

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Propuštění pacienta po TEP kyčelního kloubu
a ošetrovatelská péče**

Bakalářská práce

Autor práce: Hana Valešová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Marcela Stýblová Mgr.

Datum odevzdání práce: 03.05.2012

Abstrakt - Propuštění pacienta po TEP kyčelního kloubu a ošetrovatelská péče

Totální endoprotéza kyčelního kloubu znamená dnes pro miliony lidí na celém světě často jedinou cestu, jak se vrátit do běžného života a žít plnohodnotný život bez bolesti. Pro návrat do plnohodnotného života po totální náhradě kyčelního kloubu je ovšem zapotřebí dostatečná informovanost ze strany sester, a to nejen k pacientům, ale také k jejich příbuzným. Sestra hraje velmi důležitou roli v podávání informací, jelikož provází pacienta nejen po celou dobu hospitalizace, ale také v celém předoperačním období, kdy se jedná o návštěvy v ambulantní části. Sestra by měla nejen dokonale znát ošetrovatelskou péči před a po operaci, ale měla by umět pacienty dostatečně informovat ještě před nástupem k hospitalizaci a zajistit pacientům plynulý návrat do běžného života.

Výzkumné šetření proběhlo formou hloubkových rozhovorů u deseti náhodně vybraných pacientů po totální náhradě kyčelního kloubu. Pacienti byli hospitalizováni na ortopedickém oddělení Nemocnice Tábor, a.s. Výzkumný soubor tvořilo pět žen a pět mužů. Pacientům bylo položeno několik doplňujících otázek, aby se zjistilo, jakým způsobem a kdy jsou informováni o totální náhradě kyčelního kloubu. Dále jakým způsobem jsou pacienti seznámeni s pohybovým režimem ještě před nástupem k hospitalizaci a zda se během hospitalizace vyskytly nějaké problémy, které by mohly souviset s propuštěním do domácího ošetřování. Hlavním cílem této práce bylo metodicky zjistit informovanost pacientů před totální endoprotézou kyčelního kloubu, identifikovat nejčastější problémy pacientů po operaci kyčelního kloubu a analyzovat potřeby pacientů po totální náhradě kyčelního kloubu před propuštěním.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pacienti potřebné informace od sester dostali v dostatečné míře, ovšem až v době hospitalizace, což se v některých případech potvrdilo jako nevyhovující. Někteří pacienti tak neměli dostatečně připravené domácí zázemí, včetně kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb po náhradě kyčelního kloubu, a museli tuto problematiku řešit prostřednictvím rodiny po dobu své hospitalizace. Díky pozdě podaným informacím se tak například může neplánovaně prodloužit doba hospitalizace, protože pacient na propuštění do domácího ošetřování

není dostatečně připraven. Šetření ukázalo, že by bylo vhodné zlepšit informovanost pacientů ještě před nástupem k operaci kyčelního kloubu například formou informačních schůzek. Pacienti by tak měli možnost připravit si jak pomůcky vhodné pro pohybový režim po náhradě kyčelního kloubu, tak i domácí prostředí ještě před vlastní operací, aby mohli být kdykoli propuštěni do domácího ošetřování. Informovanost pacientů před operací je důležitou součástí kvalitně poskytované ošetrovatelské péče a vede ke spokojenosti pacientů.

Abstract – Patient Discharge after Total Hip Replacement and Nursing Care

Today, a total hip replacement is often the only way for millions of people around the world how to return to normal life and live a full life without pain. To returning to a full life after a total hip replacement it is needed, however, sufficient information provided by nurses, given not only to patients but also to their relatives. A nurse plays an important role in giving information, because she accompanies a patient not only during the entire hospitalization period, but also during the whole preoperative period, related to a patient's visits to the outpatient section. A nurse should not only be fully aware of the nursing care before and after surgery, but should be able to adequately inform patients before the hospital admission and to ensure patients' smooth return to normal life.

The survey was carried out through in-depth interviews with ten randomly selected patients after a total hip replacement. The patients were hospitalized in the orthopedic department of the hospital in Tábor. The research group consisted of five women and five men. The patients were asked several additional questions to determine how and when they had been informed about the total hip replacement. It was also necessary to find out how they had been informed about the movement regimen before the hospital admission, and if there had been any problems during hospitalization that might have been associated with the discharge to home care. The main objective of this study was to methodically determine the patients' awareness before the total hip replacement, to identify the most frequent problems of patients after the hip surgery and to analyze the needs of patients after the total hip replacement before the hospital discharge.

The research survey has found that patients had been given information by the nurses in a sufficient extent, but only at the time of hospitalization, which in some cases proved to be inadequate. Some patients did not manage to adequately prepare their domestic environment, including compensation aids facilitating the movement after the hip joint replacement and had to deal with this issue through the mediation of their family during their hospitalization. Owing to the information submitted late, for example, the period of hospitalization may be prolonged unplannedly because the

patient is not sufficiently prepared to be discharged to home care. The investigation has shown that it would be desirable to enhance the awareness of patients before the hospital admission to the hip surgery, e.g. through the form of information meetings. Then patients would have the opportunity to get ready both compensation aids suitable for the movement regimen after the total hip replacement and the home environment before the surgery so that they could be discharged to home care at any time. Patients' awareness before the surgery is an important part of quality nursing care provided to patients and leads to patients' satisfaction.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Propuštění pacienta po TEP kyčelního kloubu a ošetrovatelská péče“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu.

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/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, 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 These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Poděkování bych chtěla věnovat PhDr. Věře Staskové za odborné vedení a cenné rady první poloviny mé bakalářské práce a zároveň děkuji za připomínky a převzetí mé bakalářské práce Mgr. Marcele Stýblové.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Historie ortopedie.....	4
1.2 Totální endoprotéza kyčelního kloubu.....	5
1.2.1 Anatomie a funkce kyčelního kloubu	5
1.2.2 Indikace k TEP kyčelního kloubu	7
1.2.3 Kontraindikace k TEP kyčelního kloubu	9
1.3 Péče o nemocného před a po operaci kyčelního kloubu	9
1.3.1 Předoperační příprava před TEP kyčelního kloubu	10
1.3.2 Pooperační péče po TEP kyčelního kloubu	12
1.3.3 Úloha sestry v prevenci komplikací.....	16
1.3.4 Intervence sestry v pohybovém omezení po TEP	17
1.4 Příprava pacienta k propuštění	18
1.4.1 Plánování pacienta k propuštění	18
1.4.2 Role sestry v podávání informací po TEP kyčelního kloubu.....	19
1.4.3 Některé problémy související s propuštěním	21
2. Cíle práce a výzkumné otázky	23
2.1 Cíle práce	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
3. Metodika	24
3.1 Metodika sběru dat.....	24
3.2 Výzkumný soubor	24
4. Výsledky šetření	25
4.1 Rozhovory s pacienty.....	25
5. Diskuze.....	45
6. Závěr	51
7. Použitá literatura	53

8. Klíčová slova	56
9. Použité zkratky	57
10. Přílohy	58
10.1 Seznam příloh	58

Úvod

Ortopedie je samostatný lékařský obor, který se zabývá prevencí a léčbou vrozených a získaných vad, úrazů, jejich následků a různých akutních i chronických onemocnění pohybového aparátu. Možnost náhrady poškozeného kyčelního kloubu totální endoprotézou znamená pro miliony lidí na celém světě často jedinou cestu, jak se vrátit do běžného života a žít život bez bolesti a bez pohybového omezení. Hlavním důvodem, proč pacienti podstupují náhradu kyčelního kloubu, jsou onemocnění degenerativního původu a dále pak záněty, vrozené vady, úrazy a nádory (1, 2).

Velmi důležitou roli u pacientů po operaci kyčelních náhrad mají sestry z oddělení ortopedie, které provází pacienty po celou dobu hospitalizace. Sestra by měla nejen dokonale znát ošetrovatelskou péči před a po operaci, ale měla by umět pacienty dostatečně informovat ještě před nástupem k hospitalizaci a zajistit tak pacientům plynulý návrat do běžného života. Informovanost pacienta ze strany sestry by se měla hlavně zaměřit na pohybový režim, ale také na péči o ránu, prevenci komplikací, užívání léků a dodržování pravidelných návštěv u lékaře (3).

Hlavním smyslem této práce je zjistit, jakým způsobem jsou pacienti informováni o problematice náhrady kyčelního kloubu. Dále kdy a za jakých podmínek jsou informováni a jestli tyto informace jsou pro ně dostačující pro plynulý návrat do domácího života bez možnosti využití následných lůžek.

Téma problematiky informovanosti pacientů jsem si vybrala především z toho důvodu, že dle mých zkušeností z praxe jsou pacienti málo informováni o vlastní operaci ještě před nástupem k hospitalizaci. Velmi často nemají připraveny bytové podmínky a k úpravám dochází až během pobytu v nemocnici. Předem neznají pohybový režim po operaci, kompenzační pomůcky a také chůzi o francouzských holích. Pacienti dopředu nejsou dostatečně informováni o možnostech následné léčby, jakými jsou například překlady na rehabilitační oddělení nebo lázeňský pobyt ihned po propuštění z nemocnice. Pacienti, kteří nejsou dostatečně informováni, často končí na lůžkách následné péče a prodlužuje se tak doba hospitalizace.

1. Současný stav

V souvislosti s tématem práce je zapotřebí zmínit základní informace o totální endoprotéze kyčelního kloubu, ošetrovatelské péči před a po operaci a saturaci potřeb pacientů po této operaci.

1.1 Historie ortopedie

V této kapitole budou popsány základy historie ortopedie jak ve světě, tak v České republice. Název „ortopedie“ pochází ze dvou řeckých slov – orthos (přímý) a pais (dítě). Ortopedie se vyčlenila z obecné chirurgie a stala se tak samostatným oborem. Původně byla oborem převážně konzervativním a měla velmi limitovanou operativu. Léčba spočívala hlavně ve zmírnění bolesti léky, jako jsou analgetika, antirevmatika a kortikoidy. Snaha byla hlavně v zachování hybnosti kloubu a to prostřednictvím rehabilitace, balneoterapie a terapie fyzikální (1, 2).

Již ve starém Egyptě existovaly zmínky a psané návody na léčení fraktur a výrobu různých nástrojů používaných k tomuto účelu léčby. Také v Indii, asi 800 let před Kristem, se zachovala jak písemná doporučení léčby fraktur, tak i různé typy reпозиčních kleští. Další zmínky o deformitách a frakturách popsal v Řecku Hippokrates, a to v 5. století př. n. l. Čína byla v tomto ohledu zdrženlivá, jelikož zde tělo bylo posvátné a nesmělo být léčeno mrzačením. První zmínku o ortopedii jako o samostatném oboru, uvedl francouzský lékař Nicholas Andry ve své knize, kterou vydal v roce 1741 pod názvem „*Ortopedia*“. V této knize jako první užil obrázek špatně rostlého stromu, který je provazem přivázaný ke kůlu, aby vyrovnal deformitu kmene stromu. Od té doby se tento pokřivený strom stal logem ortopedů po celém světě. V minulosti byla ortopedie z velké části oborem konzervativním a mnoho let se choroby pohybového aparátu léčily mechanicky. Prováděly se různé tahy, korekční obvazy a často aparáty bizarního vzhledu. K ortopedii už v té době neoddělitelně patří tzv. protetika, která se zabývá náhradami ztracených končetin nebo jejich částí, tzv. protéz. Ortopedie jako operační obor se mohla rozvinout až po trojici zásadních objevů, a to díky anestezii (1846), asepti (1869) a RTG paprskům (1895) (4, 5).

V České republice začaly první pokusy o založení samostatné ortopedie kolem roku 1900. První ortopedi vyšli z řad chirurgů. První ortopedická klinika byla zřízena roku 1921 v Bratislavě a ortopedie se tak v České republice stává samostatným oborem. V roce 1925 vzniká první ortopedická společnost a nastává rozmach vydávání knih a časopisů s ortopedickou tematikou. Vedle ortopedických klinik vznikají v ostatních nemocnicích v České republice ortopedická oddělení. Největší rozmach ortopedie nastává v sedmdesátých letech 20. století, kdy dochází hlavně ke kvalitativnímu skoku zavedení kloubních náhrad do praxe. V roce 1969 se na domácím trhu rozvíjí výroba nástrojů a implantátů, které vyrábí bývalé SONP Kladno a odkud pochází i první česká endoprotéza kyčelního kloubu. Dalším významným krokem je období roku 1989, kdy dochází k velkému rozvoji operativy kloubních náhrad a ortopedi z Čech si začínají vyměňovat názory a sbírat zkušenosti jak z okolních zemí, tak z celého světa (1, 2, 4, 5).

1.2 Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Tato část kapitoly popisuje základní údaje o náhradě kyčelního kloubu, která se často stává pro mnoho lidí již poslední cestou nevyléčitelného onemocnění. Základy anatomie a fyziologie kyčelního kloubu jsou pro sestru velmi důležité, jelikož by měla umět pacienty správně informovat o pohybových aktivitách v pooperačním období a předcházet tak komplikacím, jako je luxace operovaného kloubu (3, 6).

1.2.1 Anatomie a funkce kyčelního kloubu

V této kapitole bude popsána funkce a anatomie kyčelního kloubu, kde si přiblížíme jednotlivé části kloubu a jeho okolí (Příloha 1).

Kyčelní kloub (articulatio coxae) se skládá ze spojovacích kostí, které tvoří hlavice kloubu a kloubní jamka. Kloub dále tvoří kloubní pouzdro a nitrokloubní chrupavčité destičky. Kyčelní kloub je kloub kulovitý s omezeným pohybem a to hlavně díky hluboko uložené hlavici a mohutným svalům. Spojuje stehenní kost s pletencem dolní končetiny a řadíme ho jako druhý nejpohyblivější kloub v lidském těle. Mezi jeho hlavní funkce patří umožnění pohybu celého těla a také podíl na stabilitě trupu. Obě tyto

funkce jsou zajišťovány jak anatomickým tvarem, tak ligamentózním aparátem s kloubním pouzdrům a se svaly. Pohyb tohoto kloubu je dán tvarem artikulujících kostí a také vazy v okolí kyčelního kloubu. Jeho pohyb usnadňuje vazká tekutina, která je produkována vnitřní vrstvou kloubního pouzdra a smáčí tak kloubní plochy. Proto také tento kloub řadíme mezi klouby synoviální. Kyčelní kloub umožňuje pohyb, jako je flexe, extenze, abdukce, addukce a zevní rotace (7, 8, 9, 10).

Stehenní kost, femur, je nejdelší a nejmohutnější kostí lidského těla a především nosnou částí dolní končetiny. Skládá se z hlavice (caput femoris), která má tvar koule, z krčku (collum), z těla (corpus) a z kondylů (condyli femoris). Hlavice s krčkem jsou připojeny k tělu. Tělo stehenní kosti má dva hrboly nazývající se malý a velký chocholík (trochanter minor a major). Velký chocholík je významným orientačním bodem na dolní končetině. V sagitální rovině je stehenní kost mírně prohnutá vpřed. Hlavice stehenní kosti zapadá do acetabula (7, 8, 9, 10).

Acetabulum je tvořeno třemi pánevními kostmi, a to kostí kyčelní, sedací a stydkou. Má tvar duté polokoule. Průměr acetabula napříč je asi 2,5 cm a nejsilnější částí je horní okraj. Plocha acetabula je potažena hyalinní chrupavkou a kraje chrupavkou vazivovou. Acetabulum je skloněno zevně dolů a dopředu. Na okrajích acetabula také začíná kloubní pouzdro (7, 8, 9, 10).

Kloubní pouzdro kyčelního kloubu je velmi silné a pevné. Nejmohutnější částí je ventrální strana a na spodině krčku je zeslabené. Pouzdro je zesíleno čtyřmi mohutnými vazy, které slouží ke stabilizaci kloubu. Jedná se o *ligamentum iliofemorale*, což je nejsilnější vaz lidského těla a upíná se od kyčelní kosti, *ligamentum pubofemorale* upínající se od stydké kosti, *ligamentum ischiofemorale* směřující od sedací kosti. Posledním vazem je kruhovitý vaz *zona orbicularis* obtáčeující krček femuru, který zároveň podchycuje. V kloubním pouzdru je synoviální tekutina, kterou produkuje synoviální membrána vystýlající pouzdro (7, 8, 9, 10).

Svaly kyčelního kloubu patří mezi nejmohutnější a nejsilnější svaly lidského těla. Jsou důležité hlavně v místech, kde je oslabený vazivový aparát, a zajišťují tak stabilitu a správnou funkci kyčelního kloubu. Rozdělujeme je na vnitřní a vnější kyčelní

svaly, přičemž každý z těchto svalů má různou funkci. Některé zajišťují stabilitu kloubu nebo vykonávají určitý pohyb a jiné zase chrání vazy (7, 8, 9, 10).

