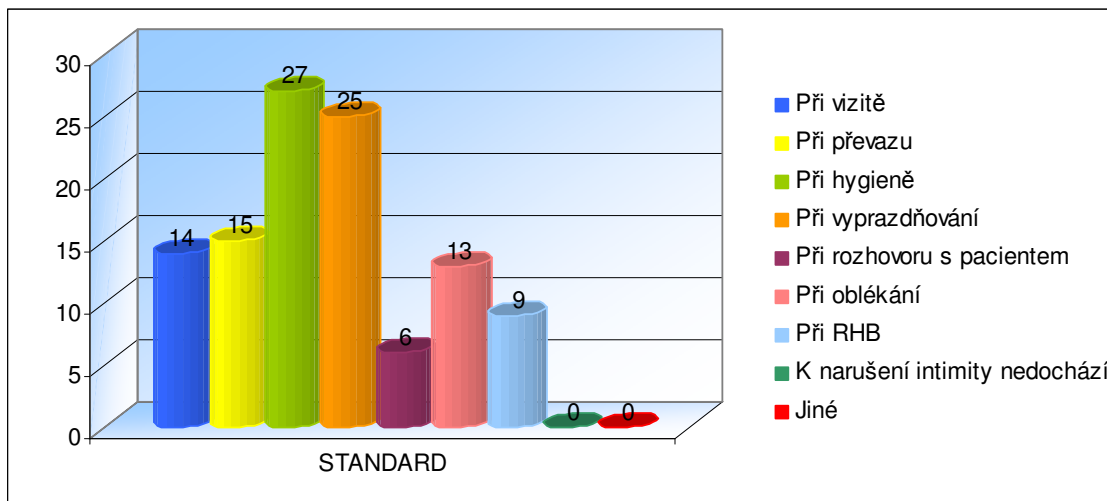
U otázky č. 13 mohly sestry označit více odpovědí. Na JIP z celkového počtu 42 odpovědí, jaké pomůcky používají sestry při ošetrovatelských výkonech k zajištění intimity u pacienta po TEP kyčle, označily sestry 22x závěs, 15x zástěna, 3x plenta, v možnosti jiné 1x žaluzie a 1x ručník na genitálie. Na standardu z celkového počtu 32 odpovědí na tutéž otázku označily sestry 6x zástěna, 3x závěs, 3x plenta a v možnosti jiné 16x žádné, 2x cedulka na dveřích, 1x ručník na genitálie a 1x sestra poprosí spolupacienty, aby otočili hlavu nebo odešli z pokoje.

Graf 41 Případy, kdy může nejčastěji docházet k narušení intimity u pacienta po TEP kyčle – JIP



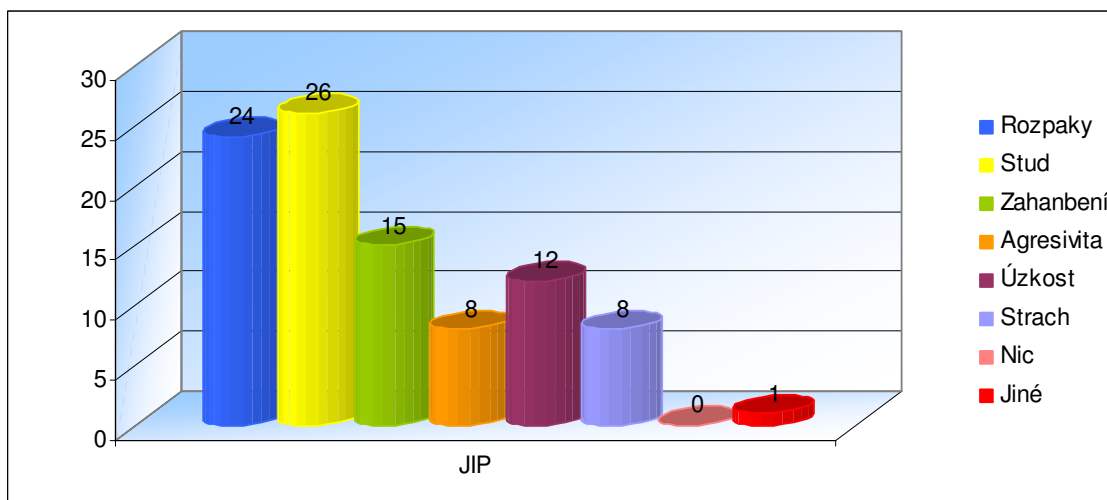
U otázky č. 14 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 121 odpovědí si sestry na JIP myslí, že nejčastěji může docházet k narušení intimity u pacienta po TEP kyčle 26x při hygieně, 25x při vyprazdňování, 17x při vizitě, 17x při převazu, 15x při RHB, 13x při oblékání, 8x při rozhovoru s pacientem, možnost jiné a že k narušení intimity nedochází, neoznačila žádná sestra.

Graf 42 Případy, kdy může nejčastěji docházet k narušení intimity u pacienta po TEP kyčle – STANDARD



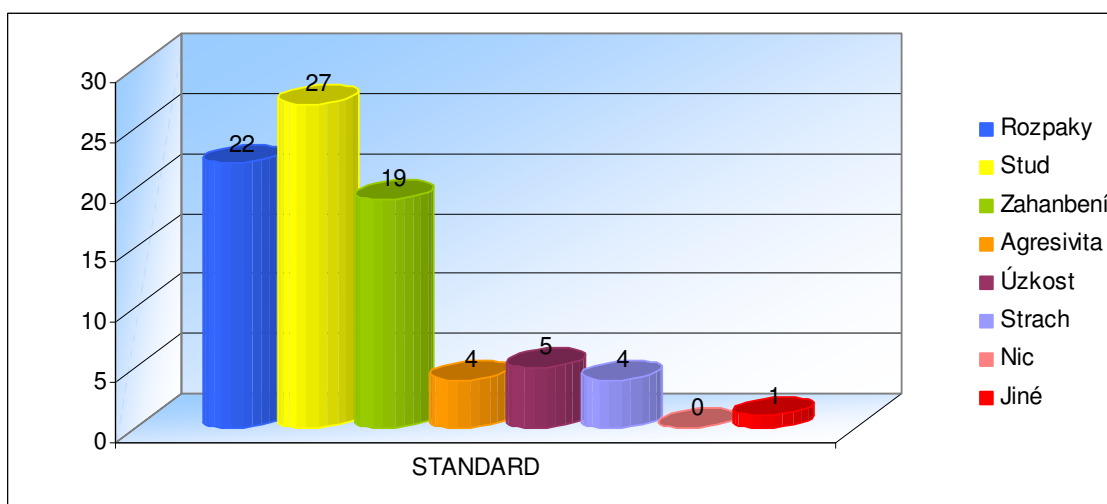
U otázky č. 14 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 109 odpovědí si sestry na standardu myslí, že nejčastěji může docházet k narušení intimity u pacienta po TEP kyčle 27x při hygieně, 25x při vyprazdňování, 15x při převazu, 14x při vizitě, 13x při oblékání, 9x při RHB, 6x při rozhovoru s pacientem, možnost jiné a že k narušení intimity nedochází, neoznačila žádná sestra.

Graf 43 Možné reakce pacienta při narušení intimity – JIP



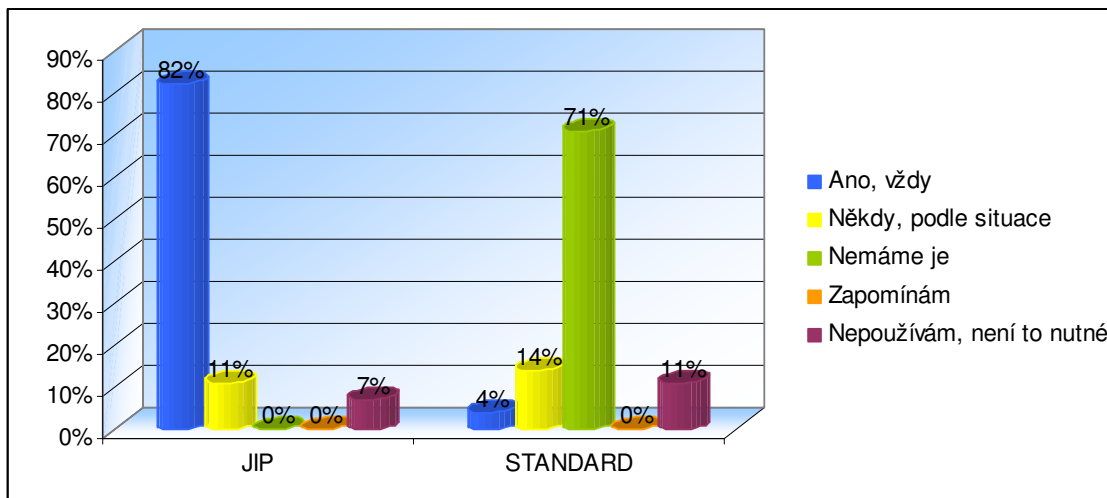
U otázky č. 15 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 94 odpovědí si sestry na JIP myslí, že nejčastější reakce pacienta při narušení intimity mohou být 26x stud, 24x rozpaky, 15x zahanbení, 12x úzkost, 8x agresivita, 8x strach, 0x nic a jiné 1x si setra myslí, že je to individuální dle povahy člověka.

