

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Kooperace sestry a lékaře v centru pro pacienty podstupující
aloplastiku nosných kloubů**

Diplomová práce

Vedoucí práce

PhDr. Marie Trešlová Ph.D.

2012

Autor práce

Bc. Lada Razimová

Kooperace sestry a lékaře v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů

Onemocnění pohybového aparátu patří v současné době k velmi častým. Postihuje všechny věkové kategorie, zahrnuje vrozené vady, úrazy, záněty, degenerativní onemocnění a další. Se stárnutím populace přibývá postižení pohybového aparátu zejména vlivem nezdravého životního stylu. Totální endoprotéza je mnohdy posledním řešením, jak zlepšit nemocnému komfort a kvalitu života. Právě před operačním výkonem je pacientům sdělováno mnoho informací, ve kterých se velmi těžko orientují. Lékaři se snaží pacientům sdělit co nejvíc informací. Jsou ovšem limitováni krátkou časovou dotací a snahou ošetřit co nejvíc pacientů v ambulanci. Zde jsou na místě centra, ve kterých sestra nebo lékař, pacienty srozumitelně informuje o veškerých postupech souvisejících s hospitalizací, operací a pooperačním obdobím. V České republice je mnoho center, která sdružují pacienty se stejným onemocněním. Avšak centra pro ortopedické pacienty chybí. V zahraničí jsou nemocní informováni v rámci ambulantních konzultací.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena obecně na problematiku výměny kloubů, rehabilitaci a vztah zdravotníků a pacienta. Cílem práce bylo 1. Zjistit, zda informace o ošetrovatelské péči v pooperačním období poskytované v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů splňují očekávání pacientů a naplňují jejich potřeby. 2. Zjistit, zda sestry na oddělení vnímají rozdíl v zapojení pacienta do ošetrovatelské péče, podle toho, zda informační centrum navštívil nebo nenavštívil. 3. Zjistit, zda existují nějaké problémy při provozu centra z pohledu pacientů, sester na oddělení a z pohledu lékařů.

Výzkumná část práce byla realizována kombinací kvalitativního a kvantitativního šetření. Pro kvantitativní šetření byla zvolena metoda dotazování technikou dotazníků pro pacienty (kteří podstoupili aloplastiku kolenního či kyčelního kloubu) v České republice a v Rakousku, a pro sestry pracující na ortopedickém oddělení a jednotce intenzivní péče v nemocnici Pelhřimov. Byly stanoveny tři hypotézy. 1. Informace o ošetrovatelské péči v pooperačním období poskytované v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů naplňují potřeby pacientů. 2. Sestry na oddělení hodnotí významný rozdíl mezi spoluprací s pacientem,

který centrum pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů navštívil nebo ne.

3. Při provozu centra pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů existují problémy z pohledu sester na oddělení.

Pro kvalitativní část šetření byla zvolena metoda dotazování technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkumný soubor tvořili pacienti po aloplastice nosného kloubu. V této části jsme zjišťovali odpovědi na tři výzkumné otázky. 1. Jaká je souvislost mezi činností sestry v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů a sestry na oddělení, a spokojenosti pacientů v oblasti jejich potřeb? 2. Jaké informace pacienti v centru postrádají? 3. Hodnotí pacienti informace podané v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů jako orientační, nebo jsou významné pro snadnější zvládnání pooperační péče? Výsledky výzkumného šetření byly analyzovány a zaneseny do schémat.

Pacienti mají narušené fyzické i psychické potřeby, tudíž smyslem spolupráce je spokojený a plně informovaný pacient. Z výsledků je patrné, že sestra v centru úzce spolupracuje se sestrami na oddělení. Šetřením bylo zjištěno, že pacienti v centru žádné informace nepostrádají. Pacienti jsou připraveni na operaci, orientují se v problematice a vědí co obnáší rehabilitace. Lze tedy usuzovat, že pacienti jsou připraveni pro snadnější zvládnání pooperační péče. Na základě analýzy odpovědí respondentů bylo zjištěno, že nemocní podstupující aloplastiku nosných kloubů mají dostatek informací. Přestože sestry na oddělení a lékaři vnímají rozdíl mezi pacientem, který centrum navštívil a pacientem, který centrum nenavštívil, podnětem pro další šetření by mohlo být, jak pacienti vnímají rozdílnost informací podaných v centru a mimo něj.