1.2.2 Indikace k TEP kyčelního kloubu

Tato kapitola je věnována základním a nejčastějším indikacím, které vedou k totální náhradě kyčelního kloubu. Mezi nejčastější indikace patřila a patří degenerativní onemocnění kyčelního kloubu, tzv. *coxarthrosis*, ale i další indikace, jako je revmatoidní artritida, vrozené vady kyčelního kloubu, poškození kyčelního kloubu úrazem nebo nádorová onemocnění (1, 2, 4).

Totální endoprotéza kyčelního kloubu, tzv. „*aloplastika*“, je operační výkon, kdy se nahrazuje buď část, nebo celý kloub cizím materiálem. Nejčastěji používanými materiály jsou kovy a jejich slitiny, jako je ocel, kobalt a titan, a dále pak materiály z plastů a keramiky. Dle způsobu implantace dělíme endoprotézy na cementované, kdy jsou oba komponenty upevněny kostním cementem, necementované, kdy jsou komponenty fixovány do kosti bez cementu, a hybridní, kde jsou komponenty fixovány rozdílně (Příloha 2). Nejstarším a nadále velmi častým způsobem jsou náhrady cementované. Hlavní kritéria materiálu pro totální endoprotézu jsou jeho pevnost, slučitelnost s lidským organismem, hladký povrch, dlouhodobá životnost a umožnění přirozeného pohybu (1, 2, 4, 6, 11, 16).

Artróza kyčelního kloubu (koxartróza) je onemocnění degenerativního původu, které může postihovat oba dva klouby. Můžeme ji rozdělit na koxartrózu primární a sekundární. Nejčastější indikací k náhradě kyčelního kloubu je koxartróza primární, která vzniká buď z chronického přetížení, nebo se na ní mohou podílet faktory dědičnosti. Sekundární neboli druhotná koxartróza vzniká nejčastěji na podkladě vrozené dysplazie nebo traumatických změn kyčelního kloubu. Projevy koxartrózy jsou zpočátku nenápadné a začínají námahovou bolestí v kyčelním kloubu. Postupně tyto bolesti nastupují při běžné každodenní činnosti a končí bolestí klidovou, hlavně v noci. Bolest je popisována jako startovací, kdy je hlavně na začátku pohybu. Dochází ke zhoršování rozsahu pohybu v kloubu, přičemž úplně nejdříve dochází k omezení rotací.

V pokročilejších stádiích artrózy kyčelního kloubu se objevuje kulhání (1, 2, 4, 11, 12,16).

Další indikací vedoucí k náhradě kloubu je dysplazie kyčelního kloubu. Je to nejčastější ortopedické onemocnění dětského věku a jedná se jak o vrozené, tak o vývojové změny v oblasti kyčelní jamky a horní části stehenní kosti. V poškozeném kloubu dochází tak ke vzniku sekundární koxartrózy již v poměrně mladém věku. I zde je hlavním příznakem bolestivost v kyčli, ale také zde dochází k výraznějšímu rozdílu délek končetin a může dojít k atypickému postavení postižené končetiny a pánve (4, 11, 12, 16).

Pacienti s revmatoidní artritidou také představují významnou indikační skupinu pro náhradu kyčelního kloubu. Jedná se o autoimunní onemocnění, kdy vlastní imunitní systém napadá zdravou tkáň, způsobuje tak zánět a tím poškozuje klouby. Může se objevit v každém věku, ale často začíná ve věku středním. Typickými příznaky revmatoidní artritidy jsou bolest, otok, citlivost a zarudnutí postiženého kloubu. Dochází k omezení pohyblivosti kloubu a ranní ztuhlosti. Onemocnění se projevuje symetricky, tzn. že postihuje klouby na obou končetinách (2, 4, 13).

Také úrazy jsou významnou indikační skupinou pro náhradu kyčle. Nejčastějším důvodem bývá zlomenina v oblasti horního konce kosti stehenní, hlavně zlomenina krčku a zlomenina trochanterická. Zlomeniny hlavice bývají většinou vzácné. Početnější skupinu pacientů s těmito úrazy tvoří ženy, u nichž dochází k úrazu při běžném pádu. Hlavním příznakem je opět bolestivost kloubu a velmi omezený pohyb. Často je viditelné zkrácení končetiny, která je většinou v zevní rotaci (2, 4, 12, 14).

Poslední indikační skupinu tvoří pacienti s nádorovým onemocněním. Totální endoprotézu kyčelního kloubu podstupují hlavně pacienti s nádorovým onemocněním jiného orgánu, tzv. sekundárním nádorem, kdy vznikají metastázy do kostí a dochází tak k patologickým zlomeninám, hlavně v oblasti krčku kyčelního kloubu. Nejčastěji do kostí metastazují nádory prostaty, prsu, ledvin, plic, ženských pohlavních orgánů a štítné žlázy (1, 2, 4, 15).

1.1.3 Kontraindikace k TEP kyčelního kloubu

Kontraindikací rozumíme, že za určitých podmínek nelze provést operační zákrok. Pacient je v tomto případě ohrožen na životě a volí se léčba konzervativní. Kontraindikace můžeme rozdělit na místní a celkové (4).

Mezi místní kontraindikace patří jakákoliv infekce v okolí kloubu nebo přímo v kloubu kyčle. Patří sem hlavně kožní hnisané rány, bércové vředy, furunkly, rozsáhlé dekubity, či otevřené rány v okolí kloubu (1, 4, 6, 17).

Mezi celkové kontraindikace řadíme přítomnost infekčního ložiska kdekoliv v organismu, cévní onemocnění, jako je ischemická choroba dolních končetin, opakované flebotrombózy či ateroskleróza. Dalšími kontraindikacemi k operačnímu výkonu jsou závažná kardiopulmonální onemocnění a také postižení centrální nervové soustavy. Operace se také neprovádí u malých dětí, u pacientů se špatnou kvalitou kostní tkáně a u pacientů s ochrnutými dolními končetinami. Kontraindikací k operaci náhrady kyčelního kloubu jsou také stavy, kdy již nelze předpokládat, že pacient po operaci bude schopen chůze, nebo stavy, které by v konečném důsledku nevedly ke zlepšení pacientova životního komfortu, a naopak by mohly vzniknout další komplikace. Indikace k operaci může být dále zamítnuta u nespolupracujících pacientů, jako jsou alkoholici, nebo psychiatrickí pacienti, kteří nejsou schopni dodržovat léčebný režim (1, 4, 6, 17).

Relativní kontraindikací pro náhradu kyčelního kloubu může být vrozená dysplasie, kdy je kyčelní kloub natolik deformován, že operaci nelze provést. Také jako relativní kontraindikaci můžeme označit vysoký věk pacienta (1, 6, 12).

1.3 Péče o nemocného před a po operaci kyčelního kloubu

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je pro pacienta velmi náročný operační výkon, a proto je důležitá kvalitní jak předoperační, tak pooperační péče o pacienta. Kvalitní ošetrovatelská péče předchází komplikacím a zajišťuje pacientovi plynulý návrat do běžného života (18).

1.3.1 Předoperační příprava před TEP kyčelního kloubu

Předoperační přípravu před náhradou kyčelního kloubu dělíme do tří základních skupin. Je to příprava dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední. Hlavním účelem předoperační přípravy je vytvoření optimálních podmínek k operaci a posouzení celkového stavu ke vztahu k operaci. Pacientovi se poskytuje dostatečné množství informací o jeho zdravotním stavu, úkonech, které jsou potřebné v předoperačním období a zajistit tak přípravu na období pooperační (18).

Dlouhodobá předoperační příprava začíná objednáním pacienta k operačnímu výkonu, kdy je na základě rozhodnutí lékaře odeslán na potřebná vyšetření. Důležitou součástí je interní předoperační vyšetření, které představuje sběr anamnézy, natočení EKG, rentgen srdce a plic, vyšetření fyziologických funkcí, jako jsou tlak krve, tep, dech, tělesná teplota, dále pak vyšetření moče, vyšetření krve, a to po stránce hematologické, hemokoagulační, biochemické, a také vyšetření krevní skupiny. Pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta, doporučuje lékař přibližně tři týdny před plánovaným výkonem autotransfúzi. Pacient tak má odebranou svoji vlastní krev do zásoby a ta mu je pak podána během operace, nebo po ní. Sestra pacienta informuje, že k autotransfúzi se provádí zpravidla dva odběry krve v rozmezí sedmi dnů, aby se doplnila krevní ztráta způsobená odběrem. Autotransfúze vylučuje přenos infekčních komplikací a tvorbu protilátek na červené krvinky. Sestra by měla dále pacienta informovat o možných komplikacích spojených s odběrem krve, jako jsou hematomy v místě vpichu či slabost nebo celková únava po odběru. Velmi důležitou součástí předoperační přípravy je vyšetření stomatologické, u žen vyšetření gynekologické a dále pak výtěry z nosu a úst, které již provádí obvodní lékař za účelem vyloučení jakékoliv infekce v organismu, která je velmi nebezpečná pro následné hojení operační rány. Pacient by měl být v tomto období informován o kompenzačních pomůckách potřebných k operačnímu výkonu a mít možnost naučit se chůzi o francouzských holích. Dále by měly být podány informace o kompenzačních pomůckách vhodných v pooperačním období, hlavně také o pomůckách v oblasti hygieny a oblékání. Informace by měly být dále zaměřené na bytové úpravy, které se doporučují po náhradě

kyčelního kloubu, aby se mohl pacient připravit na návrat do domácího prostředí (viz 1.4.2) (18, 19, 20, 22, 23).

Období krátkodobé předoperační přípravy je zpravidla 24 hodin před samotným operačním výkonem, kdy pacienta informujeme o jednotlivých fázích přípravy. Přípravu rozdělujeme na fyzickou, psychickou a anesteziologickou. Fyzická příprava spočívá ve vyprázdnění tlustého střeva prostřednictvím čípku nebo očistného klyzmatu. Nutná je celková hygiena pacienta, u žen odlakování nehtů a odličení obličeje. Dochází k úpravě stravovacího režimu, kdy pacient před operací dostává ještě večeři a dále může do půlnoci pít. Od půlnoci již nepřijímá nic a musí být lačný. Důležitá je příprava operačního pole, a to důkladným oholením bez oděrek. Cílem psychické přípravy je minimalizace strachu a stresu před operačním výkonem. Na tomto druhu přípravy se podílejí lékaři, ale hlavně sestry, které jsou po celou dobu v přímé blízkosti pacienta. Sestra nesmí bagatelizovat kladené otázky pacienta směrem k výkonu. Seznamuje postupně pacienta s úkony, které mu provádí, jako je holení operačního pole, poučí ho o změně stravovacího režimu a podává další informace spojené s přípravou k výkonu. Sestra komunikuje s pacientem verbálně, kdy klade pacientovi aktivně otázky a nechává prostor na zpětnou vazbu. Sestra pacienta poslouchá, odpovídá pomalu, srozumitelně a nepoužívá odborné výrazy. Velmi důležitou součástí je i neverbální komunikace, kdy pacient vnímá jakýkoliv pohyb sestry a sleduje ji při práci. Proto sestra musí působit jistým dojmem, vyhýbá se prudkým pohybům těla a rukou, navazuje oční kontakt s pacientem. Anesteziologická příprava je zaměřena hlavně na zhodnocení stavu pacienta, seznámení s typem anestezie a komplikacemi spojených s anestezií. Doplňují se ordinace před výkonem a rozhodne se o premedikaci (18, 19, 20, 21, 22, 23).

Bezprostřední příprava pacienta je příprava těsně před výkonem, zpravidla dvě hodiny. Pacientovi zavádíme permanentní močový katetr, periferní žilní katetr a podáváme infúzi, kterou před výkonem ordinuje lékař. Na neoperované končetině provádíme bandáž elastickým obinadlem, jako prevenci tromboembolické nemoci. Pacienta informujeme o těchto prováděných výkonech, vysvětlujeme mu konkrétní postupy jednotlivých výkonů, zdůvodňujeme, za jakým účelem je provádíme a informujeme o možných komplikacích. Součástí je kontrola dokumentace, operačního

pole, lačnění, kontrola chrupu, sejmutí šperků, brýlí, popřípadě kontaktních čoček. Dle ordinace lékaře aplikujeme premedikaci a pacienta odvážíme na operační sál, kde ho společně s dokumentací předáváme anesteziologické sestře (19, 20, 22, 23).

1.3.2 Pooperační péče po TEP kyčelního kloubu

Pooperační období začíná okamžikem, kdy je pacient přivezen z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. Pooperační péči můžeme rozdělit do tří období a to na jednotce intenzivní péče, na standardním oddělení a na období péče domácí. Všechna tato období jsou pro pacienta různě náročná a mají svůj specifický, jak pohybový, tak ošetrovatelský režim. Cílem pooperační péče je kvalitní ošetrovatelská péče, která poskytne pacientovi plynulý návrat do běžného života (24).

První pooperační období začíná na jednotce intenzivní péče, kde pacient tráví zpravidla 24 hodin a dle stavu je dále přeložen na standardní oddělení ortopedie. Po příjezdu na jednotku intenzivní péče předává sestra základní informace o pacientovi lékaři a zároveň mu poskytuje dokumentaci. Sestra dle ordinace lékaře zajišťuje kontinuální monitorování základních životních funkcí, jako jsou krevní tlak, puls, dech, saturace kyslíku, monitoruje tělesnou teplotu, EKG, kontroluje vědomí a aplikuje kyslíkovou terapii. Pacient leží na zádech, má mírně zvednutou horní polovinu těla a operovaná dolní končetina je udržována v mírné abdukci pomocí klínu, nebo polohovatelného lůžka tak, aby špička nohy směřovala nahoru. Sestra zajistí operovanou dolní končetinu derotační botou či sáčkem s pískem, aby nedocházelo k zevní rotaci v kyčelním kloubu, kde je nebezpečí luxace operovaného kloubu. Sestra pacientovi podkládá paty podložním kolečkem, kdy předchází proleženinám. Na dolních končetinách kontroluje elastická obinadla či elastické punčochy jako prevenci tromboembolické nemoci. Sestra dále kontroluje operační ránu, okolí rány, krvácení, odvod drénů a zajišťuje kryoterapii pro zmírnění bolesti a otoků. Sleduje funkčnost periferního žilního katetru, asepticky ho převazuje, udržuje infuzní terapii a podává ordinovaná antibiotika. Pacient má zavedený permanentní močový katetr a sestra sleduje množství a charakter moči. Pokud pacient podstoupil epidurální anestezii, stává se součástí monitorace epidurální katetr. Sestra po těchto základních vstupních úkonech

dále pokračuje v ošetrovatelské péči. Součástí je monitorace bolesti a následné podání analgetik, které musí být účinné a ideálně dávkované dle potřeb pacienta. Zde je výhodou epidurální analgezie, kde sestra dle ordinace lékaře podává kontinuálně analgetika, převážně opioidy. Sleduje jejich účinnost, pravidelně hodnotí intenzitu bolesti a zapisuje do dokumentace. Po epidurální anestezii sestra kontroluje čítí v dolních končetinách. Pokud pacient podstoupil operaci v celkové anestezii, ordinuje lékař analgetika zpravidla intravenózní cestou. Podávané opiáty se mohou kombinovat společně s analgezií neopiátovou, a pokud dojde k poddávkování analgezie, může být pacient ohrožen komplikacemi, jako jsou nedostatečná ventilace, odmítání rehabilitace a psychický dyskomfort pacienta. Účinek podávaných analgetik také závisí velikosti operačního výkonu, věku a tělesné hmotnosti pacienta, na předchozí analgetické léčbě a zkušenosti pacienta s bolestí. Po operaci sestra u pacienta sleduje nauzeu a zvracení, protože je zde nebezpečí aspirace a dehydratace. Přikládá pacientovi studený obklad na čelo, zvlhčuje rty a dle ordinace podává antiemetika. Součástí práce v pooperačním období je sledování bilance tekutin, kdy příjem tekutin by měl být v souladu s výdejem moči. Pacient na základě ordinace anesteziologa přijímá tekutiny nejprve po lžičkách a poté po douškách. Pije buď čaj, nebo neperlivou vodu, aby u něho nedocházelo k nadýmání a nauze. Většina tekutin je podávána hlavně parenterálně infúzemi a je nutná kontrola a korekce vodní a elektrolytové rovnováhy. Dále sestra sleduje odchod plynů a stolice, protože pooperační zástava peristaltiky může zhoršit bolesti, způsobit nauzeu, zvracení a díky vytačené bránici také zhoršené dýchání. K úpravě peristaltiky zpravidla dochází do 48 hodin. Podpora peristaltiky může být také medikamentózní, důležitá je však dostatečná analgezie, polohování pacienta a následná rehabilitace. V den operace pacient odpočívá a začíná rehabilitovat s fyzioterapeutem první pooperační den. Nezbytnou součástí pooperační péče je péče hygienická, která je ztížena sníženou pohyblivostí pacienta. V prvních pooperačních hodinách pečuje sestra hlavně o dutinu ústní, vytírá ji, vyplachuje a navlhčuje rty. Pečuje o pokožku, udržuje ji v neustálém suchu, promašťuje ji a kontroluje tak místa ohrožená otlaky. Druhý den pacient většinou hygienickou péči zvládá s dopomocí. Hygienickou péči horní části těla zvládá pacient sám, dolní část těla obstarává ošetrovatelský personál. Péče o operační

ránu znamená v prvních dvou dnech pouze kontrolu obvazů, prosakování rány a kontrolu hematomu v okolí. Také výživa je důležitou součástí léčby, a pokud pacient nemá nauzeu a nezvrací, podává mu sestra dle ordinace lékaře k večeři dietu, se kterou přicházel k hospitalizaci. Nedostatečná výživa může být příčinou snížené obranyschopnosti organismu, zhoršeného hojení operační rány a výskytem infekčních komplikací. V pooperační péči je důležitá rehabilitace, kdy pacient v prvních hodinách převážně odpočívá a další den, kdy je přeložen na standardní oddělení, dostává instrukce od fyzioterapeuta o pohybovém režimu (3, 6, 18, 24, 25, 26, 27, 28).

