

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Pacient po náhradě kloubu a edukace v předoperačním a pooperačním
období**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Bc. Alena Polanová

Autor práce:
Zdeňka Chmelařová

2010

Abstract

Joint replacement surgery represents a very demanding procedure. The number of these procedures had been increasing rapidly every year, not only worldwide, but also in the Czech Republic. The general ageing of the population as well as the growing popularity of adrenalin sports both probably play a significant role in this increase in the number of procedures. As every human being is a personality with a certain level of communication skills, knowledge and comprehension, it is necessary to apply a strictly individual approach during education.

The theoretical section of this work includes an exposition regarding the anatomy of the hip and knee joints; the development, use and contraindications of total endoprostheses; patient education; the nursing process in patients with total endoprostheses.

In the next section, this bachelor degree work deals with goals and hypotheses. This work focused on the methodological processing of the options of educating patients with total endoprostheses in the pre- and post-operative period as well as on the assessment of the quality of education regarding pre- and post-operative preparation from the aspect of patients who have received an endoprosthesis. Another goal was to determine the level of the information provided by nurses and to uncover the quality of education from the patient`s point of view. Hypotheses were formed on the basis of the set goals. Hypothesis H1 presumed that nurses determine in the case of each patient his/her knowledge regarding the pre- and post-operative period associated with the endoprosthesis procedure. Hypothesis H2 presumed that nurses evaluate the information provided to patients as exhaustive. Hypothesis H3 presumed that patients evaluate the information provided by nurses as very good.

The quantitative method based on questionnaires and the method of qualitative survey based on interviews were used in the research. The anonymous questionnaires were designed for nurses of orthopedics departments at the České Budějovice Hospital, the Královské Vinohrady Teaching Hospital and the Motol Teaching Hospital in Prague. The interviews were designed for randomly selected patients who had

undergone total hip or knee joint replacement at the Dept. of Orthopedics, České Budějovice Hospital.

The research showed that hypothesis H1 was not confirmed, hypothesis H2 was confirmed, and hypothesis H3 was not confirmed.

This work should serve as a guide for nurses who should especially focus on improving the education of patients with total endoprostheses in general. The results of the research should also serve as a recommendation for orthopedic departments to establish educational groups that would attend to patients waiting for endoprosthesis surgery.

Bakalářská práce v nezkrácené podobě

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Bc. Aleně Polanové, za trvalý zájem při psaní mé bakalářské práce, cenné rady a odborné vedení, a také všem sestřám a pacientům, kteří se podíleli na výzkumu.

Obsah:

Úvod	7
1. Současný stav	8
<i>1.1 Anatomie kyčelního a kolenního kloubu</i>	<i>8</i>
<i>1.2 Totální endoprotéza a její historie</i>	<i>10</i>
<i>1.3 Indikace a kontraindikace TEP</i>	<i>13</i>
<i>1.4 Edukace pacienta</i>	<i>15</i>
1.4.1 Edukace pacienta před výkonem	19
1.4.2 Edukace pacienta po výkonu	23
<i>1.5 Ošetrovatelský proces u pacienta s TEP</i>	<i>27</i>
2. Empirická část	33
2.1 Cíl práce	33
2.2 Hypotézy	33
3. Metodika práce	34
3.1 Použité metody	34
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	34
4. Výsledky šetření	35
4.1 Rozhovory s pacienty	35
4.1.1 Tabulky	54
4.2 Grafy	60
5. Diskuze	80
6. Závěr	88
7. Seznam použitých zdrojů	93
8. Klíčová slova.....	91
9. Zkratky použité v textu.....	92
10. Přílohy	96

Úvod

Totální endoprotéza (TEP) neboli náhrada kloubu je zákrok, který je velmi náročný. Jejich počet každým rokem rapidně narůstá nejen celosvětově, ale i u nás v České republice. Na jeho rozšíření a zvýšení počtu provedených výkonů má pravděpodobně velký podíl jak stárnutí populace obecně, tak i vzrůstající obliba adrenalinových sportů. Vzhledem k tomu, že každý člověk je osobnost s nějakou určitou úrovní komunikačních dovedností, znalostí a schopností chápání, je potřeba uplatňovat přísně individuální přístup.

U takto náročného výkonu je zřejmé, že i doba rekonvalescence bude v řádu několika měsíců. Z tohoto důvodu je nutné, aby pacient, indikovaný k TEP, byl co nejlépe připraven jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické a sociální. Samotná náročnost operačního výkonu volá nejen po velmi kvalitní edukaci pacientů a jejich rodinných příslušníků, ale také po velké erudovanosti a empatii sester ve všech oblastech výkonu, neboť jsou to právě ony, kdo pacientům předávají veškeré informace týkající se ošetrovatelské péče související s tímto operačním zákrokem. Při takto náročném zákroku je nutné, aby správná edukace byla na prvním místě celého ošetrovatelského procesu a aby jí bylo věnováno dostatečné množství času.

1. Současný stav

1.1 Anatomie kyčelního a kolenního kloubu

Kyčelní kloub (articulatio coxae) je omezený kulový kloub. Vznikl spojením pánve a volné dolní končetiny. Na straně pánve se jedná o kloubní jamku (acetabulum), kterou na svém dně utváří spojení všech tří kostí pánevních, tj. kost kyčelní (os ilium), kost sedací (os ischii) a kost stydká (os pubis) a má tvar duté polokoule. Na straně volné dolní končetiny je kyčelní kloub tvořen hlavicí kosti stehenní (femur). Nejsilnější částí kloubní jámy je její horní okraj. Ten je zesílen dvěma systémy kostních trámců, které se nad acetabulem protínají v podobě gotického oblouku. Sklon kloubní jamky je zevně dolů a dopředu. Sklon a postavení je velmi individuální a je závislý i na pohlaví. Horní okraj jamky se popisuje jako stříška. Velikost stříšky a její sklon má velký význam pro stabilizaci hlavice femuru. Ta je držena v kloubní jámě nejen tahem mohutných svalů kyčelního kloubu a tahem kloubního pouzdra, ale i atmosférickým tlakem (sám představuje přítlačnou sílu asi 18 kg). Stehenní kost (femur) je nejmohutnější a nejdelší kostí lidského těla. Svou kulovitou hlavicí (caput femoris) na proximální straně zapadá do acetabula. Hlavice pak přechází přes krček (collum femoris) na tělo kosti stehenní. Krček s tělem (epifýzou) femuru svírá úhel asi 125 stupňů. V oblasti krčku nalézáme velký trochanter (nejčastější místo úrazů, kdy může dojít až k odlomení) a malý trochanter. Na oba chocholíky (trochantery) se upínají mohutné hýžd'ové svaly. Distální část femuru je zakončena dvěma hrboly, které tvoří hlavicí kolenního kloubu. Kloubní pouzdro je velmi silné. Začíná na okrajích acetabula. Vpředu se pouzdro na femuru upíná na čáru spojující oba trochantery, vzadu zasahuje asi doprostřed délky krčku. Pouzdro je dále zesíleno čtyřmi mohutnými vazy, které s ním srůstají. Nejsilnější vaz lidského těla je kyčlostehenní (ligamentum iliofemorale). Vypadá jako obrácené písmeno Y, ukončuje extenzi kyčle a zabraňuje záklonu trupu. Kyčelní klouby nejsou jen klouby, ve kterém se pohybují dolní končetiny vůči trupu. Jsou to zároveň nosné klouby trupu a klouby balanční (udržují rovnováhu vzpřímeného trupu). Pro tyto vlastnosti a pro stabilitu kloubu mají vazy kloubního pouzdra velký význam. V kyčelním kloubu je možné provádět všechny typy pohybů, ať už se jedná o flexi (asi

do 120 stupňů), extenzi (jen asi do 15 stupňů), abdukci (do 45 stupňů), addukci (do 10 stupňů) a rotaci zevní (45 stupňů) a vnitřní asi do 40 stupňů (1, 5, 6, 38, 39).

Kolenní kloub (*articulatio genus*) je největším a nejsložitějším kloubem v lidském těle. Je to kloub složený. Kloubní hlavici tvoří kondyly femuru. S těmi komunikuje holenní kost (*tibia*) a česka (*patella*). Kondyly femuru jsou zakřivené více než kloubní plochy tibie. Ty jsou naopak spíše rovné. K vyrovnání zakřivení jsou mezi tibií a femur vloženy dvě chrupavčité destičky (*menisky*). Jsou to dvě lamely poloměsíčitého tvaru složené z hustého vaziva přecházející ve vazivovou chrupavku. Menisky jsou připojeny k tibií. Na přední plochu kloubu nasedá sezamská kost *patella*, která je vložena do úponové šlachy čtyřhlavého stehenního svalu a je v kontaktu pouze s femurem. Od tibie je vždy oddělena tukovými polštářky kolenního kloubu. Kloubní pouzdro kolenního kloubu je velmi silné, přesto je ještě zpevněno postranními vazy (vnitřní postranní vaz a zevní postranní vaz). Uvnitř jsou dva samostatné zkřížené vazy (*ligamenta cruciata genus*) - přední zkřížený vaz a nejsilnější vaz kolenního kloubu zadní zkřížený vaz. Předpoklad stability celé dolní končetiny, zvláště při stoji a chůzi, je stabilita kolenního kloubu. Kolenní kloub umožňuje tyto pohyby - flexi (v rozsahu 130 – 160 stupňů), extenzi (to je základní postavení kloubu) a rotaci vnitřní (17 stupňů) a zevní asi 21 stupňů (5, 6, 38, 39).

1.2 Totální endoprotéza a její historie

Totální endoprotézu kyčelního kloubu zkonstruoval a jako první použil v roce 1960 Angličan John Charnley. Použil jamku z polyetylénu a kovový dřík, který zavedl do dřeňové dutiny femuru s hlavicí malé velikosti. Složky připevnil ke kostře kostním cementem. Proto je nazýván otcem aloplastiky. První klasická endoprotéza byla v Československu implantována v roce 1969. O čtyři roky později se začala vyrábět protéza sestavená na základě zkušeností s Müllerovým implantátem. Vyráběla se v Poldi SONP Kladno a byla nazývána Poldi-Čech. Na konci 70. let minulého století se objevily endoprotézy, k jejichž fixaci nebyla potřeba použít kostní cement, tzv. necementované protézy. K jejich upevnění se používají šrouby působící na kost pružným tlakem nebo se využívá porézního materiálu na povrchu implantátu, do něhož prorůstají kostní buňky, čímž se náhrada uchytilí. V současné době existuje mnoho desítek typů endoprotéz, avšak na některé je potřeba nahlížet s rozumem, protože ne všechny moderní protézy znamenají pokrok kupředu. Životnost protézy se nejvíce posuzuje tzv. aseptickým uvolněním, což je vztah organismu k implantátu, při kterém dochází k uvolnění vazby mezi preparátem a kostí příjemce. Dříve se usuzovalo, že příčinou je poškození kosti teplem vznikajícím při polymerizaci kostního cementu. Dnes je zřejmé, že se zde nejvíce uplatňují částice polyetylénu, které vznikají otěrem při pohybu hlavice v jamce, dále částice kovu nebo kostního cementu. Dá se říci, že neoptimálnější náhradní implantát z hlediska životnosti je takový, který se podle statistických dat nejméně uvolňuje a který se v případě nutnosti snadno odstraní a nahradí jinou endoprotézou. V současnosti se v podstatě používají tři druhy náhrad – cementované (příloha 2), necementované a hybridní, což je vlastně kombinace obou předchozích, kdy je fixována kostním cementem pouze jedna komponenta, u kyčelního kloubu jde převážně o femorální část protézy (10). Necementované jsou povětšinou dražší než protézy cementované. Není ale pravda, že cementované náhrady jsou určeny pacientům vyššího věku a necementované pacientům mladším a s vyššími nároky na životnost protézy. O druhu totální endoprotézy rozhoduje ortopedické konzilium dle celkového stavu pacienta, rozsahu poškození kloubu a pohyblivosti před operačním

zákrokem. Někdy se bohužel přihlíží i na ekonomickou situaci daného oddělení (4, 30, 31, 35).

Totální endoprotéza je několik desítek let testovanou a osvědčenou metodou chirurgické terapie onemocnění a vad převážně velkých kloubů. Je to implantát, který co do rozsahu nahrazuje obě kloubní části, tj. jak hlavici kosti, tak i jamku kloubní. Úspěšnost chirurgického zákroku je více než 90% (dle statistických údajů je v České republice ročně jedna TEP kyčelního kloubu na 1000 obyvatel), což umožňuje pacientovi dlouhodobý návrat normální funkce kloubu (25, 30, 35, 38, 39)

Náhrada kolenního kloubu (příloha 3) je druhou nejčastěji používanou endoprotézou po náhradě kyčelního kloubu. Má bohatou historii, protože nejprve se zkoušela interpozita měkkých tkání jako tuk, fascie a svaly. Dalším pokusem bylo použití chromované sliznice vepřového močového měchýře, což bylo publikováno v roce 1918 Bauerem. Současnému pojetí náhrad kloubů se přiblížil v roce 1940 Campbell, který použil jako interpozitum kovovou destičku. Většího rozšíření doznala tato metoda na přelomu 50. a 60. let. Konstrukce náhrady kopírovala tvar kontaktních ploch kolenního kloubu. Ke zlepšení pohybu byla použita kombinace kovu s umělou hmotou. První skutečná endoprotéza kolene byla implantována v roce 1957 a za jejího průkopníka je označován Börje Waldius. Implantát byl zkonstruován na principu šarnýrového kloubu a pevné spojení mezi femorální a tibiální částí umožňovalo pohyb pouze v sagitální rovině, tudíž nebyla respektována biomechanika pohybu v kolenním kloubu. Proto i přes ukotvení mohutnými dřívky vedla tato skutečnost k uvolňování protézy a jejímu mechanickému selhání. Nyní jsou jejich modernější varianty umožňující již částečný rotační pohyb, indikovány jako záchranné operace v jinak neřešitelných situacích, nejčastěji v onkologických případech, kde je nutná resekce kosti i vazivového aparátu kolene. V současné době jsou nejvíce používány tzv. kondylární náhrady, jejichž konstrukce umožňuje dosažení téměř plného pohybu v kloubu, avšak nezbytným požadavkem pro dobrou funkci je zachování postranních vazů. Po technické stránce je nutná pouze minimální resekce kosti, což umožňuje případnou reoperaci. Femorální komponenta kopíruje tvar kondylů femuru a je zhotovena převážně z chromkobaltové slitiny, vzácněji z keramiky a zcela výjimečně z titanu. Kryje celou

kloubní plochu a v přední části má uzpůsobenou plochu k artikulaci s patelou. Kondylární náhrada umožňuje i náhradu kloubní plochy pately v případě její těžké destrukce. Tibiální část implantátu kryje celou kloubní plochu tibie. Tvoří ji pevná kovová část s různě utvářeným tvarem dřívku, povětšinou z chromkobaltu či titanu, jenž zajišťuje ukotvení v dřevné dutině, a destička z vysokomolekulárního polyetylénu, jejíž tvar určuje stupeň stability kloubu. Existují i náhrady s meniskovými prvky, které by měly dovolit nejen rotace, ale i posuny, stejně jako normální kloub, ale názory na účelnost těchto implantátů se velmi různí (8, 36). U nás byly totální endoprotézy kolene do běžné praxe zavedeny koncem 70. let, nejprve na ortopedických klinikách v Praze a Brně, kdy se jednalo většinou o implantáty zahraniční provenience. V roce 1983 byla do praxe uvedena první česká kondylární náhrada kolenního kloubu, která byla vyvinutá na 1. ortopedické klinice ve spolupráci s firmou Walter-Motorlet. Modernizace se dočkala v roce 1999, ale již o rok později byl představen nový modulární implantát Walter, který respektoval současné požadavky na moderní implantát ve smyslu variability a zároveň možnosti řešení kostních defektů. Ve spolupráci 1. ortopedické kliniky v Praze a české firmy Beznoska vznikl v roce 1997 implantát domácí provenience S.V.L. V současnosti je jednoznačně dávana přednost totální endoprotéze před hemiartroplastikou, což je náhrada části zátěžové zóny, z důvodu velmi technicky náročného výkonu a dále z důvodu, že implantát nezabraňuje pokračující destrukci v protilehlé polovině kloubu a má menší odolnost na přetížení, čímž i kratší životnost. Stejně jako náhrada kyčelního kloubu jsou i druhy kolenních endoprotéz rozlišovány dle způsobu fixace ke kostnímu lůžku, a to na cementované, necementované a hybridní (15, 36).

1.3 Indikace a kontraindikace TEP

K výměně kyčelního kloubu se zpravidla přistupuje zejména pro chronickou bolest nereagující na konzervativní léčbu. Další indikací je výrazná funkční újma, příčiny ale mohou být různé, např. nádorové onemocnění v okolí kloubu. Pacient je výrazně omezen v běžných denních činnostech. Nejčastěji se totální endoprotéza volí v souvislosti s osteoartrózou a revmatoidní artritidou. Klinickým projevem těchto onemocnění je pocit slabosti, námahová bolest a klidová bolesti. Ta může vystřelovat do hýždí, oblasti trochanteru, třísla, horní části stehna nebo kolena. Dalším významným klinickým příznakem je dominující omezení hybnosti kloubu a tím často vznikající kontraktury. Je nutné vždy vyšetřovat a porovnávat rozsah pohybu v obou kloubech současně. Diagnóza se stanovuje na základě rentgenu pánve u artrózy kyčle a rentgenu kolenních kloubů u artrózy kolene, který se provádí k posouzení stavu obou kloubů současně. Rentgenové vyšetření lze doplnit o počítačovou tomografii (CT), magnetickou rezonanci (MRI) či sonografií, ale ke přímému stanovení diagnózy jsou téměř nepotřebné (3, 18, 23, 25, 28, 30, 35, 37, 41).

V praxi se u pacientů kolem 65 let věku setkáváme s primární artrózou, povětšinou bývá oboustranná. V těchto případech obecně má celková náhrada kloubu vynikající dlouhodobé výsledky. V 30% se setkáváme s indikací k totální endoprotéze pro sekundární postdysplastickou kloubní artrózu. Jedná se většinou o ženy kolem 45 let věku, které byly v dětství léčeny pro vrozenou dysplazii kyčle. TEP lze indikovat i v nižším věku, většinou mezi 40. a 50. rokem věku, např. po druhém komplikovaném porodu. Vynikající výsledky jsou u revmatiků. Věk nerozhoduje ani u pacientů s revmatoidní artritidou či s ankylozující spondylitidou vzhledem k závažnosti a polyartikulárnímu typu postižení. V ojedinělých případech je indikace i u pacientů mladších 20 let. Další indikací k operačnímu výkonu je asi 10% pacientů se zlomeninou krčku nebo pro stavy po zlomenině krčku či acetabula (pakloub krčku, nekróza hlavice). Bohužel v těchto případech jsou dlouhodobé výsledky obecně horší než u pacientů s primárním postižením kloubu (3, 35).

Hlavním důvodem provedení operace totální endoprotézy kolene je bolest. Dalším důvodem bývá výrazná porucha funkce kloubu vedoucí k omezení celkové

pohybové schopnosti, stejně jako u kloubu kyčelního. Indikací k operaci jsou tedy degenerativní onemocnění kolene, tj. gonartróza, destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění, poúrazová destrukce kloubu, systémové choroby pohybového aparátu, ale i nádorová onemocnění postihující oblast kolenního kloubu. Věková hranice dříve udávaná kolem 6. a 7. decénia již dnes není rozhodující, vzhledem k tomu, že indikace se provádí po pečlivém zvážení subjektivních potíží pacienta, objektivním ortopedickým vyšetření a rentgenologickém nálezu. Dále se ale zvažuje i přínos z hlediska očekávané pohybové aktivity pacienta po výkonu a jeho event. profesního zařazení (8, 15, 16, 17, 22, 27, 36).

Jako každý operační výkon mají i náhrady kloubů své kontraindikace, a to jak celkové, tak i lokální. Jednou z celkových je nespolupracující pacient. Není možné provést TEP u tohoto pacienta, neboť je zapotřebí, aby se po operaci přizpůsobil určitému režimu a přesně daným podmínkám, což nespolupracující pacient dodržovat nebude. Další kontraindikací jsou pak stavy, kdy není zcela zřejmé, zda pacient bude po operaci schopen chůze, např. z důvodu, že nechodil již dlouho před výkonem. K místním kontraindikacím patří kožní hnisavé afekce, furunkly, bércové vředy, dekubity a ostatní kožní zdroje infekce. Mezi kontraindikace se neřadí nadváha ani osteoporóza. U obézních pacientů však musíme počítat s vyšším výskytem komplikací (30, 35). Rizikem může být v pooperačním období TEN, proto je nutná prevence. Nejobávanejším problémem je infekce, ke které může dojít i na sebelepším pracovišti v případech, kdy má pacient zhoršenou obranyschopnost proti infekci či je sám nositelem infekčního ložiska v podobě zubního váčku, zánětu vedlejších nosních dutin, vleklé močové infekce, gynekologické infekce nebo zánětlivých ložisek v pohybovém aparátu. Dojde-li k infekci kolenního kloubu, a tím i napadení protézy, je nutné ji vyjmout na specializovaném pracovišti, infekci vyléčit a teprve poté implantovat speciální endoprotézu zhotovenou pro tyto případy. Nebezpečí hrozí řadu let po operaci, proto je nutné všem infekcím věnovat okamžitou pozornost a preventivně vše přeléčit antibiotiky (36). Komplikací může být i uvolnění komponenty, kdy je potřeba opět náhradu odstranit a event. za příznivých podmínek implantovat speciální implantát (15, 18, 22, 36).

1.4 Edukace pacienta

Edukace označuje souhrn znalostí získávaných pomocí vzdělávání, výuky a studiem specifických vědomostí. Pojem edukace lze odvodit z latinského slova educare, které se dá přeložit jako „vedení ven“ či „vedení vpřed“. Vzdělávání jedince začíná ihned po narození a pokračuje v celém průběhu života. Jinými slovy se člověk stále učí novým věcem. Edukaci v ošetrovatelství definujeme jako výchovu pacienta k samostatnému zvládnání jeho vlastního problému, který ho momentálně sužuje. To vede i k lepší spolupráci se zdravotnickým personálem a navazuje pevnější vztah důvěry. Je nezbytnou a nenahraditelnou součástí úspěšné léčby. Edukace ve zdravotnických zařízeních začíná prvním kontaktem pacienta s lékařem a sestrou a nikdy nekončí (2, 12, 14, 34).

Vzdělávání zahrnuje dva nezávislé procesy a to vyučování a učení. Vyučovat je možné bez toho, aby probíhalo učení a učit se je možné i bez toho, aby někdo vyučoval. Vzdělávání pacienta je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské péče a je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství, kde se lze odvolat na Listinu práv pacientů vydanou americkým sdružením nemocnic v roce 1972, kde je přímo zakotvené právo pacienta na poučení. I další legislativa počítá s právem pacienta na informace za jeden z pilířů ošetrovatelské péče a zároveň nařizuje právní i profesionální zodpovědnost (20). „Vzdelávanie pacienta je mnohostranné; zahrnuje zlepšenie, ochranu a udržanie zdravia. Patri sem poučenie o znižovaní rizikových zdravotných faktorov, o zabezpečení celkovej pohody a poskytovanie informácií o špecifickej ochrane zdravia. Pacienti majú roznné požadavky, čo sa týka potreby získavania vedomostí“ (14, s. 278). Potřeba učení je požadavkem na změnu chování a postojů, jinými slovy, jde o jakousi mezeru mezi informací, kterou již pacient má a informací, kterou potřebuje, aby byl schopen zvládnout určité činnosti nebo se postarat sám o sebe. Učení je změna schopností či možností pacienta, která je různě časově dlouhá, a kterou člověk nezískává dospíváním. Důležitým prvkem získávání znalostí a vědomostí je touha jedince po poznání a snaha učit se novým věcem, tzv. kompliance neboli ochota či poddajnost, která se projeví v případě, kdy člověk rozpozná a akceptuje potřebu učení. Výsledný efekt nabytí vědomostí se projeví změnou chování. Existují i teorie učení, které vysvětlují, proč se

lidé učí. Základní teoretické směry jsou tři a patří k nim behaviorismus, kognitivismus a humanismus. Jedním z hlavních přínosů behaviorismu aplikovatelný na edukaci pacienta, je myšlenka, že základem učení musí být postoj toho, kdo se učí. Kognitivismus pokládá učení za komplexní psychickou aktivitu. Humanismus nebo též humanistické teorie učení předpokládají, že u člověka existuje přirozený sklon k získávání nových poznatků a učení převládá ve stimulujícím prostředí. Zavedení humanistické teorie do praxe vyžaduje poskytnutí pacientovi možnost vzdělání a zabezpečení zdrojů i potřebného vybavení na edukaci. Sestry mohou při edukaci pacientů využívat poznatků z andragogiky, např. v procesu dospívání člověk přechází od závislosti k nezávislosti. Dospělý člověk může také při učení čerpat z předcházejících zkušeností. Jeho pohotovost získávat nové vědomosti často souvisí se zadanou úlohou nebo společenským postavením. V neposlední řadě dospělý je víc zaměřený na získávání vědomostí, které může využít hned a ne až v budoucnosti (12, 14).

„Učenie pohltí celého človeka a môže ovplyvniť jeho životný štýl, spôsoby, ako sa vyrovnáva s problémami, postoje i vedomosti. Učenie si vyžaduje energiu a schopnosť koncentrovať sa. Aby boli sestry dobrými učiteľmi pacientov, musia poznať faktory, ktoré učenie napomáhajú, ale aj faktory, ktoré ho brzdia“ (14, s. 281) Faktorem napomáhající učení je motivace, která je totožná s touhou učit se. Důraz je kladen i na zpětnou vazbu, což je informace vztahující se k uskutečnění vytouženého cíle a musí mít smysl pro toho, kdo se učí. Pozitivní zpětné vazby se dosahuje např. pochvalou nebo odměnou za žádoucí chování. Projevem negativní zpětné vazby je zlost, výsměch či sarkasmus a dokáže člověka od učení velmi odradit. Taková zpětná vazba je považovaná spíše za trest a způsobí, že se pacient začne edukátorovi vyhýbat, aby se tohoto vyvaroval (14). Překážkou při učení může být nadměrná úzkost, protože úzkostní pacienti či jejich rodinní příslušníci pak nevnímají, co se jim říká, případně si zapamatují pouze malou část. Sestra musí mít ale na paměti, že každý operační výkon je u všech pacientů spojený s pocity úzkosti a strachu a že úzkost se u pacienta může objevit i nečekaně a při velké intenzitě může přejít až v úzkost panickou. Může se ale objevit anticipační úzkost vznikající při pouhé myšlence na operaci, nemocniční

prostředí, pooperační úkony prováděné sestrami, nesoběstačnost, imobilitu a v neposlední řadě stud (11). Extrémní úzkost se dá snížit medikamentózně či poskytováním informací, které odstraní nejistotu. Dalším problémem mohou být i fyziologické překážky, např. pacient v kritickém stavu, bolest nebo poškození sluchu pacienta. Za těchto okolností se pacient nemůže soustředit ani vydávat energii potřebnou k učení, proto je potřeba ho omezovat. Znamé jsou i kulturní bariéry učebního procesu jako je jazyk a uznávané hodnoty. Je jisté, že pacient, který nerozumí jazyku sestry, se naučí jen velmi málo. Překážkou je i protichůdnost hodnot uznávaných pacientem a zdravotnickým personálem. Edukace musí pomoci tomu, kdo se učí, naplnit jeho individuální cíle, které se musí dopředu stanovit. Pokud některé činnosti pacientovi nepomáhají, musí se pozměnit taktika či zvolit vhodnější aktivity. Nevyhnutelný je neustálý kontakt sestry - edukátorky a pacienta. Jejich vztah je konstruktivní a oba se v něm vzájemně akceptují. Toto vše učení výrazně podporuje. Schopný edukátor dokáže využít předešlých znalostí pacienta v současné situaci, posiluje jeho schopnosti a pomáhá mu osvojit si nové vědomosti. Musí být schopen jasně a stručně komunikovat a slova, která chce používat, musí mít stejný význam pro něho i pro pacienta. Edukační činnosti musí být v souladu se stanovenými cíly, proto je potřeba z edukačního procesu vyloučit veškeré informace i aktivity, které s příslušnými cíly nesouvisí. Pokud se tak neučiní, mohou pacienta rušit a odpoutávat ho od učení (12, 14, 40).

Edukace je určitý soubor činností zaměřený na získávání vědomostí. Edukační proces je vytvořený záměrně pro to, aby se někdo něco konkrétního naučil. Je to dynamický vzájemný vztah mezi vyučujícím a učícím se, kdy každý z účastníků zprostředkovává informace, pocity, vjemy a postoje tomu druhému. K edukaci patří i určitý typ komunikace, který sleduje specifické cíle. Co se týče vztahu mezi edukátorem a edukovaným, je to vztah důvěry a respektu. Žák věří, že učitel má dostatečné zkušenosti a vědomosti, aby ho mohl něco naučit, a učitel zase věří v žákovu schopnost dosáhnout stanoveného cíle. Je velmi důležité, aby se edukační proces nepřerušil, dokud se vytyčené cíle nesplní nebo se nepozmění, případně se nerozhodne, že jejich dosažení nepomůže celkovému záměru. Edukační proces má stejně jako ošetrovatelský proces

pět bodů, pod kterými se v první řadě skrývá sběr údajů, rozbor pacientových schopností učit se a zároveň analýza jeho nedostatků. Dále je to stanovení vzdělanostní diagnózy, příprava učebního plánu, realizace učebního plánu a zhodnocení pacientových vědomostí a celkové efektivity učebního plánu (40).

Před začátkem edukace se sestra zaměřuje na zjištění důležitých údajů o pacientovi a zároveň na jeho potřebu získat určité znalosti. Mezi údaje, které je nutné zjistit o každém pacientovi, patří kromě osobní anamnézy i jeho motivace, pohotovost reakcí, společenské a ekonomické postavení, věk, jeho postoj ke zdraví a jeho uskutečňování v běžném životě. Pacientův zájem něco se naučit musí vycházet z jeho samotného. Pokud si toto uvědomí, sám ustavičně klade otázky, čte knihy a články, vyměňuje si poznatky s druhými pacienty nebo jiným způsobem vyhledává potřebné informace. Hodnocení motivace učení se bývá často součástí posouzení celkového zdravotního stavu nebo součástí posouzení specifického problému. Sestra – edukátorka posuzující motivaci a pacientovy současné znalosti, musí přesně vědět, o čem a jak bude edukovat, co bude pacienta učit. Sestra většinou dopředu ví, jaké informace si bude pacient žádat, a který zdravotní problém bude vyžadovat jaké intervence. Sestra může pozitivně ovlivnit pacientovu motivaci, pokud dá edukaci do souvislosti s něčím, čeho si pacient váží a tím ho přesvědčí o její důležitosti. Dále zpříjemněním atmosféry při učení a v neposlední řadě posilováním pacientovy samostatnosti. Samozřejmě používá pozitivního posilování formou odměny za dosažené výsledky, kterou uděluje ihned, protože pak je nejúčinnější. Nepoužívá negativní stimulaci, neboť trest je méně motivující, ačkoli může doprovázet vysvětlení správného postupu. Co se týče společensko-ekonomických faktorů, zná sestra kulturní odlišnosti a názory na stravování, zdraví, nemoci a životní styl (14).

V rámci edukace sestra vychovává pacienta ke změně životního stylu v souladu s jeho základním onemocněním a školí ho, aby byl schopen si poradit v případě neočekávaných obtíží. Vzhledem k tomu, že edukace je jedním z pilířů ošetrovatelské činnosti, nemůže předpokládat, že i dobře erudovaný pacient zná všechno. Edukovat lze několika způsoby. Pacientovi nejbližší je nepochybně ústní forma. V praxi to vypadá tak, že sestra pacienta seznámí s ošetrovatelským problémem, vysvětlí mu vše, co

s touto záležitostí souvisí, následně se sama ujistí, zda pacient pochopil a vstřebal vše řečené a nakonec mu nechá prostor pro dotazy. Dobrá sestra pacientovi ponechá čas, aby si mohl vše promyslet, doporučí mu i konzultaci s rodinnými příslušníky, dovolí-li to situace a urgentnost výkonu a následně za pacientem opětovně přijde a znovu si s ním promluví. Ústní formu edukace může doplnit o tištěné brožurky a pokyny pro pacienty, jsou-li na oddělení k dispozici. V nich se postupuje od jednoduchých poznatků k těm složitějším. Některé úkony lze pacientovi i prakticky ukázat. Z toho vyplývá, že je potřeba, aby sestra sama byla dostatečně v dané věci vzdělaná a aby si na vzdělávání pacienta našla dostatek času a prostoru. Edukační plán je přísně individuální záležitost (12).