Graf 44 Možné reakce pacienta při narušení intimity – STANDARD



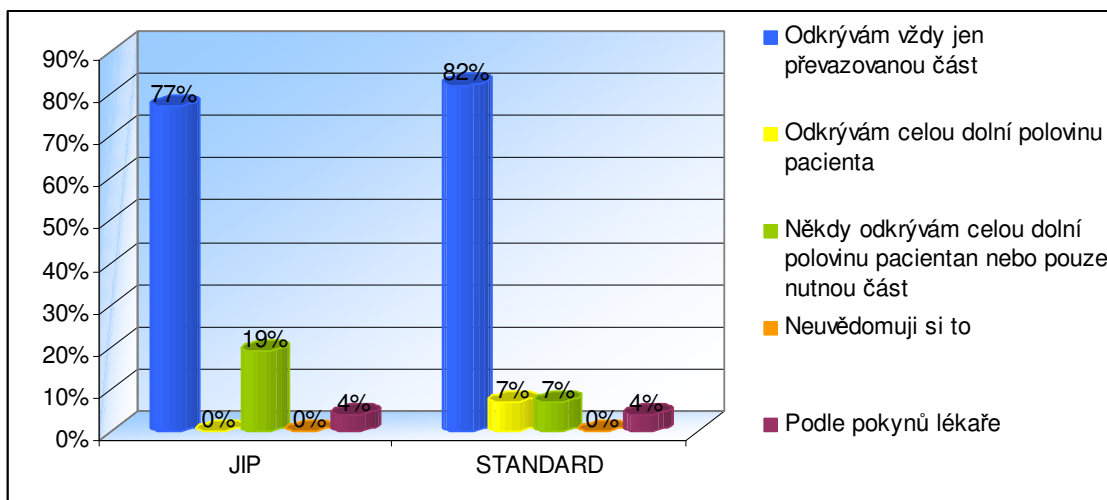
U otázky č. 15 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 82 odpovědí si sestry na JIP myslí, že nejčastější reakce pacienta při narušení intimity mohou být 27x stud, 22x rozpaky, 19x zahanbení, 5x úzkost, 4x agresivita, 4x strach, 0x nic a jiné 1x zlost.

Graf 45 Používání zástěn při provádění hygienické péče u pacienta po TEP kyčle



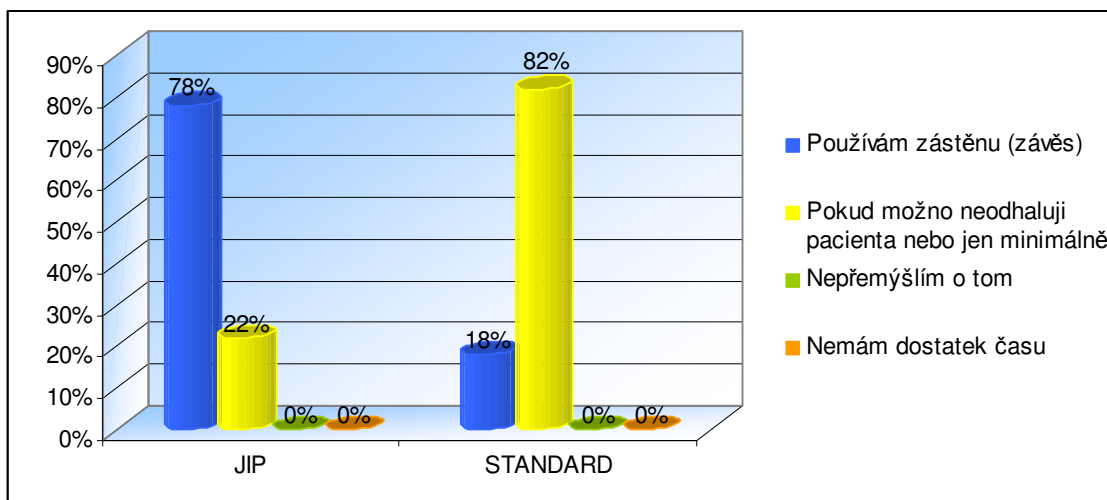
Na JIP z 27 (100%) sester odpovědělo na otázku, zda při provádění hygienické péče u pacienta po TEP kyčle používají zástěny, 22 (82%) sester ano, vždy, 3 (11%) sestry někdy, podle situace, 2 (7%) sestry nepoužívám, není to nutné a zbylé dvě možnosti žádná sestra ne zvolila. Na standardu na tutéž otázku odpovědělo z 28 (100%) sester 20 (71%) sester nemáme je, 4 (14%) sestry někdy, podle situace, 3 (11%) sestry nepoužívám, není to nutné a 0 (0%) sester zapomínám.

Graf 46 Postup při převazu u pacienta po TEP kyčle



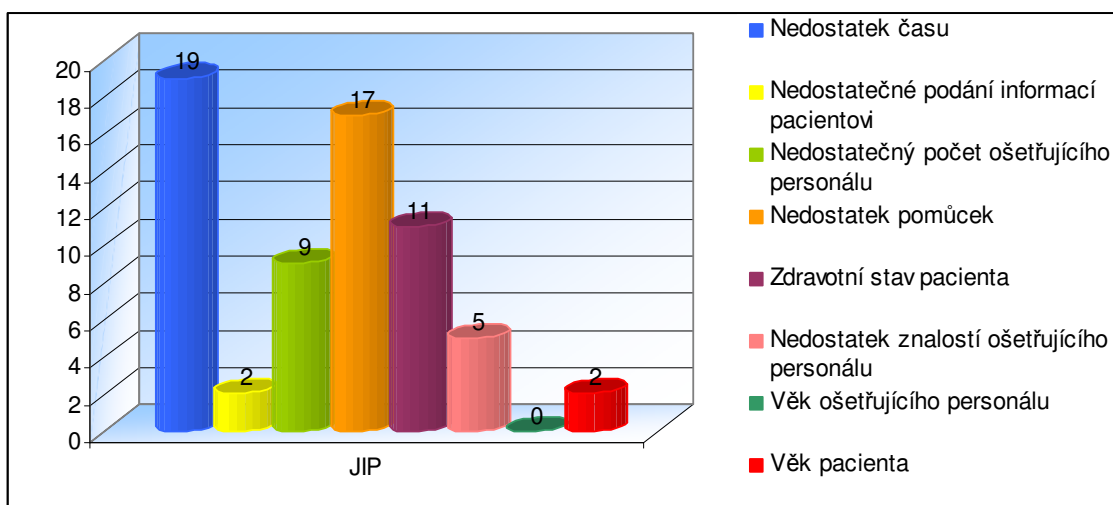
Na JIP z 27 (100%) sester odpovědělo na otázku, jak postupují při převazu u pacienta po TEP kyčle, 21 (77%) sester odkrývám vždy jen převazovanou část, 5 (19%) někdy odkrývám celou dolní polovinu pacienta a nebo pouze nutnou část, 1 (4%) sestra podle pokynů lékaře a na zbylé dvě možnosti neodpověděla žádná sestra. Na standardu na tutéž otázku odpovědělo z 28 (100%) sester 22 (82%) sester odkrývám vždy jen převazovanou část, 2 (7%) sestry odkrývám celou dolní polovinu těla, 2 (7%) sestry někdy odkrývám celou dolní polovinu pacienta a nebo pouze nutnou část, 1 (4%) sestra podle pokynů lékaře a 0 (0%) sester neuvědomuji si to.

Graf 47 Ochrana pacientovy intimity při vyprazdňování na lůžku



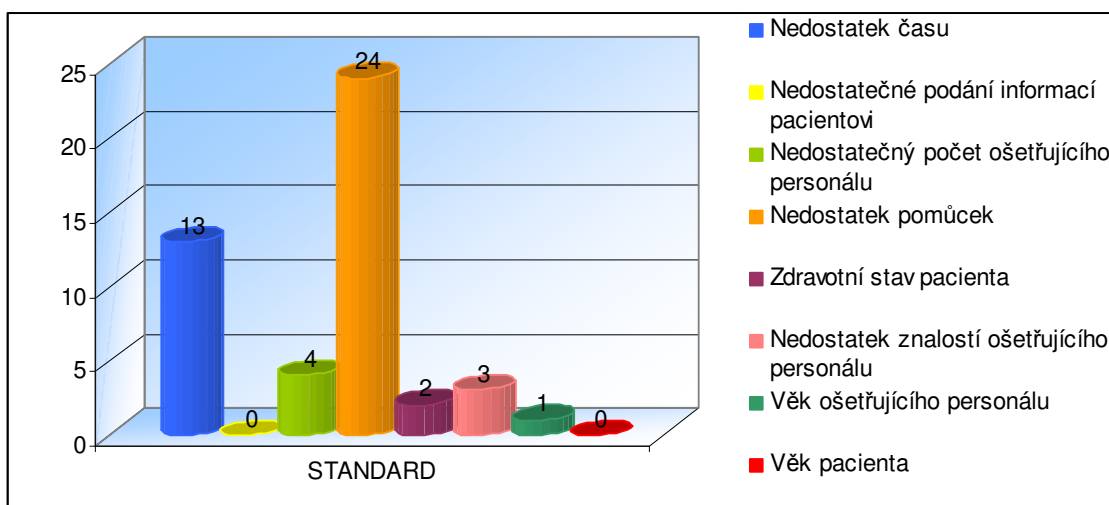
Na JIP z 27 (100%) sester odpovědělo na otázku, jakým způsobem chrání intimitu pacienta při vyprazdňování na lůžku, 21 (78%) sester používám zástěnu (závěs), 6 (22%) sester pokud možno neodhaluji pacienta nebo jen minimálně a 0 (0%) sester nepřemýšlím o tom a 0 (0%) sester nemám dostatek času. Na standardu na tutéž otázku odpovědělo z 28 (100%) sester 23 (82%) pokud možno neodhaluji pacienta nebo jen minimálně, 5 (18%) používám zástěnu, 0 (0%) nepřemýšlím o tom a 0 (%) nemám dostatek času.