Pokud je pacient ve stabilizovaném stavu, překládá se druhý den z jednotky intenzivní péče zpět na oddělení ortopedie. Sestra přijímá informace o zdravotním stavu pacienta, uloží ho na pokoj, kde ležel před operací a dává mu k lůžku signalizační zařízení. Předává dokumentaci lékaři a začíná plnit jeho ordinace. Sestra po příjezdu pacienta na oddělení kontroluje vědomí a fyziologické funkce, invazivní vstupy, kontroluje operační ránu, polohu operované končetiny, hodnotí intenzitu bolesti a informuje pacienta o ordinacích lékaře a péči na standardním oddělení. Jako analgetika jsou zpočátku podávány opiáty intravenózní cestou s přechodem na analgetika neopiátová a poté následně formou tablet. Sestra soustavně hodnotí intenzitu a charakter bolesti a sleduje účinnost podávaných analgetik. Sestra dále hodnotí žilní vstupy, pravidelně je převazuje či dle potřeby zavádí žilní vstup nový. Aplikuje do nich léky, hlavně antibiotika a dle ordinace infuzní terapii. Pokud je tato léčba pacientovi ukončena, sestra periferní žilní vstup za sterilních podmínek odstraňuje. Pacient má zavedený permanentní močový katetr, který se odstraňuje u mužů většinou druhý pooperační den, u žen čtvrtý pooperační den, závisí však na mobilitě pacienta. Nadále sestra sleduje charakter moče, množství, barvu a příměsi. Kontroluje odchod plynů a stolice a dle ordinace lékaře podává stravu. Střevní peristaltika by měla být obnovena do 24 hodin, a pokud obnovena není, sestra o tom ihned informuje lékaře. Pacient již na jednotce intenzivní péče dostává dle stavu večeři a další pooperační den pokračuje v racionální stravě nebo dietě určené lékařem, dle typu základního onemocnění, např. diabetické. Důležitý je také příjem tekutin, aby pacient nebyl dehydratovaný. Měl by vypít dva až tři litry tekutin denně, podáváme mu oblíbené tekutiny. Zpočátku před

obnovením střevní peristaltiky podáváme tekutiny neperlivé, po obnovení peristaltiky podáváme tekutiny dle výběru pacienta. Sestra pacientovi tekutiny aktivně nabízí a dává k dosahu lůžka. Hygienickou péči zvládá pacient v prvních dnech s dopomocí na lůžku, poté s dopomocí ve sprše. Důležitá je pravidelná úprava lůžka a výměna lůžkovin, kdy sestra pacienta udržuje neustále v suchu a čistotě a předchází tak proleženinám. Operační ránu převazuje lékař zpravidla druhý pooperační den a současně odstraňuje drény, které sestra kontrolovala a denně zapisovala jejich množství do dokumentace. Další převaz provádí již sestra dle ordinace lékaře sama. Sleduje krvácení z rány, otok, zarudnutí a hematom v okolí rány. Příkladá kryoterapii na snížení otoku a bolestivosti rány. Pro sestru je nadále důležité udržovat operovanou končetinu v antiluxační poloze, což znamená v mírné abdukci s klínem mezi končetinami a špičku nohy směřující dovnitř. Pokud pacient má problém samostatně končetinu v této poloze udržet, dává sestra pacientovi derotační botu či sáček s pískem. Paty sestra podkládá molitanovým kolečkem a dle ordinace lékaře a stavu pacienta začíná od druhého pooperačního dne s polohováním na zdravý bok s klínem mezi koleny tak, aby nedošlo k luxaci operovaného kloubu. Nadále provádí bandáže obou dolních končetin jako prevenci TEN. V tomto období začíná pacient s rehabilitací a základní instrukce dostává od fyzioterapeuta. Pacient s dopomocí fyzioterapeuta provádí první pooperační den sed na lůžku. Druhý den již zvládne udělat několik kroků kolem lůžka a postupně se vzdálenost od lůžka vzdaluje. Kolem sedmého dne začíná s nácvikem chůze do schodů a ze schodů. Pacient nadále aktivně na lůžku cvičí dle instrukcí fyzioterapeuta a to již i s operovanou dolní končetinou. Pacient je informován o pohybovém režimu a kontraindikovaných polohách (viz 1.3.4). Je seznámen s používáním kompenzačních pomůcek nutných po operaci, jako jsou francouzské hole, nástavec na toaletu a klín mezi kolena pro změny polohy či vstávání z lůžka. Přibližně 12. den jsou pacientovi dle ordinace lékaře odstraněny stehy a rána je již kryta tekutým obvazem. Práce sestry spočívá také ve správně vedené dokumentaci, tzn. pravidelné záznamy hodnocení ošetrovatelské péče, hodnocení bolesti, podávání léků, intervenci a realizaci ošetrovatelské péče. Mezi 12. – 14. dnem po operaci je pacient propuštěn do domácího ošetřování, kde je velmi důležitá spolupráce rodiny. Doporučuje se, aby pacient nebyl

v prvních dnech doma sám. Pacient doma dodržuje všechny zásady pohybového režimu, které se naučil v nemocnici, a po 6 týdnech od operace přichází na plánovanou kontrolu (3, 6, 18, 21, 26, 28, 29).

1.3.3 Úloha sestry v prevenci komplikací

V této kapitole budou popsány nejčastější pooperační komplikace po náhradě kyčelního kloubu. Totální endoprotéza patří k operacím velkým, proto je zde velmi důležitá kvalitní ošetrovatelská péče jako prevence komplikací. Samozřejmě velkou roli hrají i ostatní faktory, jako jsou věk pacienta, psychický stav, zvládnání fyzické zátěže, tolerance bolesti, stav výživy, ale i přidružená onemocnění (4, 6, 21).

Pooperační komplikací nazýváme stav, který vzniká v souvislosti s operací nebo anestezií a narušuje tak normální pooperační průběh. Proto je v tomto případě velmi důležitá prevence, kvalitní předoperační vyšetření a dokonalá předoperační příprava, která výrazně snižuje riziko komplikací. Také zdárný průběh operace, zkušenost operátora a dobré technické vybavení ovlivňuje celkový stav pacienta. Nejzávažnější komplikací je smrt pacienta v souvislosti s operačním výkonem. Komplikace vznikající po operačním výkonu můžeme rozdělit podle časového hlediska na časné a pozdní. Časné jsou zejména v souvislosti s podáním anestezie a vznikají od 2 do 24 hodin po operaci. O pozdních komplikacích mluvíme obvykle od 2 do 5 dnů. Komplikace související s náhradou kyčelního kloubu mohou vznikat i peroperačně, kdy může dojít k poranění velkých cév, poranění nervů nebo ke zlomenině (1, 6, 17, 21, 30).

Časné komplikace bývají většinou v souvislosti s anestezií převážně celkovou, ale i s komplikací vlastního operačního výkonu. Mezi nejčastější komplikace patří poruchy dýchání, kardiovaskulární poruchy, dále poruchy vodního a elektrolytového hospodářství, opožděné probouzení vlivem sedativ či hypoglykemie. Častou pooperační komplikací je nauzea a zvracení, kde je nebezpečí aspirace. Může docházet také k hypertermii, nebo naopak k podchlazení a z toho plynoucímu svalovému třesu. Nebezpečné je také pooperační krvácení z rány a luxace endoprotézy. Jako časná komplikace se může vyskytnout i tromboembolická nemoc či tuková embolie (1, 6, 17, 18, 21, 30).

Pozdní komplikace jsou komplikace, které se objevují až v následných dnech po operaci. Mohou se objevit buď na jednotce intenzivní péče, nebo až na standardním oddělení. Tyto komplikace je nutné léčit dle stavu příčiny. Jako pozdní pooperační komplikace se mohou objevit komplikace z operační rány, jako jsou infekce, krvácení, dehiscence či nekróza rány. V okolí rány se může vyskytovat i hematom způsobující zvýšenou bolestivost a otok. Proto sestra denně kontroluje ránu a její okolí, převazuje dle ordinace lékaře a při vzniklých komplikacích ihned lékaře informuje. Velmi závažnou komplikací je luxace kyčelního kloubu při nedodržení zásad pohybového režimu. Sestra společně s fyzioterapeutem informuje pacienta o nutnosti dodržování všech zásad pohybového režimu (viz 1.3.4). Všechny tyto komplikace můžeme označit jako místní. Za celkové pozdní komplikace můžeme označit flebotrombózu, plicní embolii, zvýšenou tělesnou teplotu, alergickou reakci například na šicí materiál, ale také kardiovaskulární poruchy, nebo ventilační komplikace. Sestra monitoruje fyziologické funkce, zvýšenou bolestivost v okolí rány a také bolestivost či otok dolních končetin. Zpočátku sestra pacienta polohuje, poté společně s fyzioterapeutem dohlíží na jeho pohybovou aktivitu, která předchází komplikacím, jako jsou tromboembolická nemoc a s tím spojená plicní embolie, zástava peristaltiky, zápal plic, svalová kontraktura či imobilizační syndrom. Sestra zajišťuje pacientovi dostatečný pitný režim a pravidelný příjem potravy pro posílení organismu a předchází tak případné únavě (1, 4, 6, 17, 18, 21, 30).

1.3.4 Intervence sestry v pohybovém omezení po TEP

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je pro pacienta náročný výkon a po operaci přináší určitá omezení v pohybovém režimu, jinak hrozí nebezpečí luxace operovaného kloubu. Pacient musí dodržovat zásady pohybového režimu. Sestra společně s fyzioterapeutem tyto zásady pacienta učí a dohlíží na jejich správné provedení (4, 30).

Jednou ze zásad pohybového omezení je, že kyčelní kloub nesmí být ohnutý více jak 90 stupňů směrem k hrudníku a proto se pacient musí vyvarovat sedu na nízké židli, na lůžku či toaletní míse, dále hlubokému předklonu a dřepu (Příloha 3). Aby se pacient

tomuto pohybu vyvaroval, používá vyvýšenou židli, nástavec na toaletu a aby se vyhnul hlubokému předklonu, používá speciální podavač na věci, dlouhou lžici na obouvání, nazouvák ponožek a zouvák obuvi. Pro pacienta je vhodné znát tyto kompenzační pomůcky ještě před nástupem k hospitalizaci, aby je měl při propuštění doma již k dispozici (Příloha 4). Sestra informuje pacienta, že první se obléká operovaná končetina a při svlékání se začíná zdravou končetinou. Pacient by měl nosit volné pohodlné oděvy, pevnou obuv s plnou patou a u žen bez podpatku. Sestra dále pacienta informuje, že pokud dojde po operaci k rozdílné délce končetin, dá se tato indispozice řešit úpravou obuvi, a doporučí pacientovi návštěvu u protetiky. Pacient je sestrou poučen, aby se vyvaroval rotacím v operovaném kloubu, a to jak zevní, tak vnitřní rotaci, a neměl by prudce otáčet trupem. Další důležitou kontraindikovanou polohou je křížení dolních končetin, jak na židli, tak na lůžku (Příloha 3). Při vstávání z lůžka nebo změně polohy na lůžku používá pacient klín mezi kolena, který mu sestra ihned po operaci dává k dosahu (4, 18, 21, 28, 30, 31).

1.4 Příprava pacienta k propuštění

Propuštění pacienta po náhradě kyčelního kloubu je další důležitou etapou v pooperačním období. Pacient v době propuštění by měl znát veškeré vhodné aktivity po náhradě kyčelního kloubu a měl by mít připravené domácí prostředí pro návrat do běžného života (kapitola 1.4.1). Příprava k propuštění by měla probíhat po celou dobu hospitalizace a pacient by se měl postupně seznamovat s pohybovým režimem, učit se ho a neustále zdokonalovat. Propuštěn by měl být v okamžiku zvládnutí základních prvků soběstačnosti. Pokud pacient není schopen propuštění do domácího ošetřování, musí být přeložen z akutního lůžka na lůžko následné péče (3, 30).

1.4.1 Plánování pacienta k propuštění

Podle stavu pacienta, věku, domácího zázemí a indikace lékaře se plánuje den propuštění. Vhodné je, pokud v prvních dnech je s pacientem doma rodinný příslušník. Pacient bude potřebovat dohled na aklimatizaci s domácím prostředím. To se týká

hlavně schodů v bytě či domě, prahů ve dveřích, ukládání na lůžko, dopomoci při první hygienické péči doma. Dopomoc bude potřebovat i při prvních nákupech, vaření, úklidu a s oblečením. Informováni by proto měli být nejen pacienti, ale také rodinní příslušníci, kteří docházejí za pacientem do nemocnice. Důležité je to zejména u starších pacientů, kteří již nejsou schopni si zapamatovat určité návyky a je zde nebezpečí luxace operovaného kloubu. V případě, že je pacient úplně sám a není schopen se o sebe v domácím prostředí postarat, kontaktuje sestra agenturu domácí péče, nebo je zvolena varianta překlada na oddělení následné péče. Další možností je překlad na rehabilitační oddělení či přímo do lázní, kde pacient nacvičuje pohybový režim a získává tak jistotu (3, 6, 14, 23, 30, 32, 33).

1.4.2 Role sestry v podávání informací po TEP kyčelního kloubu

Sestra hraje velmi důležitou roli v podávání informací pacientům. Informace podává postupně, opakovaně a nepoužívá cizí slova. Informace by měly být pro pacienta jasné, stručné, dostatečné a pochopitelné (23).

Sestra informuje pacienta, jak pečovat o operační ránu, kdy rána musí být udržována v dokonalé čistotě, pacient ránu sprchuje, promašťuje a provádí tlakovou masáž. Nevhodné je dlouhé koupání v napuštěné vaně a první měsíc návštěva hromadných koupališť či bazénů. Sestra pacientovi doporučí, aby se pouze sprchoval, nejlépe ve sprchovém koutě, měl k dispozici madla a protiskluzovou podložku. Pokud doma pacient sprchový kout nemá, informuje ho sestra o možnosti použití sedačky do vany (Příloha 4). Pacient v nemocničním prostředí využívá k vyprazdňování vyvýšenou toaletu a v domácím prostředí by měl nadále využívat nástavec na toaletu. Ten dostává v době propuštění do domácího ošetření. Sestra dohlíží na správné ulehání a vstávání z lůžka, kdy pacient používá klín mezi kolena, aby nedošlo k luxaci operovaného kloubu. Pacient musí dále používat elastickou bandáž dolních končetin jako prevenci tromboembolické nemoci. Většina pacientů je přibližně po týdnu schopna samostatné chůze o francouzských berličích a začíná s nácvikem chůze po schodech. Při chůzi do schodů zvedá pacient nejprve neoperovanou končetinu na schod, přenesení váhu, přisune operovanou končetinu a naposledy berle. Při chůzi ze schodů pacient přesouvá nejprve

berle o schod níže, přisouvá operovanou končetinu, vzepře se do berlí a nakonec dává neoperovanou končetinu. Sestra dohlíží, zda pacient správně používá francouzské berle a informuje ho o případných chybách. Pokud operatér neurčí jinak, dodržuje pacient po operaci nášlap 1/3 váhy na operovanou končetinu. S tímto nášlapem je propouštěn i do domácího ošetřování a dodržuje ho do další kontroly, která zpravidla bývá šest neděl po operaci. Do první kontroly u lékaře pacient dodržuje všechny zásady, které používal v době hospitalizace a se kterými byl propuštěn do domácího ošetřování. Poté dle stavu a rentgenového snímku lékař určí další zátěž operované končetiny a užívání léků. Náhrada kyčelního kloubu znamená pro pacienta přítomnost cizorodé látky v organismu. Proto sestra pacienta informuje, že při jakémkoliv onemocnění, jako je angína, zánět močových cest, bolest zubů nebo hnisavé kožní ložisko, by měl navštívit lékaře. Je důležité při jakékoliv infekci být řádně přeléčen antibiotiky a toto pravidlo trvá už celý život. Riziko vzniku infekce u kloubní náhrady je v tomto případě veliké. Návrat do každodenního života znamená i návrat do zaměstnání. Ten je velmi individuální a záleží na profesi pacienta. Pokud pacient vykonával fyzickou práci před operací, není většinou návrat do zaměstnání vhodný a lékař ho nedoporučí. Jízda automobilem je vhodná už při propuštění z nemocnice, ovšem pouze jako spolujezdec. Sestra doporučí pacientovi podloženou sedačku a dostatek prostoru, aby se operovaná končetina příliš nekrčila. Pacient smí sám řídit vozidlo přibližně od třetího měsíce po operaci. Sexuální aktivita většiny pacientů způsobuje obavy. Důležitá je zde ohleduplnost partnera a dodržování pohybových zásad. Při sexu nesmí docházet k zevní rotaci operované končetiny a kyčelní kloub nesmí být ohnutý více jak pravý úhel. Při dodržování těchto pravidel může žít pacient aktivní sexuální život. Další omezení, které bude mít pacient po náhradě kyčelního kloubu, je určitě ve sportovní aktivitě. Sportovní aktivitu lékař doporučí až po uplynutí šesti měsíců od zákroku, a to nejprve lehčí rekreační sportování. Sestra informuje pacienta, že vhodné sporty jsou hlavně plavání, jízda na kole a sporty, kde není riziko prudkého pádu, jako jsou například golf, turistika. Nevhodné jsou kontaktní sporty, sjezdové lyžování, prudký běh, skákání a jízda na koni (3, 6, 22, 23, 26, 30).