Jako vše, má i zdravotnická výchova svoje pravidla. Jsou věci, o kterých může hovořit pouze lékař. To se týká především sdělování diagnózy pacientovi, jeho medikace, průběhu a přibližné délce léčení, souvisejících vyšetření, pohybovém a stravovacím režimu, případných komplikací a prognóze. Lékař také sděluje eventuelní propuštění pacienta do domácí péče či přeložení na jiné oddělení. Doménou sestry je edukace o ošetrovatelských problémech. Doplnuje sdělení lékaře a zodpovídá dotazy v rámci svých kompetencí (26). Do edukačního plánu je dobré zapojit i fyzioterapeuty, nutriční terapeuty a sociální pracovníky, kteří se zaměřují na svoji specializaci, jakož i rodinné příslušníky, kteří mohou pacientovi pomoci překonat těžké chvíle a zároveň je podporovat i po stránce psychické. Sestra má při sdělování informací pacientovi na paměti určitá pravidla, kterými jsou zejména podávat jednoduchou informaci, opakovat ji při každém kontaktu s pacientem, odhadnout emociální stav pacienta a zamezit různým falešným domněnkám o nemoci (29).

1.4.1 Edukace pacienta před výkonem

Co se týče vlastního výkonu, vysvětlí ošetřující lékař pacientovi podrobně, proč je nutné provést výměnu celého kloubu a proč zákrok, včetně příslušných vyšetření, podstoupit. Současně sestra informuje pacienta o nutných změnách jeho životního stylu. Na pacientovi poté zůstává konečné rozhodnutí. Ať už se rozhodne pro operaci či naopak, je to jeho svobodná volba a jeho právo a lékař by toto měl respektovat, ačkoli

s ním nemusí souhlasit. Personál se snaží se, aby pacient neměl pocit, že je na něho činěn nátlak. Sestra pacienta ujistí, že se na svého ošetřujícího lékaře a ostatní zdravotnický personál může kdykoli obrátit s dalším dotazem nebo v případě jakékoli nejasnosti. Lékaři a sestry opakovaně zjišťují, zda pacient veškeré podané informace vstřebal a zcela rozumí jejich obsahu, neboť právě nedostatečné pochopení může být příčinou odmítnutí jakéhokoli výkonu. Proto je potřeba průběžně pacientovi jasně, srozumitelně a trpělivě informace opakovat, jelikož v dané chvíli pacient sice může podané informace slyšet, ale nemusí jim zcela rozumět či je naopak později nemusí být schopen zpracovat nebo dojde zcela k jejich vytěsnění (12).

Náhrada celého kloubu, ať už se jedná o endoprotézu kyčelního nebo kolenního kloubu, je velmi náročný výkon s dlouhou rekonvalescencí a proto je nutné, aby na něj byl pacient důkladně připraven. Příprava začíná daleko před vlastním operačním zákrokem a v podstatě jde o důkladnou edukaci, na kterou se nabalují ostatní činy. Vzhledem k tomu, že se jedná o dlouhodobě plánovaný výkon, má pacient na přípravu relativně dost času. Pokud si to pacient přeje, sestra školí a zacvičí stejným způsobem i jeho rodinné příslušníky. Informovanost a spolupráce osob blízkých bývá v podstatě nutná v případě, že pacient není dostatečně soběstačný nebo má jiný handicap např. smyslový. V každém případě blízké osoby mohou pacienta přinejmenším psychicky podporovat (30, 36).

Edukaci sestra začíná zjišťováním současné životní situace pacienta. Nemá-li pacient ideální váhu, je potřeba, aby zhubl, tudíž se přistupuje k poučení o zdravém životním stylu. Je nutné pacientovi vysvětlit, že pokud se mu povede váhu snížit, může tím předejít případným komplikacím. Sestra zároveň upozorňuje, že přísné dietní opatření není doporučováno, aby pacient nehladověl. Pokud to lze a pacient s tím souhlasí, domluví mu schůzku s nutričním terapeutem, který s pacientem promluví a poradí mu se sestavením vhodného jídelníčku. Je-li pacient zároveň diabetik, hypertonik či kardiak, je nutné, aby před vlastním operačním zákrokem měl své chronické onemocnění patřičně kompenzované. Dekompenzace chronického onemocnění je závažnou kontraindikací totální endoprotézy. Sestra pacienta upozorní, že se změnou životního stylu souvisí i úprava bytu, který je potřeba upravit tak, aby se po něm mohl

pacient bez problémů pohybovat a nepřekáželo mu nic v cestě. Vysvětlí mu, že se pro něho dočasně nezbytné pro běžný život stanou madla a protiskluzové podložky na toaletě a v koupelně, že musí být opatrný všude tam, kde se v bytě nachází linoleum, plovoucí podlahy, parkety a vysoké dveřní prahy nebo například tzv. létající dveře. Základem pro pohodlí pacienta po totální endoprotéze je i dostatečně vysoká postel, která se zajišťuje ještě před vlastním operačním zákrokem. Pokud nechce investovat větší obnos do kvality, musí mu sestra umět poradit a odkázat ho např. na agentury domácí péče či na centra zdravotnických potřeb, kde je možné vhodné lůžko za nějaký poplatek zapůjčit. Pacientovi ale opět musí připomenout a zdůraznit, že vyšší lůžko je potřebné k předcházení komplikací, v tomto případě prevence luxace TEP. Totéž se týká i židle u stolu či křesla, ačkoli zde se nedostatek dá vykompenzovat vypodložením sedadla např. polštářem. Tím však nelze vyrovnat výšku toalety. Je proto potřeba, aby sestra pacienta upozornila na nutnost nechat si předepsat nástavec na WC. Informuje ho, že poukaz na všechny tyto pomůcky mu předepíše obvodní lékař, se kterým si domluví přesný typ nástavce. Existuje totiž několik druhů těchto pomůcek. Pro pacienty, kteří si nechtějí nechat připevnit madla na stěnu, může sestra doporučit nástavec s držadly. Pacient by měl ale vědět, že tato držadla nemusí být stabilní natolik, jako napevno přivrtaná madla ve zdi a že by zpočátku nemusel mít tak velký pocit stability a bezpečí (příloha 4). Dalším okruhem, o kterém sestra pacienta edukuje, jsou ortopedické pomůcky pro zlepšení soběstačnosti po výkonu, kdy je opět nutné upozornit, že se všechny opatřují již před operací, aby se je pacient naučil dobře obsluhovat a zvykl si na ně. Jedná se především o podpažní berle a francouzské hole. Sestra pacientovi vysvětlí, že v prvních pooperačních dnech bude moci používat podpažní berle, které mu umožní lepší chůzi bez zatížení operované končetiny a pomohou mu získat větší pocit stability a jistoty. Teprve po několika týdnech, dovolí-li ošetřující lékař chůzi s mírnou zátěží, bude možné podpažní berle vyměnit za francouzské hole (příloha 5). Vzhledem k tomu, že se pacient bude muset s berlemi a holemi sžít na delší dobu, doporučuje sestra, aby si k nim pořídil i cyklistické rukavice. Ty totiž pomohou ochránit pacientovy dlaně od otlaků způsobených berlemi z přenášení velké tělesné váhy přes ruce na berle. K pomůckám zlepšující soběstačnost pacienta řadíme například i tzv. nazouváky či

obouváky ponožek (příloha 6). To je pomůcka, která pacientovi umožní si bez větších problémů obout ponožky bez asistence druhé osoby. Další pomůckou jsou různé podavače (příloha 6). Sestra pacientovi ukáže, jak takové předměty vypadají a hlavně, jak se používají. Klade důraz na to, aby si je pacient pod dohledem sestry i vyzkoušel, aby poté v domácím léčení nebyl jejich použitím překvapený (30, 36).

Další velkou edukační skupinou je pohybový režim, který je před operací též velmi důležitý. Sestra dle instrukcí lékaře pacienta povzbuzuje k pohybovým aktivitám. Pacientovi vysvětlí, že ačkoli je pro něho pohyb mnohdy velmi obtížný a bolestivý, neměl by se ho vzdávat a v rámci možností se pohybovat. Nenuť pacienta běhat, ale dovolí mu pohyb, který má vyzkoušený a nevádí mu, naopak mu spíše vyhovuje, např. rychlá chůze, plavání či jízda na kole. Pohybová aktivita před operací je důležitou složkou, neboť od toho se odvíjí i následná rehabilitace. Pacienta ještě před přijetím do nemocnice ošetřující lékař odesílá na oddělení rehabilitace a fyzioterapie, kde začíná nácvik chůze o berlích bez zátěže operované končetiny. Učení probíhá nejprve pouze chůzí po rovině, poté i ze schodů a do schodů. V rámci předoperační edukace a vlastního zacvičení si pacient na tomto oddělení též natrénuje vstávání z lůžka a uléhání zpět. Je zde poučen a naučí se i posazování se na židli či do křesla, neboť po operaci nesmí sedět v úhlu svírajícím méně než 90° v kyčli a předklánět se. Právě z tohoto důvodu je potřebné vysoké lůžko, židle či křeslo a nástavec na WC. Je vhodné, aby se po celou dobu předoperačního edukačního procesu pacientovi věnovala jedna stálá sestra, jeden stálý lékař a jeden stálý fyzioterapeut. Pacient pak má možnost navázat lepší vztah mezi těmito pracovníky a rychleji vznikne pouto důvěry, čímž se může minimalizovat strach a obavy z operačního zákroku. V neposlední řadě v průběhu celého edukačního procesu sleduje sestra celkový psychický stav pacienta. Pokud zaznamená nějakou výraznou změnu v pacientově chování, snaží se dopátrat příčiny. Veškeré nežádoucí změny, např. nadměrná bolestivost kloubu, otoky nebo zhoršení hybnost, ihned sdělí ošetřujícímu lékaři (7, 13). Dalším úkolem sestry je celou instruktáž včetně svých poznatků a postřehů zapsat do zdravotnické dokumentace (11, 30, 36).

1.4.2 Edukace pacienta po výkonu

Po proběhlém operačním výkonu je edukace pacienta stejně potřebná jako před zákrokem. Zvláštní důraz sestra věnuje vzdělávání týkající se režimu po propuštění z nemocnice do domácí péče. Pacient to sice mnohdy může vnímat jako poučování, nicméně je lepší všechny informace několikrát zopakovat, aby se posléze na nic nezapomnělo. Pooperační edukační plán lze pomyslně rozdělit na edukaci bezprostředně po operaci neboli hospitalizační a edukaci po propuštění do domácího léčení (11, 30, 36).

V první řadě se jedná o pohybový režim. V nemocnici zajišťuje rehabilitaci pacienta fyzioterapeut. Výhodou je, pokud se již s pacientem znají z předoperačního cyklu nácviků v ambulantní rehabilitační edukační péči, neboť se rychleji obnoví pocit jistoty a důvěry. Úkolem sestry v pooperační edukaci je v podstatě opakovat pacientovi správné postupy polohování na lůžku a sledovat jeho celkový fyzický stav. Důležitou rolí sestry je kontrolní a poradenská činnost v rámci operačního zákroku. Sestra sleduje pacientovy pohyby, upozorňuje na jeho nedostatky a chyby a opravuje je. První pohyby po operaci, které pacient může provádět, je otáčení na boky. Sestra pacienta upozorní, že se smí natáčet pouze na zdravý bok z důvodu nejen bolestivosti operační rány, ale hlavně pro velké riziko vykloubení čerstvě provedené totální endoprotézy. Před prvním samotným polohováním pacientovi vysvětlí, jakým způsobem se pohyb provádí a upozorní ho na nutnost mít mezi kolena polohovací pomůcku, např. polštář, dostatečně velký molitanový obdélník či polohovací klín, aby se zabránilo luxaci kloubu. Sestra dohlíží na pacientovy pohyby do té doby, dokud je správně nezvládá zcela sám bez pomoci druhé osoby. Nácvik vstávání z lůžka začíná již druhý den po operaci. To má v kompetenci příslušný fyzioterapeut. Nejprve pacientovi zopakuje techniku posazování přes bok a vstávání z lůžka ústně, teprve poté se přistupuje k vlastnímu nácviku. Zpočátku není rehabilitace příliš dlouhá a převažuje spíše dechové cvičení a kondiční cvičení na lůžku, teprve poté se dle celkového stavu realizuje sed a stoj. Sed se provádí pouze na nezbytně nutnou dobu, pouze jako předstupeň stoje, aby se zabránilo ortostatické hypotenzi, která by se mohla vyskytnout při prudkém vstávání přímo z lehu. Fyzioterapeut připomene pacientovi správný postup, tj. z lehu na zádech za

pomocí klínu mezi dolními končetinami se pacient otočí na zdravý bok, poté za pomoci fyzioterapeuta svěsí dolní končetiny z lůžka tak, aby nepřekročil v kyčli úhel 90° a zároveň mu dopomůže za rameno do sedu. Špatná technika sedu může vést k luxaci provedené totální endoprotézy. Upozorní pacienta, aby se díval před sebe a soustředil se na jeden bod, což pomáhá zabránit točení hlavy a urychlení stabilizace. Když se pacient cítí bez obtíží, přistoupí se ke stoji. Zpočátku bývá pro pacientovu stabilitu a získání jistoty a důvěry lepší, aby u něho byli přítomni dva zdravotničtí pracovníci, kteří budou stát po obou jeho stranách. Je dobré, pokud to nejsou dva fyzioterapeuti, aby vypomohla sestra, která má pacienta na starost. Její přítomnost je v tomto případě vítána i z důvodu případných nežádoucích stavů typu náhlé nevolnosti, bušení srdce, točení hlavy či již zmíněná ortostatická hypotenze a může tak předejít neočekávaným komplikacím jako je pád pacienta s následným poškozením operovaného kloubu či jiným poraněním. Tuto péči pacient nepochybně velmi ocení a určitě to pomůže k prohloubení vztahu mezi ním a ošetřujícím personálem. Nemá-li pacient obtíže při stoji, procvičuje s ním fyzioterapeut chůzi o berlích. Opět nejprve zopakuje techniku a pak se pustí do nácviku vlastní chůze. Pacient se učí nejjednodušší postup, tj. opora podpažních berlí a krok zdravou nohou, poté přesunutí obou berlí současně a přisunutí operované končetiny, která se nesmí zatěžovat. Jedná se o tzv. trojdobou chůzi o berlích, která není příliš vyčerpávající a zvládnou ji i pacienti vyššího věku. Po zvládnutí chůze po rovině se přistupuje k učení se chůzi ze schodů a do schodů s nutností důsledného nácviku, neboť zde hrozí největší riziko pádu. Pacientovi je stále opakován postup, tj. do schodů jde jako první zdravá končetina, poté berle a přitáhne se končetina operovaná, při chůzi ze schodů se nejdříve pokládají berle za přenesení váhy celého těla na zdravou končetinu, operovaná končetina je po celou dobu bez zátěže a po zhoupnutí na berlích se přinoží zdravá dolní končetina. Pacient si musí dobře nacvičit a osvojit pohyby, aby mohl co nejdříve do domácího ošetřování. Sestra sleduje celkový stav pacienta a předchází svým úsudkem případným pádům či jiným nežádoucím komplikacím. U pacientů vyššího věku a v horší fyzické kondici lze též chůzi nacvičovat s pomůckou zvanou vysoké chodítko (příloha 5), jehož výhodou je větší stabilita, a tudíž pro tyto pacienty větší jistota. Teprve poté, co zvládnou techniku v chodítku, přechází se k chůzi o podpažních

berlích. Ty těmto pacientům zůstávají po celou dobu, neboť by se jen velmi těžko pohybovali o francouzských holích a byla by zde velká pravděpodobnost pádu (30, 36).

Při propouštění do domácí péče se sestra stává poradkyní jak pacientovou, tak i jeho rodiny. Klade důraz na pohybovou aktivitu ve smyslu pouze vlastní chůze, neboť pacient odchází z nemocnice bez zátěže operované končetiny nebo se zátěží minimální. Pokud má povolenou minimální zátěž, sestra o tom pacienta edukuje a fyzioterapeut pomocí dvou osobních nášlapných vah pacientovi ukáže, jak velkou vahou může na končetinu došlapovat. Co se týče výměny podpažních berlí za francouzské hole, je toto možné a u mladších pacientů velmi pravděpodobné, nicméně pouze v případě, že pacient zvládá techniku chůze a prokonzultoval tuto možnost s ošetřujícím lékařem, který mu povolil alespoň minimální zátěž. I tato možnost bývá ale realizovatelná až po 3 – 4 týdnech a sestra o tom též pacienta informuje. Krátce po operaci není dovolena jízda na kole či plavání. Sestra pacientovi vysvětlí, že tyto aktivity bude moci provádět v delším časovém horizontu po konzultaci s ošetřujícím lékařem a operátérem, nejdříve však po kontrolním rentgenovém snímku. Sestra pacientovi vysvětlí přibližný systém pooperačních kontrol, tj. první kontrola včetně rentgenového snímku za 3 týdny, poté za 3 měsíce, za 6 měsíců a za 12 měsíců, pokud vše probíhá bez komplikací. Kromě pohybového režimu zdůrazňuje i další rizikové faktory. U obézních pacientů edukuje o stravovacím režimu, kdy je zapotřebí dodržovat dietní opatření vedoucí k dalšímu snižování váhy, a tudíž k následnému nižšímu zatížení kloubů dolních končetin. Mnoho pacientů v aktivním věku se samo informuje o možnostech jezdit vozem a samostatně řídit. Sestra pacienta upozorní, že přesné datum, kdy bude pacient moci řídit své motorové vozidlo, určí lékař na základě kontrolních prohlídek a rentgenových snímků. Sdělí mu obecně platné pravidlo, že první tři měsíce se může automobilem přemísťovat pouze jako spolujezdec, pokud ovšem bude dodržovat dané podmínky správného posazování a sezení, tj. nepřekračovat v kyčli úhel 90°. To platí i při nastupování do vozidla a vystupování z něho. Doporučuje se jízda spíše vozem s vyššími sedačkami a dostatečným prostorem, není doporučována jízda sportovními nízkými vozy, kde by díky špatné technice nastupování a sezení mohlo dojít k vykloubení endoprotézy. Vozidlo může pacient řídit až po schválení ošetřujícím lékařem a operátérem, stejně

jako sportování, nejdříve však po šesti měsících. Sestra připomene používání ortopedických pomůcek a přídavných pomocných zařízení a slovně projde jejich návod k použití. Sestra též pacientovi vysvětlí nutnost po nějakou dobu užívat léky na ředění krve jako prevenci TEN a s tím spojené odběry krve u svého praktického lékaře. V neposlední řadě nechá pacientovi prostor na kladení dotazů a sama ho vybízí k aktivnímu ptaní se na věci, které si potřebuje ještě objasnit a které ho zajímají. Potřebuje-li pacient pomoc nějakého specializovaného pracoviště, např. prodejny či půjčovny ortopedických pomůcek, vyhledá mu sestra kontakt nebo alespoň poradí, na kterou pobočku se může obrátit. Toto se vztahuje i na agentury domácí péče nebo pečovatelské služby, které mohou pacientovi vypomoci s koupáním či jiným problémem, na který sám nestačí, např. dovoz stravy. Tyto společnosti se ovšem musí zajistit v dostatečném předstihu, tudíž se u plánovaných operací povětšinou kontaktují již před vlastní hospitalizací. Sestra má poté za úkol příslušnou agenturu včas zkontaktovat a nahlásit pravděpodobný den propuštění, který poté napevno potvrdí. Sestra informuje pacienta i o pokračování v rehabilitaci. Ten se může rozhodnout, které rehabilitační centrum bude navštěvovat (30, 36).

K takto náročné operaci patří i režimová opatření, na které musí sestra pacienta upozornit. Kromě již výše zmíněných opatření sestra edukuje o jednotlivých pohybech, kterých se má pacient vyvarovat. Jde zejména o takové pohyby, které by mohly poškodit operovaný kloub ve smyslu uvolnění implantátu např. při nedodržování chůze bez zátěže, či vykloubení, např. křížení nohou v kotnících, přehazování nohy přes nohu, unožování či překračování (abdukce či addukce v kyčelním kloubu – addukce je rizikovější), dále se jedná o dřepy či naopak pohyby typu přelézání přes překážky (30, 36).

1.5 Ošetrovatelský proces u pacienta s TEP

Pacient podstupující výkon totální endoprotézy je přijímán na standardní lůžkové oddělení ortopedické kliniky, popř. v nemocnicích, kde není samostatné oddělení ortopedie, je pacient umístěn na standardní lůžkové oddělení chirurgické kliniky. Umožňuje-li to kapacita oddělení, ukládá sestra pacienta na pokoj o menším počtu lůžek. Sestra ještě jednou překontroluje veškeré výsledky a o případných nedostatcích informuje ošetřujícího lékaře, event. po konzultaci s lékařem a jeho písemném záznamu příslušné úkony provede (21, 24, 32, 38). Svůj souhlas či nesouhlas s vyšetřeními i s vlastním zákrokem včetně anestézie pacient stvrzuje vlastním podpisem a vyjádřením „Souhlasím/Nesouhlasím“ na zvláštních protokolech zvaných Informovaný souhlas pacienta (příloha 7), které si vypracovává každá nemocnice ve vlastní podobě se svým logem, nicméně základ je ve všech zdravotnických zařízeních stejný, tj. stručný, jasný a pacientovi srozumitelný popis průběhu výkonu či zákroku včetně přínosu a všech možných komplikací. Tento formulář s pacientem podepisuje vždy lékař. Informovaný souhlas se podepisuje i v případě přijetí k hospitalizaci, v případě, že pacient ustanoví osobu, které se mohou podávat informace o jeho zdravotním stavu, případně v jakém rozsahu a zda smí nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace a pořizovat z ní kopie. Každý zákrok má svůj vlastní protokol, tudíž nelze předpokládat, že pokud pacient souhlasí s jedním vyšetřením, zákonitě souhlasí i s vyšetřením dalším. Výjimkou jsou prostá rentgenologická vyšetření, kde se informovaný souhlas nepodepisuje, nicméně pacienta s vyšetřením včas seznámíme, aby se mohl připravit spíše psychicky, a pacient též musí s výkonem souhlasit (9). Sestra s pacientem neustále komunikuje a odpovídá na jeho dotazy (2).

Předoperační příprava je v podstatě obdobná jako u jiných chirurgických zákroků. Dlouhodobá příprava zahrnuje i to, aby se pacient naučil správně provádět základní cviky (izometrické stahy), které bude muset po operaci provádět, neboť tento zákrok klade velké nároky na celkovou kondici organismu, a též zahrnuje nácvik chůze o berlích. Na toto období se vztahuje i potřebná úprava bytového interiéru a zajištění následné péče po propuštění z nemocnice a to buď formou následné lůžkové rehabilitační péče, kde by měl pacient zůstat alespoň do šestého týdne po operaci, nebo

formou agentur domácí péče. Sestra pacientovi doporučí, aby si před nástupem do nemocnice dal do pořádku všechny osobní záležitosti, kde je nezbytná osobní účast, což se týká převážně bank, spořitelny, právního zástupce, pošty či úřadů. Též je potřeba, aby si pacient připravil vhodnou obuv, nejlépe měkké, pohodlné boty s pevnou patou, které se dobře nazouvá. Sestra pacienta upozorní, že není vhodná obuv na podpatku či pantofle, jelikož nadržují stabilitu nohu. Dovolí-li to zdravotní stav pacienta, je doporučen přibližně tři týdny před samotným výkonem, provést odběr krve na autotransfuzi. Sestra pacientovi vysvětlí, že odběr se provádí na transfuzní stanici a jde o dva po sobě jdoucí odběry přibližně 400 ml vlastní krve v rozmezí jednoho týdne, aby se stihly doplnit ztráty způsobené odběrem. Sestra pacienta poučí, že autotransfuze bude použita výhradně pro něj při operačním výkonu nebo v době bezprostředně po operaci ke krytí krevních ztrát, čímž se absolutně vyloučí riziko přenosu infekčního onemocnění. I při v této fázi předoperační přípravy je potřeba pokračovat v zavedené konzervativní terapii, zejména v případě, kdy má pacient silné bolesti. Od pacienta se ale očekává spolupráce, proto může být na některých pracovištích požádán, aby neužíval vlastní léky a o analgetika si řekl sestře, která dle ordinace lékaře patřičný preparát podá a zapíše do zdravotnické dokumentace. Sestra dále klade důraz a za hospitalizace dohlíží na patřičný pitný režim, kdy je potřeba zvýšit příjem tekutin, a tím se snažit předcházet dehydrataci a zároveň společně s užíváním elastických bandáží či zdravotních punčoch i vzniku TEN. Dle zvyklosti oddělení sestra pacienta upozorní na nutnost dodržovat 3 dny před nástupem do nemocnice bezzbytkovou dietu, díky jejímu použití pak není nutné v rámci předoperační přípravy použít klysmatu. Diabetiky v tomto případě upozorní, že stačí vyloučit z diety některé nevhodné potraviny, jako je např. mléko, káva, kakao, ostré ovocné šťávy, alkohol, tonic, bublinaté nápoje, veškeré čerstvé i kompotované ovoce kromě banánů, dále veškerou zeleninu, luštěniny, houby, uzeniny, tučné vepřové maso, skopové, uzené, zvěřinu, tučné ryby a vnitřnosti, dále všechny druhy koření, smažené jídlo, smažené přílohy a pochutiny ve smyslu kečupu, hořčice, tatarské omáčky a jím podobné (24, 30, 36).

Vlastní předoperační příprava se liší dle zvyklostí různých oddělení a klinik. Sestra proto pacienta poučí dle zvyklostí toho vlastního oddělení, na kterém bude

pacient hospitalizován. Vzhledem k tomu, že je pacient většinou přijímán den před výkonem, je vhodné, aby s ním byl přítomen doprovod, který mu pomůže se zavazadlem a dále sestra pacientovi řekne, aby si s sebou vzal malou svačinu, pokud na oddělení nebude mít přichystaný oběd, neboť v den před operací je oběd poslední možné jídlo. Pacient ale musí vědět, že do půlnoci smí ještě pít libovolné množství tekutin, kdy se doporučuje spíše vyšší příjem neslazených vod a neperlivých vod. Sestra pacienta seznámí s faktem, že pokud nedodržel řádně bezsezbytkovou dietu, je nutné provést očistné klyzma a dále v místě pravděpodobného řezu oholí kůži. Dále pacienta upozorní na možnost užití léků na uklidnění a na spaní. Důrazně pacienta upozorní, že od půlnoci již nemůže jíst, pít, žvýkat, cucat bonbony ani kouřit. Před operací zajistí pacientovi periferní žilní přístup pro podávání léků a infúzí, event. dle indikace lékaře a převážně u osob vyššího věku zavede permanentní močový katétr. Podle operačního programu sdělí pacientovi pořadí výkonu a včas ho odveze na operační sál. Před odjezdem na sál ještě pacienta upozorní, že může být probuzen na pooperačním pokoji či jednotce intenzivní péče, kde bude sledován a kde mu budou zajišťovány základní životní funkce. Pacient ale musí vědět, že toto není známkou, že operace neproběhla dobře a jeho stav je kritický, nýbrž že je toto běžný postup po velkých a náročných operačních výkonech. Dále sestra pacienta upozorní, že ihned po operaci mu bude proveden rentgenový snímek operovaného kloubu (19, 30, 36).

V důsledku časně pooperační péče sestra monitoruje vitální funkce pacienta, kontroluje odpady do drénů, sleduje účinky podaných léků, sleduje změny v pacientově chování včetně známek nastupující bolesti, přebírá péči o pacientovu osobní hygienu a vyprazdňování. O všech změnách informuje lékaře a provede záznam do ošetřovatelské dokumentace (19). Dále pacienta edukuje o pohybovém režimu, který je v průběhu prvního a druhého pooperačního dne pouze na lůžku a kdy je potřeba důsledně dodržovat doporučení stran polohy operované končetiny a kdy je zásadně nutné vyvarovat se křížení dolních končetin a vytočení špiček zevně, což by mohlo mít za následek vykloubení (luxaci) implantátu. Ke správnému udržení polohy operované končetiny slouží mnoho polohovacích pomůcek, mj. po operaci kyčle antirotační (derotační) bota, která při správném použití zamezí nežádoucímu pohybu končetinou.

Má však jednu nevýhodu, a to při špatném nasazení či nedostatečném vyopodložení citlivých míst jako je např. pata, a při nedůsledné kontrole prokrvení a cití končetiny, může dojít k otlakům a následně vzniku nežádoucích dekubitů. Sestra za nepřítomnosti fyzioterapeuta dohlíží na provádění kondičního a dechového cvičení na lůžku podle jeho instrukcí. Mimo dohledu nad cvičením sestra dohlíží na pacientův celkový fyzický i duševní stav, polohování operované končetiny, pravidelně monitoruje vitální funkce, bilanci tekutin se zvýšeným příjmem tekutin a odpady do drénů, pokud je pacient ještě má, vše zapisuje do zdravotnické dokumentace a případné odchylky ihned hlásí ošetřujícímu lékaři. Zároveň dbá na vyprazdňování a pacientovu osobní hygienu, vzhledem k nesoběstačnosti v prvních dnech po operaci. Pacient je sestrou obeznámen o možnosti užívat analgetika dle ordinace lékaře a doporučí mu je využívat (21, 24, 30, 36).

Následná pooperační péče se více méně zaměřuje na rehabilitaci s prevencí kontraktur a snahou o navrácení co největší hybnosti kloubu, tlumení pooperační bolesti, dále na prevenci vzniku tromboembolické nemoci s důsledkem plicní embolie a nácvik samostatnosti a soběstačnosti. Především v tomto období je velmi důležitá důvěra mezi pacientem a personálem, neboť zde je nutné, aby pacient plně spolupracoval, plnil pokyny a nezamlčoval žádné skutečnosti, např. když při vstávání z lůžka pacient zamlčí točení hlavy, může upadnout a nastanou zbytečně další komplikace. Je potřebné, aby sestra tyto souvislosti pacientovi řekla a připomínala, aby k tomuto nedocházelo. K pooperačnímu období patří i pravidelné odběry krve, kdy se kontrolují koagulační faktory vzhledem k heparinizaci a následné warfarinizaci pacienta, jakožto farmakologickou prevencí vzniku TEN. I s těmito faktory je pacient seznámen, nejprve lékařem, poté sestrou, neboť léky na ředění krve bude dlouhodobě užívat i v domácím ošetřování, tudíž pravidelných odběrů krve nebude ušetřen (24, 30, 36).

Desátý až čtrnáctý den se dle zvyklosti oddělení a stavu operační rány sestra odstraňuje stehy a pacient je propuštěn buď do domácího ošetřování, nebo na oddělení následné rehabilitační péče. Na tomto oddělení pacient pokračuje ve cvičení pod dohledem fyzioterapeutů se zajištěním ošetřovatelské péče. Ideální pobyt na tomto

oddělení by pro pacienta byl alespoň šest týdnů, ale vzhledem ke kapacitě těchto jednotek se délka pobytu zkracuje na dva až čtyři týdny dle schopností pacienta, s následnou možností ambulantní rehabilitace. Při propuštění domů je možné zajistit odvoz sanitou nebo za pomoci rodinných příslušníků. Zde ale sestra pacienta upozorní, aby příslušné auto pacientovi zajišťovalo dostatečný prostor, dostatečný komfort k nastupování a vystupování a aby sedačky byly výše, aby nebyl pacient nucen být při jízdě v předklonu, čímž by se mohl ohrozit vykloubením implantátu. Sestra vybavuje pacienta instrukcemi a telefonním číslem pro případ potřeby. Zároveň ho nabádá ke cvičení dle instruktáže fyzioterapeutů, přísnému odlehčování operované končetiny pomocí podpažních berlí, připomíná mu zakázané pohyby, které by mohly vést k vykloubení či uvolnění endoprotézy, užívání léků na ředění krve a s nimi spojených odběrů, zvýšení příjmu tekutin a bandážování dolních končetin od prstů nad koleno či užívání elastických zdravotních punčoch. Sestra vzhledem k věku poučí pacienta i o sexuální aktivitě, kdy v prvních třech měsících nemusí docházet k žádnému omezení, avšak za předpokladu, že se pacient vyvaruje pokrčení operované končetiny, zevní rotace, ohnutí kyčelního kloubu přes pravý úhel, předklonu a kleku, naopak unožení nepřináší žádné riziko. Dále pacienta vybavuje průkazem držitele totální endoprotézy (implantátu) a upozorňuje ho, že v případě jakéhokoli nachlazení či sebemenšího chirurgického zákroku je nutná antibiotická profylaxe dle schématu uvedeného v průkazu. Na průkazu je dále potvrzení pro pacienta, že je po náhradě kloubu endoprotézou, která je zhotovená z kovové slitiny a může tudíž vyvolat reakci detektorů kovu (30, 36).