Graf 48 Faktory, které přispívají k tomu, že sestry nezajišťují dostatečně pacientovu intimitu



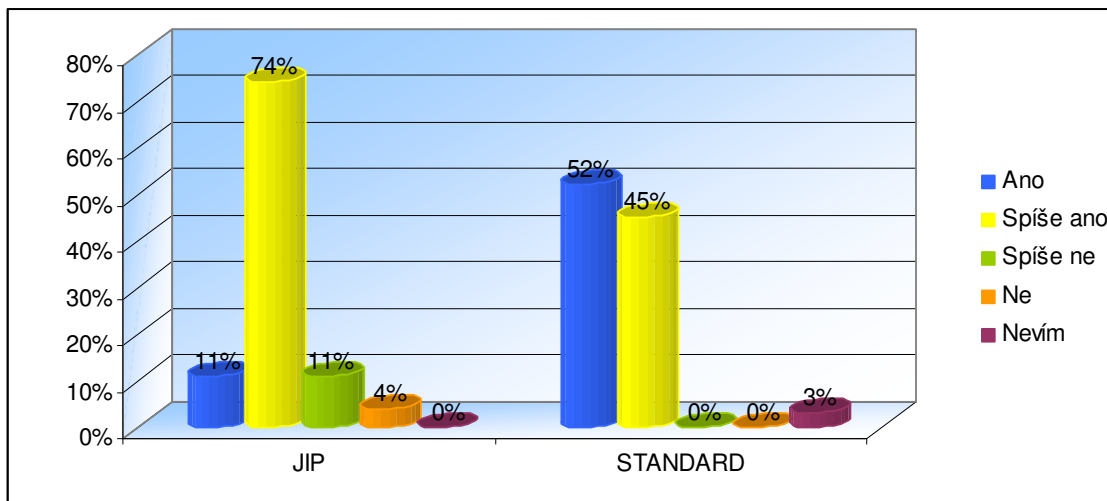
U otázky č. 19 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 47 odpovědí dle názoru sester na JIP, faktory, které mohou přispívat k tomu, že sestry nezajišťují dostatečně pacientovu intimitu, označily sestry 24x nedostatek pomůcek, 13x nedostatek času, 4x nedostatečný počet ošetřujícího personálu, 3x nedostatek znalostí ošetřujícího personálu, 1x věk pacienta a zbylé dvě možnosti neoznačila žádná sestra.

Graf 49 Faktory, které přispívají k tomu, že sestry nezajišťují dostatečně pacientovu intimitu



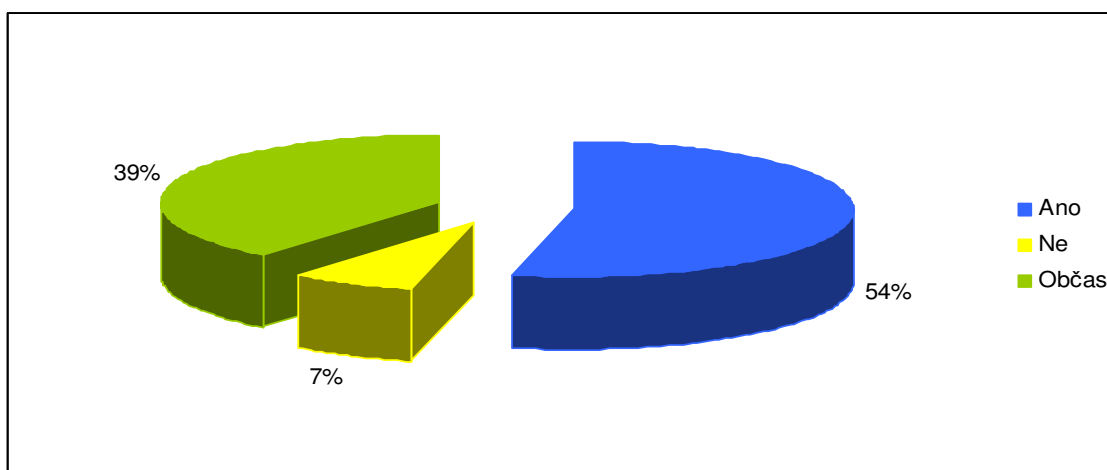
U otázky č. 19 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 47 odpovědí dle názoru sester na standardu, faktory, které mohou přispívat k tomu, že sestry nezajišťují dostatečně pacientovu intimitu, označily sestry 19x nedostatek času, 17x nedostatek pomůcek, 11 zdravotní stav pacienta, 9x nedostatečný počet ošetřujícího personálu, 5x nedostatek znalostí ošetřujícího personálu, 2x nedostatečné podání informací pacientovi, 2x věk pacienta a 0x věk ošetřujícího personálu.

Graf 50 Názor sester, zda si dokáží vymezit dostatek na času, potřebuje-li si pacient promluvit



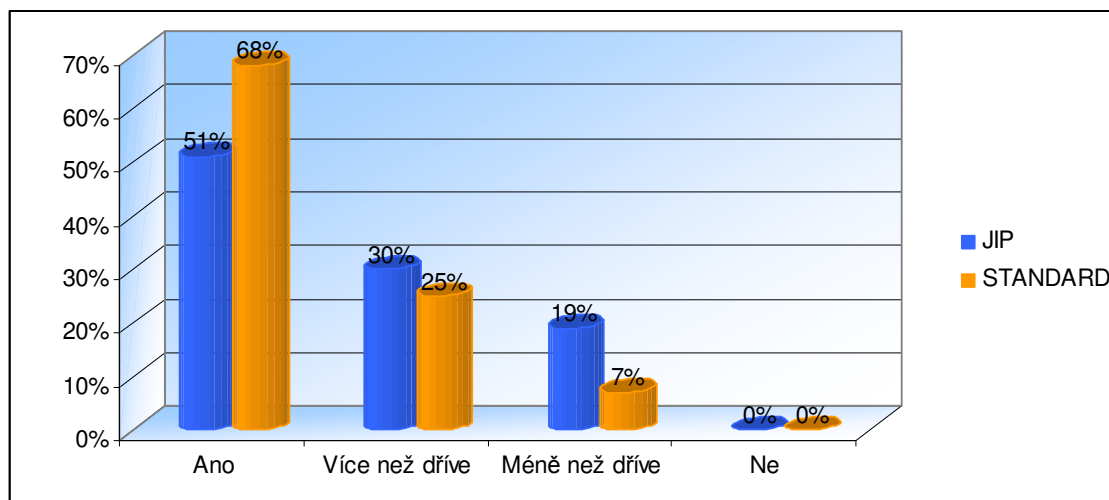
Na JIP z 27 (100%) sester odpovědělo na otázku, zda si dokáží vymezit dostatek času, pokud si pacient potřebuje promluvit, 20 (74%) sester spíše ano, 3 (11%) sester ano, 3 (11%) sester spíše ne, 1 (4%) sestra ne a 0 (0%) sester nevím. Na standardu na tutéž otázku odpovědělo z 28 (100%) sester, 15 (53%) sester ano, 12 (43%) sester spíše ano, 1 (3%) sestra nevím a 0 (0%) spíše ne a 0 (0%) ne.

Graf 51 Klepání na dveře vždy před vstupem na pokoj - STANDARD



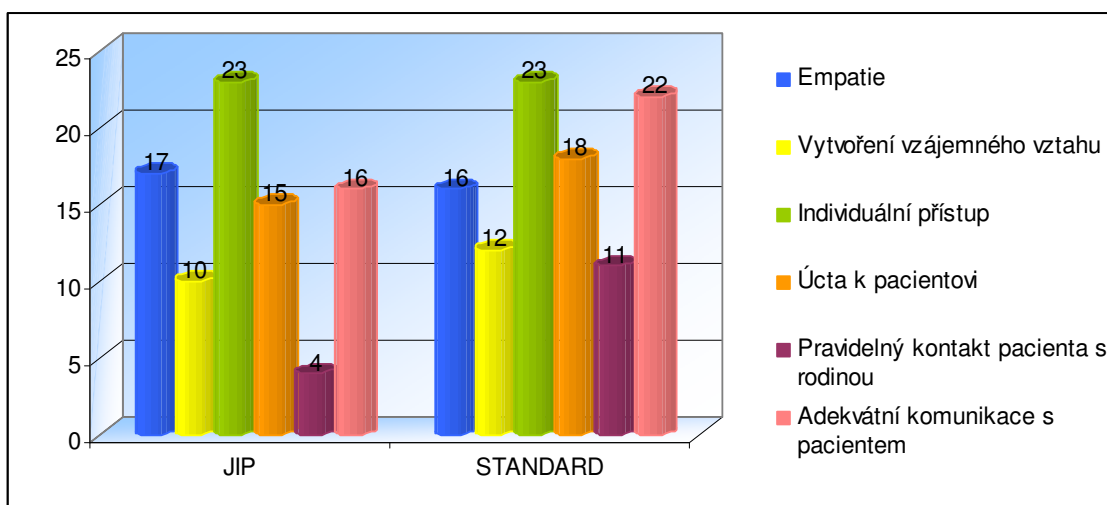
Z celkového počtu 60 (100%) sester na standardu, odpovědělo na otázku, zda klepou na dveře vždy před vstupem na pokoj, 15 (54%) sester ano, 11 (39%) sester občas a 2 (7%) sestry ne.