1.4.3 Některé problémy související s propuštěním

Pokud je pacient před výkonem nedostatečně informován, nebo není informován vůbec, mohou nastat problémy při propuštění a následně pak prodloužení doby hospitalizace na akutním lůžku. Totální náhrada kyčelního kloubu je výkon plánovaný většinou několik měsíců dopředu. Proto by měli být jak pacient, tak ale i jeho rodina dokonale připraveni pro návrat do domácího ošetření. Rodina by měla být připravena na to, že pacient bude potřebovat v prvních dnech pomoc a kontrolu na přechod do domácího prostředí. To pacienti ani rodina často neví a pacient to řeší s rodinnými příslušníky až v době hospitalizace. Nebezpečné situace mohou nastat v případech, kdy pacient zůstane doma sám. Některé problémy se mohou vyskytnout, pokud pacient není důkladně seznámen s kompenzačními pomůckami, které potřebuje doma převážně hned první den po propuštění. Jsou to nástavec na toaletu, sedačka na vanu, protiskluzová podložka, madla v koupelně a na toaletě, podavač věcí, dlouhá lžice na obuv, nazouvák ponožek či zouvák obuvi. Pacient má tak problém s vyprazdňováním na toaletě, při hygienické péči, svlékání a oblékání. Potíže také mohou nastat, pokud nedojde k některým bytovým úpravám, a proto je vhodné, aby sestra pacientovi doporučila tyto úpravy provést ještě před nástupem k hospitalizaci. Pokud rodinní příslušníci začnou řešit bytové úpravy až během hospitalizace pacienta, může dojít k prodloužení jeho pobytu v nemocnici. Sestra podává informace o tom, že domácnost by měla být nejlépe bezprahová, bez volně ležících koberečků, kde je velké riziko zakopnutí a pacient by mohl mít problémy s plynulou chůzí po bytě. Pokud má pacient doma nízké lůžko, je vhodné dokoupit ještě jednu matraci, aby mohl bez problémů ulehat i vstávat z lůžka. Nízké židle či křesla je třeba nechat vyvýšit pevnou podložkou. Sestra doporučí nákup nášlapného odpadkového koše, aby se k němu pacient nemusel ohýbat. Všechny pomůcky používané v každodenním životě by měl mít na dosah a ve výšce pasu. Je to například kuchyňské nádobí, suroviny na vaření, hygienické pomůcky a podobně. Pokud je pacient po operaci v zimním období, poučí sestra pacienta o nutnosti pořízení kovové protiskluzové ochrany na francouzské hole. Při chůzi venku na případné námraze tak zabrání uklouznutí a pádu. Všem těmto problémům lze zamezit, když je pacient včas a dostatečně informován ještě před nástupem k hospitalizaci. Pacient pak

přichází k operaci bez starostí, stresu a strachu. Plně se soustředí na svoje zdraví a dokáže v klidu přijímat všechny potřebné informace vedoucí k jeho rekonvalescenci (3, 6, 14, 23, 30, 32, 33).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1/ Identifikovat nejčastější problémy pacientů po operaci kyčelního kloubu související s propuštěním do domácího ošetřování.

2/ Analyzovat potřeby nemocných po operaci kyčelního kloubu před propuštěním.

2.2 Výzkumné otázky

1/ Jaké techniky jsou využívány pro získání znalostí a dovedností pacientů před operačním výkonem?

2/ Jaké nejčastější problémy vnímají pacienti po operaci kyčelního kloubu v době před propuštěním?

3/ Které potřeby nejsou saturované u pacientů po totální náhradě kyčelního kloubu?

4/ Jaká je představa pacientů pro návrat do běžného života po operaci kyčelního kloubu?

3. Metodika

3.1 Metodika sběru dat

V bakalářské práci bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal prostřednictvím metody dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru s doplňujícími otázkami (Příloha 5). Dotazování byli náhodně vybraní pacienti po totální náhradě kyčelního kloubu před propuštěním. Rozhovory byly uskutečněny podle předem připravených otázek směřujících k dané problematice a byly anonymní.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili pacienti po totální náhradě kyčelního kloubu, kteří byli hospitalizováni na ortopedickém oddělení v Nemocnici Tábor, a.s. Soubor tvořilo deset náhodně vybraných pacientů po náhradě kyčelního kloubu, a to pět žen a pět mužů ve věku od 63 let do 86 let.

4. Výsledky šetření

4.1 Rozhovory s pacienty

Pacientka č. 1 – paní M.P.

Rok narození: 1935

Diagnosa: Coxarthrosis l. sin

Výkon: TEP coxae l. sin

„No, já chodím na ortopedickou ambulanci už hodně dlouho a doktor mi už před lety říkal, že mě ta operace kloubu nemine. Když už jsem to opravdu nemohla bolestí vydržet, že už jsem v noci nespala, tak jsme se domluvili, že je na tu operaci nejvyšší čas. Pan doktor mi tak v rychlosti řekl, že se kloub vymění a ostatní se dozvím, až nastoupím. Od sestřiček z ortopedické ambulance jsem dostala takový papír, kde byly pokyny, co všechno si mám k výkonu zařídit a takové poučení před nástupem k operaci. Sestřička mi dala ještě poukaz na nové berle, protože ty staré jsem měla už přes sedm let, a řekla, abych si je přinesla s sebou do nemocnice k té operaci. Tak jsem si je ještě vyzvedla a byly takové lepší a modernější. Jinak to bylo všechno, co jsem si měla vzít k nástupu do nemocnice. Prý všechno ostatní mi řeknou sestřičky na oddělení, až nastoupím do nemocnice. Tak jsem si podle toho papíru asi 14 dní před operací začala vybíhat všechna ta vyšetření a naštěstí jsem měla vše v pořádku. Já se léčím jenom s tlakem a beru něco na cholesterol, jinak jsem naštěstí nebyla nikdy moc nemocná. Ale ty klouby, ty mě zlobí už léta. Mám artrózu třetího stupně a pan doktor mi říkal, že mě do budoucna bude čekat i ta druhá kyčel. Když jsem nastoupila do nemocnice, tak než jsem se stačila rozkoukat, začaly mě sestřičky připravovat k operaci. Braly mi ještě krev, sepisovaly se mnou různé papíry a poslaly mě ještě na kontrolní rentgen. Prý si to pan doktor potřebuje ještě překontrolovat. Po operaci jsem ležela jeden den na jednotce intenzivní péče, a když jsem pak druhý den přijela zpátky na pokoj, začala jsem se pomalu pohybovat v lůžku. Postupně každý den přidám nějaký pohyb navíc a myslím si, že to po operaci zvládám zatím dobře. Ale jsem doma sama a sestřička mi říkala, že

to po operaci není úplně vhodné, abych prý někde neupadla. Tak se budu muset asi domluvit s dcerou, jestli u mě bude nějaký čas bydlet, nebo mi sestřičky nabízely, že můžu jít ještě na oddělení následné péče tady v nemocnici. Uvidím, jsem po operaci teprve pátý den, tak ještě uvidím, jak se rozhodím a jak se s dcerou domluvim.“

Doplňující otázka: Můžete mi říct, zda jste se učila před nástupem k hospitalizaci chůzi o francouzských holích, a pokud ne, zda byste to uvítala?

„Před operací jsem se chůzi o holích neučila. Mám hole přes sedm let, ale používala jsem jen jednu hůl. Je pravda, že fyzioterapeutka mi po operaci říkala, že mám špatné návyky chůze. To víte, podpírala jsem se podle toho, jaké jsem měla bolesti. Asi kdyby byla ta možnost si chůzi natrénovat, tak bych si to šla vyzkoušet. Je rozdíl, když člověk používá obě berle a ještě musí dodržovat určitý nášlap.“

Doplňující otázka: Jakým způsobem Vás informovaly sestry o bytových úpravách vhodných před propuštěním do domácího ošetřování?

„Sestry mi nepodávaly žádné informace, které by se týkaly úpravy bytu, jen mi tady ukazovaly pomůcky, které potřebuji po operaci. Mám tady klín mezi nohy, takové kolečko pod paty a sáček s pískem, protože se mi vytáčí noha do strany a to prý není dobře. Tak si tu nohu o ten sáček musím opírat. Různé pomůcky a vychytávky do domácnosti se mnou probírala až fyzioterapeutka. Říkala mi potřebné věci, které bych si měla domů pořídit, jako jsou madla do koupelny, podložka a sedačka do vany, abych neupadla. Při propuštění ještě dostanu poukaz na nástavec na toaletu. Tady jsou toalety vyvýšené, tak ani nevím, jak vypadá. Ještě si musím domů koupit nějaký vyvýšený molitan na židli, abych neseděla tak nízko. Asi spíš řeknu dceři, aby mi ho koupila a já nemusela hned do obchodu.“

Doplňující otázka: Byly pro Vás informace dostačující?

„Zatím si myslím, že vše potřebné vím. Postupně se pomůcky společně s fyzioterapeutkou učím používat, a když potřebuju něco vědět, ochotně mi odpoví a ukáže. Těch informací je opravdu hodně, tak se často ptám opakovaně.“

Doplňující otázka: Uvítala byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s

pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„To určitě uvítala. Stejně jsem doma v důchodu, tak bych mohla přijet kdykoliv. Mohla bych si tam vyzkoušet tu chůzi o holích a fyzioterapeutka by se mnou neměla takovou práci. A kdybych se tam mohla podívat na různé pomůcky, tak jsem si je mohla pořídit ještě před operací a nemusela bych tak říkat dceři.“

Pacientka č. 2 – paní T. R.

Rok narození: 1949

Diagnosa: Coxarthrosis l. dx

Výkon: TEP coxae l. dx

„Já se s kyčlemi dlouho nelécím. Je to přibližně pět let, co jsem začala chodit na ortopedickou ambulanci. Nejprve jsem zkoušela, jestli mi nepomůže rehabilitace, občas jsem přišla na nějakou tu injekci, ale nic moc nezabíralo. Před dvěma lety jsem byla i v lázních, ale ta úleva od bolesti trvala jen pár měsíců. Mám artrózu a vždycky mě bolela více ta pravá kyčel, kterou mám teď odoperovanou. Pan doktor mi říkal, že bych měla tak přibližně za rok podstoupit operaci i toho druhého kyčle. To už aspoň budu vědět, co mě čeká. Je pravda, že jsem si to představovala horší. Myslela jsem, že mě to bude hodně bolet a že budu nemožná. Ale fyzioterapeutka, co se mnou cvičí, mě neustále chválí, že jsem hodně šikovná. Je pravda, že jsem po operaci vstala brzo a rychle jsem se rozchodila. Mám z toho sama dobrý pocit. Sestřičky jsou tady moc hodné, příjemné a vždycky když jsem potřebovala něco vědět, tak mi to vysvětlily. Společně s doprovodem sestřičky jsem se zvládla už vysprechovat a sestřička mě poučila, jak pečovat o ránu. Ranní vizita je vždycky taková rychlovka, že si hned nevzpomenu, na co jsem se chtěla pana doktora zeptat, tak to pak probírám se sestřičkou. Před tím, než jsem nastupovala k výkonu, jsem dostala od sestřiček na ambulanci instrukce, kde bylo psáno, co všechno je potřebné si zařídit před výkonem.“

Také jsem dostala poukaz na francouzské hole, protože jsem nikdy před tím o holích nechodila. Proto mě také překvapilo, že to takhle zvládám“.

Doplňující otázka: Můžete mi říct, zda jste se učila před nástupem k hospitalizaci chůzi o francouzských holích, a pokud ne, zda byste to uvítala?

„Je pravda, že jsem o tom přemýšlela, jestli se to dá nějak naučit. Bála jsem se, že budu nemotorná a že mi chůze o holích nepůjde. Několikrát jsem si to vyzkoušela doma v bytě, ještě než jsem šla na výkon, ale moc mi to nešlo. Rozhodila jsem se nakonec dobře, ale kdyby byla ta možnost se to naučit ještě před operací pod dohledem odborníka, určitě bych to uvítala.“

Doplňující otázka: Jaké Vám byly předvedeny kompenzační pomůcky potřebné pro návrat do domácího prostředí ještě před hospitalizací?

„Před operací vlastně žádné. Dostala jsem ty francouzské hole a jinak s dalšími pomůckami jsem se seznámila až během hospitalizace po operaci. Koukala jsem doma hodně na internet a zjišťovala jsem, co všechno budu po operaci potřebovat. Pomůcek je celá řada, ale myslím si, že některé nebudu vůbec potřebovat. Já si teda žádné ještě nekupovala. Říkala jsem si, že počkám až po operaci. Většinu pomůcek, které jsem na internetu viděla, nás teď učí sestřička používat.“

Doplňující otázka: Uvítala byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Asi ano. Na internetu jsem si sice ty pomůcky prohlédla, ale kdybych si je mohla i vyzkoušet, tak bych to určitě uvítala. Asi by stálo i za to si vyzkoušet chůzi o francouzských holích. Sice jsem se rozhodila dobře, ale nikdy dopředu nejde odhadnout, jak to půjde. Určitě je lepší některé informace vědět dopředu. Já bydlím tady nedaleko a s chůzí jsem neměla tak velké problémy, abych nemohla na takovou informační schůzku přijet. Člověk sem stejně jezdil neustále na kontroly, tak by mi to určitě nevadilo.“

Pacient č. 3 – pan J. P.

Rok narození: 1949

Diagnosa: Coxarthrosis l. dx

Výkon: TEP coxae l. dx

„Já se léčím na ortopedii už hrozně dlouho. Určitě je to dobře přes deset let, co jsem byl prvně na ortopedické ambulanci. Posledních pět let se mi potíže s kyčlí poměrně dost zhoršily a pan doktor říkal, že výměna kloubu bude do budoucna nutná. Já jsem operaci zpočátku oddaloval, protože jsem si říkal, že se to ještě dá s tou bolestí vydržet. Jsem dost vytížený člověk a mám spoustu koníčků, a tak jsem měl pocit, že se mě na tu operaci stále nehodilo jít. Když bylo nejhůř, užíval jsem léky proti bolesti a ty vždy zabraly. Jenže poslední dva roky se to natolik zhoršilo, že už jsem nemohl v noci ani spát, tak jsem se k operaci objednal. Přibližně jsem věděl, co mě čeká, protože bratr asi před deseti lety podstoupil stejnou operaci. Byl jsem rád, když jsem potom dostal termín k operaci, a přiznám se, že jsem se těšil, až se té bolesti zbavím. Asi tři neděle před operací jsem si začal vyběhávat všechna potřebná vyšetření a vyzvedl si ze zdravotnických potřeb nové hole. S ničím se neléčím, tak to probíhalo bez komplikací. Po operaci se cítím také dobře a myslím si, že jsem se i dobře rozchodil. Sestřičky mě také chválí, že to zvládám dobře. Za dva dny bych měl jít už domů, tak teď ještě trénuji chůzi na schodech. Myslím si, že jsem se od sestřiček dozvěděl vše potřebné. Když jsem si s něčím nevěděl rady, tak mi to vždycky vysvětlily. Manželka mi tenhle týden ještě zařizovala domů vyvýšenou matraci, protože máme poměrně nízkou postel a koupila mi klín mezi kolena. Nástavec na toaletu dostanu při propuštění, to už mi sestřička také vysvětlila. Budu si muset doma ještě vyvazovat nohy elastickým obinadlem, tak zvažuji, jestli si spíš nekoupím ty elastické punčochy. Myslím, že budou lépe držet.“

Doplňující otázka: Pokud byste tento výkon musel podstoupit znovu, požadoval byste jiné informace, popř. jaké?