Sestra pacienta dále upozorní na schéma kontrol v ortopedické ambulanci, kdy první kontrola je za šest týdnů a pokud pacient nemá přímo v propouštěcí zprávě daný termín, domluví se na určitý termín přímo s operátorem a pacientovi ho sdělí nebo podstoupí pacientovi telefonní číslo do ambulance či recepce, kde se sám objedná a pokud nemá vhodný odvoz, vydá mu po dohodě lístek na sanitu, kterou si pacient sám několik dní dopředu objedná (30, 36).

Cílem ošetřovatelského procesu u pacienta po totální endoprotéze je ulevit mu od bolesti, obnovit pohyblivost operovaného kloubu, normalizovat chůzi, prevence

komplikací, psychická vyrovnanost a přijetí preventivních opatření a jejich dodržování. Preventivními opatřeními se rozumí snížení hmotnosti v případě obezity, aby zároveň došlo ke snížení zátěže na klouby, nezatěžování kloubů náročnými sporty a zvedáním těžkých břemen, nepřetěžování se dlouhým stáním, pravidelné cvičení s cílem obnovení pohyblivosti kloubu (např. plavání), při vzniku obtíží omezení pohybu a kontrola operátorem a neposlední řadě užívání ordinovaných léků (33).

2. Empirická část

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je metodicky vypracovat možnosti edukace pacientů s TEP v předoperačním a pooperačním období a posoudit kvalitu edukace o předoperační a pooperační přípravě ze strany pacientů po TEP.

Dílčí cíle jsou zjistit úroveň poskytovaných informací pacientům ze strany sester a zjistit kvalitu edukace z pohledu pacienta.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry u každého pacienta zjišťují jeho znalosti o předoperačním a pooperačním období u výkonu TEP

H2: Sestry hodnotí informace podávané pacientům za vyčerpávající

H3: Pacient hodnotí informace podané sestrami za velmi dobré

3. Metodika práce

3.1 Použité metody

Pro sběr dat byla použita metoda kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Pro kvalitativní šetření byla použita technika hloubkových rozhovorů, kdy do tohoto bylo vpraveno několik doplňujících otázek (příloha 8). Kvantitativní výzkum byl proveden ve třech českých nemocnicích České republiky, a to na Ortopedickém oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích, a.s., na 1. ortopedické klinice Fakultní nemocnice v Motole v Praze 5 a na Ortopedicko-traumatologické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze 10. Šetření proběhlo dotazníkovou metodou (příloha 9) a bylo určeno pouze sestřám.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 8 náhodně vybraných pacientů po totální endoprotéze kyčle nebo kolene hospitalizovaných na Ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Kvantitativní šetření proběhlo pomocí dotazníků, které byly určeny sestřám ortopedických ambulancí a lůžkových stanic. Celkem se ve všech třech nemocnicích rozdalo 152 dotazníků, z toho se vrátilo 135 kusů, z nichž muselo být 14 dotazníků vyřazeno. Celkový výzkum tedy proběhl na základě 121 dotazníků ze všech tří nemocnic, což je 79%.

4. Výsledky šetření

4.1 Rozhovory s pacienty

Pacient č. 1 - pan M. U.

Rok narození: 1952

Bydliště: Lišov

Dg: Gonarthrosis l. sin. gravis

Výkon: TEP genus l. sin.

„Musím se přiznat, že jsem v nemocnici podruhé. Čekal jsem na operaci delší dobu. Když už jsem dostal termín, zjistili mi vysoký tlak, takže mě k operaci nevzali. Přišla ke mně internistka, naordinovala mi nějaké léky, za týden jsem šel na kontrolu. Tlak se mi ustálil, takže mě po dalších třech týdnech operovali. Věděl jsem, co čeho jdu a co můžu očekávat. Přesto mě tady ale sestřičky o všem informovaly. Řekly mi o tom, co mě čeká, jak to bude probíhat od příjmu až po rehabilitaci po operaci. Řekl bych, že informací bylo dost, až moc. Ne, že bych nějaké ubral, ale spíše jsem byl překvapený, kolik jsem jich dostal. Na druhou stranu, když se nad tím tak zamyslím, dneska všechny informace probíhají ústně. Je to trochu udivující v době počítačů a vyspělé techniky. Spíše bych uvítal nějakou disketu, abych se na to mohl kdykoli podívat. To bych ocenil. A hlavně mě čeká operace ještě druhého kolene, takže kdyby mi informace hodili na CD nebo na disketu, tak bych byl nadmíru spokojený. Člověk nikdy všechno neví a pořád se má co učit, takže bych ty informace uvítal znova, opakovaně. Ono, když to slyšíte, tak máte pocit, že je to logický, že všechno znáte, ale když pak ta určitá situace nastane, tak najednou zjistíte, že nevíte, co máte dělat, matně vzpomínáte, co vám to vlastně říkali a jste bezradný. Když tak přemýšlím, stačil by mi odkaz na internetu na nějakou webovou stránku, kde bych se všechno dozvěděl. Tohle je velká operace, která s sebou přináší obrovské změny v životě a vůbec v náhledu na život. Najednou se prostě na všechno díváte jinak. Jeden den jste mobilní a soběstačný a pak jste najednou odkázaný na někoho druhého. Pro mě osobně je to třeba nejen změna v mobilitě, ale i v řízení vozidla. Já jsem zvyklý hodně jezdit a teď nějakou dobu nebudu moci. Není to

sice napořád, ale je to prostě změna. A člověk se s tím musí smířit. To máte jako s prací. Já mám firmu, mám doma truhlářskou dílnu s osmi zaměstnanci, kteří jsou na mně závislí. Naštěstí, protože je to plánovaná operace, jsem se na to včas připravil, zajistil jsem jim dopředu práci i finance a zkontroluju je hned, jak mě pustí domů. Takže vlastně půjdu ze špitálu rovnou do práce. Já se tomu směju, ale sám jsem zvědavý, jak proběhne zapojení zpět do života. Snad to bude dobrý. Oni mi tady sice nabízeli, že můžu jít odtud ještě na rehabilitační oddělení asi na 14 dní, ale já jsem to odmítl. Doma mám vyhřívaný bazén, vanu s tryskama a rotoped, takže můžu rehabilitovat doma. Jediné, z čeho mám strach, jsou psi. Máme vlčáka a bernského salašníka. Jsou to sice cvičení psi, ale dalo by se lidově říci dost velký telata. Ne, že by ublížili, ale bojím se, aby mě radostí nepovalili. Tak na to se musím připravit, ale věřím, že to půjde.“

Doplňující otázka – Jak jste na tom s pomůckami?

„Pomůcky jsem si všechny zařídil sám. Já mám totiž takovou specialitu, protože moje dcera je prodává, takže mi sehnala tyhle francouzský hole. To jsou ty s těma magnetickýma rukojeťma. Takže, když mi spadnou klíče, snadno si je holí podám. Chůzi o berlích jsem před operací netrénoval, to jsem neměl potřebu. Po operaci mi to ze začátku na berlích moc nešlo, protože jsem se jich bál. Ne kvůli chůzi, ale spíše kvůli tomu tlaku. Teď mi to občas kolísá, takže když jsem pak vstával, tak se mi točila hlava, i když jsem vstával pomalu a postupně. Měl jsem tohle předpokládat, ale nečekal jsem, že to bude trvat více dní než u ostatních. Ale zvládl jsem to, i když jsem ještě na samém začátku. Musí to ale jít dál. Jinak dům máme řešený bezbariérově, máme všude protiskluzový lina, pořídili jsme si i polohovací postele a v JIKA jsem si objednal vyšší záchod. Hodně jsem si toho udělal sám, protože jsem truhlář. Dcera mi přinesla nazouvák na ponožky. Ten mi teda ještě dělá trochu problémy, ale to se natrénuje. A na to, co jsem zapomněl, přijdu, až dorazím domů.“

Doplňující otázka – Můžete mi říci, jak jste byl spokojený s personálem a atmosférou při sdělování informací?

„S personálem jsem byl nadmíru spokojený. Neměl jsem s nimi žádný problém. Měl jsem pocit, že se na ně můžu kdykoli obrátit. Dal bych jim jedničku s několika hvězdičkami. Atmosféra je zde dosti stresující. Celé to je zdoluhavý proces – přijímání

se sestrou, uvedení na pokoj, příjem s doktorem a to nepočítám to čekání mezi různými těmito úkony. Ale když pak vidíte, že jsou to profici, tak ten stres opadne a je to dobrý. Žasnul jsem, že v tom kvantu práce, kterou mají, si na mě udělali čas a všechno mi vysvětlili. To fakt jako klobouk dolů. A to je pravda. Takže když to vezmu suma sumárum, tak jsem byl spokojený.“

Doplňující otázka – Uvítal byste zde v Českých Budějovicích vzdělávací skupinu, kde byste se od sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků mohl dozvědět vše potřebné o předoperační, perioperační a pooperační péči a o péči po propuštění do domácího prostředí, kde byste se mohl na cokoli zeptat, včetně intimnosti či sociálních problémů, kde by zároveň probíhaly ukázky správného polohování, vstávání z lůžka a nácviku správné chůze o berlích a kdy byste mohl obdržet propagační materiály?

„Tak to by bylo dobré. Myslím si, že by to bylo určitě přínosem. Kdyby nám tam všechno řekli a ukázali, co a jak, tak to by bylo výborné. A kdyby se tam daly sehnat nějaké propagační materiály např. rovnou na DVD či CD nebo nějakém jiném mediu, tak já bych to určitě ocenil. Pro mě by to nemuselo být nijak podrobné, stačil by mi i odkaz na nějaké webové stránky, jak už jsem říkal. Ale třeba to, jak se máte otáčet nebo zvedat, je lepší si vyzkoušet pod dohledem. Takže za mě určitě ano, skupinu bych uvítal.“

Pacientka č. 2 - paní M. M.

Rok narození: 1941

Bydliště: Horní Planá

Dg: stp. TEP kyčle l. dx. – 11/2003

Uvolnění femorální komponenty

Výkon: reimplantace TEP l. dx.

„Já jsem vlastně už na druhé operaci. Jsem po reoperaci kyčle, protože se mi protéza nějakým způsobem uvolnila. Musím zalovit v paměti, protože ta první operace byla už před sedmi lety. Abych byla upřímná, nedokážu to zcela objektivně říci. Tehdy jsem byla přijatá den předem, položili mě na lůžko, byla jsem na krvi, protože jsem

dávala krev na autotransfuzi, jinak další podrobnosti si nepamatuju. Já bych řekla, že teď jsem měla nějak víc vyšetření nebo aspoň z toho mám takový dojem. Asi vzhledem k tomu, že to bylo už podruhé. A jinak co mám informace od sestřiček, teda jestli jsem měla nějaký nový, tak to bylo o pohybovém režimu, jak se točit na posteli atd. Samozřejmě jsem si něco přečetla, než jsem sem šla, co a jak má vypadat, takže se člověk o tom informuje i sám. Teď už je volně dostupný internet, takže se člověk dokáže dozvědět daleko víc, i když já jsem si myslela, že toho celkem dost vím. Takže jsem ani nějaké nové informace neočekávala a v podstatě jsem si opakovala, co se bude asi tak dít. Nijak výrazně mi to ale nepomohlo. Samozřejmě, když jdete podruhé, člověk z toho má větší vítr. Po první operaci mě přestalo všechno bolet a v tom okamžiku se chováte jako hrozný geroi. Prostě jsem začala dost chodit. No, chodit, o holích. A když jsem šla z nemocnice, tak jsem skákala, protože mám byt ve druhém podlaží bez výtahu, takže tak. Ale absolvovala jsem to úplně bez problémů. Je možné, že jsem se k tomu chovala sama blbě, a proto se to uvolnilo. Já nemůžu říct, že by nemocniční personál něco zavinil, protože jsem si to prostě zavinila sama. No, hned jsem začala jezdit na kole. Připadalo mi to tady v nemocnici jako takový mezičas, který musel člověk vydržet, a říkala jsem si, že to půjde dál tak, jako to šlo před operací. Takže jsem skutečně byla strašně šťastná a spokojená, že mě konečně nic nebolí, že můžu chodit a dokonce jsem hned druhý rok po operaci, protože jsem byla na výkonu v listopadu, jela na lyže, neboť jezdím pravidelně na sjezdovky. Takže jsem vlastně akorát jeden rok počkala tak, jak jsem se domluvila s doktorem a pak jsem lyžovala celý ty léta bez problémů dál. A pak mě to začalo nějak zlobit. Bylo to většinou v podzimních měsících a tak to zlobilo, že jsem třeba do schodů musela mít i berle, protože jsem se na tu nohu prostě nepostavila. No a pak to zase ustalo. Vloni mě to už začalo obtěžovat na stálo a doktor měl podezření na páteř, ovšem potom se na snímku zjistilo, že jsou na kyčli nějaké změny, které ukázaly, že by mohl být problém s endoprotézou. V listopadu to bylo ještě horší, takže zbývala jenom operace. Vkrádalo se to tak nějak pomalu, protože jak jsem jezdila na kole a chodila, myslím si, že od srpna 2008 to začalo zlobit, ale mám pocit, že jsem si cvičením dost pomohla a ještě to oddálila. No, teď říkají, že je možné, že se tam usadila nějaká bakterie, tak uvidíme. Je fakt, že když jsem tady byla poprvé,

řekli mi, že musím být opatrná. Ale slovo opatrná je pro každého jiné. Já jsem si myslela, že jsem opatrná dost, čili já bych řekla, že asi by bylo skutečně dobré vypracovat nějaký seznam, co člověk dělat nesmí. Klidně bych i šla na nějakou schůzku, kde by mi tohle řekli. Určitě bych to uvítala a myslím si, že je to i dobré. Kdyby nám tam řekli, co a jak nebo např. jaké potraviny tam hrají roli ke zlepšení, protože člověk je v podstatě laik, takže je třeba něco přímo zdůraznit, např. to otáčení, nevybočovat nohu a že by nám to přímo ukázali. To bych šla. Možná i vizuálně, kdyby bylo nějaké video nebo něco podobného, kde by byly ukázky, co se nesmí, co je vlastně špatně, protože představa každého člověka je nějaká a podle toho se taky chová, protože praxi s tím samozřejmě nemá. Video je samozřejmě účinnější, protože si to člověk lépe zapamatuje a později pak lépe vybaví. Teď dostáváte informace na papíře. Je to nezáživné, protože vám přijde pět listů papíru. Už jenom vidíte papír, že půjdete na operaci, tak je vám z toho špatně, takže to prostě nejdřív odložíte, pak si říkáte, že to musíte přečíst, tak to nějak prolítnete a nakonec si vyberete jen to, co se vám hodí. Poprvé si pamatuji, že tam bylo víc takových výhruzných, výstražných oznámení, co se všechno může stát, že teda v podstatě může být všechno úplně špatně, až si říkáte, jestli vůbec na tu operaci jít. Takže jdete s pocitem, jestli vůbec děláte dobře. Tentokrát už to tam nebylo. Teď tam bylo spíše, že musíte mít nějakého opatrovníka na péči po propuštění. To byla asi ta změna. Já pak půjdu domů a tam mi pomůžou příbuzní. Snažili se mi přizpůsobit byt, jak mi radila sestřička v ambulanci, ale to víte, barák nepředělám, prahy neodstráním. Vím, že je nástavec na WC. Ten mám, i když jsem ho nikdy nepoužívala, protože jsem si dokázala s nohou manipulovat tak, abych si jí nezlomila nebo nevykloubila. A postel teda jsme vyřešili dvěma matracemi na sobě, ale poprvé jsem to taky nedělala. Prostě sem si sedala s nohou napřaženou a i jsem tak vstávala, také jsem to dokázala zvládat bez toho. Teď už mám trochu obavy, ale uvidím, jak to půjde. Nechtěla bych to samozřejmě poškodit, ale řekla bych, že musí být kladen větší důraz na ten pooperační čas. Člověku se strašně uleví, nic vám není a chodíte, tak si pak říkáte, že se vás ty omezení netýkají, že se vám nemůže nic stát. Co se týče ostatních pomůcek, tak mám madla, protiskluzovou podložku do sprchového koutu a

hole z minula. Taky nazouvák a podavač. S tím se ale budu muset znovu naučit pracovat.

Doplňující otázka: Jak se vám jednalo se zdravotnickým personálem?

„S personálem se vlastně setkáte jen, když se vás doktor zeptá, kdy chcete jít na operaci. My se domluvili po vánocích a pak už mi přišel jenom papír, kde byl seznam předoperačních vyšetření, které bych řekla, by mohli dělat tady v nemocnici. Já šla tehdy k naší doktorce, ta mi napsala, kam mám jít a když jsem přišla do nemocnice, tak mi řekli, co všechno mi chybí. Říkala jsem, že jsem v podstatě byla na poliklinice, kde jsem předložila papír, všechno si oběhala a pak se zjistilo, že nemám EKG, tak mi to tady dodělávali. Jinak ale, když mi říkala sestřička o těch úpravách bytu, tak mi řekla i o rehabilitační přípravě. Tu jsem ale nepotřebovala, vzhledem k tomu, že na berlích jsem chodit uměla. Co se týče sestřiček tady v nemocnici, nemám s nimi problém. Jednalo se mi s nimi dobře. Tak já si myslím, že nejsem konfliktní a náročná, takže o to je to lepší. A když sestřičky neotravujete hloupostmi, tak s nimi vyjdete nádherně. Já se ptám, když potřebuji a odpověď vždycky dostanu, takže já si opravdu stěžovat nemůžu. Dokonce i při příjmu to bylo bezvadné, protože ta situace sama o sobě byla dost stresující. Snažila jsem se soustředit, ale spíše jsem přemýšlela o tom, proč se mi to uvolnilo, co jsem udělala špatně a sestřička se mě snažila rozptylovat a trpělivě mi vše opakovala a ujišťovala se, že rozumím tomu, co říká. Opravdu jsem spokojená.“

Pacientka č. 3 – paní J. H.

Rok narození: 1949

Bydliště: České Budějovice

Dg: Coxarthrosis l. dx.

Výkon: TEP coxae l. dx.

„Já jsem na operaci kyčle v podstatě nečekala příliš dlouho. Byl to asi rok, což se dalo vydržet. Jsem řidička, takže kam jsem potřebovala, tam jsem si dojela. S chůzí to sice bylo horší, ale v podstatě jsem si vždycky vyřídila vše, co jsem potřebovala. Musím říct, že jsem opravdu spokojená. Ze začátku jsem měla strach, když mi doktor řekl, že mi musí vyměnit kloub. Nedokázala jsem si to představit. Pak mi ale ukázal

obrázky. Řekl mi, jak se to dělá i průměrnou délku hospitalizace a sestřička mi řekla, co všechno budu potřebovat sehnat. Tak jsem si to pomalu dávala dohromady. Sehnala jsem si nástavec na WC, lavičku do vany, takový ten protiskluzový koberec, půjčila jsem si francouzské hole, které mi pak napsali tady v nemocnici. Poradili mi, kam si pro to mám jít a jsem za to moc ráda, protože teď přijdu domů a vím, že to mám všechno připravené. Na posteli mám dvě matrace na sobě a na židli mám připravený tlustý polštář. Je pravda, že když sestřička mluvila o nástavci na WC, tak jsem honem nevěděla, co si pod tím mám představit a jak to asi ve finále bude vypadat, ale pak zjistíte, že stačí odšroubovat prkýnko a nástavec tam jen tak posadíte. A je to bezvadné. Taky jsem doma zkoušela chůzi o těch holích, protože to jsem zase byla zvědavá, jak mi to vlastně půjde. Ale moc to nedopadlo, také jsem toho nechala. Řekla jsem si, že počkám, až co mi řeknou rehabilitační sestry tady v nemocnici a že si to pak asi i samo řekne, jak to má být. Ono je to stejně takové nelogické, protože když na tom člověk nikdy nechodil, tak vám to přijde, že děláte všechno špatně. Ale teď už to jde. Dnes jsem dokonce šlapala i schody a nezdálo se mi to nějak hrozný. Teď se ještě musím zeptat sestřiček na nějaký nazouvák na ponožky. Paní vedle mi říkala, že ho má už léta a že to s tím jde krásně. Já si celou dobu lámala hlavu, jak to budu dělat. Tak to si ještě budu muset koupit. Jinak jsem se tady dozvěděla, jak je to s cestováním autem. Víím, že sama teď určitě nějakou dobu nebudu moci řídit, ale tak to budu muset vydržet a domů mě snad pošlou sanitkou. Tak to ještě uvidím, jak to bude. Musím se přiznat, že jsem takovýto přístup vůbec neočekávala. Zvláště v dnešní době, kdy každý na zdravotnictví nadává. Vážně jsem příjemně překvapená, kolik jsem dostala informací, co jsem třeba vůbec neměla tušení, že existuje. Se sestřičkami se mi jedná moc dobře. Když něco potřebuju, udělají si na mě čas. Trpělivě odpovídají, a když náhodou něco neví, tak to ochotně zjistí. Umí udělat příjemné prostředí, i když mají spousty práce. Je to tady vše v poklidu. Dala bych jim jedničku s hvězdičkou.“

Doplňující otázka – Pokud byste musela znovu na tentýž výkon, požadovala byste jiné informace?

„Jestli jiné informace, to nevím, ale v každém případě bych byla ráda, kdyby mi to zopakovali. On člověk ledacos zapomene. Také by záleželo na tom, za jak dlouhou

dobu by to bylo. Když by to bylo třeba za pět let, tak bych to ráda slyšela všechno znova. Uvítala bych, kdybych dostala např. instruktážní video Vždycky je lepší, když to člověk i vidí, než kdy jenom něco čtete a máte si to představovat.“

Doplňující otázka – Uvítala byste zde v Českých Budějovicích vzdělávací skupinu, kde byste se od sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků mohla dozvědět vše potřebné o předoperační, perioperační a pooperační péči v nemocnici a o péči po propuštění do domácího prostředí, mohla se zde na cokoli zeptat, včetně intimností či sociálních problémů, kde by zároveň probíhaly ukázky správného polohování, vstávání z lůžka a nácviku správné chůze a kde byste mohla obdržet propagační materiály?

„Určitě bych to uvítala a šla bych se tam i podívat. Určitě by tam bylo spousta času a prostoru. Kdyby se tam dalo sehnat např. i to video a vyzkoušet si třeba to polohování, otáčení se a vstávání apod., tak by to bylo dobré. Myslím, že by to mělo něco do sebe a určitě by to pacienti ocenili a využívali. Jen bych se asi přimlouvala za to, aby to bylo přímo zde v nemocnici. Ale určitě by to bylo přínosem pro všechny.

Pacientka č. 4 – paní A. L.

Rok narození: 1936

Bydliště: Soběslav

Dg: Gonarthrosis l. dx. gravis

Výkon: TEP genus l. dx.

„No, já jsem se k operaci dostala až po čtyřech letech. Nejprve mi koleno opichovali, pak mi z něho tahali vodu a zase jsem chvíli tak nějak chodila. Tak to šlo několikrát za sebou, až už nebylo zbylí a musela jsem na operaci. No, byla jsem z toho dost vystrašená, protože prvně jsem byla tady u pana primáře, kde mi nikdo nic neřekl, jinak jsem jezdila do Soběslavi. Pak mi poslali z nemocnice papíry a tam bylo, co si mám vzít s sebou, jaký listiny mám přivést. No, bylo to hrozný, byl zrovna ten velký sníh. Kdybych byla věděla, jak to bude hrozný, tak jsem to vzdala. Tyhle vyšetření by měli všechny dělat tady v nemocnici. To víte, když máte bolavou nohu, teď tam jsou ty haldy sněhu, musíte vystoupit, nevíte, jestli máte skočit do závěje nebo stoupnout na

led, či co? Hrůza. Jinak jsem tak nějak trochu věděla, co mám očekávat, protože manžel tuhle operaci podstoupil před několika lety, takže jsem informace měla od něho. Takže když jsem to dala dohromady s těma informacemi z papírů, tak těch informací bylo dost. No, v něčem se shodovaly, v něčem ne. A tady na oddělení jsem dostala další informace, ale týkalo se to spíše operace samotné. Abych se přiznala, tak jsem ani netušila, jaké informace mám očekávat. Navíc jsem z toho byla dost vyjukaná. Ale ty informace, co jsem tady dostala od sestřiček, mi alespoň pomohly v tom, že jsem věděla, co asi tak bude druhý den, co mě asi čeká. Problém je jenom v tom, že já už taky špatně slyším a potřebovala bych, aby na mě sestřičky mluvily nahlas a pomalu a pořád mi to opakovaly. Na to ony ale nemají čas, což se nedivím, tak se raději neptám. Možná kdyby mluvily méně odborně a častěji opakovaly, tak by to taky bylo dobré. Ale tak dcera se taky ptá, takže mi to pak všechno řekne. Jinak si na sestřičky vůbec nemůžu stěžovat. Udělají nám všechno, běhají tady jako čamrdy a jsou hodně snaživé. I ty rehabilitační sestry řeknou, co je třeba a jak to udělat. Akorát ta doktorka, co mě přijímala, ta se mi teda nezamlouvala. To bylo strašný. Dcera tam chtěla být se mnou a ona ji vyhodila a chovala se nemístně. Tak neměla jsem všechna vyšetření, ale to nebyl důvod k takovému chování a ještě k tomu od doktorky. Takže i díky tomu byla celková atmosféra špatná a dojem mizerný. V tu chvíli bych se nejraději otočila na podpatku a odešla. To bylo opravdu něco hrozného... Jinak jsem tady dostala tyhle nové hole, takže jsem nemusela nikde lítat a shánět je. My jsme to doma praktikovali tak, že manžel měl jednu a já druhou a museli jsme si s tím vystačit. Takže takhle jsem chodila o jedny holi a pak až tady mě učili, jak používat obě a jak vůbec chodit, abych tu protézu nepoškodila. Když byl manžel na operaci, tak jsme udělali úpravu bytu celkově, ale úplně na ty nohy to taky nebude. Máme tam např. prahy, ale tak to si člověk bude muset dát pozor. No, o jiných pomůckách už toho moc nevím, protože jsem jiné informace ještě nedostala. Tak kdybych něco chtěla, tak dcera mi to sežene. Jen musí vědět, co má shánět a kde to má shánět, jinak to problém není. Ale jinak, co jsme potřebovali, tak jsme se zeptali. Jak ale říkám: to, co budu ještě potřebovat domů, zatím nevím. To se všechno ještě uvidí.“

Doplňující otázka - Pokud byste musela znovu na tentýž výkon, požadovala byste jiné informace?

„Určitě bych informace požadovala. Pokrok jde pořád dopředu, takže člověk v podstatě informace potřebuje pořád. To jako bez debat. Vždycky je něco nového, co je potřeba zlepšovat, takže každá poznámka je dobrá.“

Doplňující otázka - Uvítala byste zde v Českých Budějovicích vzdělávací skupinu, kde byste se od sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků mohla dozvědět vše potřebné o předoperační, perioperační a pooperační péči v nemocnici a o péči po propuštění do domácího prostředí, mohla se zde na cokoli zeptat, včetně intimnosti či sociálních problémů, kde by zároveň probíhaly ukázky správného polohování, vstávání z lůžka a nácviku správné chůze a kde byste mohla obdržet propagační materiály?

„To bych uvítala, ale byla bych ráda, kdyby to bylo tady v nemocnici, aby člověk nemusel lítat sem a tam po celých Budějovicích. A bylo by dobré, kdyby se tam dal sehnat i nějaký záznam na videu nebo DVD, abych se mohla kdykoli podívat, kdybych najednou nevěděla kudy kam.“

Pacientka č. 5 – paní M. K.

Rok narození: 1939

Bydliště: České Budějovice – České Vrbné

Dg: Coxarthrosis l. dx.

Výkon: TEP coxae l. dx.

„Já jsem šla na operaci asi po třech letech. Myslím si, že jsem byla připravená dobře. Já jsem vlastně měla všechny informace už předtím, než jsem vůbec do nemocnice přišla. Nejprve mě o všem poučily moje kamarádky, které tu samou operaci podstoupily a zároveň mi také řekly, jaké budu potřebovat věci do bytu, potom mi to všechno zopakovala moje paní doktorka, ke které chodím. Když jsem přišla sem na ambulanci, hodně jsem už o tom věděla, takže jsem tady vlastně informace ani nepotřebovala. Nicméně mi zde samozřejmě ještě jednou všechno zopakovali, i když jsem to vlastně ani neočekávala. Musím říci, že přístup je tady opravdu bezvadnej.“

Sestřičky se na nás usmívají. Mám s nimi moc dobré zkušenosti. Po operaci sestřička přišla a hned mi řekla, co a jak, co se mnou bude, že až to začne přicházet k sobě, tak mám hned říci, že mi dá něco na utišení bolesti, aby se to nerozbouřilo. Opravdu to takhle všechno vysvětlila. V tomhle duchu mě upozornili na všechno. Bylo to bezvadné. I ta atmosféra byla velice příjemná, až jsem byla dost mile překvapená. Vážně jsem byla spokojená, protože to jsem opravdu nečekala. Ono je to hned příjemnější, když víte, že se o vás opravdu někdo stará a že nejste jenom další kus. Já bych neměnila. Ani ty informace. Mám pocit, že jich bylo až dost a úplně mi to stačilo. Viděla jsem i pár brožurek. Ale pro mě bylo důležité, že jsem dopředu věděla, že si musím připravit byt na návrat domů a že tak nějak přibližně vím, jak to bude pak probíhat. To máte jako s tou chůzí o berlích. Paní vedle mi říkala, že doma trénovala. Já ne, protože jsem nevěděla, že se něco takového trénovat má. Koukala jsem tady na paní vedle, jak to dělá, a předpokládám, že mi to rehabilitační sestra vysvětlí a naučí mě přesné postupy. Zatím jsem teda informace o pohybovém režimu nedostala, ale rehabilitační sestra říkala, že nám dá papír, kde bude vše napsané. Já se ale odtud zítra stěhuju na rehabilitaci, protože jsem nechtěla po operaci rovnou domů, neboť tam nikoho nemám. A říkala jsem si, že je potřeba to pořádně rozcvičit a získat nějakou jistotu. Tak proto. Navíc půjdu už brzo i s druhou nohou, takže to budu mít všechno v živé paměti, nebudu se muset na nic ptát a bát se toho nebudu už vůbec.“

Doplňující otázka - Víte, jaké kompenzační pomůcky budete potřebovat a kde je najdete?

„Na pomůcky mě taky upozornily kamarádky. Poradily mi, že nejvíce využiju nástavec na toaletu, podavač a nazouvák. Protiskluzové lino jsem si nechala udělat před několika lety, když mi představovali koupelnu a dělali mi sprchový kout místo vany. Madla mám také z té doby. Postel mám vyšší odjakživa, tak snad to bude stačit. A víc snad zatím potřebovat nebudu. A pokud přijdu na něco, co by mi chybělo, tak se poptám ve zdravotnických potřebách. Věřím ale, že vystačím s tím, co mám.“

Doplňující otázka - Uvítala byste zde v Českých Budějovicích vzdělávací skupinu, kde byste se od sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků mohla dozvědět vše potřebné o předoperační, perioperační a pooperační

péči v nemocnici a o péči po propuštění do domácího prostředí, mohla se zde na cokoli zeptat, včetně intimnosti či sociálních problémů, kde by zároveň probíhaly ukázky správného polohování, vstávání z lůžka a nácviku správné chůze a kde byste mohla obdržet propagační materiály?

„Určitě by to bylo dobré. Lidi by to rozhodně ocenili. Zvláště takoví, kteří nemají někoho, kdo už tuhle operaci podstoupil. Já tu možnost měla, ale pro ty, kdo jí nemá, by to určitě bylo dobré. Těch informací není tolik najednou, aby se to nedalo vstřebat za jedno odpoledne. Zájem by určitě byl. Já bych tam ale nechodila, právě z toho důvodu, že jsem věděla všechno již před přijetím do nemocnice.“

Pacientka č. 6 – paní Z. Š.