Graf 52 Schopnost sestry vcítit se do pacientova prožívání



Na JIP z 27 (100%) sester odpovědělo na otázku, zda jsou schopny se vcítit do pacientova prožívání, 14 sester (51%) ano, 8 (30%) sester více než dříve, 5 (19%) méně než dříve a 0 (0%) sester ne. Na standardu z 28 (100%) sester odpovědělo 19 (68%) sester ano, 7 (25%) více než dříve, 2 (7%) sester méně než dříve a 0 (0%) sester ne.

Graf 53 Názory sester, co je nejdůležitější při ošetřování pacienta po TEP kyčle v oblasti psychosociální



U otázky č. 23 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 85 odpovědí na JIP si sestry myslí, že při ošetřování pacienta po TEP kyčle je v oblasti psychosociální nejdůležitější 23x individuální přístup, 17x empatie, 16x adekvátní komunikace s pacientem, 15x úcta k pacientovi, 10x vytvoření vzájemného vztahu a 4x pravidelný kontakt pacienta s rodinou. Na standardu z celkového počtu odpovědí 102 si sestry myslí, že při ošetřování pacienta po TEP kyčle je v oblasti psychosociální nejdůležitější 23x individuální přístup, 22x adekvátní komunikace s pacientem, 18x úcta k pacientovi, 16x empatie, 12x vytvoření vzájemného vztahu a 11x pravidelný kontakt pacienta s rodinou.

5. Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na zajištění intimity u pacientů po operaci totální endoprotézy. V diskuzi nemůžeme porovnávat výzkum s literaturou, jelikož literatury kde by se autor zmiňoval o intimitě či o soukromí po výkonu je velmi málo.

Výzkumné šetření bylo prováděno v Nemocnici České Budějovice, a.s., Nemocnici Šumperk, a.s., ve Fakultní nemocnici Olomouc, ve Vojenské nemocnici Olomouc a to na JIP a standardních odděleních. Dotazníky byly vytvořeny pro sestry i pro pacienty. Bylo rozdáno 90 dotazníků pro pacienty a 80 dotazníků pro sestry. K výzkumu bylo použito 65 dotazníků pro pacienty a 55 dotazníků pro sestry.

K potvrzení první hypotézy, pacienti po operaci totální endoprotézy vyjadřují vyšší spokojenost se zajištěním intimity na JIP než na standardním oddělení, se vztahují otázky č. 5, 6, 8, 10, 12, 14, 20, 23, 24, kdy zkoumaný soubor je rozdělen na pacienty hospitalizované na JIP a standardních odděleních a porovnáván.

Otázka č. 5 (graf 5 a graf 6) se týkala pojmu intimita, a co si pod ním pacienti představují. Odpovědi se různily, jelikož pacienti měli možnost vyjádřit svůj názor. Pod pojem intimita si 17 pacientů na JIP a 25 pacientů na standardním oddělení představuje soukromí a je tedy zřejmé, že se ve svých představách o pojmu intimita ve většině shodují. Avšak 3 pacienti na JIP a 7 pacientů na standardu nevědělo, co si mají pod pojmem intimita představit. Mates (21) uvádí, že pojem soukromí vyjadřuje něco, jež je součástí jedince a musí být neodmyslitelně respektováno.

Otázka č. 6 (graf 7) se zabývala přítomností zástěn (závěsů) na pokoji pacientů, a zda je sestry používaly k zajištění jejich soukromí. Pacienti na JIP odpověděli v 96%, že si všimli přítomnosti zástěn (závěsů) na pokoji, z toho je v 92% sestry používaly a ve 4% je sestry používaly pouze občas. Pacienti na standardu si všimli přítomnosti zástěn (závěsů) v 13% a z toho je ve všech 13% sester používaly. Z uvedených výsledků je zřejmé, že sestry na JIP mají k dispozici více prostředků k zajištění pacientovy intimity než na standardu.

Otázka č. 8 (graf 9) se zabývala názorem respondentů, zda je sestry např. při převazu odhalovaly déle, než bylo nutné. Na JIP 2 pacienti odpověděli ano a na

standardním oddělení také 2 pacienti odpověděli ano. Následující otázka č. 9 byla zaměřena na to, jestli jsou pacienti schopni ohradit se proti takovému jednání, jestliže na předchozí otázku (graf 9) odpověděli ano. Všichni pacienti na JIP i standardu odpověděli ano, že jsou schopni se proti takovému jednání ohradit. Navázání vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem je velmi důležité, pacient získá větší důvěru k sestře a je tak schopen říci sestře, že mu nadměrné odhalování není příjemné a i jeho pocit studu se při odhalování alespoň zčásti může eliminovat.

Z výsledků grafu 11 (otázka č. 10) je patrné, že dle názoru pacientů, zda sestry odhalují při podkládání podložní mísy jen ty části, které jsou nezbytně nutné, na JIP uvedlo 96% pacientů ano, 4% pacientů ne a možnost občas nikdo neuvedl. Na standardu z výsledků ze stejného grafu uvedlo 89% pacientů ano, 8% pacientů ne a 3% pacientů občas. Můžeme se tedy domnívat, že na JIP jsou pacienti méně odhalováni při podkládání podložní mísy, než-li pacienti na standardu. Zacharová (36) uvádí, že velkým zásahem do soukromí nemocného je obnažování, a to jak v ordinaci, tak na pokoji před ostatními spolupacienty, a vykonávání základních hygienických a vyprazdňovacích potřeb na pokoji.

Otázka č. 12 (graf 13) byla zaměřena na zjištění názoru pacientů, zda sestry berou ohledy na respektování jejich soukromí. Pacienti měli možnost oznámkovat péči o své soukromí známkou jako ve škole. Na JIP 72% pacientů oznámkovalo péči o své soukromí známkou 1, 28% známkou 2 a zbylé možnosti nikdo neuvedl. Na standardu oznámkovalo péči o své soukromí 69% pacientů známkou 1, 28% pacientů známkou 2, 3% pacientů známkou 3, na ostatní možnosti nikdo neodpověděl. Z uvedených výsledků je zřejmé, že sestry na JIP dle názoru pacientů více respektují jejich soukromí.

U otázky č. 14 (graf 15 a 16) jsme zjišťovali, při jakých situacích nabídla sestra pacientovi zástěnu (závěs). U této otázky mohli pacienti označit více odpovědí. Nejčastěji pacienti na JIP uváděli, že jim sestra nabídla zástěnu při hygieně na lůžku (22x), při vyprazdňování na lůžku (19x) a při převazu (12x). Pouze 1x pacient uvedl pacient, že mu ji sestra nenabídla. Zatímco na standardu pacienti nejčastěji uváděli, že jim sestra zástěnu nenabídla (36x), ale pokud ji nabídla, tak nejčastěji při vyprazdňování na lůžku (6x), při hygieně na lůžku (2x) a při převazu (2x). Uvedené výsledky nám tedy

naznačují, že sestry a JIP nabízely zástěnu (závěs) pacientům ve většině případů. Můžeme se však domnívat, že sestry na standardu nemají k dispozici dostatek pomůcek, a proto je nemohou pacientovi nabídnout.

V otázce č. 20 (graf 22) jsme zjišťovali, zda pacient pocítuje dostatek soukromí při provádění ošetrovatelské péče. Na JIP uvedlo 72% pacientů ano, 24% pacientů spíše ano, 4% pacientů spíše ne a nikdo neuvedl ne. Na standardu uvedlo 62% pacientů ano, 33% spíše ano, 5% spíše ne a nikdo neuvedl ne. Z uvedených výsledků je tedy patrné, že pacienti pocítují více soukromí při provádění ošetrovatelské péče na JIP.

U otázky č. 23 jsme se zaměřili na to, jestli pacienti někdy během hospitalizace pocítují strach nebo úzkost z vyzrazení intimních informací týkajících se jejich osoby. Na JIP uvedlo 84% pacientů ne, 13% pacientů spíše ne, 4% pacientů spíše ano, zbylé dvě varianty nikdo nezvolil. Na standardu 72% pacientů odpovědělo ne, 22% pacientů spíše ne, 3% pacientů nevím, 3% pacientů ano a variantu spíše ano nikdo neoznačil. Opět se ukázalo, že pacienti na JIP pocítují méně strach nebo úzkost z vyzrazení intimních informací týkajících se jejich osoby, než na standardu.

V otázce č. 24 jsme se zabývali tím, jak pacienti hospitalizovaní na standardu srovnávali nynější péči o jejich soukromí při předchozí péči o jejich soukromí na JIP. Na JIP 80% pacientů ohodnotilo péči o jejich soukromí známkou 1, 15% pacientů známkou 2, 5% pacientů známkou 3. Na standardu 69% pacientů ohodnotilo péči o jejich soukromí známkou 1, 28% pacientů známkou 2 a 3% pacientů známkou 3. Uvedené výsledky nám tedy naznačují, že pacienti byli více spokojeni se zajištěním jejich soukromí na JIP než nyní na standardu.

Hypotéza č. 1, *pacienti po operaci totální endoprotézy vyjadřují vyšší spokojenost se zajištěním intimity po totální endoprotéze na JIP než na standardním oddělení, byla* na základě výsledků *potvrzena*.

U hypotézy č. 2 jsme si stanovili, že sestry nemají potřebné pomůcky k zajištění intimity u pacienta po totální endoprotéze. K potvrzení této hypotézy nám slouží otázka č. 8, 9, 13, 16.