Výsledky šetření by mohly být podnětem pro vznik nových center nejen na Vysočině, ale i v Rakousku. V souvislosti s výsledky práce a na základě informací podávaných v centru, kdy pacienti hodnotí informace za dostačující, byl vytvořen informační leták. Práce by mohla sloužit jako informační materiál pro studenty studující nejen v oboru ošetřovatelství.

The doctor and nurse cooperation in the center for patients undergoing a principal joint aloplasty.

Motoric system diseases belong to the most frequent ones in the present days. All age categories are affected. Congenital defects are included and also injuries, inflammations, degenerative illnesses and others. With the increasing population age motoric system disabilities are coming owing to unhealthy lifestyle. A total prosthesis is often the ultimate solution to improve the comfort and quality of life of a patient. Just in the preop period the patients are overwhelmed with instructions that are difficult to be knowledgable for them. Doctors try to supply them with as much informations as possible but are limited by rather a short time and also the effort to take care of maximal number of patients. Here come centers in which a nurse or a doctor intelligibly informs about all procedures related to hospitalization, operation and postop period. In the Czech republic are many centers gathering patients with the same diseases. However the centers for orthopedic patients are missing. The patients abroad are informed within outpatient tutorials.

The dissertation is divided into a theoretic and empiric parts. The theoretic one is focused generally on problems with joint replacements, rehabilitation and relation between a medic and a patient. The dissertation was targeted on: 1. To verify if the informing about the subsequent postop nursing care provided in the center for patients undergoing aloplasty comes up to a patient's expectations and fulfils their needs. 2. To find out if hospital nurses perceive the difference in the patient engagement in the nursing care according to if he had visited the center before or not. 3. To reveal potential problems in the center running from the patient, nurse and doctor point of view.

The research part of the dissertation was implemented with a combination of both qualitative and quantitative survey. For quantitative survey was chosen a method of questioning with a form technique for patients (after a hip or a knee aloplasty) in the Czech republic and Austria and also for nurses working in the orthopedic department and intensive care unit in the Pelhřimov hospital. Three hypotheses were established. 1. The given nursing care informations provided in the center for patients undergoing

aloplasties fulfil the patient's needs. 2. The hospital nurses assess a significant difference in the patient's collaboration between those who had visited the center before and who had not. 3. In the center for patients waiting for aloplasty daily running there exist problems from the nurse's point of view.

As for the qualitative part of survey a method of questioning with the technique of a semistructured dialog with open questions was used. The research file was created by patients after principal joints aloplasties. In this part we have tried to answer three main questions. 1. What is the relationship between both hospital and the center nurse activities and the patient's contentment in the sphere of his needs? 2. What sorts of informations for the patients in the center are missing? 3. The patients evaluate the informations provided in the center as orientational or as significant for easier postop care managing? The results of the research survey were analysed and taken in schemes.

Patients suffer from disturbing their both physical and psychological needs and so the goal of collaboration is a satisfied and fully informed patient. From the results it is apparent that a nurse in the center closely cooperates with a hospital nurse. The survey revealed that the patients in the center are missing no informations. The patients are prepared for the operation, orient themselves in the related problems know what comes with the rehabilitation as an important part of the postop care. To be concluded: patients are prepared for easier postop care managing. On the basis of analysis of respondent's answers it was found that the patients undergoing a principal joint aloplasty are sufficiently informed. Although hospital nurses and doctors sense the difference between a patient who had visited the center before and who had not the stimulus for subsequent survey could be how the patients perceive the differentness of info provided within the center and out of it.