Rok narození: 1933

Bydliště: České Budějovice

Dg: Coxarthrosis l. sin

Výkon: TEP coxae l. sin

„Mě ten kyčel zlobí už od šedesáti let. Za tu dobu bylo těch informací požehnaně. Ptala jsem se pana doktora, jak to bude probíhat a on mi to vysvětloval, ačkoli říkal, že to k operaci ještě není. Prodělala jsem mezitím ještě magnety, elektroléčbu a jiné rehabilitační cvičení. A pak už byl čas operace a já jsem byla vystresovaná, jestli mě uspí, protože v minulosti jsem měla špatnou zkušenost s injekcí do zad po gynekologické operaci. No, sestřičky si moc nevybavuji, právě proto, že jsem byla tak vyjevená. Hlavně jsem neměla hotová všechna vyšetření, protože já mám budíka, tak jsem měla mít ještě echo a vyšetření budíka, takže to se muselo dodělat při příjmu v horním areálu. A pak mě dali rovnou na pokoj. Bylo to hrozně rychlé, i když ono je to vlastně lepší, když to odsýpá. Ono je tady taky dost těžké se něco dozvědět. Třeba jsem se vůbec nedozvěděla, kdo mě bude operovat, akorát mi sestřičky řekly, že půjdu jako první. Čekala jsem, že se dozvím například, jak to teda bude probíhat, jak budu dlouho v nemocnici apod. Nic takového se nestalo, takže mi to ani v ničem nepomohlo. Já chápu, že sestřičky mají moře práce, ale měly by s pacienty více mluvit. Tady se omezují pouze na nutné věci, jako že vám těsně před rentgenem

oznámí, že vás vezou na snímek apod. Určitě by se mělo více s lidmi mluvit, více se jim věnovat. Když to tak vezmu, tak jediné informace, které mám, jsou ty, které jsem si vyčetla z papírů, které mi přišly před operací domů. A potom ty, které jsem se dozvěděla od spolupacientek z pokoje. Mně by se třeba líbilo, kdybychom ještě před hospitalizací dostali nějakou brožuru nebo videokazetu s určitými kroky, aby si to člověk mohl doma v klidu prohlídnout a zapamatovat si, co potřebuje a co by měl znát. Já jsem třeba zírала na chůzi o berlích. Tady paní to šlo krásně, já jsem ani pomalu nevěděla, jak to mám vzít do ruky. Já jsem pak už vůbec nemohla chodit, jaký jsem měla bolesti. Já jsem se před 2 roky stěhovala. Syn mi byt upravil, takže mi madla přidělal a dal mi na záchod sedačku. Ale mám to díky tomu, že on sám už operaci kyčle podstoupil. Já teď půjdu na rehabilitaci, tak snad se tam ještě něco přiučím. Ale až půjdu domů, tak nevím, jak mi to půjde s berlemi. No, musím se snažit, i když co je mi platné, že se budu snažit, když budu mít dvě berle, tak stejně nebudu moci nic nést. Tak uvidím. Hlavně, aby mi aspoň tam řekli, co a jak, aby byl člověk trochu v obraze. I když teď už taky vím, že je tady potřeba se sama vyptávat, abych se vůbec něco dozvěděla.“

Doplňující otázka - Jak se vám jednalo se zdravotnickým personálem? (Měl/a jste pocit, že se na něj můžete kdykoli znovu obrátit a opakovaně se zeptat?)

„Myslím, že by se to mohlo zlepšit. Víím, že mají sestřičky spousty práce, ale ony jsou tam přece kvůli nám – pacientům. Kolikrát se mi stalo, že mi sestřička řekla, ať chvilkenku počkám, že se hned vrátí a nepřišla už vůbec.“

Doplňující otázka - Jak na vás působila atmosféra při sdělování informací, které se týkaly tak náročného výkonu?

„Ani nevím. Bylo to opravdu moc rychlé a já byla vyjevená. Asi tím, že jsem ještě musela absolvovat další vyšetření, abych vůbec mohla operaci podstoupit. Opravdu nevím.“

Doplňující otázka - Uvítala byste zde v Českých Budějovicích vzdělávací skupinu, kde byste se od sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků mohla dozvědět vše potřebné o předoperační, perioperační a pooperační péči v nemocnici a o péči po propuštění do domácího prostředí, mohla se zde na cokoli zeptat, včetně intimností či sociálních problémů, kde by zároveň probíhaly

ukázky správného polohování, vstávání z lůžka a nácviku správné chůze a kde byste mohla obdržet propagační materiály?

„Já bych tam stejně nechodila. Já jsem nemohla už nikam chodit. Skoro rok jsem nikde nebyla. Jen jsem se koukala z okna, jak lidé chodí kolem, já jsem prostě nemohla. To byly tak šílený bolesti, že už jsem se jenom modlila, aby už přišel ten papír a mohla jsem jít na operaci. Čekala jsem skoro tři roky. Takže bych ani do žádné skupiny chodit nemohla. Možná pokud by to bylo v nemocnici v rámci nějaké předoperační kontroly a dovezla by mě sem sanitka, tak pak ano, ale jinak rozhodně ne. Jako kdyby nebyly ty bolesti, tak bych šla ráda, protože ono je něco jiného, když to slyšíte a něco jiného, když to vidíte a můžete si to třeba zkusit.“

Pacientka č. 7 – paní J. V.

Rok narození: 1953

Bydliště: Planá nad Lužnicí

Dg: Coxarthrosis l. dx.

Výkon: TEP coxae l. dx.

„Já jsem měla peripetie s kyčlí šest let, než se rozhodlo, že už je to k operaci. Obvodní ortoped mi vysvětlil, o co půjde a já si pak vše našla na internetu. Pak mi rovnou přišel domů papír s termínem. Také tam bylo napsáno, že na Poliklinice Sever je rehabilitace a tam si mám sjet. No, muž si na to vzal dovolenou, abychom si objezdili ty vyšetření, a teď jsme si říkali, že když je středa, že sjedeme na ty Sady a uvidím, jak se tam domluví. Tak jsme tam čekali půl hodiny, hodinu a nic. Na tom čísle, kde jsme se měli hlásit, byla jenom sestřička, která řekla, že s tím nemá vůbec nic společného. Pak se zeptala sestřičky vedle a ta nám řekla, že to má na starosti sestra, která je na mateřské dovolené a s ní se lze spojit pouze telefonicky. Takže já jsem si myslela, že tam ve středu pojedu a zapojím se tam, i když jsem se nestihla předem ohlásit a sestřička tam nebyla. Tak jsem potom přijela domů a zase jsem čekala až do pondělí, protože tam bylo psáno jen pondělí a středa. Jenže ono se asi přihlásit dalo kdykoli, ale v těch papírech to bylo tak blbě napsané, že to člověk ani pořádně nepochopil. Takže jsem nepořídila. Takže ono je sice hezký, že mi nabídka přišla až domů, ale v podstatě to pro

mě bylo neuskutečnitelné, protože to bylo nesrozumitelně napsané. Navíc chůzi o berlích jsem cvičit nepotřebovala, protože jsem chodila o berlích 6 let, takže to mě zase tolik netlačilo. Spíše jsem si myslela, že se tam dozvím něco víc o těch úpravách bytu a pomůckách, protože to v těch papírech vůbec napsané nebylo. Já jsem sice spoustu věcí věděla od sestřičky u nás, ale přece jenom to asi nebylo všechno. Něco jsem si našla na internetu, jenže tam je takových nabídek, že přesně nevíte, co si z toho máte vybrat. Takže jsem spíš myslela, že tohle se dozvím tam. Další nevýhoda teda byla, že to je na těch Sadech, protože to pro mě bylo dost z ruky. Musel mě tam vézt manžel. Nedovedu si vůbec představit, že by on nemohl a musela jsem tam jet sama autobusem. Než se dostanu do Budějč, než sednu na správný trolejbus a navíc zrovna byly ty kvanta sněhu a než bych se doplácala zpátky na nádraží, tak by mi ujel i poslední autobus. Nevím, někomu to třeba vyhovuje, ale já bych se přikláněla k tomu, aby to bylo tady v nemocnici. Já jsem si třeba nechala udělat všechny vyšetření tady v nemocnici. Byla jsem tady na rentgenu, na plicním, točili mi tady EKG, dělali mi tady odběry, prostě všechno. Takže by bylo dobrý, kdyby se to předoperační kompletně dalo udělat tady a zároveň by se to dalo skloubit s tím rehabilitačním nácvikem a zároveň např. s nějakým seminářem o pomůckách, o tom, co by nás zajímalo, na co by se chtěl, kdo zeptat. Já v tom problém nevidím. Dobře, vyčlenila bych si na to jeden den, ale měla bych to na jednom místě a měla bych jistotu, že mám všechno oběhané a že jsem dostatečně připravená. A to si myslím, že by ocenilo spoustu pacientů. Hlavně si myslím, že je potřeba vypíchnout ty úpravy bytu, protože polovina pacientů o tom nemá ani páru, takže by se tam určitě přišli podívat už jenom kvůli těm úpravám, aby viděli, jak to má vypadat a co je vlastně vůbec potřeba. Jo, protože rehabilitaci jako takovou budu mít po operaci a cviky, jaký mám dělat a jak se vůbec mám pohybovat, mi tady teď řekli taky. A čeho se mám vyvarovat, jsem se teď taky dozvěděla. Ale o těch pomůckách, o vyšším záchodě, vysokém lůžku, to jsem se dozvěděla od naší sestřičky, jinak se tady o tom nikdo nezmínil. Takže my jsme to vyřešili tak, že se objednal a namontoval rovnou vysoký záchod a nemusel se shánět žádný nástavec. Spousta lidí by třeba tohle ocenila. Další věc, co se mi moc nelíbila, je ta, že v těch papírech se počítá s tím, že jsou všichni pacienti z Budějč. Já teda nevím, jestli Tábor dělá taky totálky a je mi to jedno, protože

bych tam stejně nešla, ale říkám, že je bráno, že jsou všichni Budějčáci, kteří se sem pohodlně dostanou, a tudíž by jim nemělo tolik vadit, že mají vyšetření roztahány do celého týdne. Což samozřejmě není pravda a mělo by se to nějakým způsobem zkompletovat a asi i trochu rozlišovat. Taky by se mi líbilo, kdyby se tady třeba dala koupit nějaká videokazeta nebo DVD, kde by byly ukázky polohování a dalších věcí, abych se na to mohla kdykoli podívat. Nebo alespoň nějaký odkaz na webové stránky. Vždyť nemocnice má svoje stránky, je tam přímo ortopedie a náhrada kyčelního kloubu, takže kdyby se tam přidaly odkazy i na ty pomůcky a úpravy bytu, kde se dá co sehnat atd., to by přece ulehčilo spoustu práce všem. A neměl by to být žádný problém tam zadat. Navíc je přece jasné, že se líp zapamatuje to, co vidím na vlastní oči, než to, o čem jsem jenom slyšela či četla. A hlavně si to kdokoli může prohlídnout a třeba i při opakovaných operacích si může oživit vše, co už třeba pozapomněl. Já bych tohle rozhodně uvítala, kdybych musela na operaci znovu. Víím, že jsou lidi, kterým počítač nic neříká, ale pro ty by zase mohlo být to video. Ale kompletní. Ne jenom věci kolem operace, ale i to okolo, takže by to chtělo pořádně všechno propracovat. A díky tomu by si lidi byli schopni zjistit všechno a pak by se jenom mohli zeptat přímo na to, co se jich týká nebo čemu nerozuměli. A určitě by to bylo přínosem. Jinak když se proberu tady tou hospitalizací, tak musím říci, že jsem spokojená. Já si opravdu stěžovat nemůžu. Se sestřičkami problém nemám. Kdykoli jsem se na něco zeptala, vždycky mi slušně odpověděly, a když náhodou nevěděly, tak se zeptaly někoho zkušenějšího. Takže opravdu všechno v pohodě. Ono vám tohle pomůže dost i psychicky. Jste sice v nemocnici, ale máte pocit, že jsou tady opravdu jenom pro vás. I při tom příjmu to bylo takový v poklidu, nikdo nikam nespěchal, snažili se na mě mluvit laicky, fakt to na mě působilo dobře. No, jak jsem řekla, kdyby se změnil ten způsob předávání informací, tak by to bylo úplně dokonalý.“

Pacientka č. 8 – paní M. Z.

Rok narození: 1936

Bydliště: České Budějovice - Máj

Dg. Coxarthrosis I. sin

Výkon: TEP coxae I. sin

„Já jsem přišla ke svému obvodnímu ortopedovi a on se mě ptal, jestli už jsem byla operaci. Já řekla, že ne, tak se podíval do karty, kdy to bylo podané, jak dlouho už čekám. Pak mi řek, že je to už 3 roky a 4 měsíce a že si mám do nemocnice zavolat. Tak jsem si řekla o telefonní číslo, zavolala jsem a tady řekli, že už jsem na řadě a brzo mi přijde obsílka. Takže jsem za dva dny dostala papír s tím, že za další dva týdny mám nástup. A teď tam bylo, že si mám dojít na rehabilitaci na polikliniku Sever, pak za anesteziologem. Já si říkala, že když jsem dělala na neurochirurgii, tak nám chodili z anestezie k lůžku, tak kde já budu lítat někde po nemocnici a shánět anesteziologa. Tak jsem znova volala a tady mi řekli, že sem nemusím chodit, že si to tady zařídí v den nástupu. Tak řekněte mi, jaké je to jednání? A kdo to nezná, tak lítá od čerta k ďáblu. Ty papíry prostě nejsou dobře napsané. Špatně se v tom orientuje. Škoda je o tomhle vůbec mluvit. Naše zdravotnictví jde od desíti k pěti. Hlavně, že se všude jinde kladou peníze a na zdravotnictví není. Kdybych bývala byla neměla ty hrozný bolesti, tak jsem to ještě oddálila. To máte jako s tou rehabilitací. V papírech bylo psáno, že je to na Severu. Jenže já měla problém, když už jsem před operací sotva chodila, jak bych se tam dostala. Doktor vám na tohle sanitku nedá. Takže pro mě to bylo naprosto bezpředmětný. Jak bych se tam doplazila, když jsem sotva nastoupím do autobusu. A teď autobus vás vyhodí na zastávce a ještě jakej kus musíte pěšky. A teď to tam hledáte. Já jsem tam telefonovala, když jsem ten papír dostala, dva dny, než jsem se vůbec dovolala a řekli mi, že to tam ani neznají. Takže jsem na žádné rehabilitaci nebyla a nic jsem netrénovala. Takže z nemocnice vás pošlou na polikliniku a tam o ničem nevědí. Nechápu, proč to nemůžou udělat tady v nemocnici, když už sem člověk jde. Na druhou stranu je pravda, že jsem tady na kontrole byla jenom jednou. Celou dobu jsem chodila ke svému ortopedovi na Máji. Ono vůbec je to tady dost hrozný. Jsem tady dost nespokojená. Tady jsem se vůbec nic nedozvěděla. Já do dneška nevím nic, co se mnou

dělali, jak to probíhalo, jak mm udělanou operaci. Ani mi nikdo neřekl, v jakém pořadí půjdu, kdo mě bude operovat, prostě nic. Takže na tohle jsem se musela zeptat sama. Jak už jsem říkala, jsem bývala zdravotní sestra a vím, jak by to mělo být. To se má přece dělat, říkat pacientům, co tě čeká. Nedostala jsem ani informace o pomůckách nebo o tom, že bych měla mít nějak upravený byt. Teď, když vidím, jaký je tady záchod, tak zrovna čekám, až přijde syn, aby viděl, jak to má vypadat, aby mi to doma taky udělal, než přijdu z nemocnice domů. A udělal mi tam madla, abych se měla, za co chytit, až budu vstávat. Nemám ani žádné jiné pomůcky, mám akorát francouzské hole. Že ale budu potřebovat ještě něco jinýho, mi nikdo neřekl. Ani tady, ani dole na ambulanci. Musím se přiznat, že jsem od toho očekávala víc. Máte pocit, že je to tady, jak na běžícím pásu, že jste jenom kus s číslem. Jediný, kde jsem byla spokojená, byla péče na ARU, kde jsem byla po operaci. Opravdu, to bylo na jedničku. Tam s náma opravdu mluvili. Tam jsem se snažila otáčet sama a vždycky mi někdo pomohl dát klín mezi nohy. Snažila jsem se sama, abych věděla, jak jsem pohyblivá, cvičila jsem nohama a všechno. Tady jsem vlastně měla tu botičku, kterou mi pak sundali, a teď už mám na otáčení klín. Nikdo mi ale neřekl, proč to mám. Uvítala bych jakékoli informace.“

Doplňující otázka – Uvítala byste v podávání informací zdravotnickým personálem nějakou změnu?

„Nepochybně. Změna je určitě nutná. Myslím si, že je s pacienty potřeba opravdu mluvit a všechno jim vysvětlovat. Nevím, jestli se to bralo tak, že jsem byla zdravotní sestra a že bych to měla znát, ale aspoň něco mi mohli sdělit. Koneckonců uběhlo spoustu let od doby, kdy jsem byla v praxi a hodně se toho změnilo, medicína jde moc rychle dopředu. Takže podle mého názoru je změna opravdu nutná, protože jsem sice stará, ale na informace mám nárok a u takhle velkého výkonu si je rozhodně zasloužíme. Ono to pak nedělá ani dobré prostředí a bojíte se na cokoli zeptat.“

Doplňující otázka – Uvítala byste zde v Českých Budějovicích vzdělávací skupinu, kde byste se od sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků mohla dozvědět vše potřebné o předoperační, perioperační a pooperační péči v nemocnici a o péči po propuštění do domácího prostředí, mohla se zde na cokoli

zeptat, včetně intimnosti či sociálních problémů, kde by zároveň probíhaly ukázky správného polohování, vstávání z lůžka a nácviku správné chůze a kde byste mohla obdržet propagační materiály?

„No, to je asi něco, co mělo být na tom Severu. Ale jak říkám, pro mě je to nedostupné. Možná kdyby to bylo tady v nemocnici, aby bylo všechno na jednom místě. Takže kdyby to fungovalo tak, že dostanu pozvánku, kde by bylo napsáno, že v jeden den podstoupím odběry, rentgeny, kompletní předoperační vyšetření, jehož součástí by bylo i jakési tohle školení, kde se všechno dozvím, tak bych to uvítala. Ale kdybych si to měla všechno oběhávat v jiný den, tak by to pro mě, díky celkové náročnosti, bylo bezpředmětné, protože jsem opravdu nemohla téměř vůbec chodit.“

4.1.1 Tabulky

Tabulka 1 Informovanost pacientů od sester ortopedické ambulance o výkonu TEP

	Informovanost dobrá	Informovanost spíše špatná	Informovanost špatná
Pacient č. 1	x		
Pacient č. 2		x	
Pacient č. 3	x		
Pacient č. 4			x
Pacient č. 5	x		
Pacient č. 6		x	
Pacient č. 7		x	
Pacient č. 8			x

Na otázku, jak sestry ortopedické ambulance informovaly pacienty o výkonu TEP, z celkového počtu osmi pacientů odpověděli tři, že informovanost byla dobrá, tři se shodli na možnosti, že byla informovanost spíše špatná a dva si myslí, že informovanost byla špatná.

Tabulka 2 Očekávání informací pacientem

	očekával	spíše očekával	neví	neočekával
Pacient č. 1				
Pacient č. 2		x		
Pacient č. 3			x	
Pacient č. 4			x	
Pacient č. 5				x
Pacient č. 6	x			
Pacient č. 7		x		
Pacient č. 8	x			

Na otázku, jaké informace pacient od sester očekával, odpověděli 3 pacienti, že se jejich očekávání splnilo, dva pacienti udali, že spíše nějaké informace očekávali, ale nevěděli přesně, jaké, dva pacienti nevěděli, zda vůbec mohou něco očekávat a jeden pacient uvedl, že žádné informace neočekával.

Tabulka 3 Přínos podaných informací pro pacienta

	přínos	bez přínosu	opakování
Pacient č. 1	x		
Pacient č. 2			x
Pacient č. 3	x		
Pacient č. 4	x		
Pacient č. 5	x		
Pacient č. 6		x	
Pacient č. 7	x		
Pacient č. 8		x	

Na otázku, zda podané informace pacientům v něčem pomohly, udalo pět pacientů, že jim podané informace byly přínosem, dvěma pacientům nepřinesly nic, neboť žádné informace nedostali a u jednoho pacienta šlo o pouhé opakování faktů.

Tabulka 4 Změny v podávání informací

	nutnost	drobné úpravy	beze změn
Pacient č. 1		x	
Pacient č. 2		x	
Pacient č. 3			x
Pacient č. 4		x	
Pacient č. 5	x		
Pacient č. 6	x		
Pacient č. 7	x		
Pacient č. 8	x		

Na otázku, zda by pacienti uvítali nějakou změnu v podávání informací zdravotnickým personálem, uvedli čtyři pacienti, že změna v podávání informací pacientům sestrami je nutná, tři pacienti odpověděli, že by provedli pouze malé změny ve způsobu sdělování informací, např. by ocenili instruktážní video apod. a jeden pacient byl s podáváním informací spokojen, a tudíž by žádné změny neprováděl.

Tabulka 5 Předoperační nácvik chůze o berlích

	nevěděl	netrénoval	nepotřeboval	trénoval sám doma
Pacient č. 1				x
Pacient č. 2			x	
Pacient č. 3		x		
Pacient č. 4		x		
Pacient č. 5	x			
Pacient č. 6		x		
Pacient č. 7			x	
Pacient č. 8		x		

Na otázku, jak pacientům pomohl nácvik chůze o berlích ještě před samotným výkonem, odpověděl jeden pacient, že o nácviku chůze vůbec nevěděl, čtyři pacienti se shodli, že chůzi sami netrénovali, protože se báli, že se to naučí špatně, dva pacienti nácvik nepotřebovali, protože již o berlích delší dobu chodili a jeden pacient odpověděl, že doma sám trénoval, ale že se stereotyp chůze naučil špatně.

Tabulka 6 Dopomoc sester se změnou životního stylu

	nebylo potřeba	informace	nijak
Pacient č. 1	x		
Pacient č. 2		x	
Pacient č. 3		x	
Pacient č. 4			x
Pacient č. 5		x	
Pacient č. 6		x	
Pacient č. 7	x		
Pacient č. 8			x

Na otázku, jak vám pomohly sestry ortopedické ambulance a ortopedického oddělení se změnou životního stylu včetně úprav bytového interiéru, odpověděli dva pacienti, že nepotřebovali žádné rady, neboť měli byt upravený již před operací, čtyři pacienti udali, že od sester dostali potřebné informace, se kterými musí ještě nějak naložit a dva pacienti prohlásili, že žádné informace nedostali, tudíž jim ani sestry nemohly nijak pomoci.

Tabulka 7 Informace téhož charakteru při opakovaném výkonu

	požadoval	nepožadoval	stejný rozsah	více informací
Pacient č. 1	x			
Pacient č. 2	x			
Pacient č. 3			x	
Pacient č. 4				x
Pacient č. 5		x		
Pacient č. 6	x			
Pacient č. 7			x	
Pacient č. 8	x			

Na otázku, pokud by musel pacient znovu na tentýž výkon, zda by požadoval jiné informace, se čtyři respondenti shodli, že by určitě požadovali nějaké informace, dva by požadovali informaci alespoň v tom samém rozsahu, v jakém dostali nyní, jeden pacient by požadoval více informací a jeden pacient se rozhodl, že by již nepožadoval informace žádné, neboť ty, co má mu úplně stačí.

Tabulka 8 Jednání se zdravotnickým personálem

	spokojen	spíše spokojen	nespokojen
Pacient č. 1	x		
Pacient č. 2	x		
Pacient č. 3	x		
Pacient č. 4		x	
Pacient č. 5	x		
Pacient č. 6			x
Pacient č. 7	x		
Pacient č. 8			x

Na otázku, jak se pacientům jednalo se zdravotnickým personálem, zda měli pocit, že se na něj mohou kdykoli znovu obrátit a opakovaně se zeptat, se shodlo pět pacientů, že byli spokojeni, spíše spokojen byl jeden pacient a dva pacienti odpověděli, že s personálem spokojeni nebyli.

Tabulka 9 Atmosféra při sdělování informací o výkonu

	spokojen	nevnímám	nespokojen
Pacient č. 1	x		
Pacient č. 2		x	
Pacient č. 3	x		
Pacient č. 4			x
Pacient č. 5	x		
Pacient č. 6		x	
Pacient č. 7	x		
Pacient č. 8			x

Na otázku, jak na pacienty působila atmosféra při sdělování informací, které se týkaly tak náročného výkonu, odpověděli čtyři pacienti, že byli spokojeni, dva pacienti udali, že atmosféru díky stresu ani nevnímali a dva pacienti prohlásili, že byli nespokojeni.

Tabulka 10 Kompenzační pomůcky

	zná a má	zná, ale nemá vše	nezná
Pacient č. 1	x		
Pacient č. 2	x		
Pacient č. 3		x	
Pacient č. 4		x	
Pacient č. 5	x		
Pacient č. 6			x
Pacient č. 7	x		
Pacient č. 8			x

Na otázku, jaké kompenzační pomůcky budou pacienti potřebovat a kde je najdou, se čtyři respondenti shodli, že kompenzační pomůcky, které budou potřebovat, znají, vlastní je a umí je používat, dva respondenti udali, že pomůcky znají, ale ještě je nemají všechny doma a dva respondenti odpověděli, že kromě francouzských holí žádné pomůcky neznají.

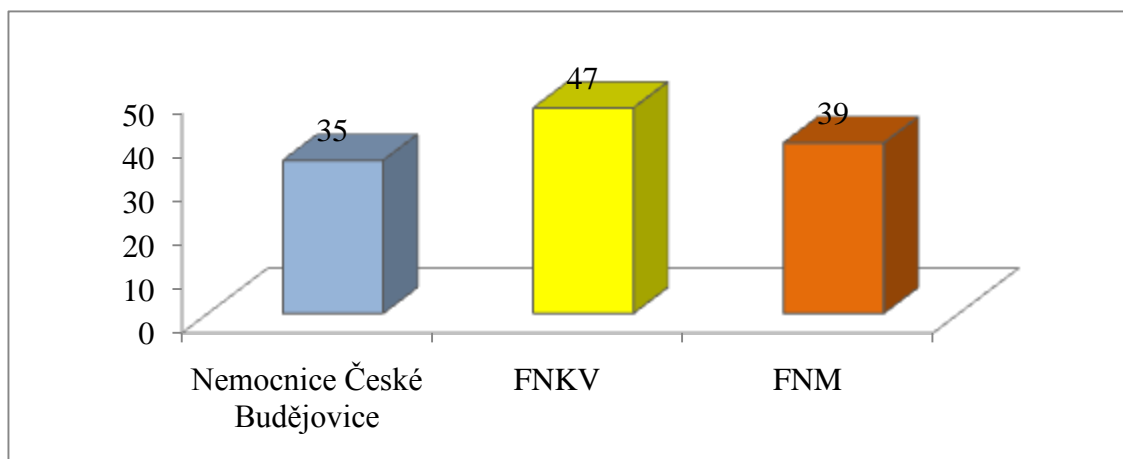
Tabulka 11 Vzdělávací skupina pro pacienty

	uvítal by a využil	oceňuje, ale nevyužil	neoceňuje
Pacient č. 1	x		
Pacient č. 2	x		
Pacient č. 3	x		
Pacient č. 4	x		
Pacient č. 5		x	
Pacient č. 6			x
Pacient č. 7	x		
Pacient č. 8			x

Na otázku, zda by pacienti uvítali v Českých Budějovicích vzdělávací skupinu, kde by se od sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků mohli dozvědět vše potřebné o předoperační, perioperační a pooperační péči a o péči po propuštění do domácího prostředí, mohli se zde na cokoli zeptat, včetně intimností či sociálních problémů, kde by zároveň probíhaly ukázky správného polohování, vstávání z lůžka a nácviku správné chůze o berlích a kde by mohli obdržet propagační materiály, odpovědělo pět pacientů, že by toto určitě uvítali a též by sami využili, jeden pacient udal, že by toto bylo dobré, ale sám by to nevyužil a dva pacienti se shodli, že by toto neocenili.

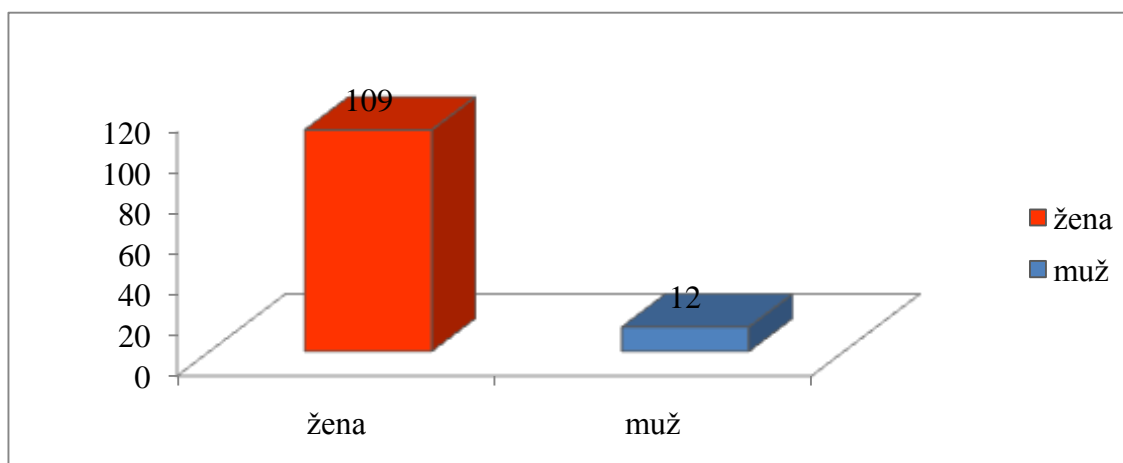
4.2 Grafy

Graf 1 Rozložení respondentů v daných nemocnicích



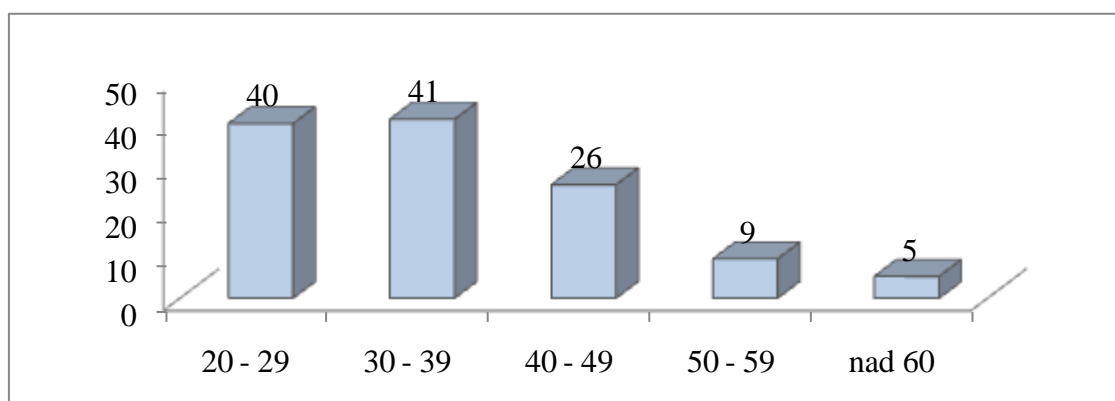
Celkem se na vyplnění 121 dotazníků (100 %) podílelo 35 sester (29 %) z Nemocnice České Budějovice, a.s., 47 sester (39 %) z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) a 39 sester (32 %) z Fakultní nemocnice v Motole (FNM).

Graf 2 Rozdělení respondentů podle pohlaví



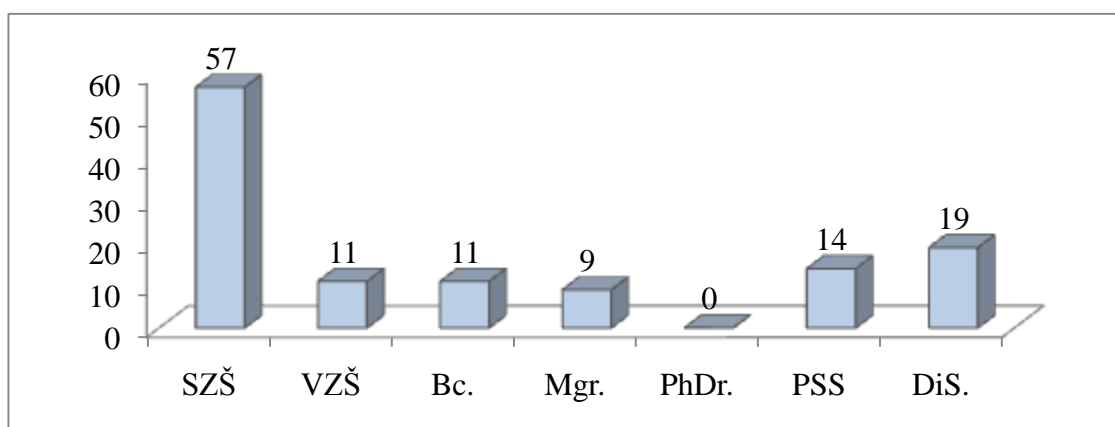
Na šetření se podílelo 109 žen (90 %) a 12 mužů (10 %) z celkového počtu 121 dotázaných (100 %).