Otázka č. 8 byla zaměřena na zjištění toho, zda sestry mají na oddělení dostatek pomůcek k zajištění soukromí pacienta. Na JIP 70% sester uvedlo, ano, mají dostatek

pomůcek a používají je, 15% sester uvedlo ne, ale rády by je používaly, 15% sester uvedlo ne a žádná sestry neuvedla ano, ale používáme je jen zřídka. Zatímco na standardu uvedlo 66% sester, že nemají dostatek pomůcek, ale rády by je používaly, 17% sester uvedlo ano a používáme je, 14% sester uvedlo ne a 3% sester ano, ale používáme je jen zřídka. Uvedené výsledky nám naznačují, že sestry na JIP mají na oddělení dostatek pomůcek k zajištění soukromí pacienta a používají je, zatímco sestry na standardu dostatek pomůcek nemají, ale rády by je používaly.

Otázka č. 9 byla zaměřena na pomůcky, které sestry mají k dispozici na oddělení k zajištění pacientovy intimity. Odpovědi na tuto otázku se různily. Na JIP uvedly sestry 13x závěsy, 11 zástěny, 8x vertikální žaluzie (zástěny), 2x plenta a 1x pokrývka. Na standardu sestry uvedly 9x malé pokoje + sociální zařízení, 8x žádné pomůcky nemají, 5x zástěny, 4x cedule na dveřích, 3x závěs, 2x plenta a 1x ručník na genitálie při převazu, 1x místnost pro provádění klyzma a zavádění cévy, 1x vyšetřovna, 1x závěs na vyšetřovně a 1x možnost přítomnosti u vyšetření pouze sestry a lékaře. Z uvedených výsledků vyplývá, že sestry na JIP mají k dispozici na oddělení podstatně více prostředků k zajištění pacientovy intimity a sestry na standardu mají k dispozici pouze jen část těchto prostředků, avšak používají, pokud je to možné i jiné prostředky z zajištění pacientovy intimity. Je tedy zřejmé, že si sestry uvědomují nutnost používání alespoň těch prostředků, které jsou jim na oddělení k dispozici.

U otázky č. 13 jsme zjišťovali, jaké pomůcky sestry používají při ošetrovatelských výkonech k zajištění intimity u pacienta po TEP kyčle. Na JIP sestry nejčastěji uváděly závěs (22x), zástěna (15x), zatímco sestry na standardu nejčastěji uvedly, že nemají žádné pomůcky k zajištění pacientovi intimity (16x), přesto nás překvapilo, že sestry na standardu mezi odpověďmi uvedly zástěnu (6x) a závěs (3x). Domníváme se tedy, že na JIP sestry používají více pomůcek než na standardu, kde je zřejmě sestry nemají k dispozici, avšak i v tomto případě by bylo vhodné, aby na odděleních bylo k dispozici více těchto pomůcek, které by sloužily k zajištění intimity při ošetrovatelských výkonech u pacientů po TEP kyčle.

Otázka č. 16 nás informuje o tom, zda sestry při provádění hygienické péče u pacienta po TEP kyčle používají zástěny. Na JIP 82% sester uvedlo, že zástěny

používají vždy. Přestože se domníváme, že na JIP by měla být přítomnost zástěn samozřejmostí, 11% sester zástěny používá někdy, dle situace a 7% z dotazovaných sester uvedlo, že zástěny nepoužívá, není to nutné. Na standardu uvedlo 71% sester, že zástěny nemají, pouze 4% sester uvedlo, že zástěnu používá vždy, 14% sester někdy, podle situace a 11% sester někdy podle situace. Z uvedených výsledků vyplývá, že sestry na JIP používají zástěny k zajištění hygienické péče u pacienta téměř vždy, zatímco na standardu je většina sester nemá k dispozici na oddělení.

Hypotéza č. 2, sestry nemají potřebné pomůcky k zajištění pacientovi intimity v pooperační péči, byla na základě výsledků potvrzena.

Část otázek v dotazníku byla věnována zjištění znalostí sester v oblasti dodržování intimity u pacientů po operaci totální endoprotézy.

Otázkou č. 4 (graf 30) jsme chtěli zjistit, co si sestry představují pod pojmem intimita. Ve slovníku cizích slov (26) je intimita definována jako soukromí, intimnost, blízkost a útulnost. Sestry na JIP nejčastěji označily pod pojmem, že si pod pojmem intimita představují 27x soukromí, 14x intimnost, 4x blízkost, žádná sestra si pojmem intimita nepředstavuje útulnost a v možnosti jiné si 1x sestra představila záležitost osobní. Na standardu si sestry pod pojmem intimita nejčastěji představují 27x soukromí, 15x intimnost, 6x blízkost a žádná sestra si pod pojmem intimita nepředstavuje útulnost a jinou možnost také nezvolila žádná sestra. Z uvedených odpovědí vyplývá, že se sestry shodují ve svých představách o pojmu intimita. Žádná z dotazovaných sester si pod pojmem intimita nepředstavuje útulnost, která je také uvedena pod pojmem intimita ve slovníku cizích slov. Je tedy zřejmé, že si sestry pojem útulnost spojují spíše s vybavením prostředí.

Otázka č. 7 (graf 34) byla zaměřena, zda si sestry myslí, že pacient má právo, aby bylo maximálně respektováno jeho soukromí. Všechny 100% sester z obou typů oddělení si myslí, že pacient má právo, aby bylo maximálně respektováno jeho soukromí. Haškovcová (8) uvádí, že sestra hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

Otázka č. 11 nás informuje o tom, v jaké vzdálenosti je podle sester vhodné vést rozhovor s pacientem. Většina z dotazovaných sester na JIP 71% sester i na standardu

71% sester, odpovídalo správně, hovor s pacientem by měl probíhat ve vzdálenosti od 41 – 70 cm. V případě, že sestra bude na pacienta hovořit z větší vzdálenosti, může mít pacient pocit, že sdělované informace sestru nezajímají nebo naopak, bude-li sestra s pacientem hovořit příliš zblízka, může se tato situace pro něj stát nepříjemnou. Pacient se může cítit nesvůj a podvědomě se bránit ústupem a obnovením přijatelné vzdálenosti. Schopnost komunikace zaujímá v ošetrovatelství významné místo, umožňuje navázat a rozvíjet kontakt s pacientem.

U otázky č. 12 jsme zjišťovaly, zda si sestry myslí, že je v Etickém kodexu práv pacientů zmíněna intimita. Na JIP 96% sester uvedlo ano, 4% sester uvedlo odpověď neví. Na standardu všech 100% sester uvedlo ano. Z uvedených výsledků je patrné, že sestry vědí, že v Etickém kodexu práv pacientů je zmíněna intimita. Pacient má tedy právo na soukromí, ovšem je pouze na sestrách, zda jsou si právě tohoto práva, které je stanoveno v Etickém kodexu práv pacientů, skutečně vědomy i v praxi.

U otázky č. 14 (graf 41 a graf 42) jsme zjišťovali, při jakých situacích může docházet k narušení intimity u pacienta po TEP kyčle. V této otázce mohly sestry označit více odpovědí a zároveň měly možnost uvést svůj názor v kolence jiné. Sestry nejčastěji uváděly, že k narušení intimity u pacienta na JIP po TEP kyčle dochází při hygieně (26x) a na standardu (27x). Nato následovala odpověď při vyprazdňování na JIP (25x), na standardu (25x) a při převazu na JIP (17x) a na standardu (15x). Žádná sestra z obou oddělení neuvedla, že k narušení intimity u pacienta po TEP kyčle nedochází a ne zvolila jinou možnost. Z uvedených odpovědí tedy vyplývá, že si sestry uvědomují, že v průběhu hospitalizace dochází k narušení pacientovy intimity. Můžeme se tedy domnívat, že si sestry nejen uvědomují, ale také že vykonávají veškeré činnosti s ohledem na respektování pacientova soukromí. Zacharová (36) uvádí, že činnosti, které sestra provádí, se dotýkají soukromí pacienta, ale také jeho vlastního „já“.

V otázce č. 15 jsme se zaměřily na názor sester, jaké mohou být nejčastější reakce pacienta při narušení intimity. Na JIP sestry nejčastěji označily stud (26x) a rozpaky (24x). Na standardu sestry rovněž nejčastěji uvedly stud (27x) a rozpaky (22x). Vymětal (34) uvádí, že psychické soukromí pacienta bývá nejčastěji emočně více zahaleno studem než fyzická nahota.

V otázce č. 19 (graf 48 a 49) jsme zjišťovali, které faktory mohou přispívat k tomu, že sestry nezajišťují dostatečně pacientovu intimitu. U této otázky mohly sestry označit více odpovědí. Výsledky grafů nás informují o tom, že sestry považují za nejčastější faktor, který může přispívat k tomu, že nezajišťují dostatečně pacientovu intimitu, nedostatek pomůcek na JIP (24x) a nedostatek času na standardu (19x). Druhým nejčastěji se vyskytujícím faktorem byl na JIP nedostatek času (13x) a na standardu nedostatek pomůcek (17x). Tato odpověď zřejmě souvisí především s nedostatkem zástěn na oddělení, které sestry nemají, ale rády by je používaly. Třetím často uváděným faktorem byl na JIP nedostatečný počet ošetřujícího personálu (4x) a na standardu zdravotní stav pacienta (11x). V žádném případě by se zdravotní stav pacienta či jeho věk neměl stát důvodem, proč by sestra neměla dostatečně zajišťovat jeho intimitu. Sestra přebírá za péči o pacienta plnou zodpovědnost, proto by měla být pacientovi vždy nápomocna tam, kde on sám si není schopen pomoci.