The survey results could be a stimulus for establishing new centers not only within Vysočina but also in Austria. In the relation with the dissertation results and on the basis of info provided in the center when the patients assessed the info as sufficient for them an informing prospectus was created. The dissertation could serve as an informational material for students not only in the nursing profession.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích 17. 8. 2012

.....
Bc. Razimová Lada

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji personálu ortopedických oddělení na Vysočině a Dolním Rakousku za spolupráci a ochotu provést dotazníkové šetření. Také děkuji Mudr. Jiřímu Běhounkovi za zprostředkování výzkumného šetření v Dolním Rakousku.

Obsah:

Úvod	4
1. Současný stav.....	5
<i>1.1 Ortopedie jako obor.....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.1 Degenerativní onemocnění</i>	<i>5</i>
<i>1.1.1.1 Alopastika nosných kloubů</i>	<i>7</i>
<i>1.1.1.2 Náhrada kolenního kloubu.....</i>	<i>8</i>
<i>1.1.1.3 Náhrada kyčelního kloubu</i>	<i>9</i>
<i>1.1.1.4 Předoperační příprava</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Potřeby nemocného po alopastice nosného kloubu.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.1 Potřeby nemocného po alopastice nosného kloubu v intenzivní péči.....</i>	<i>12</i>
<i>1.3 Rehabilitace</i>	<i>18</i>
<i>1.4 Ergoterapie</i>	<i>19</i>
<i>1.5 Komunikace s ortopedickým pacientem.....</i>	<i>20</i>
<i>1.6 Didaktika v ošetrovatelství.....</i>	<i>22</i>
<i>1.6.1 Edukace nemocného</i>	<i>23</i>
<i>1.7 Spolupráce sestry a lékaře.....</i>	<i>25</i>
<i>1.7.1 Role lékaře</i>	<i>25</i>
<i>1.7.2 Role sestry.....</i>	<i>27</i>
<i>1.7.3 Vztah lékař – pacient</i>	<i>28</i>
<i>1.7.4 Interakce lékaře a sestry.....</i>	<i>29</i>
<i>1.7.5 Vzájemné působení sestry a pacienta</i>	<i>31</i>
<i>1.8 Vzdělávání sester v České republice a v Rakousku.....</i>	<i>32</i>
2. Cíle práce a hypotézy.....	35
<i>2.1 Cíle práce.....</i>	<i>35</i>
<i>2.2 Hypotézy.....</i>	<i>35</i>
<i>2.3 Výzkumné otázky.....</i>	<i>36</i>
3. Metodika	37
<i>3.1 Použité metody.....</i>	<i>37</i>
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....</i>	<i>37</i>

4. Výsledky.....	39
<i>4.1 Grafy, tabulky a schémata</i>	<i>39</i>
5. Diskuse	88
6. Závěr	99
7. Seznam informačních zdrojů	101
8. Klíčová slova.....	105
9. Přílohy.....	106

Seznam použitých zkratek

APTT – Aktivovaný parciální tromboplastinový čas

CD – Compact Disc (kompaktní disk)

DVD – Digital Versatile Disc (digitální všestranný disk)

EKG – Elektro Kardio Graf

TEP – Totální endoprotéza

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Onemocnění pohybového aparátu patří v současné době k velmi častým. Postihuje všechny věkové kategorie, zahrnuje vrozené vady, úrazy, záněty, degenerativní onemocnění a další. Se stárnutím populace přibývá postižení pohybového aparátu zejména vlivem nezdravého životního stylu. Onemocnění pohybového aparátu se stává civilizační chorobou.

Totální endoprotéza je mnohdy posledním řešením, jak zlepšit nemocnému komfort a kvalitu života. Právě před operačním výkonem je pacientům sdělováno mnoho informací, ve kterých se velmi těžko orientují. Lékaři se snaží pacientům sdělit co nejvíc informací. Jsou ovšem limitováni krátkou časovou dotací a snahou ošetřit co nejvíc pacientů v ambulanci. Zde jsou na místě centra, ve kterých sestra nebo lékař, pacienty srozumitelně informuje o veškerých postupech souvisejících s hospitalizací, operací a pooperačním obdobím. V České republice je mnoho center, která sdružují pacienty se stejným onemocněním. Avšak centra pro ortopedické pacienty chybí. V zahraničí jsou nemocní informováni v rámci ambulantních konzultací.