Graf 3 Rozdělení respondentů do věkových kategorií



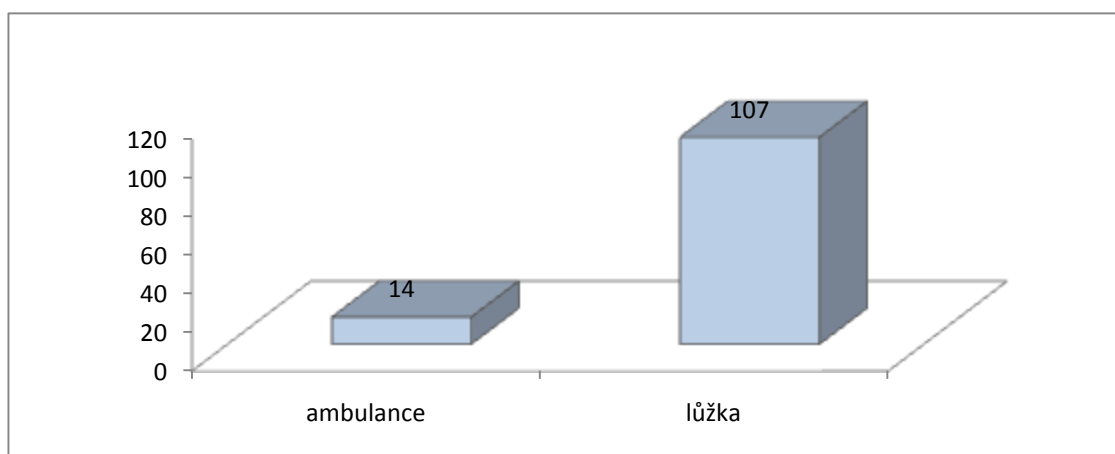
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) se na šetření se podílelo 40 respondentů (33 %) ve věku 20 – 29 let, 41 sester (34 %) ve věku 30 – 39 let, 26 dotázaných (22 %) ve věku 40 – 49 let, 9 sester (7 %) ve věku 50 – 59 let a 5 respondentů (4 %) ve věku nad 60 let.

Graf 4 Rozdělení respondentů podle vzdělání



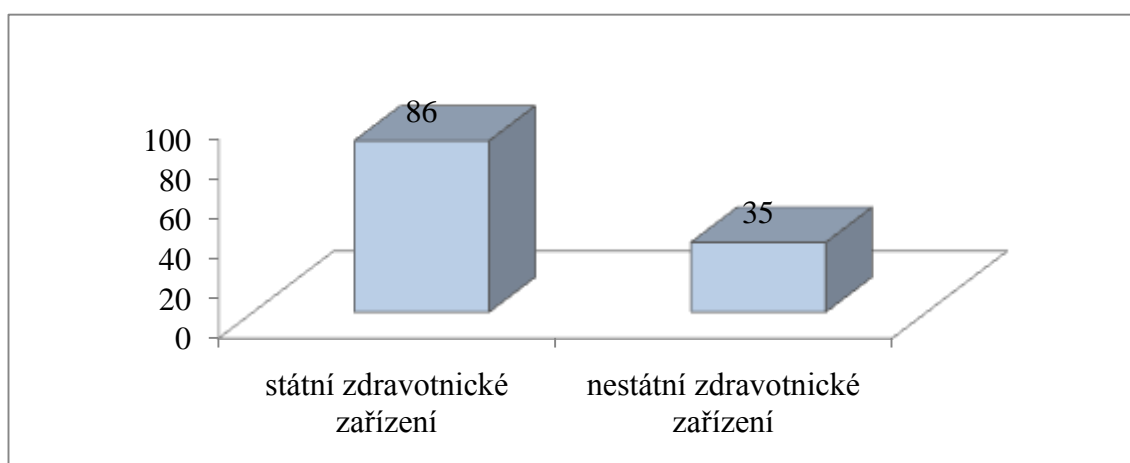
Na dotazníkovém šetření se ve všech nemocnicích z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) podílelo 57 sester (47 %) s ukončeným středoškolským vzděláním, dále 11 sester (9 %) s ukončenou Vyšší zdravotnickou školou, 11 sester (9 %) s ukončeným bakalářským studiem, 9 magister (7 %), 14 sester (12 %) s ukončeným specializačním studiem a 19 sester (16 %) s ukončeným DiS. (diplomovaný specialista).

Graf 5 Rozdělení respondentů podle typu zdravotnického zařízení



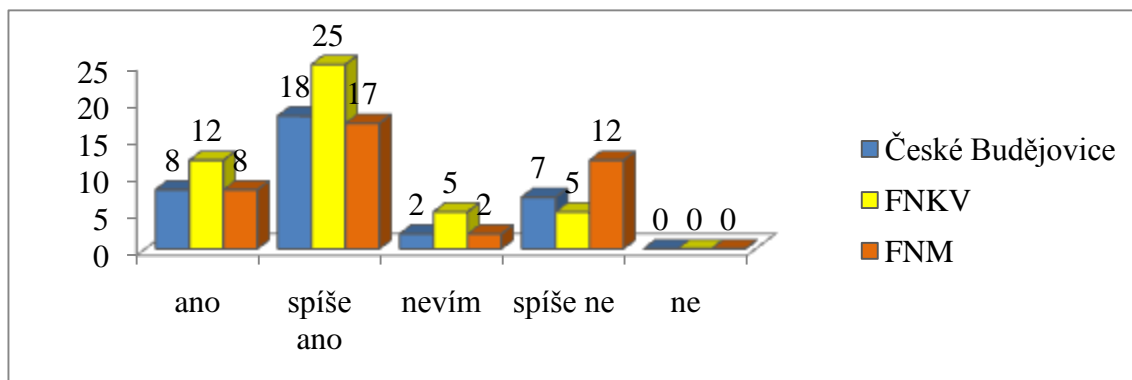
Šetření se z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) zúčastnilo 14 sester ambulantních (12 %) a 107 sester z lůžkových oddělení (88 %).

Graf 6 Rozdělení respondentů dle typu zdravotnického zařízení



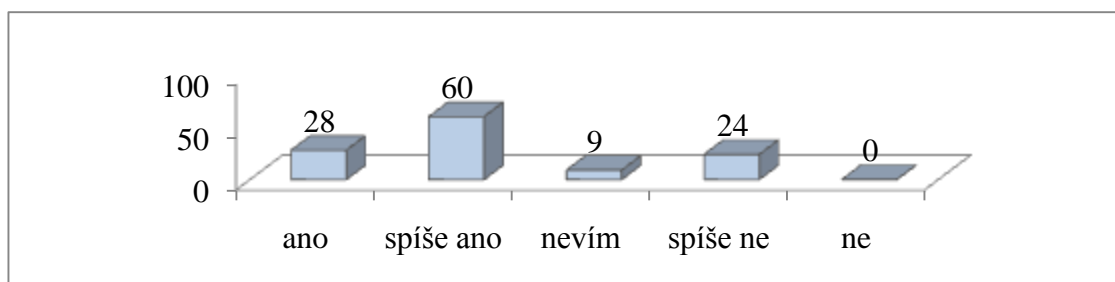
Z celkového počtu 121 respondentů (100 %) proběhl výzkum u 86 respondentů (71 %) ve státních zdravotnických zařízeních a u 35 respondentů (29 %) ve zdravotnickém zařízení nestátním.

Graf 7 Informovanost pacientů o předoperačním období u výkonu TEP



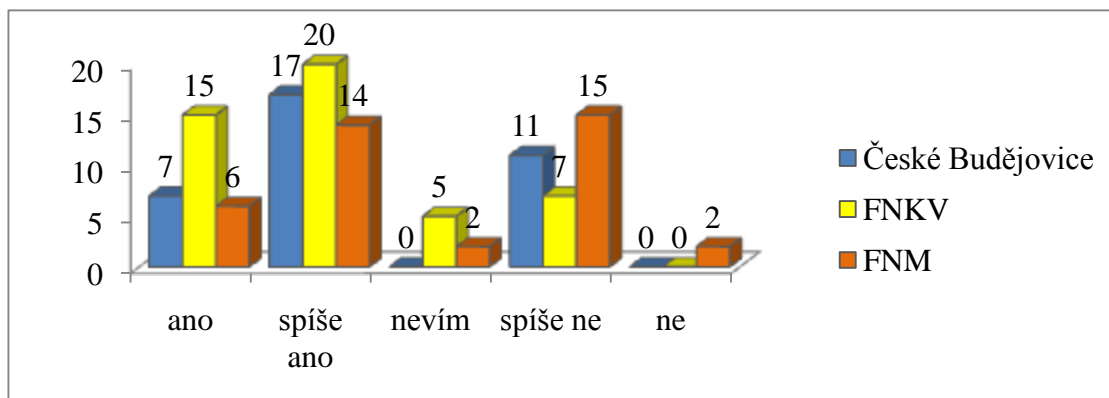
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) si 8 sester (23 %) z Nemocnice České Budějovice, a.s. myslí, že pacienti mají informace o předoperačním období, 18 sester (51 %) se domnívá, že pacienti informace spíše mají, 2 sestry (6 %) neví a 7 sester (20 %) si myslí, že pacienti informace spíše nemají. Z FNKV si 12 sester (25 %) myslí, že pacienti informace mají, 25 sester (53 %), že spíše mají, 5 sester (11 %) neví a 5 sester (11 %) myslí, že pacienti informace spíše nemají. Ve FNM se 8 sester (20 %) domnívá, že pacienti o předoperačním období informace mají, 17 sester (44 %) si myslí, že spíše ano, 2 sestry (5 %) neví a 12 sester (31 %) si myslí, že pacienti informace spíše nemají.

Graf 8 Informovanost pacientů o předoperačním období - celkově



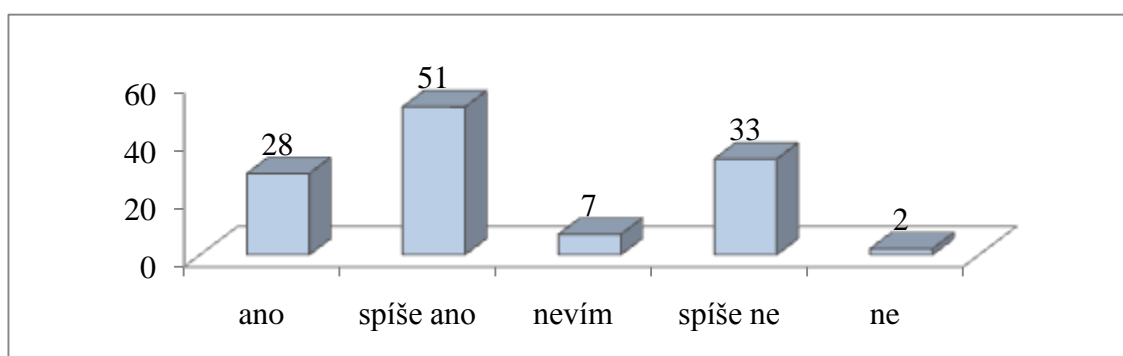
Ze všech 121 dotazovaných sester (100 %) se jich 28 (23 %) domnívá, že pacienti informace o předoperačním období mají, 60 sester (50 %), že spíše ano, 9 sester (7 %) neví a 24 sester (20 %) si myslí, že pacienti informace spíše nemají. Žádný respondent ani z jedné nemocnice se nedomnívá, že pacient žádné informace nemá.

Graf 9 Znalosti pacientů o pooperačním období u výkonu TEP



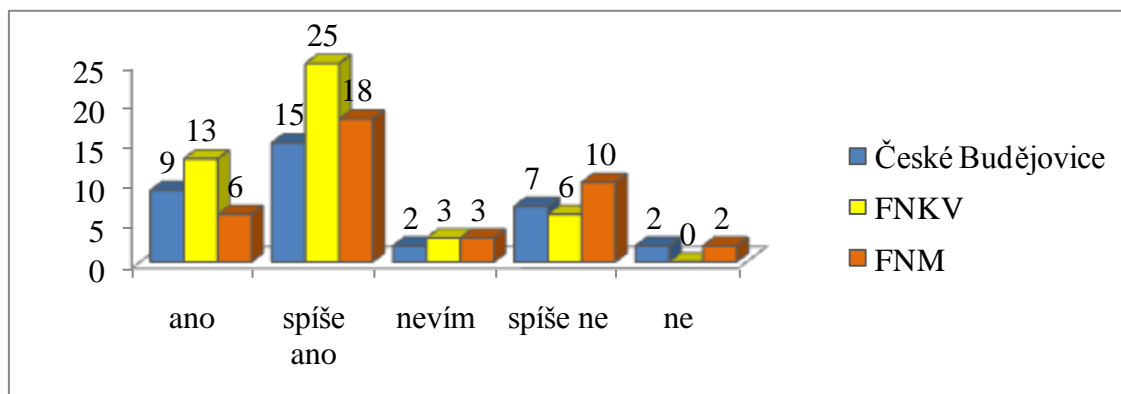
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) si 7 sester (20 %) Českých Budějovic myslí, že pacienti jsou informováni, 17 (49 %) sester se domnívá, že spíše ano a naopak 11 sester (31 %) si myslí, že pacienti spíše informovaní nejsou. Ve FNKV si 15 sester (32 %) myslí, že pacienti informováni jsou, 20 sester (42 %), že spíše ano, 5 sester (11 %) neví a 7 sester (15 %) udává, že spíše ne. Ve FNM si 6 (15 %) sester myslí, že pacienti informováni jsou, 14 sester (36 %), že spíše ano, 2 sestry (5 %) neví, 15 sester (39 %), že spíše informovaní nejsou a 2 sestry (5 %), že informovaní nejsou.

Graf 10 Znalosti pacientů o pooperačním období u výkonu TEP – celkově



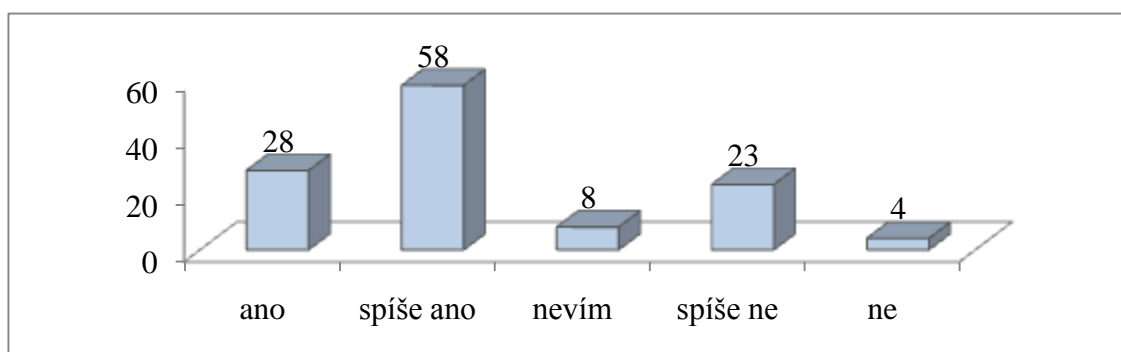
Z celkového počtu 121 sester (100 %) si 28 respondentů (23 %) myslí, že pacienti informováni jsou, 51 sester (42 %), že spíše ano, 7 sester (6 %) neví, 33 sester (27 %) si myslí, že pacienti informováni spíše nejsou a 2 sestry (2 %) se domnívají, že pacienti nejsou informováni.

Graf 11 Informovanost pacientů o režimových opatřeních v domácí péči



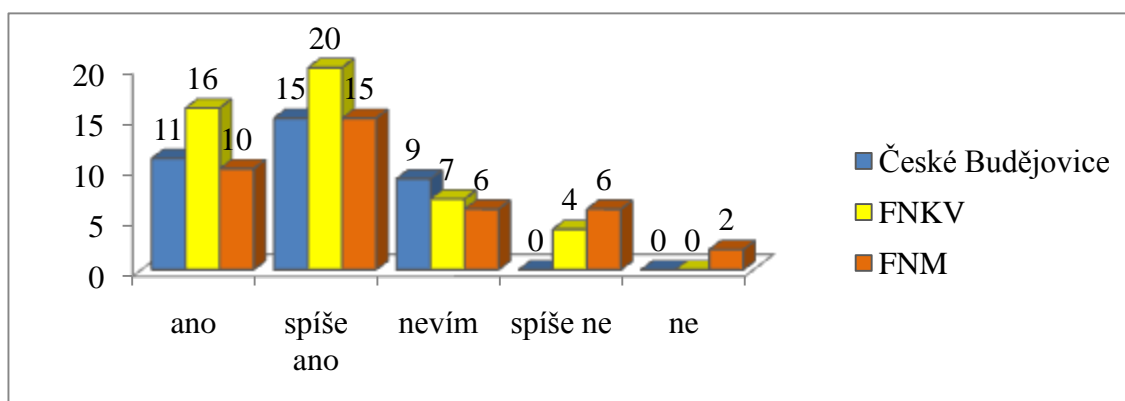
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) si 9 sester (26 %) z Českých Budějovic myslí, že pacienti mají představu o režimových opatřeních v domácí péči, 15 dotázaných (44 %), že spíše ano, 2 sestry (5 %) neví, 7 sester (20 %) si myslí, že spíše představu nemají a 2 sestry (5 %), že představu nemají. Z FNKV si 13 sester (28 %) myslí, že představu mají, 25 (53 %), že spíše ano, 3 (6 %) neví a 6 (13 %), že spíše představu nemají. Z FNM si 6 sester (15 %) myslí, že představu mají, 18 (46 %), že spíše ne, 3 (8 %) neví, 10 (26 %) spíše ne a 2 sestry (5 %), že pacienti představu nemají.

Graf 12 Informovanost pacientů o režimových opatřeních v domácí péči - celkově



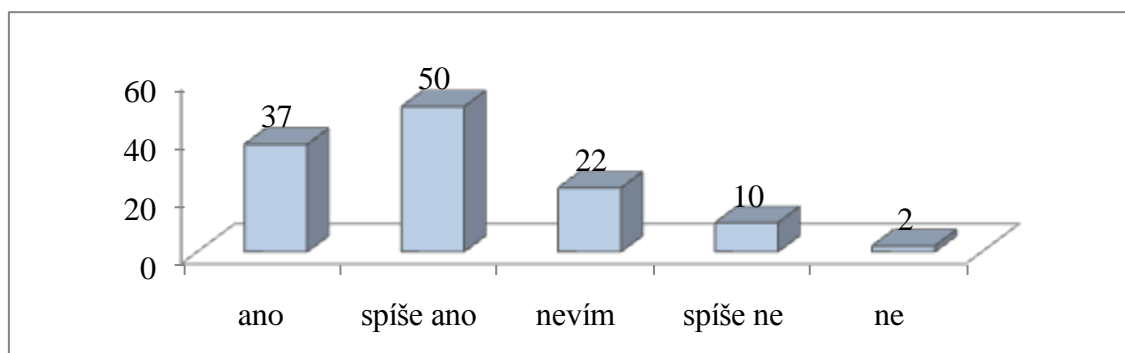
Z celkového počtu 121 sester (100 %) si 28 sester (23 %) myslí, že pacienti mají představu o režimových opatřeních v domácí péči, 58 sester (48 %) se domnívá, že představu spíše mají, 8 (7 %) neví, 23 (19 %) sester, že představu o režimu v domácí péči spíše nemají a 4 sestry (3 %) si myslí, že pacienti představu nemají.

Graf 13 Informovanost pacientů o operaci TEP na ortopedické ambulanci



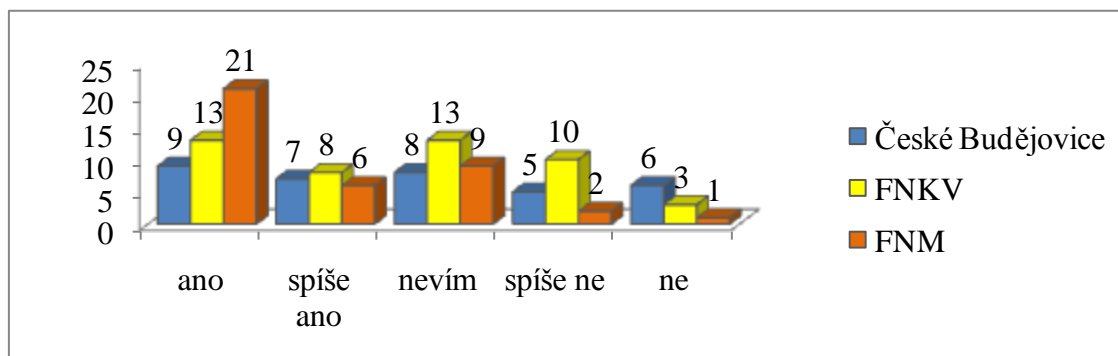
Z celkového počtu 121 respondentů (100 %) si 11 sester (31 %) z Českých Budějovic myslí, že pacienti jsou informováni již v ambulanci, 15 (43 %), že spíše ano a 9 sester (26 %) neví. 16 sester (34 %) z FNKV udává, že pacienti informováni v ambulancích jsou, 20 (43 %), že spíše ano, 7 sester (15 %) neví a 4 (8 %) se domnívají, že spíše informováni nejsou. Z FNM si 10 sester (26 %) myslí, že pacienti informováni jsou, 15 (39 %), že spíše jsou, 6 (15 %) neví, 6 (15 %), že spíše nejsou a 2 sestry (5 %), že pacienti informováni v ambulanci nejsou.

Graf 14 Informovanost pacientů o operaci TEP na ortopedické ambulanci - celkově



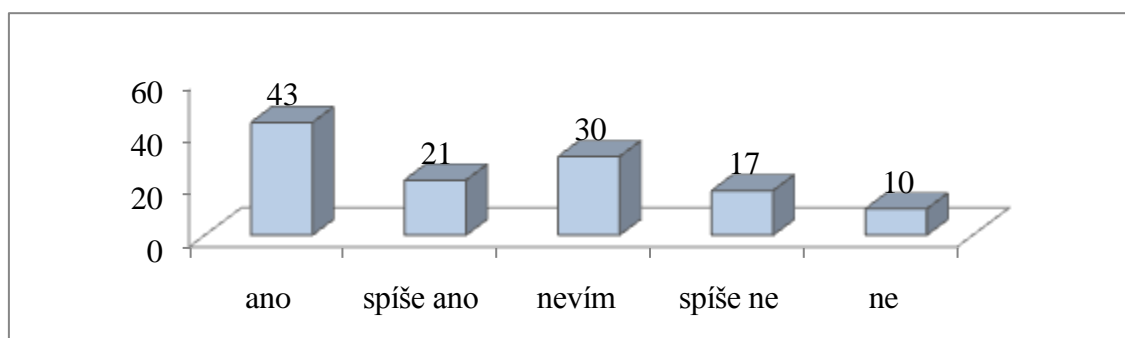
Celkově ze 121 respondentů (100 %) si 37 sester (31 %) myslí, že pacienti v ambulancích informováni jsou, 50 sester (41 %) se domnívá, že spíše informováni jsou, 22 sester (18 %) neví, 10 sester (8 %) udává, že spíše informováni nejsou a 2 sestry (2 %), že pacienti v ortopedických ambulancích informováni nejsou.

Graf 15 Zlepšení způsobu sdělovaných informací pacientovi



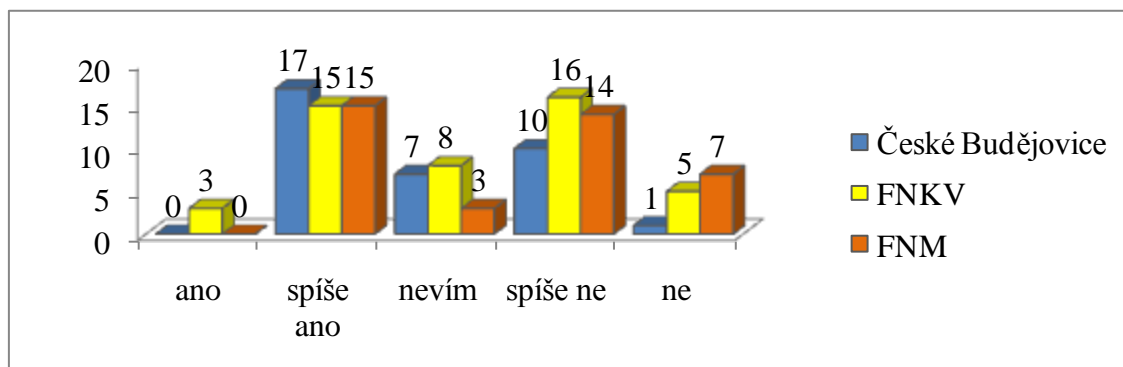
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) si 9 sester (26%) Českých Budějovic myslí, že se dá na způsobu podávání informací něco zlepšit, 7 (20 %), že spíše ano, 8 (23 %) neví, 5 sester (14 %) se domnívá, že spíše ne a 6 (17 %) sester se shodlo, že není třeba nic měnit. Z FNKV si 13 sester (28 %) myslí, že je potřeba něco zlepšit, 8 (17 %), že spíše ano, 13 (28 %) neví, 10 sester (21 %) udává, že spíše ne, 3 sestry (6 %), že se nic zlepšit nedá. Z FNM si 21 sester (54 %) myslí, že se dá na něco změnit, 6 (15 %), že spíše ano, 9 sester (23 %) neví, 2 (5 %), že spíše ne a 1 sestra (3 %), že změna není nutná.

Graf 16 Zlepšení způsobu sdělovaných informací pacientovi - celkově



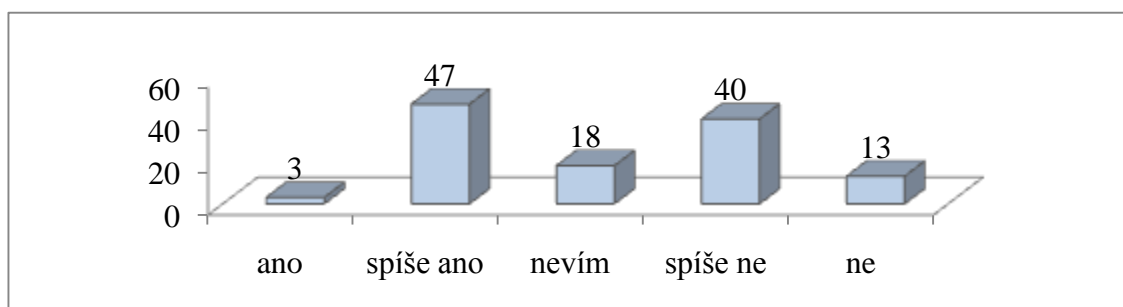
Z celkového počtu 121 respondentů (100 %) si 43 sester (36 %) myslí, že se dá na způsobu sdělovaných informací něco zlepšit, 21 sester (17 %) se domnívá, že se spíše něco změnit dá, 30 sester (25 %) neví, 17 dotázaných (14 %) udává, že se spíše nic změnit nedá a 10 sester (8 %), že není co měnit.

Graf 17 Srozumitelnost informací pro pacienty v plném rozsahu



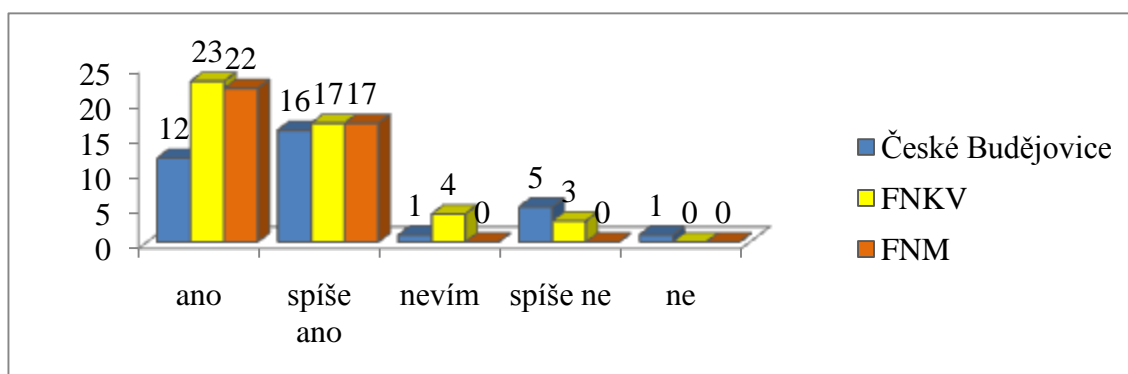
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) si 17 sester (48 %) z Českých Budějovic myslí, že jsou informace pro pacienty spíše srozumitelné, 7 (20 %) neví, 10 sester (29 %) udává, že srozumitelné spíše nejsou a 1 sestra (3 %), že jsou nesrozumitelné. Z FNKV se 3 sestry (6 %) shodují, že jsou informace pro pacienty srozumitelné, 15 (32 %), že spíše ano, 8 (17 %) neví, 16 sester (34 %) udává, že jsou spíše nesrozumitelné a 5 sester (11 %), že nejsou srozumitelné. Z FNM se 15 sester (38 %) domnívá, že pacienti spíše rozumějí, 3 (8 %) neví, 14 sester (36 %), že informacím spíše nerozumějí a 7 (18 %) sester se shoduje, že pacienti podávaným informacím v plném rozsahu nerozumějí.

Graf 18 Srozumitelnost informací pro pacienty v plném rozsahu - celkově



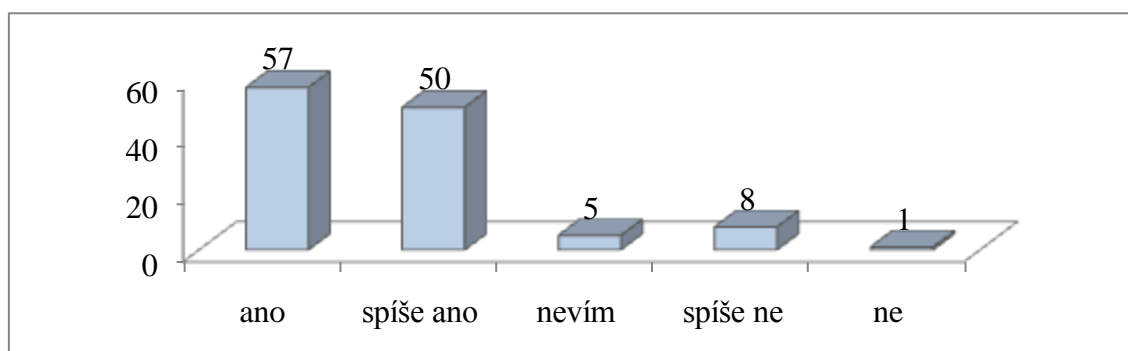
Celkově ze 121 dotázaných (100 %) si 3 sestry (2 %) myslí, že pacienti informacím rozumějí v plném rozsahu, 47 sester (39 %) udává, že spíše rozumějí, 18 sester (15 %) neví, 40 sester (33 %) se domnívá, že spíše nerozumějí a 13 sester (11 %) vnímá, že pacienti nerozumějí v plném rozsahu.