Otázka č. 23 (graf 53) byla zaměřena na to, co si sestry myslí, že je nejdůležitější při ošetřování pacienta po TEP kyčle v oblasti psychosociální. Sestry měly možnost označit více odpovědí. Nejčastěji sestry z obou typů oddělení se stejným počtem odpovědí (23x) uváděly, že je to individuální přístup. Druhou nejčastěji uváděnou oblastí byla na JIP empatie (17x) a na standardu adekvátní komunikace s pacientem (22x). Individuální přístup znamená, že sestra je schopna přizpůsobit své chování zvláštnostem, které se týkají pacienta samotného. Empatie, či-li vcítění se do pacientova prožívání, pomáhá sestře získat od pacienta důležité informace a tak umožnit pacientovi vyjádření svých pocitů, což mu může přinést pocit úlevy i v případě, že se jedná o informace citlivé povahy. Komunikace mezi sestrou a pacientem je nezbytná k navázání vzájemného vztahu a k poskytnutí co nejkvalitnější ošetrovatelské péče.

Hypotéza č. 3, sestry mají dostatek informací o tom, jak pečovat o oblast intimity v pooperačním období, byla na základě zjištěných výsledků potvrzena.

Ve čtvrté hypotéze jsme si stanovili, že sestry pracující na JIP pečují o intimitu pacienta s větším zájmem než sestry pracující na standardním oddělení.

V otázce č. 10 (graf 37) jsme zjišťovali, jak se sestra zachová v případě, potřebuje-li se s ní pacient pohovořit o citlivých věcech. Na JIP 59% sester dá mezi

pacienty zástěnu, 26% sester nedělá žádná zvláštní opatření, 15% sester požádá spolupacienty, aby odešli z pokoje. Na standardu 57% sester požádá spolupacienty, aby odešli z pokoje, 32% sester odvede pacienta do soukromí, 7% sester dá mezi pacienty zástěnu, 4% sester nedělá žádná zvláštní opatření.

Otázka č. 17 nás informuje o tom, jak sestry postupují při převazu u pacienta po TEP kyčle. Na JIP 77% sester odkrývá vždy pouze převazovanou část, 19% sester někdy odkrývá celou dolní polovinu pacienta nebo pouze nutnou část a 4% sester odpovědělo, že postupuje dle pokynů lékaře. Na standardu 82% sester odkrývá vždy pouze převazovanou část, 7% sester odkrývá celou dolní končetinu, 7% sester odkrývá někdy celou dolní končetinu nebo pouze nutnou část a 4% sester postupuje dle pokynu lékaře. Z výsledků je patrné, že sestry jsou si vědomy toho, aby nedocházelo k nadměrnému obnažování pacienta během převazu, a odhalují tedy většinou pouze převazovanou část. Tóthová (30) uvádí, že během převazu obnažujeme pouze ty části těla, které jsou nutné pro výkon. V jiné dostupné literatuře je popsán správný způsob provedení výkonu, pocity pacienta jsou pouze nastíněny, ale nikde není uvedeno, jak bychom měli správně postupovat, abychom při ošetřování pacienta dostatečně chránili jeho intimitu a soukromí. Proto je důležité, aby sestra byla schopna poskytnout dostatečnou ochranu pacientovy intimity, tím že bude mít k dispozici dostatek pomůcek a znalostí.

U otázky č. 18 (graf 47) jsme zjišťovali, jakým způsobem sestry chrání pacientovu intimitu při vyprazdňování na lůžku. Na JIP odpovědělo 78% sester, že používá zástěnu (závěs) a 22% sester pokud možno neodhaluje pacienta nebo jen minimálně. Je to zřejmě dáno faktem, že mnohdy jsou na odděleních tohoto typu zástěny pevně nainstalovány mezi lůžky. Na standardu nejčastěji odpovědělo 82% sester, že pokud možno neodhalují pacienta nebo jen minimálně a 18% sester používá zástěnu (závěs). Žádná sestra neuvédla, že by o tom nepřemýšlela nebo že by neměla dostatek času. Samotné vyprazdňování na lůžku je pro každého pacienta nepříjemné a mnohdy velmi trapné, proto by mělo být soukromí při vyprazdňování vždy zajištěno. Sestra by měla být schopná najít vždy vhodný způsob řešení, jak zajistit soukromí pacienta při vyprazdňování. Jedním z vhodných způsobů, jak zajistit chránit pacientovu

intimitu na standardu by měla být ta možnost, že sestra vyzve ostatní spolupacienty, aby odešli z pokoje, pokud je to ovšem možné a samozřejmě by měla pacienta vždy co nejvíce zahalovat.

Otázka č. 20 (graf 50) nás informuje o tom, zda si sestra dokáže vymezit dostatek času, potřebuje-li si pacient pohovořit. Zde nás překvapili odpovědi u sester na JIP, kde 74% sester uvedlo spíše ano, pouze 11% sester uvedlo ano, 11% uvedli spíše ne a 4% sester uvedlo ne. Naopak na standardu 53% sester uvedlo ano, 43% spíše ano a pouze 3% sester uvedlo nevím. Uvedené výsledky nám naznačují, že sestry na standardu mají možnost vymezit si více času na hovor s pacientem, než sestry na JIP.

V otázce č. 21 (graf 51) nás zajímalo, jestli sestry na standardu vždy klepou na dveře před vstupem na pokoj. 54% sester uvedlo, že klepou na dveře vždy před vstupem na pokoj, 39% sester uvedlo občas a 7% sester uvedlo ne. Více než polovina sester tedy uvedlo, že klepou na dveře pacienta vždy před vstupem na pokoj, můžeme se tedy domnívat, že sestry berou pacienta jako plnoprávního partnera v oblasti nemocniční péče a projevují tak úctu a respekt k jeho osobě.

U otázky č. 22 (graf 52) jsme se zabývali tím, jestli je sestra schopna vcítit se do pacientova prožívání. Na JIP uvedlo 51% sester ano, 30% sester více než dříve, 19% sester méně než dříve. Na standardu 68% sester uvedlo ano, 25% sester uvedlo více než dříve, 7% sester méně než dříve. Uvedené výsledky nás informují o tom, že sestry na JIP i na standardu jsou schopny se vcítit do pacientova prožívání. Avšak dle výsledků je možné se domnívat, že sestry na standardu jsou schopny se vcítit do pacientova prožívání více než sestry na JIP, což se může projevit na kvalitě péče, která je mu poskytovaná i v rámci zajištění intimity a soukromí.

Hypotéza č. 4, sestry pracující na JIP pečují o intimitu pacienta s větší zájmem než sestry pracující na standardním oddělení, se nepotvrdila. Na obou odděleních jsou nedostatky v péči o pacientovu intimitu.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá zajištěním intimity u pacientů po operaci totální endoprotézy. Pro zpracování byly stanoveny 2 cíle. Šetření bylo prováděno metodou dotazování, technikou dvou anonymních dotazníků určených pro sestry a pro pacienty.

Prvním cílem bylo zhodnotit, jak je zajištěna intimita v pooperační péči u pacientů po operaci totální endoprotézy na JIP a na standardním oddělení. Tento cíl, který jsme si stanovili, byl splněn. Na základě výsledků jsme potvrdili hypotézu č. 1, pacienti po operaci totální endoprotézy vyjadřují vyšší spokojenost se zajištěním intimity po totální endoprotéze na JIP než na standardním oddělení.

Druhým cílem této práce bylo zjistit znalosti sester v oblasti dodržování intimity po operaci totální endoprotézy. Tento cíl byl splněn a na základě výsledků jsme potvrdili hypotézu č. 3, sestry mají dostatek informací o tom, jak pečovat o oblast intimity v pooperační péči.

Hypotéza č. 2, sestry nemají potřebné pomůcky k zajištění intimity u pacienta po totální endoprotéze, byla potvrzena. Sestry by rády používaly pomůcky k zajištění intimity u pacienta, ale nemají je k dispozici na oddělení.

Hypotéza č. 4, sestry pracující na JIP pečují o intimitu pacienta s větším zájmem než sestry pracující na standardním oddělení, se nepotvrdila. Na základě výsledků jsme zjistili, že na obou odděleních jsou nedostatky v péči o pacientovu intimitu.

Mezi lidmi existují určité hranice, jejichž vzdálenost se různí, jelikož se jedná o velice citlivou oblast. Dojde-li však v rámci ošetrovatelské péče k jejich překročení, dotýká se to jak fyzické tak psychické intimity pacienta, což je potřebné si řádně uvědomit. Nezbytně důležité je tedy udržovat pocit soukromí a zajištění intimity u pacienta i po tak běžné operaci, jakou se dnes totální endoprotéza stává.