„Já myslím, že všechny informace které, jsem dostal, pro mě byly dostačující. Některé věci jsem znal od bratra, jako třeba ten nástavec na toaletu nebo sedačku na

vanu. Ale třeba tu sedačku já potřebovat nebudu, protože mám doma sprchu. Mám pocit, že všechno potřebné a důležité znám. Sestřičky i fyzioterapeutka mě během pobytu seznamovaly s pomůckami a s pohybovým režimem po operaci. Možná, že až přijedu domů, tak zjistím, že by se mi ještě nějaké informace hodily. Ale to ukáže čas. Pro mě je hlavně důležité, abych si ten kloub nevyhodil a dodržoval veškerý pohybový režim, jako tady.“

Doplňující otázka: Uvítal byste tyto informace ještě před nástupem k hospitalizaci?

„A víte, že možná ano. Aspoň by mi manželka nemusela sama zařizovat tu matraci a mohl jsem si ji koupit a vyzkoušet sám. Určitě je dobré, pokud má člověk co nejvíce informací a také čas na zařízení všeho potřebného.“

Doplňující otázka: Uvítal byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Určitě by to bylo dobré. Myslím si, že pokud bych tu možnost měl, určitě bych se tam zašel podívat. Sestřičky nám sice všechny potřebné informace poskytly, ale je pravda, že těch informací bylo hrozně moc najednou a člověk může snadno na něco zapomenout. A pokud by to bylo formou ukázek, určitě bych si to lépe zapamatoval a některé věci bych si mohl nakoupit ještě před hospitalizací.“

Pacient č. 4 – pan E. K.

Rok narození: 1943

Diagnosa: Coxarthrosis l. dx

Výkon: TEP coxae l. dx

„Já jsem byl na operaci kyčelního kloubu objednaný přibližně dva roky. Léčím se s artrózou kyčlí už několik let, ale tu pravou kyčel jsem měl vždycky horší. Poslední

půl rok už jsem té noze dost polevoval, a tak jsem začal trochu kulhat. Hůl jsem nechtěl používat. Než jsem šel na operaci, docházel jsem na ortopedickou ambulanci na injekce do té nemocné kyčle. Vždycky mi to na chvíli pomohlo. Když jsem měl těsně před operací, tak mě sestřičky na ambulanci poučily o tom, co všechno si mám před výkonem zařídit a co všechno budu k výkonu potřebovat. Pan doktor byl ochotný a vysvětlil mi vše, co se týkalo samotné operace. Ještě než jsem nastoupil, zjišťoval jsem si hodně informací na internetu. Hlavně, jak ta operace probíhá, co tam vlastně dávají za kloub, co budu po operaci potřebovat a také, jak s tím budu moct hýbat. Žiju sám, tak jsem se na to chtěl nějak připravit, abych to potom doma zvládnul, až mě propustí. Mám sice dva syny, ale oba pracují. Mají své rodiny, tak je nechci moc zatěžovat. Když jsem si zařídil všechna potřebná vyšetření, vyzvedl jsem si ještě francouzské hole, které jsem měl mít k operaci. Když jsem pak nastoupil do nemocnice, sestřičky mě informovaly o přípravě před operací, odebraly mi krev a hned ráno jsem jel na operační sál. Operace proběhla bez komplikací a teď začínám se sestřičkou pomalu chodit. Mám pocit, že mi to zatím moc nejde. Nejsem si ještě chůzí o francouzských holích moc jistý. Za dva dny máme jít trénovat chůzi na schodech, tak jsem zvědavý, jak to zvládnou.“

Doplňující otázka: Jakým způsobem jste nacvičoval chůzi o francouzských holích před operačním výkonem?

„Já jsem před operací chůzi o francouzských holích nenacvičoval vůbec. Hole jsem si sice vyzvedl, ale měl jsem je doma jen položené. Nepřišlo mi to před operací důležité, abych to nějakým způsobem trénoval. Stejně bych asi nevěděl, jak správně našlapovat. Když se mnou fyzioterapeutka chodí, tak mě často napomíná, že pokládám hole jinak, než mám.“

Doplňující otázka: Jaké Vám byly předvedeny kompenzační pomůcky potřebné pro návrat do domácího prostředí ještě před hospitalizací?

„Před hospitalizací jsem se s žádnými pomůckami neseznamoval. Našel jsem si sice nějaké pomůcky na internetu, ale pouze na obrázku. Se všemi pomůckami jsem se seznámil až po operaci. Sestřička nás každý den seznamuje s něčím novým. Naučil jsem se používat klín, vyvýšenou toaletu, naučil jsem se vstávat a uléhat do postele, podávat si věci a zítra budeme nacvičovat oblékání.“

Doplňující otázka: Jakým způsobem Vás informovaly sestry o bytových úpravách vhodných před propuštěním do domácího ošetřování?

„Sestřička za mnou přišla na pokoj a informovala mě o bytových úpravách, které by byly vhodné před propuštěním. Říkala mi o vyvýšeném lůžku a židli, abych někde neměl volně položené koberečky kvůli pádu a také jestli třeba nemám vysoké prahy, abych nezakopl. Fyzioterapeutka mě poučila o používání pomůcek, jako je klín mezi kolena, nástavec na toaletu nebo sedačka na vanu. Dále nám ještě doporučila dlouhou lžici na obouvání, zouvák obuvi a podavač věcí, abych nemusel provádět hluboký předklon.“

Doplňující otázka: Probíhaly Vaše bytové úpravy ještě před nástupem do nemocnice, a pokud ano, jaké?

„Ne, doma jsem žádné bytové úpravy zatím neprováděl.“

Doplňující otázka: Uvítal byste tyto informace ještě před nástupem k hospitalizaci?

„Ano. Myslím, že uvítal. Sice žádné velké bytové úpravy doma dělat nebudu, ale určitě je lepší, mít tyto informace s předstihem. Byt mám bezprahový a koberec mám uprostřed kuchyně, tak ten snadno odstraním. Se synem jsem se domluvil, že mi koupí dlouhou lžici na obouvání, klín mezi kolena, a až mě propustí, tak mi vyzvedne nástavec na toaletu. Vyvýšenou matraci na postel si kupovat nebudu. Domnívám se, že to zvládnou s tou nízkou.“

Doplňující otázka: Uvítal byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Určitě je to dobrý nápad. Informací je při nástupu k operaci hodně a člověk si určitě všechny nezapamatuje. A pokud bych si mohl nacvičit chůzi o francouzských holích před operací, tak by to pro mě bylo určitě přínosné.“

Pacientka č. 5 – paní R. V.

Rok narození: 1926

Diagnosa: Coxarthrosis l. dx

Výkon: TEP coxae l. dx

„Mě už ty moje nohy zlobí hrozně dlouho. Určitě už přes dvacet let. Nejdřív jsem chodila do soukromé ortopedické ambulance, ale pan doktor asi před pěti lety praxi ukončil, tak jsem začala chodit na ambulanci sem do nemocnice. Tady mi pan doktor hned řekl, že tu pravou kyčel už mám hodně poškozenou artrózou a že by bylo dobré ten kloub vyměnit. Mně se do té operace moc nechtělo, protože jsem se s tou bolestí naučila žít. Ale poslední rok a půl jsem skoro už nemohla běhat, tak jsem s operací souhlasila. Asi tak před rokem jsem začala chodit o holích a poslední dva měsíce už jsem skoro nechodila vůbec ven. Mám do bytu schody a už jsem je s velkými obtížemi vyšla. Když mi pan doktor řekl termín operace, byla jsem ráda, že už to budu mít za sebou. Dcera mi pak pomohla vyběhat všechna vyšetření a odvezla mě do nemocnice. Myslím si, že operaci jsem zvládla celkem dobře a teď se s fyzioterapeutkou učím vstávat správně z postele a chodit o francouzských holích. Chůze mi zatím nedělá problémy, protože už jsem na hole naučená z domova. Spíš se cítím hrozně unavená, protože jak jsem dlouho před operací neběhala, tak teď vždycky ujdu jenom kousek a musím odpočívat. Ještě mě čeká naučit se chůzi na schodech. Toho se trochu bojím, jak to zvládnu. Doma výtah nemám a bydlím ve druhém patře, tak se to naučit musím. Možná tady budu muset zůstat déle, abych se dostatečně rozhodila a byla si jistá.“

Doplňující otázka: Jakým způsobem jste byla informována sestrou na ortopedické ambulanci o operačním výkonu před nástupem k hospitalizaci?

„Sestra mi řekla, ať si vyběhám všechna ta vyšetření, které mi dala vytištěné na papíře, a řekla mi, v kolik hodin mám přijít na příjem. Dále mi říkala, že jeden den nastoupím do nemocnice a druhý den bude operace. Pak mi pan doktor řekl, co mi vlastně budou dělat a kolik dní budu přibližně ležet v nemocnici. To bylo asi tak všechno.“

Doplňující otázka: Jaké Vám byly předvedeny kompenzační pomůcky potřebné pro návrat do domácího prostředí ještě před hospitalizací?

„Já jsem znala jen francouzské hole a jinak nic. Všechno mi říká fyzioterapeutka až teď. Učí nás, jak s pomůckami zacházet, hlavně při pohybu na lůžku, posazování a hygieně. Dnes jsem se učila oblékat ponožky a boty. Jinak každý den trénuji chůzi o holích. Také jsem byla informována, na které pomůcky mám nárok při propuštění.“

Doplňující otázka: Uvítala byste tyto informace ještě před nástupem k hospitalizaci?

„Určitě by to bylo lepší. Některé pomůcky by mi mohla dcera nakoupit ještě před tím, než jsem nastoupila do nemocnice. Ale už jsem s ní domluvená a koupí mi je, než půjdu domů. Nemám žádný klín mezi kolena a s dcerou jsem se domluvila, že mi koupí na sezení silný molitan, protože mám nízká křesla. Ještě si nechám dokoupit dlouhou lžici na obouvání a asi rohožku do vany, abych neuklouzla.“

Doplňující otázka: Pokud byste tento výkon musela podstoupit znovu, požadovala byste jiné informace, popř. jaké?

„Myslím, že informace byly dostačující, jen jich bylo hrozně najednou. Také se mi stalo, že jsem se na jednu věc ptala opakovaně, protože jsem si ji nepamatovala. Člověk se po operaci soustředí na jednu věc a zbytek informací šlo někdy kolem mě.“

Doplňující otázka: Uvítala byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Já bych určitě na takovou schůzku před operací nepřijela. Hodně špatně se mi chodilo. Chodila jsem ven jen v nejnnutnějších případech, a to většinou jen k lékaři, kam mě vždycky musela odvézt dcera. Ale určitě by to bylo pro mnoho pacientů přínosné a těch informací by potom nebylo tolik najednou. Ale kdybych před operací chodila lépe, tak bych o té schůzce uvažovala.“

Pacientka č. 6 – paní J. H.

Rok narození: 1941

Diagnosa: Coxarthrosis l. sin

Výkon: TEP coxae l. sin

„Narodila jsem se s vrozenou vadou kyčle, tak se na ortopedii léčím celý život. Přibližně poslední čtyři roky se mi potíže zhoršily, a tak poslední dva roky občas používám na odlehčení jednu francouzskou hůl. Na operaci jsem objednaná přibližně jeden rok. Spoustu informací jsem si před operací vyhledala na internetu, a díky tomu jsem si domů pořídila i některé věci, které budu potřebovat po operaci. Před rokem jsme rekonstruovali byt a manžel mi už tenkrát udělal madla u vany a na toaletě, aby se mi lépe vstávalo. Postel mám vyvýšenou již několik let, tak s tím problémem mít nebudu. Nakoupila jsem si podavač věcí, dlouhou lžici na obouvání, pevné boty na ven i na doma a také zouvák obuvi. Na křeslo a židli si budu dávat takový pevný polštář, abych neseseděla tak nízko. To už mám vyzkoušené. Když jsem byla na poslední kontrole na ortopedické ambulanci, tak mi ještě sestřička dala poukaz na nové francouzské hole a já jsem si je ještě vyzvedla, abych je měla s sebou do nemocnice. Teď se na nich s fyzioterapeutkou učím chodit a správně našlapovat. Zatím z toho mám dobrý pocit. Dnes jsem už chodila na schodech a byla jsem pochválena. Fyzioterapeutka nás postupně seznamuje s pomůckami, a hlavně nás s nimi učí zacházet. Ještě nás informovala, že při propuštění máme nárok na nástavec na toaletu a na sedačku do vany. Nástavec na toaletu si určitě vezmu, ale sedačku do vany asi nevyužiji. Sestřičky jsou ochotné, a když se na něco zeptám, vždy mi to vysvětlí. Už jsem se zvládla i sama umýt a rána se mi hojí hezky.“

Doplňující otázka: Jakým způsobem jste nacvičovala chůzi o francouzských berlích před operačním výkonem?

„Nijak zvlášť jsem chůzi o francouzských holích nenacvičovala. Hole mám doma přibližně čtyři roky, ale nepoužívala jsem je a poslední dva roky jsem opravdu chodila jen s jednou, abych odlehčovala bolesti při chůzi, a to jen občas. Obě hole jsem

doma vyzkoušela, ale bez instrukcí jak správně našlapovat se to těžko učí. Fyzioterapeutka mě na obou holích začala vlastně učit až tady po operaci.“

Doplňující otázka: Uvítala byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Jak jsem říkala, já jsem si většinu informací vyhledala na internetu, tak si myslím, že pomůcky jsem celkem dobře znala. Pravdou je, že jsem je neuměla úplně všechny používat a naučila jsem se to až v nemocnici po operaci. Bytové úpravy jsem měla také hotové, protože byly nezbytné díky mému onemocnění již před operací. Pokud by ale tyto informační schůzky fungovaly, určitě bych se přišla podívat. Čím více má člověk informací, tím lépe se může k operaci připravit, a hlavně to pomáhá i psychicky. Já bych asi hlavně využila toho nácviku chůze o holích a mohla bych se na schůzce ujistit, že mám všechny pomůcky, které budu po operaci potřebovat. Určitě je hodně lidí, kteří nemají možnost se k těmto informacím dostat. Mnoho starých lidí, kteří jdou na operaci, třeba ani internet nemají a tohle by byla dobrá možnost, jak informace získat.“

Pacient č. 7 – pan Z. F.

Rok narození: 1932

Diagnosa: Coxarthrosis l. dx

Výkon: TEP coxae l. dx

„Já už jsem hrozně starý, tak na ortopedii docházím už řadu let. Už si ani nevzpomínám, jak je to dlouho. Já v mládí hodně sportoval. Hrál jsem hokej i fotbal, tak jsem byl samý úraz. To jsem ale chodil nepravidelně, jen když mi něco bylo. Teď už dobře přes dvacet let chodím několikrát do roka na ortopedickou ambulanci. Zlobí mě kolena i kyčle. Byl jsem kvůli tomu i v lázních. Občas mě pan doktor poslal na

rehabilitaci, dával mi injekce, a hlavně užívám léky proti bolesti. Stále mi říká, ať zhubnu, jinak že mě budou klouby bolet celý život. To víte, mám přes 120 kilo a to se lékařům nelíbí. Také hrozilo, že pokud nezhubnu, tak operaci nebude možno provést. No, já jsem zhubnul asi jenom pět kilo, víc mi to nešlo. Mám rád prostě jídlo a pohybu už není tolik, co bývalo. Někdy, když mě ten kyčel opravdu hodně bolel, tak jsem nechodil ani moc ven. Hlavně teď přes zimu. Byl jsem rád, když jsme se s panem doktorem nakonec na termínu domluvili. Mohl jsem jít na operaci už před čtvrt rokem, ale nechtěl jsem jít na operaci v zimě, protože žiju sám a říkal jsem si, že když bude hodně sněhu, tak se budu bát po operaci chodit ven. Domluvili jsme se tedy na pozdější termín. Žiju sám a musím se o sebe postarat. Mám sice hodně sousedy, že když jsem něco potřeboval, tak mi to nakoupili. Děti žijí daleko ode mě, a hlavně chodí do práce, tak nemají čas za mnou stále jezdit. Když jsem nastoupil na operaci, tak se mě pan doktor ptal, jak to budu zvládat, když jsem doma sám. Že je prý lepší, když se mnou aspoň ze začátku někdo bydlí. Domluvili jsme se, že asi půjdu na oddělení následné péče, než budu trochu více soběstačný. Prý bych mohl hned z nemocnice také nastoupit do lázní, ale to jsem nevěděl, tak na to nejsem připravený a odmítnul jsem to. Operaci jsem zvládnul celkem dobře a ani po narkóze mi špatně nebylo. Od včera se učím chodit a zatím jsem toho moc nezvládnul. Včera jsem ušel asi dva kroky od postele a dnes to bylo podobné. Snad mi to půjde lépe. Trochu se toho chození bojím, abych se to naučil.“

Doplňující otázka: Jakým způsobem jste byl informován sestrou na ortopedické ambulanci o operačním výkonu před nástupem k hospitalizaci?