Graf 19 Častější opakování informací pacientům



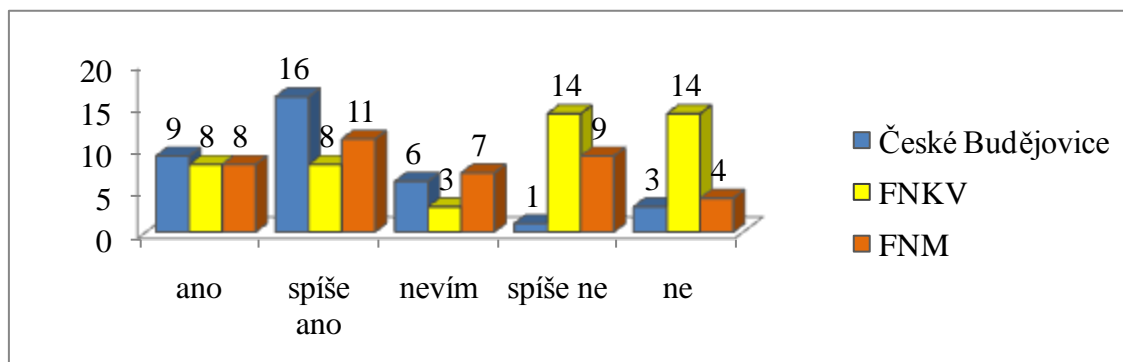
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) se 12 sester (34 %) v Českých Budějovicích shoduje, že by se informace měly pacientům častěji opakovat, 16 (46 %) udává, že spíše ano, 1 (3 %) neví, 5 sester (14 %), že spíše ne a 1 sestra (3 %), že není potřeba. Z FNKV si 23 sester (49 %) myslí, že je potřeba informace opakovat, 17 (36 %), že spíše ano, 4 (9 %) neví a 3 sestry (6 %), že spíše není nutné časté opakování. 22 sester (56 %) z FNM udává, že je potřeba informace častěji opakovat a 17 sester (44 %), že spíše ano.

Graf 20 Častější opakování informací pacientům - celkově



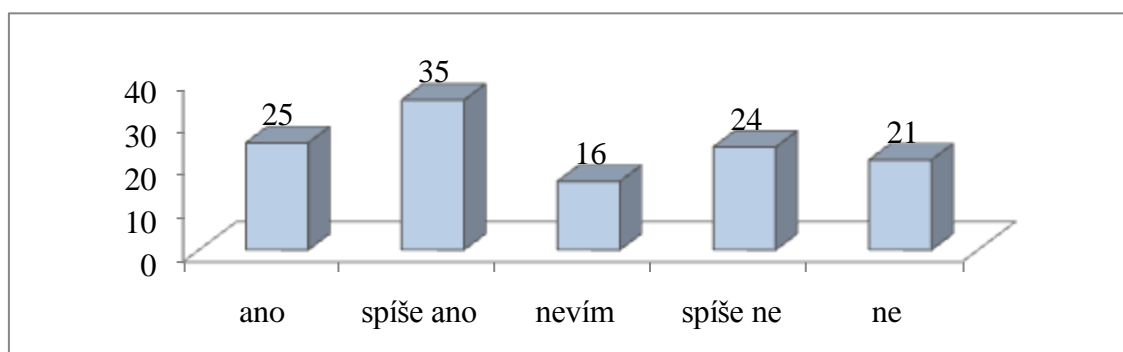
Ze všech 121 respondentů (100 %) si 57 sester (47 %) myslí, že je potřeba informace pacientům častěji opakovat, 50 sester (41 %) udává, že informace spíše opakovat, 5 sester (4 %) neví, 8 dotázaných (7 %), že spíše ne a 1 sestra (1 %) se domnívá, že není potřeba informace častěji opakovat.

Graf 21 Existence zpětné vazby ve zdravotnických zařízeních



Ze 121 respondentů (100 %) si 9 sester (26 %) v Českých Budějovicích myslí, že zpětná vazba existuje, 16 (46 %), že spíše ano, 6 sester (17 %) neví, 1 sestra (3 %) udává, že spíše není a 3 sestry (8 %), že zpětná vazba ve zdravotnických zařízeních neexistuje. Ve FNKV si 8 (17 %) myslí, že zpětná vazba je, 8 sester (17 %) se domnívá, že spíše existuje, 3 (6 %) neví, 14 (30 %) se shoduje, že zpětná vazba ve zdravotnických zařízeních spíše není a tentýž počet si myslí, že není. Ve FNM se 8 sester (21 %) domnívá, že zpětná vazba ve zdravotnických zařízeních je, 11 sester (28 %), že spíše ano, 7 (18 %) neví, 9 sester (23 %), že spíše není a 4 sestry (10 %) si myslí, že zpětná vazba ve zdravotnických zařízeních není.

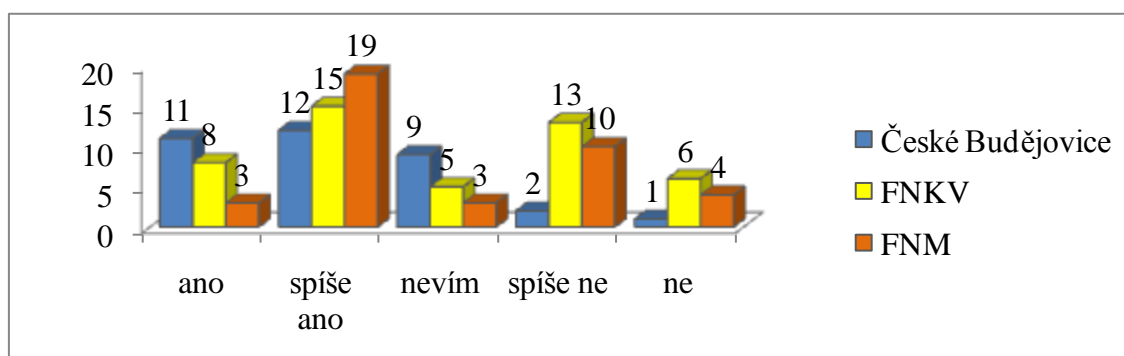
Graf 22 Existence zpětné vazby ve zdravotnických zařízeních - celkově



25 sester (21%) z celkového počtu 121 (100 %) dotázaných se shoduje, že zpětná vazba ve zdravotnických zařízeních je, 35 (29 %) udává, že spíše existuje, 16 (13 %) neví, 24 sestry (20 %) si myslí, že spíše není a 21 sester (17 %), že zpětná vazba sestrou není.

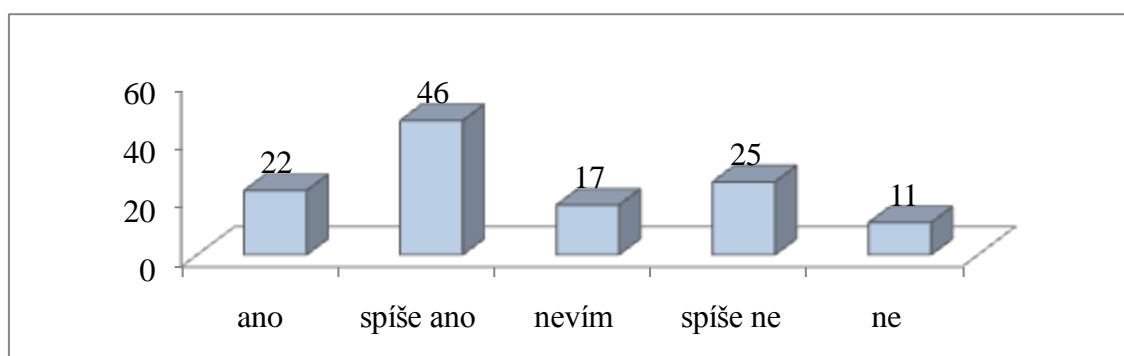
Nicméně čtyři sestry z celkového počtu se domnívají, že je toto záležitost spíše lékaře.

Graf 23 Důstojné sdělování informací s ohledem na prostředí a čas



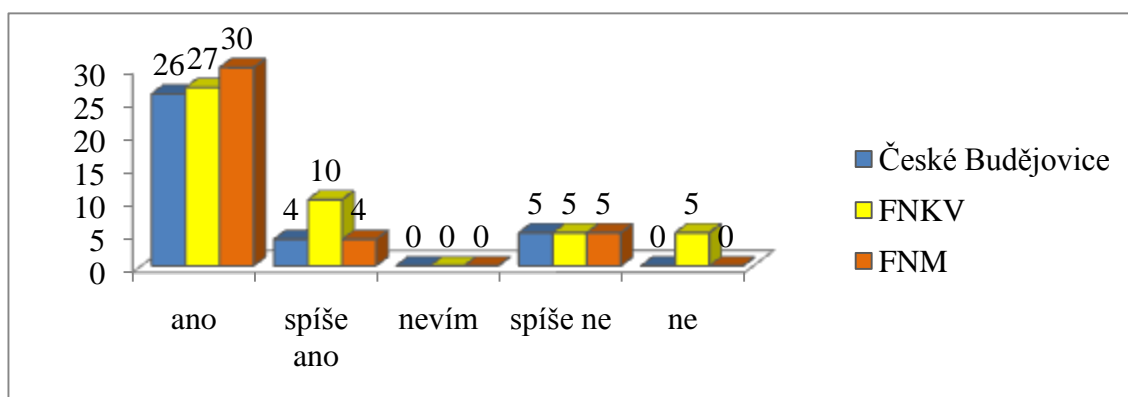
Z celkového počtu 121 dotázaných si 11 sester (31 %) z Českých Budějovic myslí, že se pacientům informace sdělují důstojně, 12 (34 %), že spíše ano, 9 (26 %) neví, 2 (6 %), že spíše ne a 1 (3 %), že se informace nesdělují důstojně s ohledem na čas a prostředí. Ve FNKV 8 sester (17 %) udává, že se informace sdělují důstojně, 15 (32 %), že spíše ano, 5 (10 %) neví, 13 sester (28 %) se domnívá, že spíše ne a 6 sester (13 %), že se informace sdělují nedůstojně. Ve FNM si 3 sestry (8 %) myslí, že se informace sdělují důstojně, 19 (49 %), že spíše ano, 3 (8 %) neví, 10 (25 %), že spíše ne a 4 (10 %), že ne.

Graf 24 Důstojné sdělování informací s ohledem na prostředí a čas - celkově



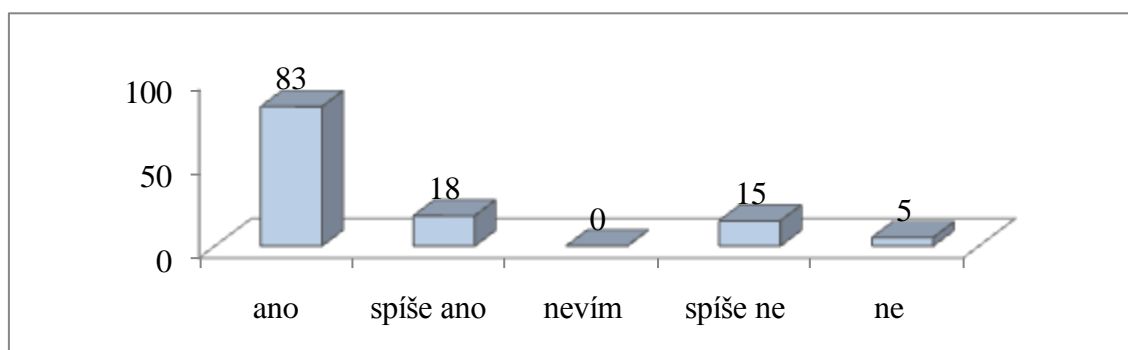
Z celkového počtu 121 dotázaných sester (100 %) si 22 z nich (18 %) myslí, že se informace sdělují důstojně, 46 sester (38 %) udává spíše ano, 17 (14 %) neví, 25 sester (21 %), volí variantu spíše ne a 11 sester (9 %) se domnívá, že se informace nesdělují důstojně s ohledem na prostředí a čas.

Graf 25 Nespolupracující pacient



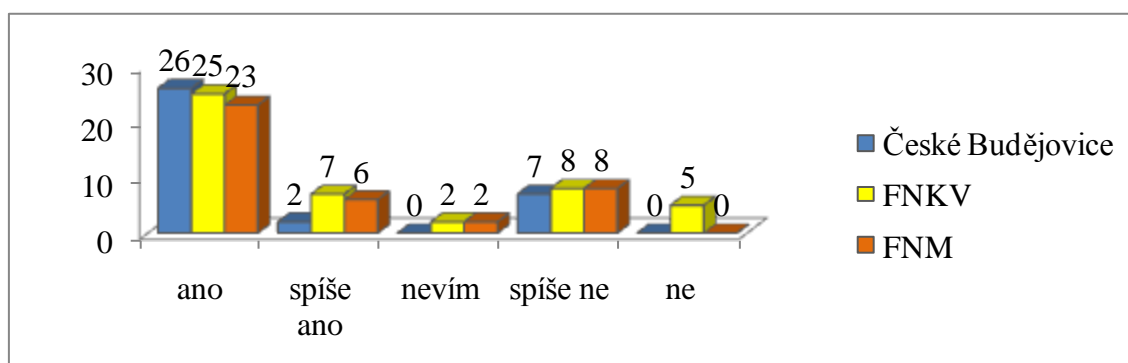
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) 26 sester (74 %) v Českých Budějovicích udává, že se setkalo s nespolupracujícím pacientem, 4 (12 %), že spíše ano a 5 sester (14 %) udává, že spíše ne. Ve FNKV 27 sester (57 %) udává, že se někdy s nespolupracujícím pacientem setkalo, 10 (21 %), že spíše ano, 5 (11 %), že spíše ne a 5 sester (11 %) se nikdy s nespolupracujícím pacientem nesetkalo. Ve FNM se s nespolupracujícím pacientem setkalo 30 sester (77 %), 4 sestry (10 %) spíše ano a 5 sester (13 %) se shoduje, že se s nespolupracujícím pacientem spíše nesetkaly.

Graf 26 Nespolupracující pacient - celkově



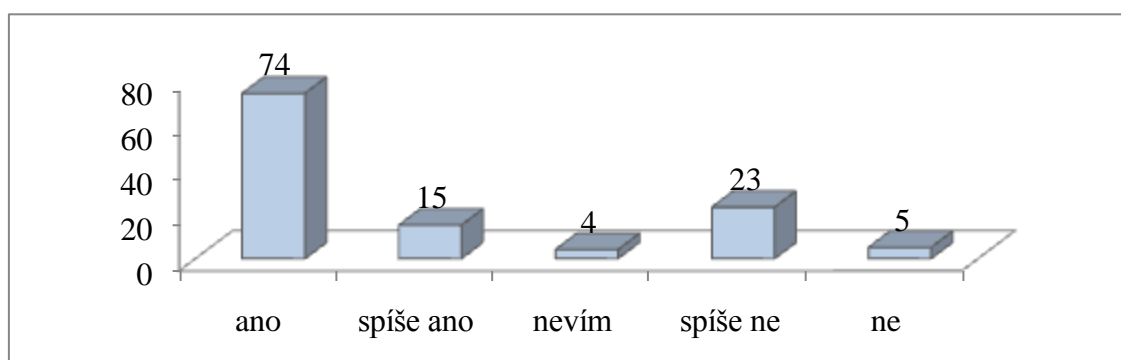
V celkovém počtu 121 dotázaných sester (100 %) jich 83 (64 %) udává, že se již někdy s nespolupracujícím pacientem setkaly, 18 sester (15 %) spíše ano, zatímco 15 sester (12 %) se shoduje, že spíše ne a 5 sester (4 %), že se nikdy s nespolupracujícím pacientem nesetkaly.

Graf 27 Nespolupracující rodinný příslušník



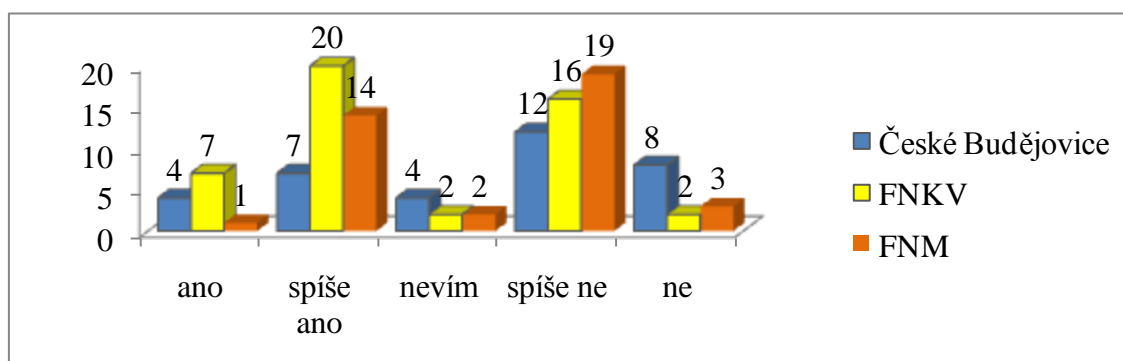
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) se 26 sester (74 %) z Českých Budějovic shoduje, že se již někdy setkaly s nespolepracujícím rodinným příslušníkem, 2 (6 %) spíše ano a 7 sester (20 %), že spíše ne. Ve FNKV 25 sester (53 %) udává, že se setkalo s nespolepracujícím rodinou, 7 (15 %) spíše ano, 2 sestry (4 %) neví, 8 sester (17 %) volí variantu spíše ne a 5 sester (11 %) variantu ne. Ve FNM 23 sester (59 %) udává, že se setkaly s nespolepracujícím rodinným příslušníkem, 6 (15 %) spíše ano, 2 (5 %) neví, 23 (19 %) spíše ne a 5 sester (4 %) se shoduje, že se nesetkaly s nespolepracujícím rodinným příslušníkem.

Graf 28 Nespolepracujícím rodinným příslušníkem - celkově



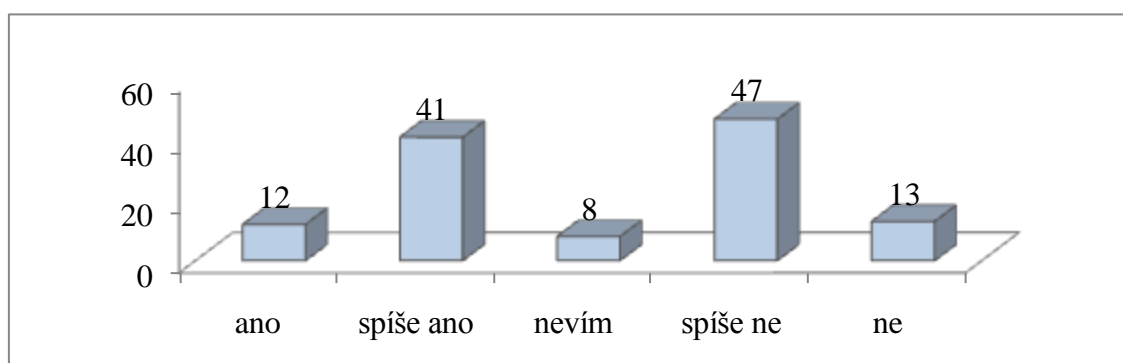
Z celkového počtu 121 sester (100 %) udává 74 (61 %) z nich, že se někdy setkaly s nespolepracujícím rodinným příslušníkem při výkonu TEP, 15 sester (13 %) udává spíše ano, 4 sestry (3 %) neví, 23 sester (19 %) udává spíše ne a 5 sester (4 %) se shoduje, že se nikdy nesetkalo s nespolepracujícím rodinným příslušníkem.

Graf 29 Přípravenost pacientů k výkonu TEP v souvislosti s pomůckami



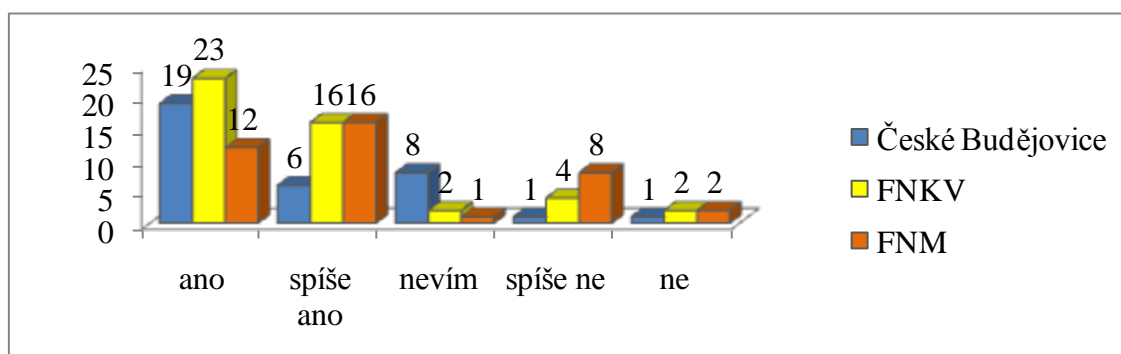
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) si 4 sestry (11%) z Českých Budějovic myslí, že jsou pacienti v souvislosti s pomůckami připraveni, 7 sester (20 %), že spíše ano, 4 (11 %) neví, 12 (35 %) udává, že spíše ne a 8 (23 %) se přiklání k tomu, že pacienti nejsou připraveni. Ve FNKV si 7 sester (15 %) myslí, že jsou pacienti připraveni, 20 (43 %), že spíše ano, 2 sestry (4 %) neví, 16 sester (34 %) udává, že spíše ne a 2 sestry (4 %) říkají, že nejsou připraveni. Ve FNM si myslí 1 sestra (2 %), že jsou pacienti vybaveni pomůckami dobře, 14 sester (36 %), že spíše ano, 2 sestry (5 %) neví, 19 sester (49 %) se domnívá, že spíše ne a 3 sestry (8 %) se shodují, že pacienti připraveni v souvislosti s pomůckami nejsou.

Graf 30 Přípravenost pacientů k výkonu TEP v souvislosti s pomůckami- celkově



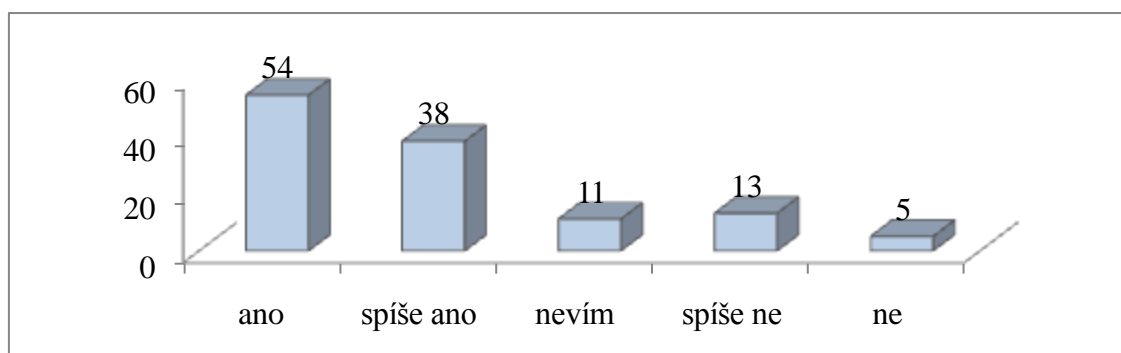
Z celkového počtu 121 sester (100 %) si 12 (10 %) myslí, že jsou pacienti dobře vybaveni, 41 sester (34 %), že spíše ano, 8 sester (6 %) neví, 47 sester (39 %) udává, že spíše vybaveni nejsou a 13 sester (11 %) si myslí, že vybaveni pomůckami nejsou.

Graf 31 Zapojení rodinných příslušníků do edukace



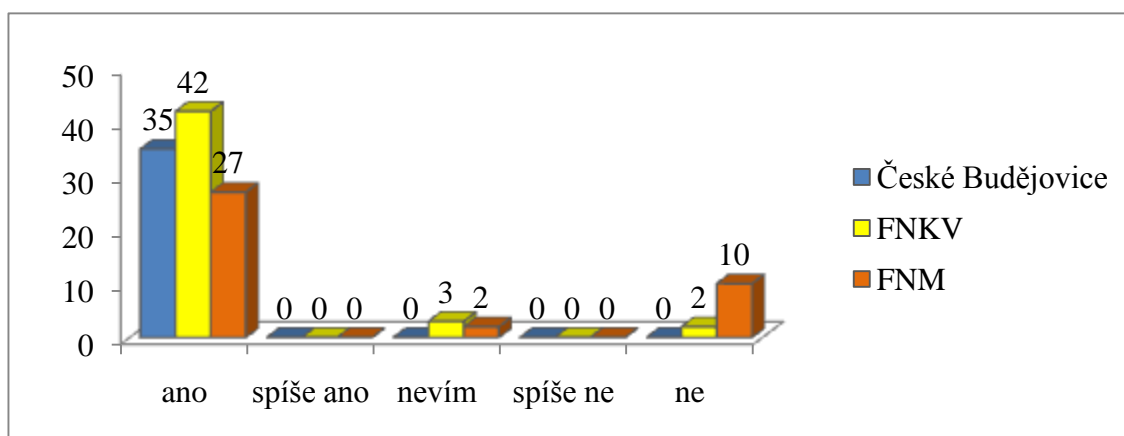
Z celkového počtu 121 respondentů (100 %) udává 19 sester (54 %) z Českých Budějovic, že rodinné příslušníky zapojuje, 6 sester (17 %) spíše ano, 8 (23 %) neví, 1 sestra (3 %) spíše nezapojuje a 1 sestra (3 %) udává, že nezapojuje. Ve FNKV zapojuje rodinné příslušníky do edukace 23 sester (43 %), spíše zapojuje 16 sester (34 %), 2 (4 %) neví, 4 sestry (9 %) udávají, že spíše ne a 2 sestry (4 %) se shodují, že ne. Ve FNM 12 sester (31 %) zapojuje do edukace rodinné příslušníky, 16 sester (41 %) spíše ano, 1 (3 %) neví, 8 sester (20 %) udává, že spíše ne a 2 sestry (5 %) nezapojuje rodinné příslušníky do edukace vůbec.

Graf 32 Zapojení rodinných příslušníků do edukace - celkově



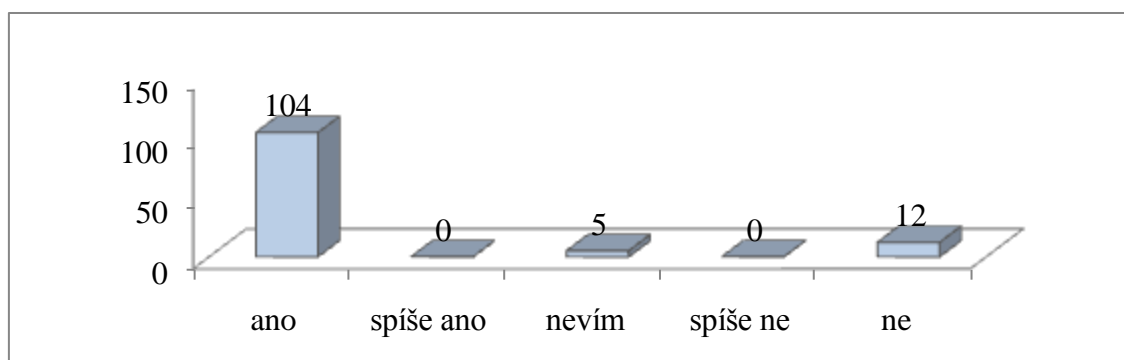
54 sester (45 %) z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) rodinné příslušníky do edukace zapojuje, 38 sester (31%) spíše zapojuje, 11 (9 %) neví, 13 (11 %) udává, že rodinné příslušníky spíše nezapojuje a 5 sester (4 %) se shoduje, že rodinné příslušníky do edukace nezapojuje.

Graf 33 Standard ošetrovateľskej péče týkajúci sa pacientů s TEP



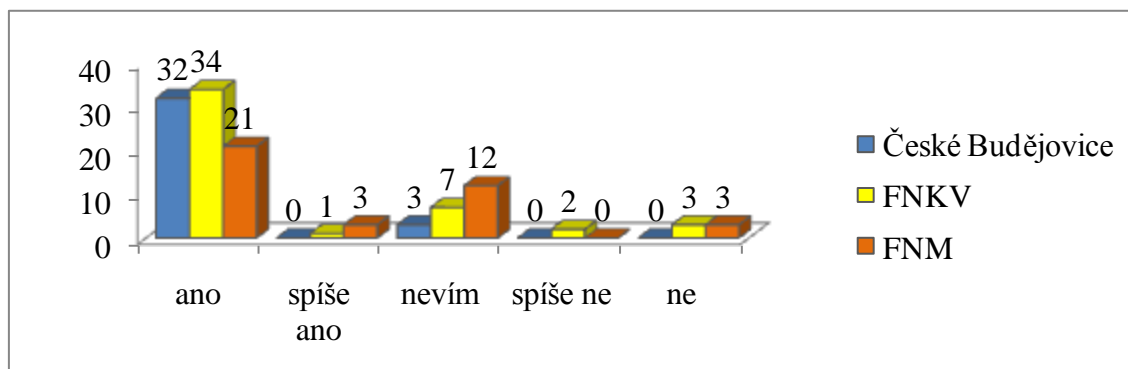
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) 35 sester (100 %) z Českých Budějovic udává, že mají standard ošetrovateľskej péče. Ve FNKV toto udává 42 sester (89 %), 3 sestry (7 %) neví, zda mají na oddělení standard ošetrovateľskej péče a 2 sestry (4 %) udávají, že takovýto standard nemají. Ve FNM se 27 sester (69 %) shoduje, že standard ošetrovateľskej péče vypracovaný mají, 2 sestry (5 %) neví a 10 sester (26 %) udává, že standard nemají.

Graf 34 Standard ošetrovateľskej péče týkajúci sa pacientů s TEP - celkově



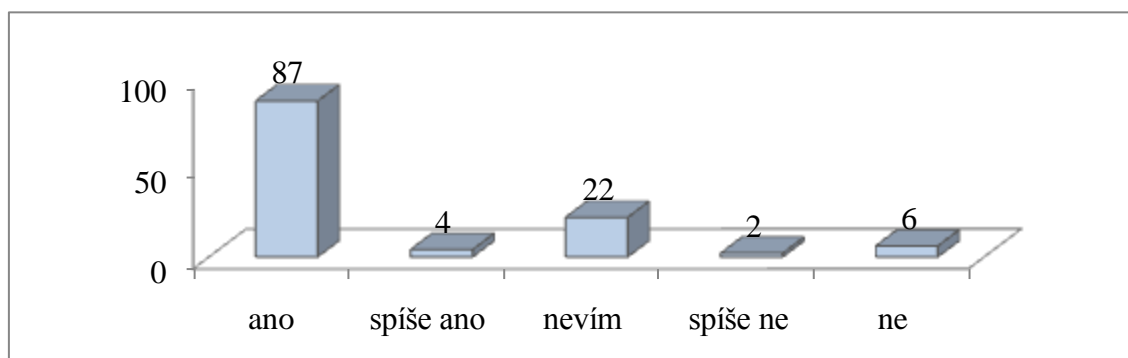
Z celkového počtu 121 respondentů (100 %) se 104 sester (86 %) shoduje, že mají vypracovaný standard ošetrovateľskej péče týkající se pacientů s TEP, 5 sester (4 %) neví a 12 sester (10 %) udává, že standard vypracovaný nemají.

Graf 35 Edukační plán jako vodítko



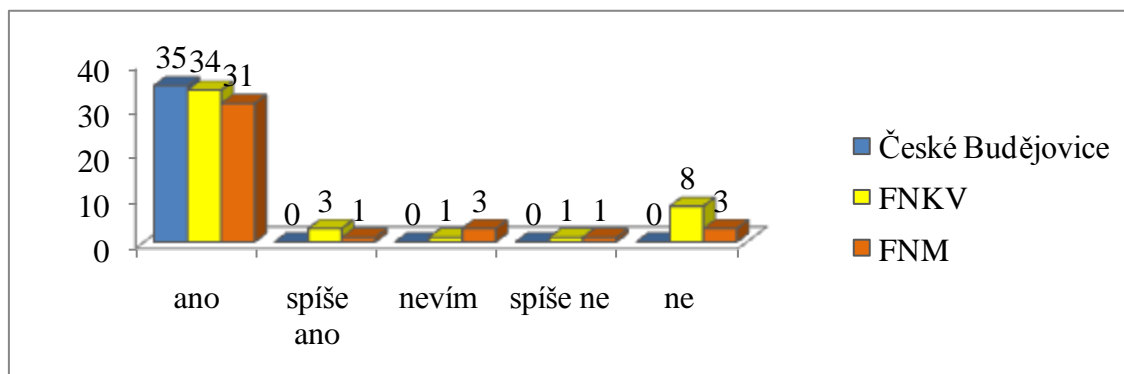
Z celkového počtu 121 dotázaných sester (100 %) jich 32 (91 %) z Českých Budějovic udává, že mají k dispozici edukační plán, kterého se mohou držet a 3 sestry (9 %) neví. Ve FNKV se 34 sester (72 %) shoduje, že edukační plán mají, 1 sestra (2 %) udává, že spíše ano, 7 sester (15 %) neví, 2 sestry (4 %) udávají, že spíše ne a 3 (7 %) sdělují, že nemají edukační plán, kterého by se mohli držet. Ve FNM udává 21 sester (54 %), že edukační plán mají, 3 (7 %), že spíše ano, 12 (31 %) neví a 3 sestry (8 %) sdělují, že edukační plán nemají.