Na základě provedeného výzkumu by výsledky mohly být použity k doplnění edukačního materiálu pro pacienty po operaci totální endoprotézy a k edukaci sester, které pracují na odděleních, kde se setkáváme s pacienty po operaci totální endoprotézy. Dále lze doporučit zlepšení teoretické přípravy studentů nelékařských zdravotnických oborů, týkající se nejen ošetrovatelské péče o pacienty po operaci

totální endoprotézy, ale především v oblasti zajištění intimity u pacientů při provádění i jiných ošetrovatelských výkonů. Tato práce by také mohla pomoci i ostatním zdravotnickým pracovníkům k utvoření náhledu o dané problematice.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTONÍČEK, J., HEŘT, J. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. Vyd. neuvedeno. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-017-8.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
3. DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Vyd. neuvedeno. Praha: Linde, 2007. 138 s. ISBN 978-80-7201-684-6.
4. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie pro maséry*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 271 s. ISBN 80-7254-275-3.
5. DYLEVSKÝ, I. *Základy funkční anatomie člověka*. 1.vyd. Praha: Manus, 2007. 194s. ISBN 978-80-86571-00-3.
6. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 310s. ISBN 80-246-1216-X.
7. FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
9. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
10. HOLIBKOVÁ, A., LAICHMAN, S. *Přehled anatomie člověka*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 141 s. ISBN 80-244-0495-8.
11. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřování*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
12. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSTOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol, 1. část – psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2000. 154 s. ISBN neuvedeno.
13. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSTOVÁ, J. *Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol, 2. část – ortopedie, kožní, infekční, stomatologie,*

- neurologie, psychiatrie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2001. 174 s. ISBN neuvedeno.
14. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
 15. KARPAŠ, K. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu: informace pro pacienty*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 19 s. ISBN 80-86225-62-3.
 16. KOLEKTIV AUTORŮ (překlad ČÍŽKOVÁ, L.). *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 552s.. ISBN 978-80-247-2548-2.
 17. KOUDELA, K. et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
 18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
 19. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-247-2069-2.
 20. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
 21. MATES, P. *Ochrana soukromí ve správním právu*. Vyd. neuvedeno. Praha: Linde, 2004. 312 s. ISBN 80-7201-458-7.
 22. MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M., KUČERA, M. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 95 s. ISBN 80-247-0886-8.
 23. MOTEJL, O. *Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory*. [online]. [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/zarizeni-pro-seniory-2007/>
 24. MÜLLER, I. *Ortopedie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. 119 s. ISBN 80-7013-154-3
 25. PÁČ, L., HORÁČKOVÁ, L. *Anatomie pohybového systému člověka*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 146 s. ISBN 978-80-210-4953-6.
 26. *Slovník cizích slov*. [online]. [cit. 2009-10-11]. Dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.cz/?q=intimita&typ=0>

27. SOSNA, A., POKORNÝ, A., JAHODA, D. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření* 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 64 s. ISBN 80-7254-302-4.
28. STAŇKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřování nemocných*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 146 str. ISBN 80-246-0845-6.
29. ŠVAGROVÁ, S. *Zajištění intimity u pacienta na standardním oddělení, ARO, JIP*. České Budějovice, 2007. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře Ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Andrea Hudáčková.
30. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
31. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
32. TVRDEK, M. et al. *Úvod do obecné chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 140 s. ISBN 80-246-0958-4.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Neuvedeno vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
34. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
35. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I et al. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
36. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÍMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
37. ZAJÍČKOVÁ, M. *Ochrana soukromí a osobnosti v českém zdravotnictví*. Časopis moderního ošetřovatelství Florence. Praha: Galén, 2008. 4.roč. č. 10. s. 363–364. ISSN 1801-464X.
38. ZEMAN, M. et al. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2000. 520 s. ISBN 80-7169-705-2.

8. Klíčová slova

Intimita

Kyčelní kloub

Ošetřovatelství

Pacient

Pooperační péče

Soukromí

Totální endoprotéza

9. Přílohy

Příloha 1 – Anatomie kyčle + TEP kyčle

Příloha 2 – Zástěny

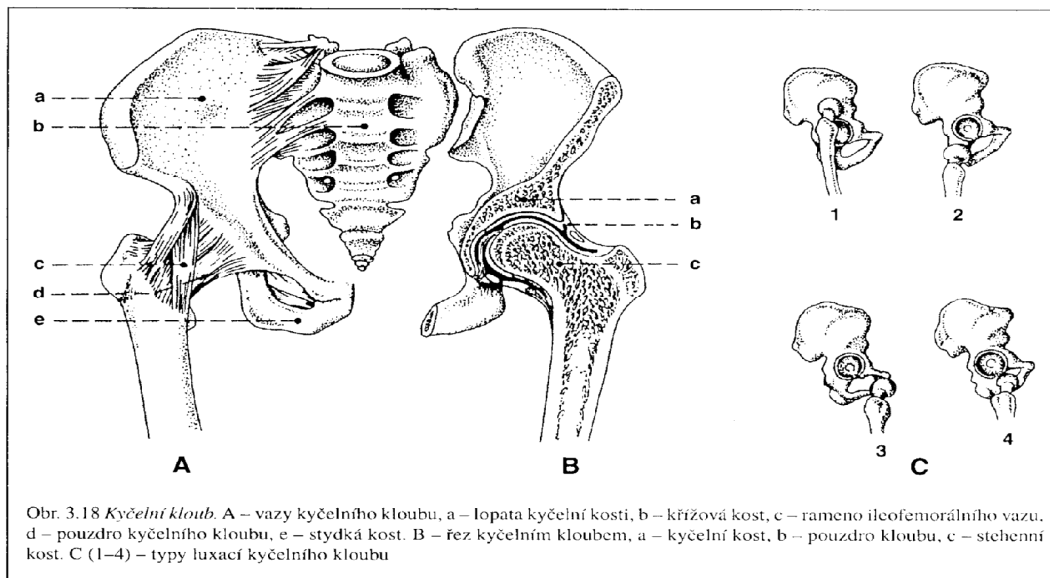
Příloha 3 – Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 4 – Dotazník pro pacienty

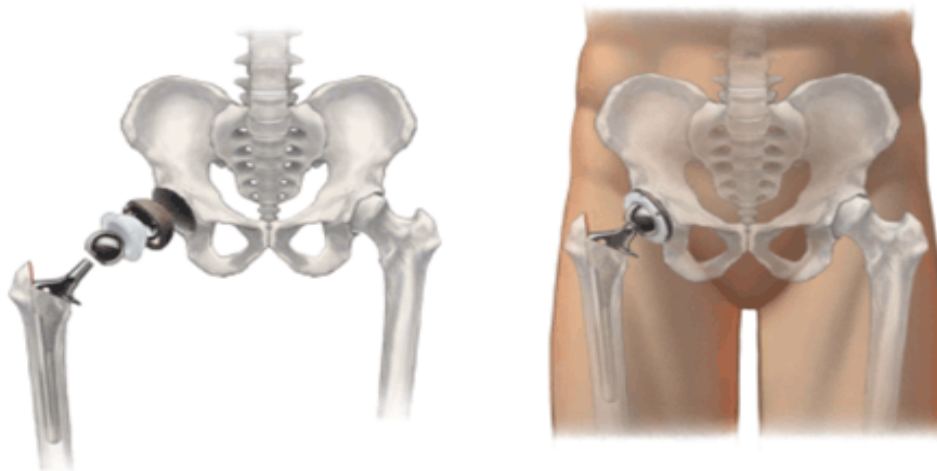
Příloha 5 – Dotazník pro sestry

Příloha 1

Kyčelní kloub



Totální endoprotéza kyčelního kloubu



Zdroj: DYLEVSKÝ, I. *Základy funkční anatomie člověka*. 1.vyd. Praha: Manus, 2007. 194s. ISBN 978-80-86571-00-3.

Dostupné na: http://www.nemcb.cz/data/clanky/oo_16.gif

Příloha 2

Zástěny

Zástěna Reha trojdílná s plastovou výplní



Zástěna Reha trojdílná s látkovou výplní



Vertikální žaluzie

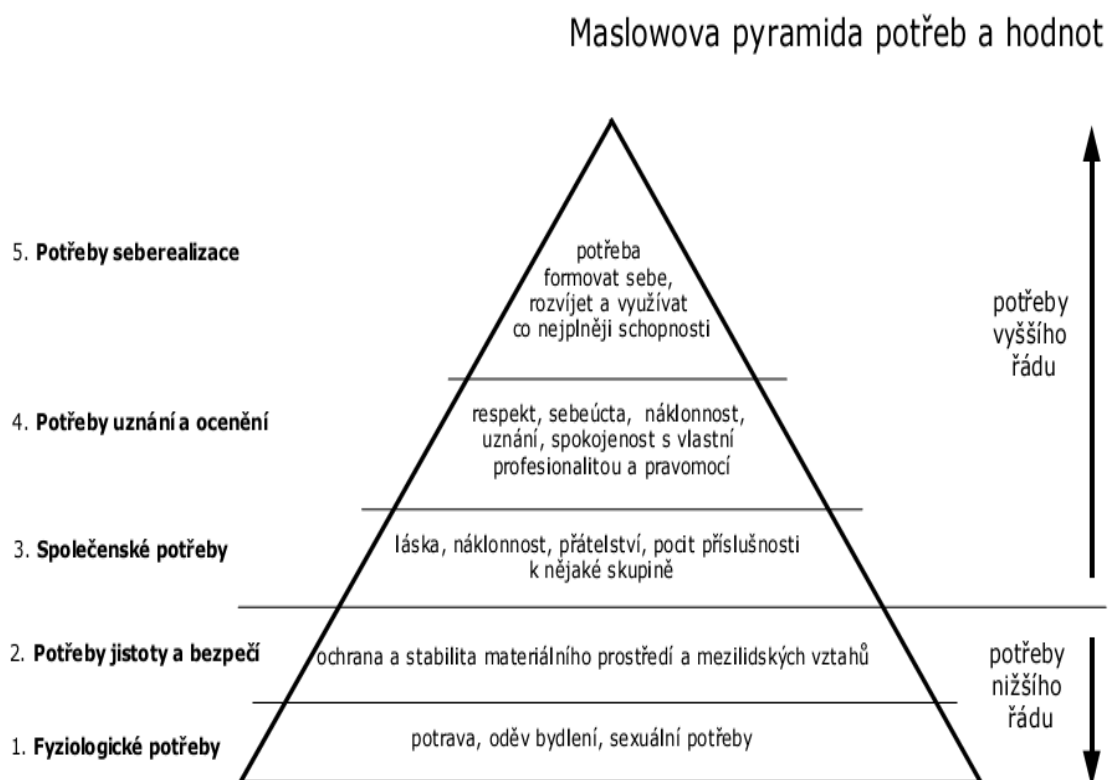


Dostupné na: <http://www.mediset.cz/index2-cz.htm>

Dostupné na: <http://www.zaluziezlin.cz/userfiles/image/V2.gif>

Příloha 3

Maslowova hierarchie potřeb



Dostupné na: <http://www.skuhry.com/img/maslow.gif>

Příloha 4

Dotazník pro pacienty

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Růžičková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci mé bakalářské práce, s názvem „*Zajištění intimity u pacientů po operaci totální endoprotézy*“, bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto *anonymního* dotazníku. Získané informace budou zpracovány a použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Vaši odpověď prosím označte křížkem, případně doplňte slovy. U některých otázek můžete zvolit více odpovědí, budete na to vždy upozorněni.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Na kterém typu oddělení jste hospitalizován/a?