„Když mě pan doktor před operací naposledy vyšetřoval, vzala si mě sestřička stranou a říkala, co všechno si mám zařídit. Dala mi vše vytištěné na papíře a říkala, že všechna vyšetření, která jsou zde napsána, musí být před operací hotová. Jinak by třeba hrozilo, že operace bude odložená. Poslala mě k obvodní doktorce a ta že už bude vědět. Potom se mě ještě ptala, jestli mám doma hole. Někdy jsem sice chodil špatně, ale hole jsem nikdy nepoužíval. Tak mi sestřička dala ještě poukaz a já jsem si nové hole vyzvedl. To bylo vše a říkala, že to ostatní se dozvím, až nastoupím do nemocnice.“

Doplňující otázka: Které kompenzační pomůcky jste si přinesl k hospitalizaci?

„Já jsem si přinesl jenom ty francouzské hole, jinak nic. Nevěděl jsem, že budu potřebovat ještě něco jiného.“

Doplňující otázka: Kdy (v jakém časovém úseku) Vám byly tyto kompenzační pomůcky předvedeny?

„Sestřička, co se mnou začala cvičit, už mi nějaké pomůcky ukazovala, ale ještě je všechny neznám. Říkala, že se je budeme učit postupně používat. Zatím mám v posteli klín mezi kolena a učím se posazovat a lehat v lůžku. Stále mě neposlouchá ta operovaná noha, tak mi sestřička dala do postele sáček s pískem a musím o něj tu nohu opírat. Stále se mi točí špička do strany a to prý není dobře. Mám tady ještě takové kolečko pod patu, protože mě po operaci začala pálit, tak abych tam neměl otlaky. Teď už se v posteli víc pohybuju, tak to kolečko moc nepoužívám.“

Doplňující otázka: Uvítal byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Určitě bych to uvítal. Když jsem šel na operaci, tak jsem měl trochu strach a kolikrát jsem vůbec nevnímal, co mi sestřička říká. Bylo mi pak hloupé se na některé věci ptát, protože jsem si říkal, jestli už mi je neříkala. Když jsem nastoupil do nemocnice, tak těch informací bylo opravdu hodně najednou a já jsem si je prostě všechny nepamatoval. Přiznám se, že teď si to moc dobře nedovedu představit, že bych se o sebe doma sám postaral, ale jsem ještě krátce po operaci. Sestřička mě stále ujišťuje, že to zvládnou. Nedovedl jsem si představit, jak to po operaci vůbec bude vypadat. Přemýšlel jsem i o tom, že na tu následnou péči nepůjdu, ale teď už jsem si jistý, že této možnosti využiji. Co se týče té informační schůzky, tak kdybych ji mohl navštívit ještě před nástupem do nemocnice, tak by to bylo asi lepší. Možná, že kdybych měl všechny tyto informace dopředu, mohl jsem využít těch lázní, co mi sestřička nabízela místo následné péče. Jenže na to já nejsem připravený. Nemám tady tolik věcí na sebe a taky tady nemám dost peněz. Škoda.“

Pacient č. 8 – pan V. N.

Rok narození: 1947

Diagnosa: Coxarthrosis l. sin

Výkon: TEP coxae l. sin

„Já už jsem na totální endoprotéze kyčle podruhé. Poprvé jsem byl před dvěma lety s pravou kyčlí a teď jsem po operaci té levé. Léčím se s artrózou a mám postižená i kolena. Kyčle jsem měl ale více postižené artrózou. Všechno mám ještě v živé paměti z té první operace. Ani jsem se tentokrát nebál, jako když jsem šel poprvé. První operaci jsem zvládnul bez větších problémů a teď po té druhé je to zatím také bez komplikací. Byla to docela výhoda, protože jsem věděl, do čeho jdu a co mám očekávat. Ani jsem nepotřeboval všechny ty informace jako ostatní pacienti. Chodit o holích jsem už uměl a byt jsem měl přizpůsobený od první operace. Jsme domluveni i s manželkou, že až mě propustí z nemocnice, bude se mnou aspoň dva týdny doma. Při té první operaci jsme to podcenili, já zůstal po operaci doma sám a manželka chodila do práce. Bylo to pro mě docela náročné, abych dodržoval správný režim a zároveň se o sebe dokázal postarat. Když jsem si pak na ortopedické ambulanci domluvil termín, nechal jsem si udělat všechna předoperační vyšetření a nastoupil jsem do nemocnice. Sestřičky na oddělení mě před operací informovaly o přípravě a teď už hlavně spolupracuji s fyzioterapeutkou, která se mnou cvičí a dělá dohled. Nemám žádné problémy s pohybovým režimem, protože jsem si všechny návyky pamatoval ještě z té první operace. Dnes jsem byl prvně chodit po schodech a byl jsem pochválený, jak mi to šlo. Myslím, že půjdu brzo domů.“

Doplňující otázka: Byly pro Vás informace dostačující?

„Myslím, že ano. Je to ale hlavně tím, že už jsem stejnou operaci měl, a mohl jsem se na to připravit. Když jsem byl na operaci poprvé, tak jsem si všechny informace také nepamatoval hned.“

Doplňující otázka: Které kompenzační pomůcky jste si přinesl k hospitalizaci?

„Já jsem si s sebou přinesl pouze francouzské hole a jinak jsem všechny pomůcky nechal doma. Věděl jsem, že mi zde všechny pomůcky poskytnou k zapůjčení.“

Toalety jsou zde vyvýšené, tak ani není potřeba mít nástavec. Já mám doma nástavec na toaletu ještě ve slušném stavu, tak asi nebudu potřebovat nový. Jediné co mě mrzí, že jsem si nevzal z domova, jsou elastické punčocháče. Máme to jako prevenci embolie a nohy nám vážou obinadlem, které mi neustále padá. Je to docela nepohodlné, tak bych ty punčocháče spíše uvítal.“

Doplňující otázka: Uvítal byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Určitě bych to uvítal, ale hlavně před tou první operací. Tenkrát jsem si vlastně upravoval byt, až když jsem byl propuštěný z nemocnice. Některé pomůcky mi manželka dokupovala, když jsem byl ještě v nemocnici. Na tuto druhou operaci jsem byl už připravený a věděl jsem, co všechno budu potřebovat, tak to bylo mnohem snadnější. Kdybych na takovou schůzku byl ale pozvaný, asi by mě to lákalo i před tou druhou operací. Když o tom tak přemýšlím, mohl bych si tam aspoň překontrolovat, jestli po těch dvou letech nedošlo k nějakým novinkám.“

Pacientka č. 9 – paní J. V.

Rok narození: 1945

Diagnosa: Coxarthrosis l. dx

Výkon: TEP coxae l. dx

„První návštěvu na ortopedické ambulanci jsem měla asi před deseti lety. Začala jsem tam ale chodit nejprve s kolenem, protože jsem na něj upadla. Koleno mě občas bolelo, tak jsem střídala různé injekce do kolena s rehabilitací, ale moc mi to nepomáhalo. Asi před rokem mě začala bolet i kyčel a já myslela, že je to tím, jak ulevuji tomu kolenu. Šla jsem na kontrolu a pan doktor mi udělal rentgen i té kyčle. K mému překvapení mi sdělil, že ten kyčelní kloub je artrózou mnohem více poškozený

než to koleno. Řekl mi, že pokud se bude muset udělat endoprotéza, tak určitě první by měla být ta kyčel. Pozval si mě asi za půl roku na kontrolu a měla jsem se rozmyslet. Když jsem na další kontrolu přišla, byla jsem rozhodnutá podstoupit nejprve operaci kyčle, tak jak mi pan doktor doporučil. Hned jsem se tedy k operaci objednala. Od sestry jsem dostala instrukce, kdy a jaká vyšetření musím podstoupit před nástupem k operaci a že ostatní podrobnější informace dostanu, až nastoupím. Trochu jsem se bála, protože jsem ještě žádnou velkou operaci nepodstoupila. Ale moje snacha je zdravotní sestra, tak mi vysvětlila, jak to všechno probíhá, co budu k operaci potřebovat, a hlavně, jak se k té nové kyčli budu muset chovat a dodržovat pohybový režim. Přinesla mi z knihovny dvě knížky o endoprotézách kyčelního kloubu, které byly psané pro veřejnost, tak jsem je i hezky pochopila. Byly tam i obrázky různých pomůcek a poloh, kterých by se měl člověk po operaci vyvarovat. Bylo to pro mě hodně naučné. Přiznám se, že se mi i trochu ulevilo, protože člověk věděl, do čeho jde. Teď, když jsem po operaci, tak můžu s naprostou jistotou potvrdit, že ty informace měly obrovský smysl. Když jsem pak nastoupila do nemocnice, probíhalo všechno v takové rychlosti, že jsem vůbec neměla šanci všechny informace vstřebat. Nastoupila jsem na příjem, kde mi sestřičky něco málo řekly, pak na oddělení, kde se dodělávala nějaká vyšetření, začala předoperační příprava a hned ráno jsem šla na sál. Já byla teda ráda, že to všechno rychle uteklo a nemusela jsem na nic dlouho čekat, ale chci tím říct, že jak je člověk před tou operací vystresovaný, tak může určitě na něco zapomenout. Paní tady vedle si třeba úplně zapomněla vyndat zubní protézu, když šla na sál a to jí to sestřička nejmíň třikrát opakovala. Myslím si, že já jsem operaci zvládla celkem dobře a bez komplikací. Pozitíí už bych měla jít domů. O francouzských holích chodím dobře, a to i po schodech, bolesti mám minimální a vykoupat už se zvládnou také sama. Operační rána se hojí dobře a na doporučení sestřičky jí začínám mazat vazelínou. Už se těším domů. Manžel je v důchodu, tak mi zpočátku se vším pomůže, než to zvládnou zase všechno sama.“

Doplňující otázka: Které kompenzační pomůcky jste si přinesla k hospitalizaci?

„Do nemocnice jsem si přinesla francouzské hole, které jsem si ještě před nástupem vyzvedla ve zdravotnických potřebách. Snacha mi ještě doporučila, abych si

do nemocnice koupila elastické punčochy, že při chůzi jsou obinadla nepohodlná a padají. Nic jiného jsem si do nemocnice nebrala a byla jsem domluvená s rodinou, že pokud bych během hospitalizace něco potřebovala, tak mi to dokoupí.“

Doplňující otázka: Jakým způsobem Vás informovaly sestry o bytových úpravách vhodných před propuštěním do domácího ošetřování?

„Když jsem byla asi třetí den po operaci a začala jsem více s rehabilitací, tak mě sestřička informovala o některých bytových úpravách. Kladla hlavně důraz na sedání na nízkou židli a nízké lůžko. Dále říkala, abych si doma odstranila doplňky a překážky, které by mi vadily v chůzi. Třeba různé koberečky po bytě, nábytek v prostoru, vysoké prahy u dveří. Také mě informovala o vhodných doplňcích v koupelně a na toaletě, jako jsou madla, protiskluzová podložka či poličky v dosahu. Některé z těchto věcí jsem si již přečetla v zapůjčených knížkách, ale určitě bylo dobré si je připomenout.“

Doplňující otázka: Probíhaly Vaše bytové úpravy ještě před nástupem do nemocnice, a pokud ano, jaké?

„Přiznám se, že jsem žádné zásadní bytové úpravy před hospitalizací nedělala. S manželem jsem domluvená, že po dobu, co jsem v nemocnici, zajistí madla do koupelny a protiskluzovou podložku. Mám doma pouze vanu a bojím se, abych neuklouzla. Budu si muset ještě zařídit nějaký klín mezi kolena a také něco vyššího na sezení na židli.“

Doplňující otázka: Uvítala byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Jistě by to bylo pro všechny pacienty přínosem. Pokud bych neměla snachu zdravotní sestru, určitě bych těch informací o totální endoprotéze před operací neměla tolik. Asi by mě ani nenapadlo jít do knihovny a půjčit si o tom knížku. Kdybych měla možnost navštívit informační schůzku, která by se týkala konkrétně operačního výkonu, určitě bych se zašla podívat.“

Pacient č. 10 – pan M. S.

Rok narození: 1947

Diagnosa: Coxarthrosis l. dx

Výkon: TEP coxae l. dx

„V nemocnici jsem byl už několikrát, ale na ortopedii jsem ještě nikdy neležel. K panu doktorovi do ambulance chodím asi sedmým rokem. Měl jsem už těžkou artrózu, a tak mi pan doktor doporučil výměnu kloubu. Prý už na to mám vhodný věk, aby endoprotéza vydržela celý život. Během těch sedmi let, co se léčím na ortopedii, jsem na ambulanci docházel spíš podle potřeby. Měl jsem období, kdy jsem neměl vůbec žádné bolesti, a pak jsem měl období, kdy to bolelo hodně, a chodil jsem na injekce. Poslední půl rok už jsem měl bolesti dost intenzivní, a hlavně v noci, když jsem šel spát. Užíval jsem léky proti bolestem skoro už pravidelně. Myslím, že termín přišel právě včas. U nás v rodině nikdo podobnou operaci neměl, a tak jsem si nedovedl představit, co od toho mám očekávat. Některé informace jsem získal již na ambulanci před nástupem do nemocnice, ale to byly spíše takové obecné. Sestřička mi říkala, co vše budu do nemocnice potřebovat a jaká vyšetření si musím nechat udělat, abych tu operaci mohl podstoupit. Ještě mi dala poukaz na francouzské hole, protože ty jsem doma neměl a k operaci jsem je potřeboval. Teď jsem už pátý den po operaci a začínám se pomalu učit chodit, vstávat a uléhat na lůžko, otáčet se v lůžku a přiznám se, že jsem netušil, že budu muset dodržovat tak přísný pohybový režim. Myslel jsem si, že když mi kloub vymění, tak to bude jako s kloubem vlastním. Věděl jsem, že po operaci budu mít pohybový režim omezený, ale sestřička mi říkala, že některé věci budu muset dodržovat celý život. To jsem opravdu netušil. Ale na druhou stranu, pokud nebudu mít bolesti, tak se rád přizpůsobím. Fyzioterapeutka se mnou cvičí každý den a postupně přidává další instrukce. Říkala, že se budu učit oblékat tak, abych neprovedl hluboký předklon, a také se budu učit chůzi po schodech. Až prý zvládnou být soběstačný, tak budu moct jít domů.“

Doplňující otázka: Jakým způsobem Vás informovaly sestry o bytových úpravách vhodných před propuštěním do domácího ošetřování?

„Přiznám se, že jsem o konkrétních bytových úpravách ještě s nikým nemluvil. Když mě sestřička doprovázela na toaletu, tak mi říkala, že si musím sednout na nástavec, který pak dostanu při propuštění a ptala se, jestli mám doma na toaletě a v koupelně madla, protože je to po operaci vhodné. Madla samozřejmě doma nemám, tak se asi domluví se synem, aby mi je tam připevnil. Ještě tady budu minimálně týden, tak doufám, že ještě nějaké konkrétní informace dostanu.“

Doplňující otázka: Pokud byste tento výkon musel podstoupit znovu, požadoval byste jiné informace, popř. jaké?

„Když jste se ptala na ty bytové úpravy, tak by asi bylo vhodné je vědět ještě před nástupem do nemocnice. Budu se je pravděpodobně dozvídat až teď, během pobytu v nemocnici, a už jsem je mohl mít třeba hotové, než jsem nastoupil. Uvidím, o čem mě bude ještě sestřička informovat. Třeba můj byt bude vyhovovat. Taky bych rád, aby se mnou některé sestřičky více mluvily samy od sebe. Hodně informací získávám tím, že se hodně ptám, protože se nestydím. Ale myslím si, že by hlavně měly mluvit jako první, a ne až se zeptám. Sestřičkám všechny tyhle informace ohledně operace přijdou samozřejmě, tak jim možná nepříjde důležité o tom informovat. Pravdou je, že kdykoliv jsem se na něco zeptal, tak jsem dostal ochotně odpověď. Kdybych se ovšem neptal, tak bych třeba měl informací minimum.“

Doplňující otázka: Uvítal byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

„Možná bych to před operací nepovažoval za důležité, jít na takovou schůzku, ale teď vím, že by to bylo určitě přínosné. Těch informací ohledně operace a pohybového režimu je opravdu hodně. Určitě bych si vyzkoušel chůzi o francouzských holích, protože o těch jsem ještě nikdy nechodil. Pokud bych se tam dozvěděl i ty bytové úpravy, určitě by to bylo lepší před hospitalizací. Takhle vlastně musím čekat, zda budu muset doma ještě podniknout nějaké úpravy, či nikoliv.“

5. Diskuze

Hlavním cílem této práce bylo metodicky zjistit informovanost pacientů před totální endoprotézou kyčelního kloubu, identifikovat nejčastější problémy pacientů po operaci kyčelního kloubu a analyzovat potřeby pacientů po totální náhradě kyčelního kloubu před propuštěním. Cílem dále bylo posoudit, zda podané informace jsou pro pacienty dostačující pro návrat do domácího ošetřování. Informovanost pacientů před operací je důležitou součástí kvality ošetrovatelské péče a vede ke spokojenosti pacientů.