Graf 36 Edukační plán jako vodítko - celkově



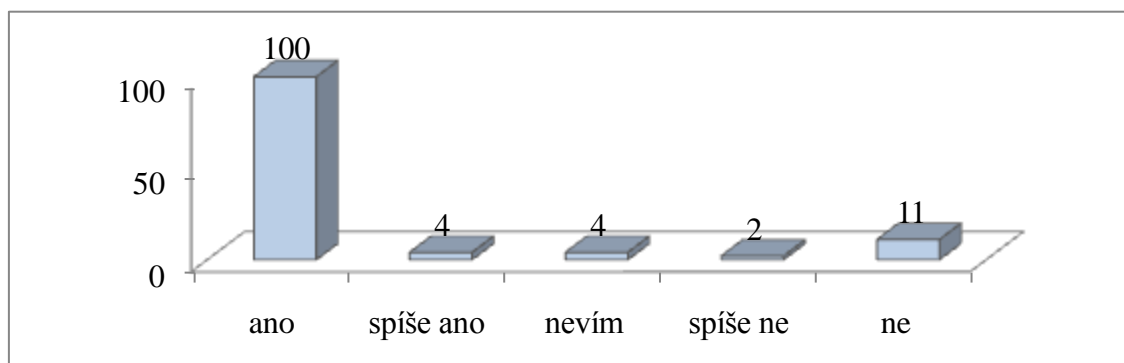
Z celkového počtu 121 účastníků dotazníkového šetření (100 %) 87 sester (72 %) udává, že mají k dispozici edukační plán, 4 sestry (3 %), že spíše ano, 22 sester (18 %) neví, 2 sestry (2 %) se domnívá, že edukační plán spíše nemají a 6 sester (5 %) se shoduje, že edukační plán na jednotce k dispozici nemají.

Graf 37 Edukační materiál pro pacienty



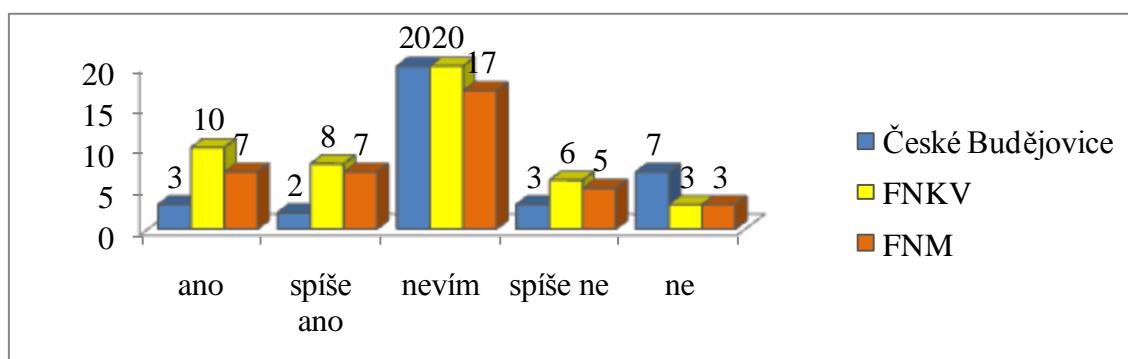
Z celkového počtu 121 dotázaných (100 %) udává 35 sester (100%) z Českých Budějovic, že mají příručky a brožurky pro pacienty na svých pracovištích. Ve FNKV se shoduje 34 sester (72 %), že příručky mají, 3 sestry (7 %), že spíše ano, 1 (2 %) neví, 1 sestra (2 %) se domnívá, že spíše ne a 8 sester (17 %), že nemají. Ve FNM 31 sester (80 %) udává, že edukační materiál na pracovišti mají, 1 sestra (2 %), že spíše ano, 3 sestry (8 %) neví, 1 (2 %) udává, že spíše ne a 3 sestry (8 %) se shodují, že edukační příručky a brožurky na pracovišti nemají.

Graf 38 Edukační materiál pro pacienty- celkově



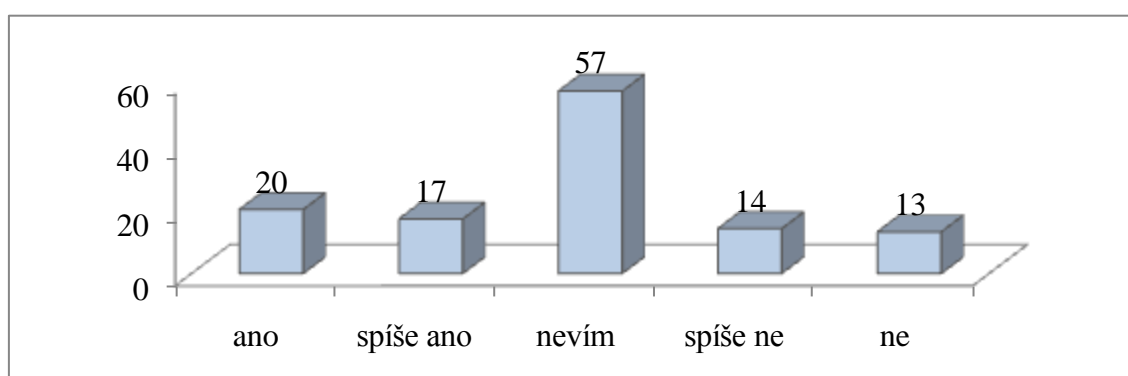
V celkovém součtu 121 dotázaných (100 %) se ukazuje, že 100 sester (83 %) udává, že edukační materiál mají na pracovištích pro pacienty k dispozici, 4 sestry (3 %) se domnívají, že spíše ano, 4 sestry (3 %) neví, 2 sestry (2 %) udávají, že spíše ne a 11 sester (9 %) se shoduje, že příručky pro pacienty na svých pracovištích nemají.

Graf 39 Skupinové vzdělávací sezení pro pacienty indikované k výkonu TEP



Z celkového počtu 121 dotázaných si 3 sestry (8 %) v Českých Budějovicích myslí, že by pacienti takovéto sezení uvítali, 2 (6 %), že spíše ano, 20 sester (58 %) neví, 3 (8 %) myslí, že spíše ne a 7 (21 %) udává, že by to pacienti neocenili. Ve FNKV si 10 sester (21 %) myslí, že by to pacienti ocenili, 8 (17 %), že spíše ano, 20 (43 %) neví, 6 sester (13 %) se domnívá, že spíše ne a 3 sestry (6 %) udávají, že by to pacienti neocenili. Ve FNM se 7 sester (17 %) shoduje, že by pacienti toto ocenili, tentýž počet, že spíše ano, 17 sester (43 %) neví, 5 sester (15 %) udává, že spíše ne a 3 sestry (8 %) si myslí, že ne.

Graf 40 Skupinové vzdělávací sezení pro pacienty indikované k výkonu TEP



Z celkového počtu 121 respondentů (100 %) si 20 sester (16 %) myslí, že by pacienti toto uvítali, 17 sester (14 %) udává, že by to spíše ocenili, 57 sester (47 %) neví, 14 sester (12 %) se shoduje, že by to spíše neocenili a 13 sester (11 %) sděluje, že by to určitě neocenili.

5. Diskuze

Cílem této práce bylo metodicky vypracovat možnosti edukace pacientů s TEP v předoperačním a pooperačním období a dále pak posoudit kvalitu edukace o předoperační a pooperační přípravě ze strany pacientů po TEP. Na základě těchto cílů byly stanoveny tyto hypotézy: H1 – Sestry zjišťují u každého pacienta jeho znalosti o předoperačním a pooperačním období u výkonu TEP, H2 – Sestry hodnotí informace podávané pacientům za vyčerpávající, H3 – Pacient hodnotí informace podané sestrami za velmi dobré.

Šetření proběhlo formou rozhovorů u osmi náhodně vybraných pacientů různého věku po totální endoprotéze hospitalizovaných na Ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s, kdy rozhovor byl celkově zaměřen na edukaci o předoperační a pooperační péči obecně. Cílem rozhovorů bylo zjistit kvalitu edukace z pohledu pacienta a výslednou hypotézou H3 – Pacient hodnotí informace podané sestrami za velmi dobré. Při rozhovoru bylo pacientům položeno několik doplňujících otázek. Rozhovor byl nahráván na záznamové zařízení, na což byli pacienti předem upozorněni, nebyly zde použity žádné osobní údaje a pacienti s nahráváním souhlasili.

Podle Závodné (40) i Kozierové (14) volba edukačních strategií musí vycházet z předpokladů pacienta, obsahu edukace a předpokladů sestry, přičemž obsah edukace je daný cílem. Přesto se ale úroveň poskytovaných informací sestrami podle výsledků tohoto šetření velmi různí. Velké rozdíly lze najít především v předoperační péči. Při zjišťování, jak byli pacienti informováni sestrami z ortopedické ambulance o výkonu, který je čeká, odpověděli pouze tři pacienti, že informovanost byla dobrá. V podstatě se to dá ale hlavně přičíst vlastní schopnosti pacientů, kteří si informace předem vyhledali na internetu nebo se sami informovali u přátel, kteří tento výkon podstoupili. Dalších tři pacienti prozradili, že informace spíše nedostali, ať už z důvodu reoperace, kdy se zřejmě předpokládalo, že si pacienti informace pamatují, nebo z důvodu, že si to příliš nevybavují a dva pacienti nebyli spokojeni vůbec, neboť prohlásili, že je velmi těžké se od sester něco dozvědět. S tímto je spojeno i to, jaké informace pacient od sester očekával a v čem mu podané informace pomohly. Pacienti se sice všeobecně snaží chápat, že je nedostatek personálu a že se některé sestry snaží jim vyjít vstříc, na druhou

stranu si ale plně uvědomují své právo na informace a mnohdy se ho dožadují. Zde je nutné se domnívat, že volba edukačních strategií, o kterých se zmiňuje např. Kozierová (14), Závodná (40) či Řehořová (29), zde nejsou příliš dobře voleny, což může být důvodem komunikačního šumu, který pak následně může vést k neinformovanosti pacienta a tím pádem k jeho nespokojenosti. Překvapivé ale bylo, že ačkoli jen tři pacienti uvedli, že informovanost byla dobrá, tak záhy pět pacientů uvedlo, že informace, které měli, jim byly přínosem a pomohly jim např. v tom, že věděli, do čeho jdou, co mohou očekávat v nemocnici nebo co se bude dít další den. Přesto ale čtyři pacienti uvedli, že je v podávání informací nutná změna, tři pacienti by provedli pouze drobné úpravy a jen jeden pacient by nic neměnil. Změny by pacienti požadovali převážně ve způsobu sdělování informací. Udávali, že v dnešní době je sice k dispozici hojně materiálu ve formě brožurek s obrázky, ale oni sami by uvítali spíše nějaký záznam na videokazetě, DVD či odkaz na webové stránky, kde by se mohli opakovaně a kdykoli podívat na tu pasáž, kterou by zrovna potřebovali, např. cviky, přetáčení, nastupování do vozu atd. Velkou změnu by pacienti viděli hlavně v koncepci pozvánek k hospitalizaci, která se jim ve formě pěti listů zdá nepřehledná a místy nepochopitelná. Zároveň ale tyto změny korespondují s odpověďmi na otázku, zda by v Českých Budějovicích uvítali vzdělávací skupinu, kde by se mohli na cokoli zeptat, zkusit si nácvik chůze nebo polohování apod. Pět respondentů by tento způsob změny rozhodně uvítalo, a pokud by tato skupina byla plně funkční, rozhodně by ji i využilo a věřilo, že by jim návštěva této vzdělávací akce, byla velkým přínosem. Jeden pacient to považoval za dobrý nápad, ale určitě by to nevyužil a to převážně z důvodu, že veškeré informace dostal od svých známých a přátel a v nemocnici si s těmito radami vystačil. Jeden pacient toto neocení, nicméně přiznal, že spíše proto, že před operací již delší dobu vzhledem k bolesti téměř nechodil a byl by pro něho velký problém se někam dostat. Přesto ale všichni dotázaní sdělili, že by bylo dobré, kdyby tento seminář byl v rámci předoperačního vyšetření přímo v prostorách nemocnice, aby nemuseli „lítat po celých Budějicích“. Zatímco literatura (17, 18, 25, 30, 36) udává, že např. nácvik chůze o berlích v předoperačním období, pomůže pacientovi k rychlejšímu získání jistoty a stability v čase bezprostředně po operaci, skutečnost je taková, že čtyři pacienti vůbec

nácvik chůze před výkonem neabsolvovali a jeden pacient nevěděl, že něco takového vůbec existuje. Zbylí dva pacienti nácvik nepotřebovali z důvodu dlouhodobého používání francouzských holí a jeden pacient sice chůzi o berlích trénoval doma, ale naučil se špatný stereotyp chůze, tudíž se po operaci učil vše od počátku. Profesor Sosna navíc ve své příručce (30) udává, že po operaci pacienti chodí pomocí vysokých podpažních berlí. Zřejmě toto ale závisí na pracovišti, neboť všichni dotázaní pacienti, jak vyplynulo z šetření, začínali rovnou na francouzských holích a problémy s nimi neměli žádné. Literatura (30, 36) také udává, že by si měl pacient s dostatečným předstihem upravit interiér bytu, změnit životní styl a obstarat si potřebné kompenzační pomůcky. Jak bylo šetřením zjištěno, co se týče úprav interiéru, zvládli to pouze dva pacienti, kteří měli byt upravený již z minulosti. Čtyři pacienti udali, že sice měli potřebné informace, ale buď nešlo provést celkovou úpravu, a proto byt vybavili pouze kompenzačními pomůckami, jako jsou madla či dvě matrace na sebe nebo polštář na křeslo, nebo úpravu provedli, ale ve finále ji stejně nevyužili a dva pacienti potřebné informace vůbec neměli a čerpali inspiraci z vybavení nemocnice až při hospitalizaci. Co se týče kompenzačních pomůcek, které jsou doporučovány zdravotníky (22, 30, 36), shodli se čtyři respondenti, kteří je využívají v plné míře a byli o nich informováni ortopedickými sestrami, dva pacienti už o pomůckách něco slyšeli, ale nemá je ještě všechny pořízené a dva pacienti vůbec nevědí, co budou potřebovat, když do toho nepočítají francouzské hole, které dostali v nemocnici. Odpovědi na otázku, zda by pacienti požadovali při druhém výkonu stejného typu nové informace, se vesměs pacienti shodli, že by informace v různém rozsahu určitě požadovali, jen jedna pacientka udala, že by si vystačila s tím, co má teď a po nových informacích by se nesháněla. To se shoduje i s odbornou literaturou (12, 14, 19, 29, 33, 34, 40), která udává, že je vhodné pacientům sdělované informace opakovat a zároveň je potřeba zpětné vazby, protože např. úzkostný pacient pojme velmi málo podávaných informací (11). Pět pacientů udalo, že je spokojeno s jednáním zdravotnického personálu a že si byli vědomi, že se na něj mohou kdykoli s jakýmkoli dotazem obrátit, jeden pacient byl spíše spokojený a jeden pacient nebyl s personálem v souvislosti s opakovanými dotazy spokojený. S tímto souvisí i atmosféra při podávání informací, kdy byli spokojeni čtyři

respondenti, dva pacienti díky stresu atmosféru vůbec nevnímali a dva pacienti byli nespokojeni z důvodu nevhodného chování personálu.

Mezi sestrami proběhlo šetření dotazníkovou metodou, kterého se zúčastnilo 35 sester (29 %) z Ortopedického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., 39 sester (32 %) z 1. ortopedické kliniky Fakultní nemocnice v Motole v Praze a 47 sester (39 %) z Ortopedicko-traumatologické kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze. Vzorek respondentů byl též vybrán zcela náhodně. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit úroveň poskytovaných informací pacientům ze strany sester. K tomuto šetření se vztahovala hypotéza H1, která předpokládala, že sestry zjišťují u každého pacienta jeho znalosti o předoperačním a pooperačním období u výkonu TEP a dále také hypotéza H2, kdy se předpokládalo, že sestry hodnotí informace podávané pacientům za vyčerpávající. Dotazník v záhlaví obsahoval vysvětlení, název práce a ujištění o anonymitě, skládal se z 22 otázek, z čehož bylo 5 otázek demografických, 3 otázky polootevřené a 14 otázek uzavřených. U každé otázky je v konečném zpracování umístěn graf s popisem včetně procentuálního vyjádření odpovědí jednotlivých respondentů v daných nemocnicích a graf se všemi odpověďmi současně. Na výzkumu se podílelo 121 dotázaných.

Z odpovědí zaškrtnutých v dotazníku vyplývá, že si více jak polovina sester myslí, že pacienti podstupující výkon TEP mají informace o předoperačním období. Když se ale podíváme na výzkum týkající se pacientů, zjistíme, že pacienti tento názor nesdílejí a sami se spíše přiklání k tomu, že informace o předoperačním období nebyly u všech zcela objektivní a v takové míře, v jaké by pro ně byly dostačující. Totéž se dá říci i o informacích o pooperačním období. Co se týče představ o režimových opatřeních po propuštění do domácí péče, přiklání se sestry ve větší míře k názoru, že pacienti režim v domácím ošetřování znají. Zde i pacienti sdělují, že nějakou představu o režimových opatřeních v domácím prostředí mají, ale z rozhovoru lze vycítit, že je spíše trápí, že nemají jasnější představu, v jakých časových horizontech mají očekávat výraznější zlepšení. Z tohoto šetření vyplývá, že se hypotéza H2 potvrdila, neboť sestry v dotaznících sdělují, že považují informace, které mají pacienti o předoperačním a pooperačním období, včetně propuštění do domácí péče a které jim podaly, za

vyčerpávající. Zajímavé bylo zjištění, že sestry i pacienti se ve větší míře shodují v tom, že informace o výkonu náhrady kloubu se podávají již v ortopedické ambulanci. To je velmi pozitivní zjištění, neboť právě ortopedická ambulance je první místo, kde se pacient o nadcházející operaci dozvídá a měl by tudíž dostat komplexní informace právě zde, aby se tyto později už jenom ověřil či odstranil nejasnosti. Mimo záznam ale téměř všichni pacienti udávají, že při tomto rozhovoru se jim sice většina informací dostává, ale vzhledem ke stresovému prostředí a situaci vůbec si některé věci nejsou schopni zapamatovat. Jiní pacienti zase udávají, že se jich vůbec nikdo nezeptal, zda o tomto výkonu vůbec něco vědí, ale že do nich, jak sami uvádějí „rovnou začali hustit odborné výrazy“. Toto samo dokazuje, že hypotéza H1 se nepotvrdila.

Většina sester souhlasí s pacienty, že by bylo možné provést změny ve způsobu sdělování informací. Zatímco sestry udávají, že by se mělo věnovat více času, prostoru a klidu na sdělování informací pacientům a na jejich dotazy, dále se ptát pacientů, zda vyřčenému porozuměli, často opakovat, jak udává i Kozierová (14), Řehořová (29) a Závodná (40), používat častěji edukační materiál a vyloučit z rozhovoru odborné výrazy, pacienti naopak sdělují, že by informace uvítali v jiné formě, např. na videokazetě, DVD nebo odkaz na webové stránky s podrobnými informacemi, naopak naprosto zcela vylučují současnou formu sdělování prvních informací formou zdlouhavého dopisu. Shodují se ale v tom, že je potřeba informace stále opakovat v jazyce jim pochopitelném, z čehož vyplývá, že pacienti nerozumějí podaným informacím v plném rozsahu, jak se domnívá polovina sester, vyžadují častější opakování a je proto nutné mít toto stále na paměti. Ostatně i odborná literatura (12, 14, 19, 29) udává, že pravidelné opakování vede k lepšímu pochopení sdělovaných informací. S těmito otázkami souvisí i otázka poslední, která pojednává o vzdělávací skupině pro pacienty. Ti, kromě jedné pacientky, která udala, že si myslí, že by to sice bylo dobré, ale ona osobně by to neoceníla, odpověděli, že by bylo výborné, kdyby právě v Českých Budějovicích takováto skupina fungovala. Uvědomují si totiž, že právě zde by měli dostatek času a prostoru na věci, které je ohledně náhrady kloubu zajímají a které jsou těžko dostupné, ať už se týkají např. intimních věcí nebo sociálních požadavků nebo právě úprav interiérových prostor. Tyto odpovědi nasvědčují tomu, že

hypotéza H3 se nepotvrdila. Dokonce ani sestry v tomto případě vůbec nejsou jednotné. Více jak polovina na tuto otázku nedokázala odpovědět, a proto zaškrtnula variantu nevím. Čtvrtina dotázaných sester souhlasí s názorem pacientů a sděluje tedy, že by tato skupina určitě byla přínosem a byla by ze strany pacientů rozhodně vytížená. Jako důvody byly udávány skutečnosti, že by se pacienti mohli ptát jak hromadně, tak i jednotlivě na to, co je zajímavé, protože by tam na ně bylo mnohem více času než na ambulanci či posléze na oddělení, dále by si v rámci tohoto sezení mohli natrénovat stereotyp chůze o berlích, vstávání z lůžka a uléhání, sedání na křeslo a na simulátoru i nastupování a vystupování z auta. Jak sestry též udávají, byly by výhodou i videoukázky a okamžitá zpětná vazba při špatném nácviku. Byl by zde i prostor na ukázky vhodných pomůcek a návrhy na úpravy interiérů včetně obrázků, fotek i jiných rekvizit. Tabu by určitě u mladších pacientů nebyly ani dotazy týkající se sexuální aktivity nebo pro změnu dotazy na přibližnou délku pracovní neschopnosti vzhledem k charakteru jejich zaměstnání či nárok na lázeňskou léčbu nebo pobyt v rehabilitačním ústavu, o čemž se letmo zmiňuje Sosna (30) a Vavřík (36). Striktně proti založení této skupiny je přibližně stejný počet sester, tedy asi čtvrtina všech dotázaných. Důvodem zamítajících odpovědí bylo hlavně zachování intimity pacienta a pacientova pohodlnost. Objevily se ale i odpovědi, kdy sestry udávaly, že by toto sezení pacienti možná ocenili, ale že v současné době na to není dostatek personálu ani prostorových možností, což v podstatě dokázalo, že se objevil někdo, kdo místo na dobro pacienta, hledí na to, aby nedostal nějakou práci navíc. Tyto sestry zřejmě zapomínají na fakt, že pacient sice bere na vědomí, že je v nemocnicích nedostatek sester, ale ve finále ho toto vůbec nezajímá a požaduje právem kvalitní péči jak lékařskou, tak i ošetrovatelskou. K tomuto by se daly přirovnat i dohady o tom, zda existuje zpětná vazba ve zdravotnických zařízeních. Z rozhovorů s pacienty vyplývá, že v podstatě neexistuje. S tímto názorem polovina dotázaných nesouhlasí, neboť si myslí, že ve zdravotnických zařízeních zpětná vazba existuje. Mimoto ale čtyři sestry do dotazníku připsaly, že se domnívají, že zpětná vazba ze strany sester neexistuje, protože toto je pouze věc lékařů a ne sester. Ale i sestra přece má vědět, že to, co pacientovi sdělila, pochopil a porozuměl, protože potom může vzniknout nějaký naprosto zbytečný problém či dokonce komunikační šum,

kterému se dalo předejít a na základě kterého může dojít ke ztrátě důvěry mezi pacientem a sestrou. A jak udávají Kozierová (14) i Závodná (40) důvěra mezi žákem a vyučujícím, kromě spolupráce, je jedním z hlavních předpokladů edukace. Dále Juřeníková (11, 12) a Kozierová (14) uvádějí, že jednou z příčin nespolupráce, ať už ze strany pacienta nebo ze strany rodinného příslušníka, může být právě nedostatek informací, k čemuž se dá přiřadit i nepochopení podané informace nebo nepochopení sdělovaných slov. Proto je potřebné do edukace zapojovat i rodinné příslušníky, což většina sester, jak samy udaly, provádějí, povětšinou ústně pomocí rozhovoru, a nabízejí edukační letáky a brožury stejně jako pacientům. Objevil se zde avšak i názor, že rodinné příslušníky není potřeba zapojit, neboť je to právě pacient, kdo má všechno vědět a zvládnout, tudíž rodina nepotřebuje být informovaná, nebo další názor, že rodina nemá zájem nebo prostě není při edukaci přítomna. Pacienti se ale udávají, že jsou raději, když je o všech skutečnostech informován i někdo z rodiny pro případ, že by nějakou informaci zapomněli nebo si nebyli zcela jistí.

Další diskuze se rozvinula kolem pomůcek. V tomto případě se sestry rozdělily na jakési pomyslné dva tábory, kdy jedna skupina tvrdí, že pacienti byli v souvislosti s potřebnými pomůckami seznámeni a připraveni a druhá skupina se domnívá pravý opak. Taktéž pacienti jsou v tomto případě spíše nejednotní, kdy jedni udávají, že o pomůckách věděli, znají je, mají je a využívají je a druzí o pomůckách nevěděli, a tudíž je nemají. Podle Vavříka (36) a Sosny (30) by pacienti měli být vybaveni pomůckami ještě před nástupem do nemocnice, aby měli dostatek času se s nimi seznámit a věděli, jak je používat.

Kozierová (14) doporučuje vytvořit si nějaký edukační plán, kterého je možné se držet, což v jednání s pacienty nepochybně pomáhá. Většina sester udává, že takovýto plán na svém pracovišti mají a používají ho. Totéž se týká i edukačního materiálu, brožurek a letáků. Některé sestry přitom uvádějí, že si edukační materiál vytvářejí na svých pracovištích samy, což je pro ně výhodné, protože si ho alespoň mohou upravit podle svých potřeb a zvyklostem oddělení a k obrazu svému. Domnívají se, že díky tomuto jsou jejich letáky srozumitelnější. Pacienti na toto namítají, že edukačních letáků je na některých odděleních opravdu dostatek, je z čeho vybírat, některé materiály chválí,

jiným naopak vyčítají malé písmo, nicméně v konečném obraze jsou spokojeni. Co se týče standardů ošetrovatelské péče týkající se pacientů s TEP, vyšla nejlépe Nemocnice České Budějovice, a.s., kdy všechny dotázané vědí, že takovýto standard mají. Překvapivě vypadaly odpovědi, kdy sestry nevěděly, zda standardy ošetrovatelské péče ve svých zdravotnických zařízeních mají nebo dokonce tvrdily, že standard zastřešující náhrady kloubu nemají. Nicméně neznalost neomlouvá, protože pacient je stále na prvním místě a on vyžaduje svůj standard ošetrovatelské péče, kterým se sestra při ošetrování má řídit.

Výsledky dotazníkového šetření i výsledky proběhlých rozhovorů jsou částečně v souladu s Kozierovou (14), která říká, že role sestry jako edukátorky je nezastupitelná. Je proto patrné, že úroveň edukace v našich zdravotnických zařízeních ještě zdaleka není na dobré úrovni, je stále co zlepšovat a tím pádem je stále diskutabilní.

Šetření prokázalo, že hypotézy H1 a H3 se nepotvrdily, naopak hypotéza H2 se potvrdila.

6. Závěr

Šetření ve zdravotnických zařízeních ukázalo, že edukace pacientů není rozhodně zanedbatelná věc, zvláště ne u takových náročných výkonů jako jsou totální endoprotézy.

Dotazníkovým šetřením a jeho následným zpracováním byl naplněn dílčí cíl 1 – Zjistit úroveň poskytovaných informací pacientům ze strany sester. Z šetření jasně vyplývá, že úroveň poskytovaných informací není ještě zcela na dostatečně vysoké úrovni.

Stejně tak byl pomocí rozhovorů naplněn dílčí cíl 2 – Zjistit kvalitu edukace z pohledu pacienta. S tímto souvisí i cíl této práce – Posoudit kvalitu edukace o předoperační a pooperační přípravě ze strany pacientů po TEP. Šetřením bylo prokázáno, že úroveň podaných informací má velký vliv na psychiku pacienta a průběh jeho rehabilitace a léčby vůbec. Na základě proběhlého šetření se dá říci, že ačkoli jsou pacienti vesměs spokojeni s personálem i atmosférou při sdělování informací, líbí se jim nepochybně i prostředí nemocnic, nejsou již tak docela spokojeni s obsahem podávaných informací a je dost zarážející a smutné, že se objeví i pacient, který absolvuje tak náročný výkon, jakým je totální endoprotéza, aniž by měl podrobné informace o ošetrovatelské péči a všem, co k ní patří.

Cíl práce metodicky vypracovat možnosti edukace pacientů s TEP v předoperačním a pooperačním období a posouzení kvality edukace o předoperační přípravě a pooperační péči ze strany pacientů po TEP se ukázal jako velice diskutované téma. Zvláště nyní, kdy se díky proběhlým šetřením ukázalo, že pacienti na takto velký a náročný výkon nejsou dostatečně připraveni z hlediska podaných informací a že i někteří zdravotničtí pracovníci si tento fakt uvědomují.

Z výzkumu vyplynulo, že hypotéza H1 – Sestry zjišťují u každého pacienta jeho znalosti o předoperačním a pooperačním období u výkonu TEP, se nepotvrdila.

Dále dotazníkové šetření prokázalo, že se potvrdila hypotéza H2 – Sestry hodnotí informace podávané pacientům za vyčerpávající.

Pomocí rozhovorů s pacienty se ukázalo, že hypotéza H3 – Pacient hodnotí informace podané sestrami za velmi dobré, se nepotvrdila.

Ze statistických údajů je zcela jasné, že totálních endoprotéz kyčelního či kolenního kloubu každoročně přibývá, a proto bychom měli mít na mysli a uvědomovat si, že edukace je jedním z hlavních pilířů ošetrovatelství a zažít si, že už nejde o zdravotnický personál, ale především o pacienta.

Z provedeného výzkumu pro ošetrovatelskou praxi vyplývá, že je nutné:

- předávat pacientům indikovaným k výkonu TEP kvalitní edukační materiály tvořené samotnými sestrami nebo jinými odborníky z praxe
- při každém kontaktu s pacientem ověřovat, zda informacím, které dostal, rozumí nepoužívat při komunikaci s pacientem odborné výrazy ani jiná cizí slova
- jednat s pacientem jako sobě rovným
- brát při edukaci ohled na celkový stav pacienta a jeho emoční rozpoložení
- seznámit pacienta s preventivními opatřeními
- poskytovat informace o rizikových faktorech
- nabádat pacienta k nácviku správných stereotypů pohybu
- dodržování léčebného a pohybového režimu

Není proto pochyb o tom, že by v tomto případě pomohlo sezení s edukačním týmem, kde by se pacienti mohli o všem informovat. Bylo by to přínosem i pro sestry v ambulancích a v zásadě i na lůžkových odděleních. Bez nadsázky lze říci, že právě dobrá a kvalitní ošetrovatelská péče je to, co pacienty postaví zase brzo na nohy. Z těchto důvodů by bylo dobré, kdyby se skutečně v nemocnicích vytvořila funkční skupina, která by byla určená pouze pacientům čekajícím na náhradu kloubu, kde by bylo vysvětleno vše, co pacienti chtějí a potřebují vědět, a kde by se zároveň mohli zapojit do praktických ukázek.

Při zpracování dat z dotazníkového šetření i z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že je sice pacientům poskytována špičková ošetrovatelská péče ve smyslu fyzického deficitu, avšak tak trochu se pozapomíná na stránku duchovní a psychickou, do které patří i edukace. Ta není na takové úrovni, jak by bylo potřebné, což se v práci potvrdilo. Aby se však mohla zvyšovat kvalita edukace, je důležité, aby se i zdravotnický personál soustavně vzdělával a sledoval novinky na medicínském a ošetrovatelském trhu, aby posléze mohli informace patřičně předávat dál. Je však také potřebné naučit se tyto

informace pacientům podávat kvalitně a srozumitelně. Sestry totiž dělají velké chyby např. právě v tom, že nezjišťují, co již pacient o daném výkonu zná, zda se něco doslechl či si přečetl něco na internetu vlastním úsilím. Další chybou je situace, při které je pacient podroben reoperaci kloubu nebo operaci druhé končetiny, kdy sestry povětšinou předpokládají, že pacient již všechny informace ví a neobtěžují se tudíž jejich sdělováním. V neposlední řadě zde je nutné uvést slovník sester, kdy na pacienty hovoří odbornou mluvou či jinými slangovými výrazy, které neznají, a tudíž nemusejí podávaným informacím porozumět.