- € ortopedie – standardní oddělení
- € ortopedie – JIP (jednotka intenzivní péče)

2. Pohlaví?

- € muž
- € žena

3. Věk?

- € 49 a méně let
- € 50 – 64 let
- € 65 – 79 let
- € 80 a více let

4. Kolikátý den jste po operaci?

- 0. den (jste-li dnes po operaci, jedná se o tzv. nultý den, který se používá pro označení dne, kdy jste byl operován/a)
- 1. den (další den po operaci se počítá jako první den po operaci)
- 2. den
- 3. – 5. den
- 6. – 9. den
- 10. – 13. den
- 14. den a více

5. Co si představujete pod pojmem intimita?

6. Všiml/a jste si, zda-li jsou na Vašem pokoji zástěny (závěsy) k zajištění Vašeho soukromí?
€ ano
€ ne
7. Pokud ano, používají je sestry k ochraně Vašeho soukromí?
€ ano
€ ne
€ občas
8. Odhalují Vás sestry dle Vašeho názoru např. při převazu déle než je nutné?
€ ano
€ ne
9. Pokud ano, jste schopen/schopna se proti takovému jednání ohradit?
€ ano
€ ne
€ nevím
10. Při podkládání podložní mísy odhalují sestry dle Vašeho názoru jen ty části těla, které jsou nezbytně nutné?
€ ano
€ ne
€ občas
11. Jste-li hospitalizován na standardním oddělení, zavírají sestry dveře nebo okna před zahájením hygienické péče?
€ ano
€ ne
€ občas
€ nevím
12. Myslíte si, že sestry berou ohledy na respektování Vašeho soukromí?
(označujte prosím jako ve škole 1, 2, 3, 4, 5, přičemž 1 znamená výborná péče o mé soukromí, 5 znamená nevyhovující péče o mé soukromí)
Prosím, napište známku: _____
13. Jste-li hospitalizován/a na standardním oddělení, klepou sestry pokaždé na dveře před vstupem na pokoj?
€ ano
€ spíše ano
€ spíše ne
€ ne
€ občas

14. Při provádění jakých výkonů Vám sestra nabídla zástěnu (závěs)?
(lze označit více odpovědí)

- € při vyprazdňování na lůžku
- € při převazu
- € při hygieně na lůžku
- € při hygieně u umyvadla
- € při komunikaci s příbuznými
- € při komunikaci se zdravotnickým personálem (sestra, lékař, ...)
- € nenabídla mi ji

15. Byl/a jste seznámen/a s Právy pacientů?

- € ano
- € ne
- € nevím

16. Jsou Vám veškeré informace podávány srozumitelně?

- € ano
- € spíše ano
- € spíše ne
- € ne
- € nevím

17. Mají podle Vás sestry dostatek času na to, aby Vám poskytly potřebné informace?

- € ano
- € ne
- € nevím

18. Za jakých okolností Vám sestry podávají informace?

o samotě
před ostatními spolupacienty

jiné: _____

19. Pokud potřebujete, je Vám sestra ochotná pomoci?

- € ano
- € spíše ano
- € spíše ne
- € ne

20. Pociťujete dostatek soukromí při provádění ošetrovatelské péče (hygiena, vyprazdňování, převazy,...)?

- € ano
- € spíše ano
- € spíše ne
- € ne

21. Jste spokojen/a s péčí, kterou Vám poskytují sestry na tomto oddělení?

- € ano
- € spíše ano
- € spíše ne
- € ne

22. Myslíte si, že sestry zajímají Vaše potřeby?

- € mají zájem o mé potřeby – vždy
- € mají zájem o mé potřeby – někdy
- € nemají zájem o mé potřeby
- € sestry dávají najevo, že je mé požadavky obtěžují
- € sestry jsou neochotné

23. Pociťujete někdy během hospitalizace strach nebo úzkost z vyjádření intimních informací týkajících se vaší osoby?

- € ano
- € spíše ano
- € spíše ne
- € ne
- € nevím

24. Jste-li hospitalizován/a na standardním oddělení, srovnajte prosím, jak sestry pečovaly na JIP o Vaše soukromí a jak o něj pečují nyní?

(obě oddělení oznámkujte prosím jako ve škole)

JIP:

- 1 – výborná péče o mé soukromí
- 2
- 3
- 4
- 5 – nevyhovující péče o mé soukromí

STANDARDNÍ ODDĚLENÍ:

- 1 – výborná péče o mé soukromí
- 2
- 3
- 4
- 5 – nevyhovující péče o mé soukromí

Příloha 5

Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Růžičková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci mé bakalářské práce, s názvem **Zajištění intimity u pacientů po operaci totální endoprotézy**, bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto *anonymního* dotazníku. Získané informace budou zpracovány a použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Vaši odpověď prosím označte křížkem, případně doplňte slovy. U některých otázek můžete zvolit více odpovědí, budete na to vždy upozorněni.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Na kterém typu oddělení pracujete?

ortopedie - standardní oddělení

ortopedie - JIP

2. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

méně jak 5 let

11 – 15 let

6 – 10 let

více jak 16 let

3. Dosažené vzdělání?

SZŠ

VŠ – Bc.

VOŠZ

VŠ – Mgr.

jiné: _____

4. Co si představujete pod pojmem intimita?

(lze označit více odpovědí)

€ soukromí

€ intimita

€ blízkost

€ útulnost

€ jiné: _____

5. Jak často ošetřujete pacienta po TEP kyčle?

€ denně

€ min. 1x za týden

€ min. 1x za měsíc

€ jiné: _____

6. Které oblasti dle Vašeho názoru spadají do intimity z psychologického hlediska?
(lze označit více odpovědí)
- € neverbální komunikace (např. gesta, mimika, pohled očí)
 - € dotyky
 - € přítomnost jiné osoby
 - € překročení hranice, které jsou mezi lidmi (ve smyslu fyzickém i psychickém)
 - € jiné: _____
7. Myslíte si, že pacient má právo, aby bylo maximálně respektováno jeho soukromí?
- € ano
 - € ne
 - € nevím
8. Máte na Vašem oddělení dostatek pomůcek k zajištění soukromí pacienta?
- € ano a používáme je
 - € ano, ale používáme je jen zřídka
 - € ne, ale rády bychom je používaly
 - € ne
9. Jaké pomůcky máte k dispozici na oddělení k ochraně pacientovy intimity?
Prosím, vypište:
- _____
- _____
10. Potřebuje-li si s Vámi pacient pohovořit o citlivých věcech, jak se zachováte?
- € požádám spolupacienty, aby odešli z pokoje
 - € dám mezi pacienty zástěnu (závěs)
 - € nedělám žádná zvláštní opatření
 - € jiné: _____
11. V jaké vzdálenosti je podle Vás vhodné vést rozhovor s pacientem?
- € pokud možno co nejbližší k pacientovi
 - € od 30 do 40 cm
 - € od 41 do 70 cm
 - € od 71 do 350 cm
12. Myslíte si, že je v Etickém kodexu práv pacientů zmíněna intimita?
- € ano
 - € ne
 - € nevím

13. Jaké používáte pomůcky při ošetrovatelských výkonech k zajištění intimity u pacienta po TEP kyčle? (lze označit více odpovědí)

€ zástěna

€ plenta

€ závěs

€ jiné: _____

14. Kdy může nejčastěji docházet k narušení intimity u pacienta po TEP kyčle? (lze označit více odpovědí)

při vizitě

při převazu

při hygieně

při vyprazdňování

při rozhovoru s pacientem

při oblékání

při RHB

k narušení intimity nedochází

jiné: _____

15. Jaké mohou být nejčastější reakce pacienta při narušení intimity? (lze označit více odpovědí)

rozpaky

úzkost

stud

strach

zahanbení

nic

agresivita

jiné: _____

16. Při provádění hygienické péče u pacienta po TEP kyčle, používáte zástěny?

ano, vždy

někdy, podle situace

nemáme je

zapomínám

nepoužívám, není to nutné

17. Jak postupujete při převazu u pacienta po TEP kyčle?

odkrývám vždy pouze převazovanou část

odkrývám celou dolní polovinu pacienta

někdy odkrývám celou dolní polovinu pacienta nebo pouze nutnou část

neuvědomuji si to

podle pokynů lékaře