Výzkumné šetření proběhlo formou hloubkových rozhovorů u deseti náhodně vybraných pacientů po totální náhradě kyčelního kloubu, kteří byli hospitalizováni na ortopedickém oddělení Nemocnice Tábor, a.s. Mezi vybranými pacienty bylo pět žen a pět mužů, kteří byli různě dlouhou dobu po operačním zákroku. Pacientům po hloubkovém rozhovoru bylo položeno několik doplňujících otázek, přičemž otázka „*Uvítal/a byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.*“ byla podána cíleně všem pacientům, aby se zjistil případný zájem o změnu v podávání informací. Cílem těchto rozhovorů bylo zjistit, do jaké míry, jakým způsobem a kdy jsou pacienti informováni o totální náhradě kyčelního kloubu a pohybových omezeních souvisejících s pooperačním stavem a zda se během hospitalizace vyskytly nějaké problémy, které by mohly souviset s propuštěním do domácího ošetřování. Všichni pacienti byli předem upozorněni a informováni o účelu rozhovoru a jeho použití. Nebyly zde použity žádné osobní údaje a rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení, na což pacienti byli předem upozorněni.

MUDr. Sosna (Sosna, 2003) ve své knize uvádí, co by měl udělat před operací sám pacient. Doporučuje, aby měl pacient před nástupem do nemocnice v pořádku všechny osobní věci, jako jsou návštěvy banky, úřadů, pošty apod., poukazuje na důležitost domácího zázemí, kdy by pacient neměl být po propuštění doma sám, a klade důraz na vhodně připravené domácí prostředí a dovybavení bytu nezbytnými doplňky

pro dodržování pohybového režimu po náhradě kyčelního kloubu. Jiná literatura uvádí (Sestra, 1/2009) a doporučuje odstranit z bytu předměty, po kterých by pacient mohl uklouznout a radí pacientům, jak vhodně připravit koupelnu a toaletu ještě před nástupem do nemocnice. Literatura (Sestra, 1/2009; Sosna, 2003) zde doporučuje do koupelny umístit madla a protiskluzovou podložku a na toaletu umístit držadlo a nástavec. Z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že z dotazovaných pacientů si osobní věci, jako jsou návštěvy banky, úřadů a pošty nezařizoval žádný z dotazovaných pacientů a žádný z dotazovaných pacientů nezmiňuje, že by musel tyto osobní záležitosti vyřizovat během pobytu v nemocnici. O své domácí zázemí, tak aby pacient nebyl po propuštění doma sám, se před nástupem k hospitalizaci zajímala pouze polovina dotazovaných. Z toho jeden pacient znal tuto problematiku od své první operace, ostatní čtyři se to dozvěděli od svých příbuzných, z literatury nebo internetu. Ostatních pět dotazovaných pacientů nenapadlo před operací řešit svoje domácí zázemí. Jedna z pacientek začala řešit domácí zázemí s dcerou až v době hospitalizace, ostatní tuto problematiku zatím neřešili. MUDr. Sosna (Sosna 2003) ve své literatuře uvádí, že pokud pacient domácí zázemí vyřešené nemá a není schopen se o sebe sám doma postarat, následuje další léčba na oddělení rehabilitace nebo na oddělení následné péče, a to v délce minimálně šesti týdnů od operace. Myslím si, že pokud je pacient dlouhodobě objednan k plánovanému výkonu, měl by problematiku domácího zázemí řešit ještě před nástupem k hospitalizaci a o této problematice by měl být každý pacient informován od sester z ortopedie s dostatečným předstihem. Domnívám se, že pacient po náhradě kyčelního kloubu by měl využívat lůžek následné péče minimálně, a to pouze v případě, pokud jsou vyčerpány veškeré možnosti. Operace totální endoprotézy je výkon, na který se pacient připravuje dlouhou dobu s předstihem a důležitou součástí by se zde měla stát spolupráce rodiny a podání informací příbuzným ještě před nástupem k hospitalizaci. Lůžka následné péče by tak mohla být využívána u pacientů s akutní diagnózou, kteří se na tuto problematiku domácího zázemí nemohou s dostatečným předstihem připravit. K otázce vybavenosti bytu vhodnými doplňky před operací nevědělo sedm dotazovaných pacientů, ale uvedli, že většinu těchto informací se dozvěděli během hospitalizace. Jeden pacient měl již vybavený byt po první operaci,

další pacient měl tyto informace od bratra a třetí pacientka měla doma tyto doplňky již dříve, a to díky svému onemocnění. Pacienti byli nadále dotazováni, jakým způsobem byli informováni sestrou na ortopedické ambulanci ještě před nástupem k hospitalizaci o operačním zákroku. Autor Kala (Kala, 2010) v tomto směru udává, že je zcela zásadní podat pacientovi dostatečné množství informací související s operačním zákrokem, vysvětlit veškeré úkony potřebné v předoperační přípravě a informovat o možných komplikacích v pooperačním období. Dále, že jsou důležité informace o pravděpodobné délce pobytu, následné rehabilitaci a také trvalých omezeních souvisejících s operačním výkonem. Téměř všichni pacienti dostali od sestry z ortopedické ambulance stejné informace v tištěné podobě, kde byla uvedena veškerá vyšetření nutná k operaci a dále informace o poučení pacienta před přijetím k operaci (Příloha 6). Pacienti uvádí, že žádné konkrétní informace ohledně operačního výkonu před hospitalizací nedostali a bylo jim řečeno, že veškeré další informace dostanou během pobytu v nemocnici. Další probíranou problematikou byl nácvik chůze o francouzských holích ještě před nástupem k hospitalizaci. Literatura (Sestra, 2/2012; Kolář, 2009) uvádí, že je potřeba v rámci předoperační přípravy s fyzioterapeutem provést nácvik chůze o francouzských holích a dokonce se v literatuře (Sosna, 2003) se uvádí, že první nácvik chůze by měl pacient provádět o vysokých podpažních berlích. Šetření však ukázalo, že nácvik chůze je prováděn pouze o holích francouzských a žádný z dotazovaných pacientů neprováděl nácvik chůze pod odborným dohledem před plánovaným výkonem. Šest dotázaných pacientů vůbec nikdy nechodilo o francouzských holích a nikdy to pod odborným dohledem nezkoušelo, dvě pacientky občas používaly jednu hůl na odlehčení, když měly větší bolesti, další pacientka chodila o holích již rok před operací a poslední pacient uměl chodit o francouzských holích díky své předchozí operaci. Všech deset pacientů ovšem uvedlo, že jim byly poskytnuty francouzské hole ještě před nástupem k operaci a byli poučeni, že si je mají přinést s sebou k hospitalizaci. Literatura (Sestra 1/2009) například ještě doporučuje, aby si pacient k hospitalizaci přinesl kromě francouzských holí také elastické kompresní punčochy k prevenci tromboembolické nemoci. Žádný s oslovených pacientů nevedl, že by takové doporučení od sester z ortopedické ambulance dostal. Co se týče kompenzačních pomůcek a seznámení s nimi,

vedla většina pacientů, že nácvik s těmito pomůckami prováděli až během hospitalizace po operačním zákroku. Pět z těchto pacientů vidělo pomůcky poprvé až při hospitalizaci, tři pacienti znali pomůcky díky informacím z internetu a od příbuzných, jeden pacient znal pomůcky díky předchozí operaci a poslední pacientka měla některé pomůcky již doma k dispozici, díky svému onemocnění. Osm pacientů uvedlo, že byli informováni o tom, že mají nárok na nástavec na toaletu, který obdrží při propuštění. Další důležitou součástí rozhovorů bylo, zda jsou pro pacienty informace, které dostávají od zdravotnického personálu, dostačující. Sestra by se měla vyjadřovat přesně, srozumitelně, jasně a opakovaně, jak uvádí autorka Kristová ve své knize (Kristová, 2009). Měla by si pacienta umět získat, vysvětlit mu vše potřebné, přesvědčit, motivovat a povzbuzovat ho. V tomto směru z rozhovorů vyplynulo, že převážná část pacientů uvedla, že jim informace od sester přišly dostačující a že informace dostávají postupně. Ovšem všichni pacienti se shodují na tom, že veškeré informace dostali až během hospitalizace po operačním výkonu. Pacienti se dále ve většině odpovědí shodli, že by bylo vhodnější některé informace dostat ještě před nástupem k hospitalizaci, jelikož některé věci si museli zařizovat prostřednictvím příbuzných přímo z nemocnice. To potvrzuje i literatura (Sestra, 9/2004), jak je důležité už před operací myslet na dobu po propuštění z nemocnice. Pouze dva pacienti měli veškeré informace související s náhradou kyčelního kloubu ještě před operací, a to proto, že jeden pacient již tuto operaci podstoupil v minulosti a jedna pacientka tuto problematiku znala díky svému chronickému onemocnění. Pacienti dále udávají, že sestry jim poskytovaly informace ochotně a někteří udávají, že dostávali informace opakovaně, jiní dostávali informace pouze na vyřčený dotaz. Předpokládám, že rozdílnost názorů pacientů v získávání informací od sester je dána různým obsazením jednotlivých směn a jednotlivých sester, které provádí skupinovou péči u pacientů. Magurová (Magurová, 2009) ve své knize uvádí, že sestra by měla být ve všech směrech profesionální, a to jak v oblasti kognitivní, kde uplatňuje svoje vědomosti, tak v oblasti behaviorální, která zahrnuje praktickou dovednost a zručnost, a to nejen manuální, ale také v souvislosti s komunikací. Poslední otázka, která byla položena všem deseti pacientům, se týkala případných změn v podávání informací, pokud by z šetření vyplynulo, že informace

jsou nedostačující nebo nějakým způsobem nevyhovující. Změnu v podávání informací, kde by byly předváděny kompenzační pomůcky, chůze o berlích a informace by byly podávány prostřednictvím letáků nebo videa, by uvítala většina pacientů. Pacienti by byli lépe připraveni na operační výkon a mohli by tak předejít problémům, které u některých pacientů mohou nastat během hospitalizace, jako jsou nepřipravenost domácího prostředí, chůze o francouzských holích, či nákup kompenzačních pomůcek. To potvrzuje i Venglářová (Venglářová, 2006) ve své knize, kde uvádí, jak je důležité informovat pacienty ve správný čas a na správném místě. Z šetření vyplynulo, že pacientka č. 1 by tuto informační schůzku uvítala určitě. Seznámila by se tam s kompenzačními pomůckami a stála by o to, aby si vyzkoušela chůzi o francouzských holích. Pacientka č. 2 uvádí, že by jí určitě nevadilo přijet na takovou schůzku, a i když si vyhledala kompenzační pomůcky na internetu, ráda by se na ně přijela podívat a vyzkoušela je. Pacient č. 3 si také myslí, že by to bylo dobré. Říká, že mu sice sestřičky informace podaly, ale bylo jich tolik, že by je mohl snadno zapomenout. Pokud by byla prováděna instruktáž, určitě by si to i lépe zapamatoval. Pacient č. 4 to přivítal jako dobrý nápad. Uvádí, že informací je při nástupu k hospitalizaci hodně a člověk si je všechny nepamatuje. Poukazuje na vhodnost si nacvičit chůzi o francouzských holích před operací. Venglářová (Venglářová, 2006) dále v tomto směru uvádí, jak důležité je zapojit pacienta do své léčby tak, abychom ho něčemu naučili. Nejde jen o předávání informací, ale také o názorné ukázky nebo prezentace činností. Pacientka č. 5 by na takovou schůzku nepřijela, a to hlavně z toho důvodu, že před operací už velmi špatně chodila. Říká, že by to ale pro mnoho pacientů bylo přínosné, a pokud by před operací chodila lépe, uvažovala by o návštěvě takové schůzky. Pacientka č. 6 uvádí, že si také většinu informací vyhledala na internetu. Přiznává, že pomůcky, které si na internetu vyhledala, neuměla používat a učila se to až po operačním zákroku, a pokud by měla možnost, určitě by se na schůzku přišla podívat. Pacientka dále udává, že by hlavně využila nácvičku chůze o francouzských holích a měla by možnost si překontrolovat, zda má všechny pomůcky, které bude po operaci potřebovat. Říká, že pokud má pacient dostatek informací, může se na operaci lépe připravit, a to i po psychické stránce. Kristová (Kristová, 2009) ve své knize potvrzuje, že pokud má pacient přiměřené

množství informací, stává se pacientem spokojeným. Pokud má pacient informace nedostatečné, nebo se mu dostává informací v nadměrném množství, nedokáže je přijmout ani zpracovat a výsledkem je neinformovaný nespokojený pacient. Pacient č. 7 by tuto informační schůzku určitě uvítal, protože přiznává, že měl před operací trochu strach a nevnímal některé věci, které mu sestřička říkala. Potom mu bylo hloupé se na některé věci ptát, protože si říkal, že už ho o tom asi někdo informoval, jenom si to nepamatuje. Poukazuje na to, že informací je opravdu hodně najednou a bylo by lepší je mít rozložené. Uvádí, že kdyby měl například informaci o tom, že může po operaci absolvovat lázně, tak by této možnosti využil. Teď, když se tuto informaci dozvěděl během hospitalizace, bylo to pro něj pozdě. Pacient č. 8 by tuto informační schůzku uvítal spíše před svojí první operací, kdy před dvěma lety podstoupil totální náhradu kyčelního kloubu vpravo. Tenkrát si zařizoval pomůcky a prováděl bytové úpravy s pomocí manželky také za hospitalizace a nyní na to byl již připravený. Ale určitě by to také uvítal. Pacientka č. 9 říká, že by to bylo pro všechny pacienty jistě přínosem. Pokud by neměla snachu zdravotní sestru, určitě by neměla tolik informací o totální endoprotéze kyčelního kloubu a o problematice, která s tím souvisí. Kdyby měla možnost navštívit informační schůzku, která by se týkala operačního výkonu, zašla by se podívat. Pacient č. 10 by nepovažoval za důležité jít před operací na takovou informační schůzku, ale teď si uvědomuje, nakolik by taková schůzka byla přínosná. Uvádí, že informací ohledně operace a pohybového režimu je hodně. Pokud by na tuto informační schůzku šel, určitě by si vyzkoušel chůzi o francouzských holích a mohl by si provést bytové úpravy ještě před nástupem k hospitalizaci.

6. Závěr

Z výzkumného šetření, které bylo provedeno na ortopedickém oddělení Nemocnice Tábor, a.s. vyplývá, jak důležitou roli hraje podávání informací ještě před nástupem k hospitalizaci a jak může ovlivnit dobu hospitalizace a případné propuštění do domácího ošetřování.

Prvním cílem práce bylo identifikovat nejčastější problémy pacientů po náhradě kyčelního kloubu před propuštěním do domácího ošetřování. Hlavním problémem se neukázala být nedostatečná informovanost pacientů ze strany sester, jako spíše to, kdy tyto informace pacienti dostávají. Pacienti vesměs uvádí, že potřebné informace od sester dostaly v dostatečné míře, ovšem až v době hospitalizace, což se v některých případech potvrdilo jako nevyhovující. Díky pozdě podaným informacím se tak například může neplánovaně prodloužit doba hospitalizace, protože pacient na propuštění do domácího ošetřování není dostatečně připraven. S tímto problémem souvisí i druhý cíl této práce, kdy se analyzovaly potřeby pacientů před propuštěním do domácího ošetřování. Šetřením bylo zjištěno, že pacienti, kteří dostali informace až v době hospitalizace, neměli dostatečně připravené domácí zázemí, neměli k dispozici pomůcky vhodné po náhradě kyčelního kloubu, a museli tuto problematiku řešit prostřednictvím rodiny. Cíle byly splněny.

Doporučením pro sestry a přínosem pro pacienty by jistě bylo podpořit zlepšení informovanosti pacientů ze strany personálu a uskutečnit tak informační schůzky pro pacienty ještě před nástupem k hospitalizaci. Pacienti by tak měli možnost si dostatečně připravit pomůcky vhodné pro pohybový režim po náhradě kyčelního kloubu a měli by s dostatečným předstihem možnost si připravit i domácí prostředí tak, aby mohli být kdykoliv propuštěni do domácího ošetřování.