Pro zlepšení situace je zde uvedeno několik doporučení, která vyplynula na základě výsledků výzkumu:

- organizovat pro sestry pravidelné odborné přednášky zaměřené na edukaci a předávání informací pacientům obecně
- organizovat kurzy zaměřené na problematiku TEP
- organizovat pro sestry kurzy komunikace
- rozšířit a podporovat publikační činnost o edukaci pacientů s TEP
- prezentovat výsledky výzkumu týkajících se edukace pacientů s TEP na odborných konferencích a v odborných časopisech
- spolupracovat a vyměňovat si zkušenosti a informace mezi jednotlivými nemocnicemi
- podporovat mezioborovou spolupráci
- aktualizovat standard ošetrovatelské péče
- vytvořit brožurky se základními informacemi o této problematice a distribuovat je v ortopedických ambulancích mezi pacienty

Tato práce má přispět ke zkvalitnění edukace pacientů sestrami.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BROULÍK, P. *Osteoporóza. Osteoporóza, osteomalacie, osteodystrofie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. 172 s. ISBN 80-85800-93-4
2. ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. Doporučení k edukaci diabetika [online]. c2010, poslední aktualizace [neuveдена]. Dostupné z www: <<http://www.diabetes.cz/data/standardy/5-edukace.pdf>>
3. ČESKÁ TELEVIZE. Endoprotéza kyčelního kloubu. In *Diagnóza* [online]. [2007-11-13]. Dostupné z www: <<http://www.ceskatelevize.cz/program/diagnoza/kosterni-system/160-endoproteza-kycelniho-kloubu/>>
4. DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
6. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7
7. GULÁŠOVÁ, I. *Bolest' ako ošetrovatel'ský problém*. 1. vyd. Martin (SR): Osveta, spol. s r. o., 2008. 96 s. ISBN 978-80-8063-288-5
8. HAJNÝ, P., ŠTĚDRÝ, V. Aloplastika kolenního kloubu. In *ZDN – Postgraduální medicína*. 2001, r. 1 [online]. [2001-03-26] Dostupné z www: <<http://www.zdn.cz/news/check-pro?id=134297>>
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
10. HRABOVSKÝ, J. a kolektiv. *Chirurgie. Učebnice pro zdravotnické školy 3. a 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2002. 78 s. ISBN 80-86432-39-4
11. JUŘENÍKOVÁ, P., HUSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství pro IV. ročník středních zdravotnických škol. Psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie – 1. část*. 1. vyd. Uherské Hradiště, 2000. 154 s. ISBN neudáno
12. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2

13. KOLEKTIV, autorů. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4
14. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 2. Koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin (SR): Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0, anglický originál ISBN 0-201-09202-6
15. KUBEŠ, R., DUNGL, P., PODŠKUBKA, A. ŠTĚDRÝ, V. První zkušenosti s implantací cementované totální endoprotézy kolenního kloubu typu Beznoska/S.V. L. In *Acta chirurgiae, orthopedicae et traumatologiae Čechosl.* 2003, 70, s. 39-46 [online]. Poslední aktualizace [2003-07-22]. Dostupné z www: <<http://www.beznoska.cz/clanek/prvni-zkusenosti-s-implantaci-cementovane-totalni-endoprotezy-kolenniho-kloubu-typu-beznoska-s-v.html>>
16. KUČERA, T., URBAN, K., KARPAŠ, K. ŠPONER, P. Omezení hybnosti kolenního kloubu po implantaci totální endoprotézy. In *Acta chirurgiae, orthopedicae et traumatologiae Čechosl.* 2007, 74, s. 326-331. [online]. [2007-02-12] Dostupné z www: <http://www.achot.cz/dwnld/0705_326.pdf>
17. LÉKAŘIONLINE.CZ. Totální endoprotéza kolene [online]. 2007-12-31, poslední aktualizace [2008-10-21]. Dostupné z www: <<http://www.lekari-online.cz/ortopedie/zakroky/koleno-totalni-endoproteza>>
18. LÉKAŘIONLINE.CZ. Totální endoprotéza kyčle [online]. 2007-12-31, poslední aktualizace [2009-11-19]. Dostupné z www: <<http://www.lekari-online.cz/ortopedie/zakroky/kycel-endoproteza>>
19. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4
20. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Práva pacientů [online]. Poslední aktualizace [2005-04-27]. Dostupné z www: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>
21. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1150-8

22. NEMOCNICE OPAVA. Pokyny pro pacienty s totální náhradou kolenního kloubu [online]. c2010. Poslední aktualizace [neuveдена]. Dostupné z www: <http://www.nemocnice.opava.cz/str/ortop/pokyny_koleno.htm>
23. NEMOCNICE OPAVA. Pokyny pro pacienty s totální náhradou kyčelního kloubu [online]. c2010. Poslední aktualizace [neuveдена]. Dostupné z www: <http://www.nemocnice.opava.cz/str/ortop/pokyny_kycle.htm>
24. NEUWIRTH, J., FIFERNOVÁ, G. *Ošetřovatelství II. pro střední zdravotnické školy*. 4. vyd. Praha: Informatorium, 1998. 205 s. ISBN 80-86073-22-X
25. ORTHES. Totální endoprotéza kyčelního kloubu [online]. c2001. Poslední aktualizace [neuveдена]. Dostupné z www: <<http://www.orthes.cz/types.htm>>
26. PRÁVNÍ PŘEDPISY ČR – Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§3, odst. 1, písm. d) [2004-06-30]. Dostupné z www: <<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-30-cervna-2004-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-5311.html>>
27. RESURF MED. Totální endoprotéza kolenního kloubu. Průvodce pacienta [online]. Poslední aktualizace [2009-05-03] Dostupné z www: <<http://www.r-med.eu/totalni-endoproteza-kolenniho-kloubu>>
28. RESURF MED. Totální endoprotéza kyčelního kloubu. Průvodce pacienta [online]. Poslední aktualizace [2009-05-03] Dostupné z www: <<http://www.r-med.eu/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu>>
29. ŘEHOŘOVÁ, J. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9
30. SOSNA, A. *Náhrada kyčelního kloubu. Rehabilitace a režimová opatření*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 68 s. ISBN 80-7254-302-4
31. SOSNA, A. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 180 s. ISBN 80-7254-202-8

32. SLEZÁKOVÁ a kolektiv. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II. Pediatrie, Chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 200 + 4 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-2040-1
33. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 212 + 4 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1777-8
34. ŠKUBOVÁ, J. Velké téma: Edukace. *Florence – Časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Galén, 2006, roč. II, č 7-8, s. 3. ISSN 1801 – 464X
35. ŠTĚDRÝ, V. Totální endoprotéza kyčelního kloubu [online]. C2002, poslední aktualizace [neuveдена]. Dostupné z www: <<http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t206.rtf>>
36. VAVŘÍK, P. a spol. *Endoprotéza kolenního kloubu. Průvodce obdobím operace, rehabilitací a dalším životem*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 88 s. ISBN 80-7254-549-3
37. VESELÝ, P. Co je důležité při náhradě kyčelního kloubu. In *Novinky.cz* [online]. [2007-01-24]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/107435-co-je-dulezite-pri-nahrade-kycelniho-kloubu.html>>
38. VYHNÁNEK, F. A kol. *Chirurgie I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-73333-005-9
39. YOURSURGERY.COM. Hip Arthroplasty [online]. c2007. Poslední aktualizace [neuveдена]. Dostupné z www: <<http://www.yoursurgery.com>>
40. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin (SR): Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X
41. ŽATKOVÁ, E. *Léčebně-rehabilitační plán a postup po TEP kyčelního kloubu* [online]. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta, 2006. 87 s. Bakalářská práce na katedře fyzioterapie a rehabilitace. Vedoucí práce: Mgr. Lumír Konečný. Dostupné z www: <http://is.muni.cz/th/106938/lf_b/Specialni_cast.pdf>

8. Klíčová slova

Totální endoprotéza kyčle

Totální endoprotéza kolene

TEP

Edukace pacienta

Implantát

Náhrada kloubu

Ošetřovatelský proces u pacienta s TEP

Informovanost

9. Zkratky použité v textu

TEP – totální endoprotéza

TEN – tromboembolické nemoc

FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (Praha 10)

FNM – Fakultní nemocnice v Motole (Praha 5)

Event. – eventuelně

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

10. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 Povolení k výzkumu ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady Praha

Příloha 2 Náhrady kyčelního kloubu

Příloha 3 Náhrady kolenního kloubu

Příloha 4 Kompenzační pomůcky na WC a do koupelny

Příloha 5 Kompenzační pomůcky na chůzi

Příloha 6 Kompenzační pomůcky vhodné k sebeobsluze

Příloha 7 Informovaný souhlas pacienta

Příloha 8 Otázky k rozhovoru s pacienty

Příloha 9 Dotazník pro sestry

Příloha 10 Kartačka pro pacienta – Potvrzení pro pacienta

Příloha 11 Metodický plán edukace pacientů s TEP

Příloha 12 Informační leták pro pacienty s TEP



FNKVP001LP1Q

FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
NÁMĚSTKYNĚ PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI

Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, tel.: 26716 2802, fax: 26716 3158, e-mail: nursec@fnkv.cz

V Praze dne: 5. června 2010
Naše značka: k FNKV9306/2010
Vaše značka:

Vážená paní
Zdeňka Chmelařová
Fügnerova 685
373 41 Hluboká nad Vltavou

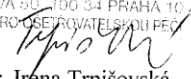
Věc: **Žádost o provedení dotazníkového šetření ve FNKV – odpověď**

Vážená kolegyně,

k Vaší žádosti ze dne 1. června 2010 ve věci souhlasu o provedení dotazníkového šetření na Ortopedicko-traumatologické klinice FNKV pro účely zpracování bakalářské práce na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích (téma: *“Pacient po totální endoprotéze. Edukace před výkonem a po výkonu”*) Vám sděluji, že s dotazníkovým šetřením souhlasím za předpokladu dodržení zákona č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidí v platném znění a zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění.

S pozdravem

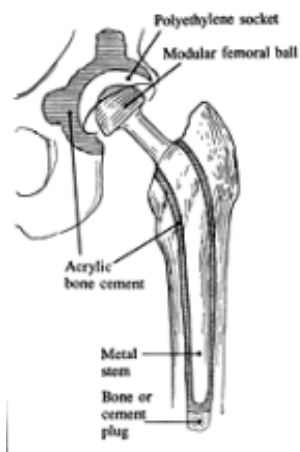
FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NÁMĚSTKYNĚ PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI


Mgr. Irena Trpišovská
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

Příloha 2

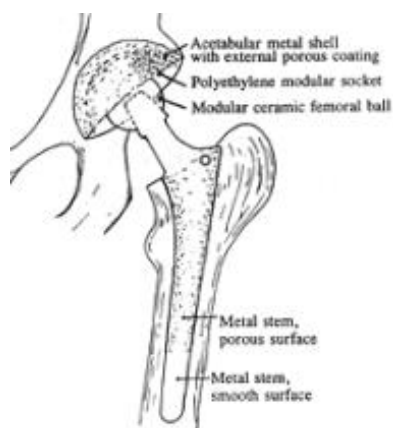
Náhrady kyčelního kloubu

Totální endoprotéza kyčle cementovaná



Zdroj: Orthes, dostupné z www: <<http://www.orthes.cz/types.htm#withacrylic>> [2010-08-09]

Totální endoprotéza kyčle necementovaná



Zdroj: Orthes, dostupné z www: <<http://www.orthes.cz/types.htm#nocement>> [2010-08-09]

Příloha 3

Náhrady kolenního kloubu

Přední snímek kolene po totální endoprotéze



Boční snímek kolene po totální endoprotéze



Zdroj: Orthes – oba snímky, dostupné na [www: <http://www.orthes.cz/whattkr.htm>](http://www.orthes.cz/whattkr.htm)
[2010-08-09]

Příloha 4

Kompenzační pomůcky na WC a do koupelny



Nástavec na WC



Nástavec na WC s držadly

Zdroj: Ortoservis – oba snímky dostupné z www:

<http://www.ortoservis.cz/pages/nastavce_na_wc/nastavce_na_wc.php> [2010-08-09]



Sedačka do vany

Zdroj: Ortoservis – dostupné z www:

<http://www.ortoservis.cz/pages/sedacky_do_vany_a_do_sprchy/sedacky_do_vany_a_do_sprchy.php>

Příloha 5

Kompenzační pomůcky na chůzi



Francouzské hole



Podpažní berle



Vysoké chodítko

Zdroj: Ortoservis – dostupné na www:

<<http://www.ortoservis.cz/pages/choditka/choditka.php>> a dále na www:

<http://www.ortoservis.cz/pages/berle_a_hole/berle_a_hole.php> [2010-08-09]

Příloha 6

Kompenzační pomůcky vhodné k sebeobsluze pacienta



Zouvák obuvi



Názorná ukázka zouvání bot



Nazouvák ponožek



Podavač

Zdroj: Ortoservis – všechny snímky dostupné na [www](http://www.ortoservis.cz):

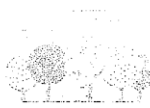
<http://www.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php>

[2010-08-09]



FN MOTOL

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE



ORTOPEDICKÁ KLINIKA UK 2.LF A FN MOTOL
DĚTSKÁ A DOSPĚLÁ ORTOPEDIE A TRAUMATOLOGIE

Přednosta: Doc. MUDr. Tomáš Trč, CSc.

V úvalu 84, 150 06 Praha 5-Motol

Tel: (02) 2443 2801, Fax: (02) 2443 2820

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce):

A) s léčebným postupem a operačním výkonem

B) s lékařským vyšetřením

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:

Jméno a příjmení pacienta: Rodné číslo:

Vyplní lékař:

Název vyšetření či popis léčebného postupu, pro které platí písemný souhlas pacienta (zákonného zástupce):

Kloubní náhrada

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu, účel a povahu lékařského vyšetření/léčebného postupu pacientovi (jeho zákonnému zástupci) způsobem, který byl podle mého soudu pro něj srozumitelný. Rovněž jsem jej seznámil s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s následujícími riziky: zánět, otoky, jizvy, cévní a nervové poškození, zánět žil dolních končetin s krevní sraženinou. Vyklobení náhrady, uvolnění náhrady. Zhoršení chorob přítomných před operací.

Seznámil jsem pacienta (zák. zástupce) s možnými alternativami navrhovaného vyšetření/léčebného postupu s problémy, které mohou nastat během uzdravování i s důsledky odmítnutí výkonu.

Jméno a příjmení lékaře:

Podpis:

Datum:

Pacient (zák. zástupce)

1. Pokud jste plně nerozuměl(a) lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
2. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, pacient (zák. zástupce):

Prohlašuji, že jsem textu poučení porozuměl(a) a byl(a) jsem lékařem srozumitelně informován(a) o povaze lékařského výkonu (lékařského postupu) uvedeného výše, byl(a) jsem též informována o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu (postupu), s možnými alternativami k výkonu (postupu) i s důsledky toho, že by se výkon (postup) neprovedl. Byl(a) jsem rovněž informován(a) o možných problémech během uzdravování.

Měl(a) jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Nezamlčel(a) jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu, volbu a provedení zákroku a nebo by mohly ohrozit jiné osoby.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným lékařským výkonem (léčebným postupem)
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo moje zdraví či život.

Podpis pacienta (jeho zákonného zástupce): Datum:

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Poučení pro pacienty

- zájem lékařů je Vám pomoci. Lékař Vám vysvětlí podstatu lékařského výkonu/léčebného postupu a seznámí Vás s možnými alternativami. Můžete mu položit doplňující otázky. Máte právo navrženou léčbu/vyšetření odmítnout.

Popis výkonu: Řez nad kloubem, proniknutí ke kloubu, příprava kloubních konců kostí, zavedení náhrady. Sešití rány. Obvaz.

Vážená paní, vážený pane. Učiníme vše pro to, aby léčebný postup proběhl bez komplikací. Přejeme Vám co nejdříve a ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Příloha 8

Otázky k rozhovoru pro pacienty:

1. Jak vás informovaly sestry ortopedické ambulance o výkonu, který vás čeká?
2. Jaké informace jste od sester očekával/a?
3. V čem vám podané informace pomohly?
4. Uvítal/a byste v podávání informací zdravotnickým personálem nějakou změnu, ev. jakou?
5. Jak vám pomohl nácvik chůze o berlích ještě před samotným výkonem, pokud jste o něm byl informován?
6. Jak vám pomohly sestry ortopedické ambulance a ortopedického oddělení se změnou životního stylu včetně úprav bytového interiéru?
7. Pokud byste musel/a znovu na tentýž výkon, požadoval/a byste jiné informace?
8. Jak se vám jednalo se zdravotnickým personálem? (Měl/a jste pocit, že se na něj můžete kdykoli znovu obrátit a opakovaně se zeptat?)
9. Jak na vás působila atmosféra při sdělování informací, které se týkaly tak náročného výkonu?
10. Víte, jaké kompenzační pomůcky budete potřebovat a kde je najdete?
11. Uvítal/a byste zde v Českých Budějovicích vzdělávací skupinu, kde byste se od sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků mohl/a dozvědět vše potřebné o předoperační, perioperační a pooperační péči v nemocnici a o péči po propuštění do domácího prostředí, mohl/a se zde na cokoli zeptat, včetně intimností či sociálních problémů, kde by zároveň probíhaly ukázky správného polohování, vstávání z lůžka a nácviku správné chůze a kde byste mohl/a obdržet propagační materiály?

7. Myslíte si, že pacienti, kteří přicházejí k operačnímu výkonu TEP, mají znalosti o pooperačním průběhu v nemocničním zařízení?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
8. Myslíte si, že pacienti indikovaní k výkonu TEP, mají představu o režimových opatřeních po propuštění do domácí péče?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
9. Myslíte si, že jsou pacienti o celkovém průběhu výkonu náhrady kloubu informováni již ve své ortopedické ambulanci?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
10. Myslíte si, že by se dalo něco zlepšit na způsobu sdělovaných informací týkající se tohoto výkonu (TEP)?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
- Pokud na otázku č. 10 odpovídáte ano/spíše ano, napište, prosím, co by se dalo změnit:
-
-
11. Myslíte si, že pacienti podaným informacím rozumějí v plném rozsahu?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
12. Měly by se pacientům informace o tomto výkonu častěji opakovat?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
13. Myslíte si, že ve zdravotnických zařízeních existuje zpětná vazba (kontrola sestrou, zda pacient informace týkající se operace náhrady kloubu pochopil)?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
14. Myslíte si, že se pacientovi informace o operaci TEP sdělují dostatečně důstojně (s ohledem na prostředí a čas)?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
15. Setkali jste se na Vašem pracovišti s nespolupracujícím pacientem?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne
16. Setkali jste se na Vašem pracovišti s nespolupracujícími rodinnými příslušníky?
- ano spíše ano nevím spíše ne ne

17. Přichází pacienti z domova na výkon náhrady kloubu dobře připraveni (v souvislosti s pomůckami)?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

18. Zapojujete na Vašem oddělení do edukace i rodinné příslušníky?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud na otázku č. 18 odpovídáte ano/spíše ano, napište, prosím, jakým způsobem edukujete:

.....
.....

Pokud na otázku č. 18 odpovídáte ne/spíše ne, napište, prosím, proč:

.....
.....

19. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení vypracovaný standard ošetrovatelské péče týkající se pacientů s TEP?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

20. Máte na Vaší ambulanci/ Vašem oddělení k dispozici edukační plán, kterého se můžete při podávání informací držet?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

21. Máte na Vašem pracovišti nějaké brožury či příručky, které by pacientovi pomohly se lépe orientovat při přípravě na operační výkon a omezení po něm?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

22. Myslíte si, že by pacienti ocenili skupinové sezení určené pouze pro pacienty s TEP, kde by mohli vznést jakýkoli dotaz na sestru, fyzioterapeuta, nutričního terapeuta či sociální pracovníci?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud na otázku č. 22 odpovídáte ano/spíše ano, napište, prosím, proč myslíte si, že by tento edukační tým byl využíván:

.....
.....

Pokud na otázku č. 22 odpovídáte ne/spíše ne, napište, prosím, proč:

.....
.....

Kartička pro pacienta – Potvrzení pro pacienta

Potvrzení pro pacienta

jméno/name

příjmení/surname

rodné číslo/.....

číslo cestovního pasu
/passport.....

.....
razítko a podpis lékaře

Držitel tohoto potvrzení je po náhradě kyčelního kloubu endoprotézou, která je zhotovená z kovové slitiny. Tento kovový materiál může vyvolat reakci detektorů kovu např. na letištích, v bankách a úřadech.

The owner of this certification has an artificial joint partly consisting of metal. Detectors may emit sounds.

Der Inhaber dieses Endoprothesen-Passes hat ein künstliches Gelenk, das teilweise aus Metall besteht. Metall-detektoren können evtl. ansprechen.

Le possesseur de cette carte pour porteurs de protheses a une articulation artificielle comportant des parties en metal. Les detecteurs de metal peuvent éventuellement etre déclenchés.

Poznámky:

Profylaxe při výkonech s možnou bakteriemií (stomatologických, gastroenterologických, gynekologických či urologických)

Amoxycilin 2 g p.o. 1 hodinu předem

V případě alergie na PNC:

Klindamycin 450 mg p.o 1 hodinu předem

Parenterálně:

Ampicilin 2 g i.v. ,i.m před výkonem

V případě déletrvajícího výkonu či větším krvácení se podá ještě poloviční dávka ATB za 4 hodiny

U nemocných s vysokým rizikem je vhodné zvýšit dávkování ATB p 50 %

Pacient s náhradou kyčelního kloubu je ohrožen pozdní hematogenní infekcí aloplastiky – prevence nezbytná v případech zákroků spojených s bakteriemií a infekčních hnisavých onemocněních.

V případě hnisavého onemocnění antibiotika dle citlivosti – určí ošetřující lékař

Metodický plán edukace pacientů indikovaných k výkonu TEP

Účel

Zavedení jednotného postupu při edukaci pacientů indikovaných k náhradě kloubu.

Rozsah platnosti

Tento plán je určený všeobecným sestřám a zdravotnickým asistentům pracujících v ambulantních a lůžkových jednotkách ošetrovatelské péče s dobou platnosti bez omezení a revizí 1x ročně.

Definice

Edukace = souhrn znalostí získávaných pomocí vzdělávání, výuky a studií specifických vědomostí. Pojem edukace lze odvodit z latinského slova educare = „vedení ven“ či „vedení vpřed“

Totální endoprotéza = náhrada celého kloubu umělým implantátem

Použité zkratky

TEP = totální endoprotéza

TEN = tromboembolická nemoc

Indikace pacienta k výkonu TEP

- chronická bolest nereagující na konzervativní léčbu
- osteoartróza (např. koxartróza, gonartróza) a revmatoidní artritida
- výrazná funkční újma (výrazně zhoršená pohyblivost)
- nádorové onemocnění v okolí kloubu

Kontraindikace pacienta k výkonu TEP

celkové: -nespolupracující pacient

-stavy, kdy není zcela zřejmé, zda pacient bude po operaci schopen chůze

(nechodil dlouho před výkonem)

Dočasně může být kontraindikován i pacient, který má t.č. dekompenzaci nějakého interního onemocnění, např. diabetes melitus, hypertenze, poruchy srdečního rytmu apod.

místní: -kožní hnisavé afekce, furunkly
 -bércové vředy
 -dekubity
 -ostatní kožní zdroje infekce

Mezi kontraindikace se neřadí nadváha ani osteoporóza.

Komplikace a rizika

*TEN

*Infekce

*Uvolnění komponenty

*Luxace kloubu

Pomůcky k edukaci pacienta

Pomůcky k edukaci se mohou lišit dle zvyklostí jednotlivých oddělení a nemocnic. Tvoří je edukační plán, brožury, letáky, videokazety, vyučovací pomůcky aj.

Edukace pacienta před operací

- zjištění důležitých údajů o pacientovi
- zjištění úrovně pacientových znalostí a navázání důvěry
- změna životního stylu: *ideální váha, popř. redukce váhy
 *pohybový režim
 *kompensace případných chronických onemocnění
- ortopedické kompenzační pomůcky: *podpažní berle, francouzské hole
 *podavače, nazouváky
- úprava interiéru bytu: *odstranění prahů, je-li to možné
 *odstranění koberečků, předložek, rohoží zejména u lůžka
 *protiskluzová lina

*protiskluzové podložky do vany či sprchového koutu

*sedačka do vany

*madla

*nástavec na WC

*zajistit vyšší lůžko, křeslo, židli

- rehabilitace: *nácvik chůze o berlích

*nácvik posazování se a vstávání ze židle

*nácvik uléhání a vstávání z lůžka

*cvičební prvky, posilovací cviky

*zakázané (nežádoucí) pohyby

- sestra doporučuje a dohlíží na prováděné úkony, během nichž sleduje psychický a fyzický stav pacienta; změny v jeho chování, bolestivost, otoky či zhoršení hybnosti ihned hlásí lékaři a provede zápis do ošetrovatelské dokumentace

Edukace pacienta po výkonu

-pohybový režim: *polohování a používání polohovacích pomůcek (klíny, molitany, polštáře, válce, kostky, bedny, hrazdy, žebříky aj.) – polohování se provádí nejprve na zdravý bok s pomůckou mezi kolena, aby nedošlo k luxaci kloubu

*polohování dolních končetin dle ordinace lékaře – flexe v kolenní i kyčli; motodlaha

*nežádoucí pohyby – addukce, abdukce, vnitřní rotace, křížení nohou v kotníku, přehazování nohu přes nohu, nepředklánět se, neklekat aj.)

*cvičební sestavy – dechové a kondiční cvičení (izometrické, izotonické cviky)

*nácvik chůze – chodítka, podpažní berle, francouzské hole dle zvyklosti oddělení, po zvládnutí chůze o berlích po rovině se přechází na nácvik chůze ze schodů a do schodů

- kontrolní a poradenská činnost sestry – zpětná vazba sestrou

- sestra o edukaci provede záznam do ošetrovatelské dokumentace

Edukace při propuštění do domácí péče

- pohybový režim – zprvu chůze bez zátěže, postupně dle instrukcí operátora možno postupně zatěžovat, pozor na nežádoucí pohyby
- výměna podpažních berlí za francouzské hole tam, kde se tyto nepoužívají ihned po operaci taktéž dle rozhodnutí operátora
- rehabilitace v rehabilitačním centru
- schéma kontrol na ortopedické ambulanci, včetně termínu první kontroly
- schéma kontrolních rentgenových snímků, včetně termínu prvního snímkování
- životní styl: *úprava stravy a stravovacích návyků, redukce váhy
 - *cvičení i doma
 - *jízda vozem, řízení motorového vozidla
- prevence TEN – užívání léků na ředění krve, pravidelné kontrolní odběry krve
- prevence infekce: *odborné vyšetření sebemenších kožních defektů
 - *nepřecházet nachlazení, v chřipkovém období se vyhýbat obchodním centrům, městským hromadným prostředkům, lidem trpícím akutním infektem
 - *pravidelné kontroly na stomatologii, ženy na gynekologii
 - *při všech zákrocích preventivně užívat antibiotika dle doporučení ortopeda
- agentury domácí péče – dopomoc v domácím prostředí
- zpětná vazba sestrou
- sestra o edukaci provede záznam do ošetřovatelské dokumentace

Obecné zásady při podávání informací pacientovi sestrou

- berte ohled na celkový stav pacienta a jeho emoční rozpoložení
- je-li to možné, využijte k edukaci klidnou a světlou místnost, kde není telefon a nebudete tak rušeni
- věnujte pacientovi dostatek času
- oslovujte pacienta přímo
- mluvejte jasně, stručně, srozumitelně, bez odborných a slangových výrazů

- často opakujte
- dělejte přestávky a ponechte tím pacientovi prostor na jeho poznámky
- nechte pacientovi prosto na dotazy
- je-li to možné, přizvěte k edukaci i jeho rodinné příslušníky
- využijte při edukaci brožury, letáky, názorné ukázky, pomůcky
- nezapomeňte na zpětnou vazbu
- v případě nejasností znovu problém vysvětlete
- nabídněte pacientovi, ať si vše nechá projít hlavou a v případě nepochopení, ať se znovu přijde zeptat
- o edukaci proveďte záznam do ošetrovatelské dokumentace

Související předpisy

Standard ošetrovatelské péče s názvem „Ošetrovatelská péče u pacienta s TEP“

Informační leták

určený pacientům s náhradou kyčelního kloubu

CO JE TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA (TEP)?

TEP = náhrada kloubu umělým implantátem



Náhrada kolenního kloubu



Náhrada kyčelního kloubu

KDY DOCHÁZÍ K OPERACI?

- * při chronické bolesti nereagující na konzervativní léčbu
- * degenerativní onemocnění kloubu (osteoartróza) a revmatoidní artritida
- * výrazná funkční újma – výrazné zhoršení pohyblivosti
- * nádorové onemocnění v oblasti kloubu

CO BYCH MĚL/A PŘED OPERACÍ UDĚLAT?

- * upravit byt:
 - půjde-li to, odstranit prahy
 - protiskluzový povrch podlah, odstranit koberečky
 - protiskluzová podložka do vany
 - připevnit madla na WC a do koupelny
 - vyšší lůžko, křeslo, židle

* zajistit kompenzační pomůcky v prodejnách zdravotnických potřeb (předpis vystaví ortoped nebo obvodní lékař): - nástavec na WC

- sedačka do vany

- podpažní berle nebo francouzské hole

- podavače, zouváky, oblékače ponožek



nástavec na WC



sedačka do vany



podavač

* navštívit rehabilitační centrum:

- nácvik správného sedu, lehu a stoje

- nácvik stereotypu chůze bez zátěže dolní končetiny

- nácvik používání kompenzačních pomůcek

* dodržovat správnou životosprávu:

- pohybový režim bez omezení, pouze s ohledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu



- redukce váhy v případě nutnosti

* předoperační vyšetření včetně autotransfuze (= odběr asi 400 ml vlastní krve, která bude použita během operace nebo v prvních dnech po operaci k hrazení krevních ztrát)

CO MĚ ČEKÁ PO OPERACI?

- * bezprostředně po operaci pravděpodobně strávím den na JIP
- * rehabilitace začne již první den po operaci cvičením na lůžku, další dny potom nácvikem sedu, stoje a chůze o berlích bez zátěže operované končetiny
- * důležité bude polohování s polštářem mezi kolena, aby nedošlo k poškození náhrady (luxace)

CO MĚ ČEKÁ PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE?

- *pravidelné kontroly u ortopeda, včetně rentgenových snímků
- *pohybový režim:
 - cvičení k udržení optimální váhy
 - cvičení k udržení svalové síly
 - cvičení k zachování pohyblivosti kloubů
 - vyvarování se nežádoucích pohybů (nekrížit nohy v kotnících, nedávat nohu přes nohu, nepředklánět se, nedošlapovat na operovanou končetinu, neklekat aj.)
 - nosit kvalitní pevnou obuv, aby v ní noha neklouzala, nedoporučují se pantofle nebo boty na podpatku



vhodná obuv



zcela nevhodná obuv

- doporučuje se plavání a jízda na kole



- sportování lze pouze rekreačně a to po úplném zahojení implantátu, nejdříve je však nutná konzultace s operátorem

* není potřeba omezovat sexuální aktivity, pouze je nutné vyvarovat se nežádoucím pohybům (unožení, roznožení, klek)

* zákaz řízení motorového vozidla minimálně na 3 měsíce, nedoporučuje se vozit se nízkými sportovními auty, kdy při nesprávném nastupování či vystupování z vozu může dojít k vykloubení protézy



Nevhodné – nízká sedadla

* pracovní neschopnost potrvá několik měsíců podle typu zaměstnání a o její délce rozhoduje operátor



* prevence zánětu hlubokého žilního systému – pravidelné užívání léků na ředění krve – nejčastěji Warfarin, s čímž též souvisí pravidelné kontrolní odběry krve u obvodního lékaře a dále pak drobná omezení ve stravě (např. brokolice násobí účinek léku a může dojít ke krvácivým projevům)

- * prevence infekce:
- omezení kontaktu s osobami s aktivní infekcí
 - vystříhání se pobytu v přeplněných obchodech, divadlech a kinech, prostředcích městské hromadné dopravy v chřipkovém období
 - pečlivé mytí rukou po toaletě a před jídlem
 - nošení rukavic při práci na zahradě nebo při špinavých činnostech
 - používání vlastního nádobí
 - pravidelně navštěvovat zubního lékaře, ženy gynekologa

- při sebemenším zákroku (např. trháni zubů) je nutné preventivně užívat antibiotika

* noste stále při sobě kartičku s potvrzením, že jste po výměně kloubu a při každém kontaktu s lékařem ji předložte

*** v případě, že si nevíte s něčím rady, obraťte se na svého ortopeda**