Návrhem pro řešení této problematiky by pro vedoucí pracovníky ortopedického oddělení bylo zorganizovat informační schůzky pro pacienty před plánovanou operací totální endoprotézy kyčelního kloubu. Schůzky by měly být organizovány v pravidelných intervalech minimálně 1x za 14 dní. Pacienti by měli možnost se seznámit s kompenzačními pomůckami, které by zde byly k dispozici, a mohli by si tyto pomůcky vyzkoušet. Zároveň by mohla být promítána prezentace formou Power pointu

nebo videa zaměřená na tuto problematiku. K nahlédnutí by mohl být například i vzorek materiálu, ze kterého je endoprotéza vyrobená nebo i vzorek endoprotézy skutečné. Součástí informační schůzky by měla být i přítomnost fyzioterapeuta, který by pacienty informoval o pohybovém režimu a rehabilitaci po operaci. Pacienti by si tak v rámci informační schůzky mohli společně s fyzioterapeutem natrénovat chůzi o francouzských holích a vyzkoušet kompenzační pomůcky, které se doporučují po náhradě kyčelního kloubu. Sestra by dále mohla s dostatečným předstihem informovat o pravděpodobné délce pobytu, nabídnout další pomoc při zvládnání předoperačního období. Poučit pacienta o ošetrovatelské péči a možných komplikacích. Připravený a dostatečně informovaný pacient se tak stává pacientem spokojeným.

7. Použitá literatura

- 1 KOUDELA, K. a kol. *Ortopedie*, Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0654-2.
- 2 SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*, Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-202-8.
- 3 SOSNA, A. a kol. *Náhrada kyčelního kloubu*, Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-302-4.
- 4 DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*, Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
- 5 ČECH, O. *Historie československé, české a slovenské ortopedie*, Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-629-8.
- 6 TALIÁNOVÁ, M. Péče o nemocné po totální endoprotéze kyčelního kloubu, *Sestra*, 2009, č.1, str.75-77, ISSN 1210-0404.
- 7 NAŇKA, O., M. ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*, Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
- 8 DAUBER, W. *Feneisův obrazový slovník anatomie*, Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1456-1.
- 9 DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*, Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
- 10 SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii II.*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.
- 11 VALENTA, J. a kol. *Základy chirurgie*, Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4.
- 12 LÉKAŘIONLINE.CZ. *Totální endoprotéza kyčle* [online]. 2012-03-30, poslední aktualizace [2009-11-19]. Dostupné z www: <<http://www.lekari-online.cz/ortopedie/zakroky/kycel-endoproteza>>.
- 13 PAVELKOVÁ, A. *Revmatoidní artritida*, Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-192-9.

- 14 CHOVANCOVÁ, D. Ošetrovatelská péče o pacienty po zlomenině kyčelního kloubu a následnou implantací TEP, *Sestra*, 2004, č.9, str.44, ISSN 1210-0404.
- 15 LINKOS. *Nádory kostí, kloubů a chrupavky* [online]. 2006-08-01, poslední aktualizace [2009-10-07]. Dostupné z <http://www.linkos.cz/nadory-kosti-kloubu-a-chrupavky-c40-41/o-zhoubnych-nadorech-kosti-kloubu-a-chrupavky/>.
- 16 RACHLÍKOVÁ, E. *Funkční poruchy kloubů končetin*, Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0237-1.
- 17 JAHODA, D., A. SOSNA a O. NYČ a kol. *Infekční komplikace kloubních náhrad*, Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-158-1.
- 18 KALA, Z., I. PENKA a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*, Brno: NCO NZO, 2010. ISBN 978-80-7013-518-1.
- 19 SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření*, Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1079-2.
- 20 NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
- 21 SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I.*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
- 22 KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*, Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-160-3.
- 23 MAGUROVÁ, D., L. MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v Ošetrovatel'stve*, Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.
- 24 KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 25 ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*, Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
- 26 JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 27 PIECKOVÁ, L. Management bolesti-charakteristika bolesti, její rozdělení,

- Sestra*, 2011, č.07/08, str.37-38, ISSN 1210-0404.
- 28 CHALOUPKA, R. a kol. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-341-4.
- 29 MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II.*, Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0428-0.
- 30 HALÁSOVÁ, M. a V. PANOŠOVÁ. Život po endoprotéze kyčelního kloubu, *Sestra*, 2010, č.10, str.65-67, ISSN 1210-0404.
- 31 KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*, Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 32 FARKAŠOVÁ, D. a kol., *Ošetrovatelství – Teorie*, Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
- 33 TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 80-7013-324-4.
- 34 ROVNOVÁHA TĚLA. *Kostra dolní končetiny* [online]. [cit.2012-02-15]. Dostupné z: <http://rovnovahatela.ic.cz/stranky/anatomienoha.php>.
- 35 ORTHES. *Totální endoprotéza kyčle* [online]. [cit.2012-03-01]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/types.htm>.
- 36 RESURF MED. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu* [online]. [cit.2012-03-22]. Dostupné z: <http://www.r-med.eu/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu>.
- 37 ZDRAVOTNICKÉ POTŘEBY. *Zdravotnické potřeby a pomůcky* [online]. [cit.2012-03-22]. Dostupné z: <http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/>.
- 38 VENGLÁŘOVÁ, M., G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

8. Klíčová slova

Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Ortopedie

Sestra

Informovanost

Propuštění

Ošetrovatelská péče

9. Použité zkratky

TEP – totální endoprotéza

RTG – rentgen

SONP – spojené ocelárny národního podniku

EKG – elektrokardiograf

TEN – tromboembolická nemoc

Apod. – a podobně

Tzn. – to znamená

10. Přílohy

10.1 Seznam příloh

Příloha 1 Anatomie kyčelního kloubu

Příloha 2 Totální endoprotéza kyčelního kloubu

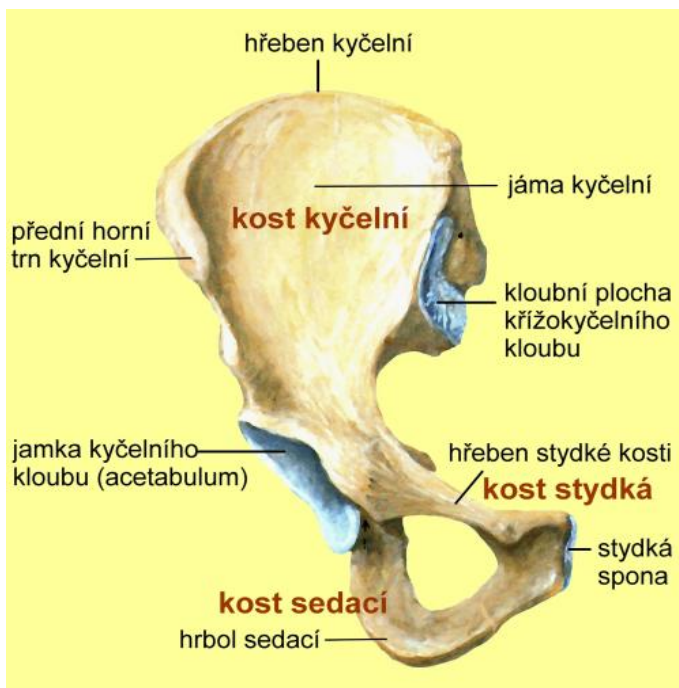
Příloha 3 Kontraindikované polohy po TEP kyčelního kloubu

Příloha 4 Kompenzační pomůcky po TEP kyčelního kloubu

Příloha 5 Doplnující otázky k rozhovoru s pacienty

Příloha 6 Pozvánka k hospitalizaci na ortopedické oddělení a poučení pacienta před přijetím k operaci

Příloha 1 Anatomie kyčelního kloubu

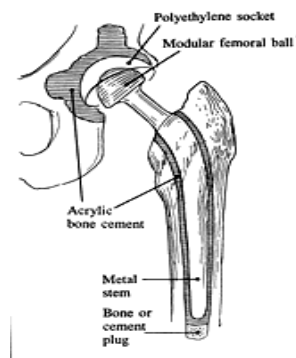


Zdroj: Rovnováha těla – oba snímky, dostupné na [www:](http://rovnovahatela.ic.cz/stranky/anatomienoha.php)

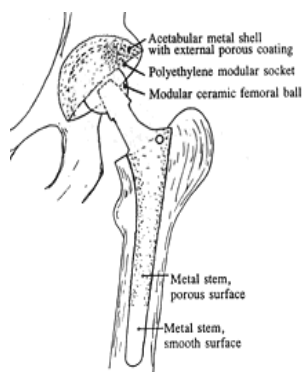
<http://rovnovahatela.ic.cz/stranky/anatomienoha.php>

Příloha 2 Totální endoprotéza kyčelního kloubu

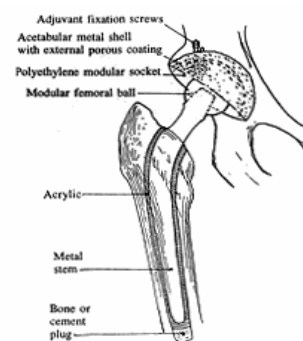
Cementovaná náhrada



Necementovaná náhrada

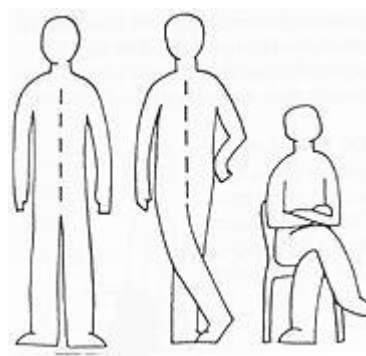


Hybridní náhrada



Zdroj: Orthes – snímky dostupné na [www: http://www.orthes.cz/types.htm](http://www.orthes.cz/types.htm)

Příloha 3 Kontraindikované polohy po TEP kyčelního kloubu



Zdroj: Resurf Med – snímky dostupné na [www: http://www.r-med.eu/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu](http://www.r-med.eu/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu)

Příloha 4 Kompenzační pomůcky po TEP kyčelního kloubu



Francouzské hole



Nástavec na francouzskou hůl – proti uklouznutí



Madla do koupelny a na toaletu



Sklopné madlo do koupelny a na toaletu



Nástavec na toaletu



Sedačka na vanu s madlem



Sedačka do sprchy s opěradlem výškově nastavitelná



Ergonomický podavač



Lopatka se smetákem



Dlouhá lžice na obuv



Pomůcka na oblékání s dvěma háky



Návlékač ponožek



Klín mezi kolena

Zdroj: Zdravotnické potřeby - snímky dostupné na www: <http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/>

Příloha 5 Doplnující otázky k rozhovoru s pacienty

- 1/ Jakým způsobem jste byl informován/a sestrou na ortopedické ambulanci o operačním výkonu před nástupem k hospitalizaci?
- 2/ Jaké Vám byly předvedeny kompenzační pomůcky potřebné pro návrat do domácího prostředí ještě před hospitalizací?
- 3/ Kdy (v jakém časovém úseku) Vám byly tyto kompenzační pomůcky předvedeny?
- 4/ Jakým způsobem jste nacvičoval/a chůzi o francouzských berlích před operačním výkonem?
- 5/ Které kompenzační pomůcky jste si přinesl/a k hospitalizaci?
- 6/ Jakým způsobem Vás informovaly sestry o bytových úpravách vhodných před propuštěním do domácího ošetřování?
- 7/ Probíhaly Vaše bytové úpravy ještě před nástupem do nemocnice, a pokud ano, jaké?
- 8/ Byly pro Vás informace dostačující?
- 9/ Pokud byste tento výkon musel/a podstoupit znovu, požadoval/a byste jiné informace, popř. jaké?
- 10/ Uvítal/a byste tyto informace ještě před nástupem k hospitalizaci?
- 11/ Uvítal/a byste změnu v podávání informací, například formou informačních schůzek či seminářů, které by se konaly před nástupem k hospitalizaci, kde by bylo možno seznámit se s kompenzačními pomůckami, bytovými úpravami, s pohybovým omezením po operaci, a to formou propagačních materiálů, ukázkou pomůcek, nácvikem chůze apod.?

Příloha 6 Pozvánka k hospitalizaci na ortopedické oddělení a poučení pacienta před přijetím k operaci

POZVÁNKA K HOSPITALIZACI NA ORTOPEDICKÉ ODDĚLENÍ

Jméno a příjmení:

RČ:

Dostavte se dne: _____ v 8:00 hodin k přijetí na naše oddělení k plánované operaci.

Příjmová dokumentace bude s Vámi sepsána na ortopedické ambulanci (hlavní vchod nemocnice, přízemí). S sebou přineste **kompletní předoperační vyšetření** (viz níže), osobní a hygienické potřeby, vhodnou, pevnou a pohodlnou domácí obuv, při operacích na dolních končetinách i pár francouzských holí.

Bez uvedených náležitostí hrozí riziko zrušení termínu operace.

Předpokládaná délka hospitalizace po operacích kloubních náhrad je 10 dnů, každý pacient by měl mít před přijetím do nemocnice zajištěnou následnou domácí, event. další ústavní péči. Naše oddělení tuto péči automaticky nezajišťuje.

Žádanka o předoperační vyšetření

(zajistí obvodní /závodní/ lékař)

Vážený kolego,

Pacient

bude přijat na ortopedické odd. s dg.:

.....

k operaci:

Prosíme o výsledky následujících vyšetření (nesmí být starší více než 2 týdny):

1. Laboratorní vyšetření:

KO + diferenciál + trombocyty, FW, INR, krvácivost, srážlivost

Biochemické vyšetření krve: urea, kreatinin, kys. močová, mineralogram, jaterní testy, glykémie, CRP

KVAB, vyš. moči chemicky + sediment, při pozitivním kultivačním nálezu je nutné včasné přeléčení a při příjmu již **negativní kultivační nález v moči**

Výtěr z krku a nosu na bakteriologické vyšetření

Krevní skupina + protilátky

2. EKG, RTG srdce + plíce

3. Interní vyšetření s vyjádřením k plánované operaci (k vyšetření jsou nutné výsledky výše uvedených laboratorních vyšetření), v případě dalších onemocnění – např. kardiologického, plicního, revmatologického, diabetu, antikoagulační léčby je nutné vyšetření příslušnými specialisty a doplnění dalších vyšetření.(ECHO srdce, spirometrie, ... **nutné je vysazení antikoagulační léčby** min. 10 dní před operací

4. Doplnující vyšetření: kontrola a event. sanace chrupu (s dostatečným časovým předstihem) s vyloučením fokální infekce a s potvrzením od stomatologa, gynekologické vyšetření u žen (s doporučením o možném vysazení hormonální substituční terapie, **před nástupem do nemocnice je nutné vysadit antikoncepční pilulky.**

POUČENÍ PACIENTA PŘED PŘIJETÍM K OPERACI

Váš lékař - ortoped - Vás objednal k operaci.

V případě kloubní náhrady se jedná o závažný výkon. K minimalizaci rizika vzniku pooperačních komplikací je potřeba dodržet některá důležitá opatření:

1. Seznamte s dostatečným předstihem Vašeho obvodního /závodního/ lékaře s termínem Vaší operace a zajistěte si **předoperační vyšetření** v potřebném rozsahu. Toto vyšetření včetně laboratorních testů pak předáte lékaři při přijetí do nemocnice.
2. Před nástupem do nemocnice **vysad'te léky ovlivňující krevní srážlivost** – nutno konzultovat s lékařem.
3. **Vysad'te antikoncepční pilulky** a po konzultaci s gynekologem též hormonální substituční léčbu.
4. S sebou si do nemocnice přineste **léky**, které trvale užíváte, **včetně dávkování**.
5. Vyvarujte se **poranění kůže**, zejména v oblasti plánované operace.

Při přijetí informujte přijímajícího lékaře o všech těchto skutečnostech, dále o všech **nemocech**, se kterými se léčíte, nebo které jste prodělal/a (např. srdeční choroby, cukrovka, vysoký krevní tlak, dechové potíže, epilepsie, močové potíže, vředová choroba,.....). Nezapomeňte uvést všechny **léky**, které trvale užíváte a jak dlouho máte vysazené léky ovlivňující krevní srážlivost a antikoncepční pilulky. Nezbytné jsou i informace o probíhajícím nebo nedávném nachlazení (rýma, kašel, zvýšená teplota, bolesti v krku), o potížích s močením (pálení, řezání, příměsí v moči – krev, hlen), o průjmových stavech prodělaných v nedávné době před plánovanou operací.

Sdělte, zda trpíte nějakou **alergií** a pokud ano, jakou léčbu jste absolvoval/a.

Uved'te prodělané **trombózy a embolie**.

Je vhodné si připravit poznámky, abyste nezapomněl/a na některou závažnou skutečnost.

Důsledným dodržováním všech preventivních opatření a sdělením všech důležitých informací, týkajících se Vašeho zdravotního stavu, je možné předcházet komplikacím po operaci nebo minimalizovat riziko vzniku těchto komplikací.

Přejeme Vám co nejpříjemnější pobyt na našem oddělení.

Kolektiv ortopedie