Vzhledem k tomu, že pracuji na oddělení, kde se téměř denně setkávám s pacienty po operaci nosných kloubů, jsem zjistila, že převážná většina z nich má velmi omezenou představu o tom, co konkrétně bude následovat. Pacienti vědí, že po operaci budou monitorováni na jednotce intenzivní péče, ale už si například neuvědomují, že budou ležet na zádech, bez možnosti otočení na bok. Díky tomuto poznatku bylo v naší nemocnici zprovozněno centrum, kde sestra spolu s lékařem a fyzioterapeutem informují pacienty podstupující aloplastiku kolenního a kyčelního kloubu o průběhu hospitalizace, operace a pooperační rehabilitaci. Cílem této práce je odpovědět na otázku, zda je centrum efektivní, zda pacienti v centru nějaké informace postrádají a zda sestry vnímají přínos centra při ošetrovatelské péči o nemocné. Získané údaje budou porovnány s údaji z vybraných nemocnic v zahraničí.

1 Současný stav

1.1 Ortopedie jako obor

Ortopedie jakožto samostatný chirurgický obor se zabývá prevencí a léčbou zejména vrozených a získaných vad, úrazů a různých degenerativních onemocnění pohybového aparátu v akutním či chronickém stádiu. Ortopedie byla v minulosti původně oborem převážně konzervativním s poměrně omezenou operativou. V současnosti se obor dynamicky rozvíjí a velmi intenzivně podporuje multioborovou spolupráci. V roce 1741 se v knize pařížského pediatra Nicholase Andryho poprvé objevuje termín ortopedie. Vyčlenila se z obecné chirurgie. V naší zemi se stala samostatným oborem v roce 1971. Vědecko – technickému pokroku vděčíme za rozvoj nejen ortopedie, ale celé medicíny. K rozvoji všech chirurgických oborů došlo v 19. století, kdy byla vynalezena celková anestézie, asepse a hlavně rentgenové paprsky. Po roce 1989 začíná rozmach operativy v oblasti kloubních náhrad, páteře, artroskopie, díky získávání nových poznatků a konzultacím s odborníky celého světa. Česká republika se může pochlubit několika slavnými jmény. Jsou to například profesori Bedřich Frejka, Arnold Pavlík, Rudolf Kubát (Dungl, 2005).

1.1.1 Degenerativní onemocnění

Jedním z důvodů, které dovedou pacienta do ortopedické ambulance, je bolest kolen nebo kyčlí. Ta je zpočátku namáhová, později klidová, znemožňující nemocnému kvalitní spánek. Typická bývá i startovací bolest na začátku pohybu a ranní ztuhlost. Dalšími příznaky může být omezená pohyblivost kloubu, jeho deformita a v neposlední řadě zvukové fenomény – krepitace, drásoty. Lékař provede nezbytná vyšetření, odebere anamnézu, biologický materiál, udělá fyzikální vyšetření a rentgenový snímek. Po zhlédnutí a posouzení snímku, lékař zhodnotí nález. Na základě zjištěných poznatků diagnostikuje nejčastěji artrózu. Tato choroba může postihnout kterýkoliv kloub v těle. Klinické projevy nemoci jsou rozdílné právě tím, který kloub je postižen. Rozsah a stupeň poškození kloubu má rozhodující význam pro léčbu. Stupeň artrózy je nejčastěji klasifikován podle Kellgrena-Lawrence z roku 1957 (Příloha 1) (Dungl, 2005; Šváb, 2008).

Rizikovými faktory vzniku artrózy jsou věk, pohlaví, genetická predispozice, úraz, etnické a geografické vlivy. Za hlavní příčinu je označována obezita, nedostatek pohybu nebo nerovnoměrné přetěžování kloubů. Léčba je zaměřena na prevenci vzniku dalších strukturálních změn. Konzervativní terapie zahrnuje úpravu režimu a životosprávy. To znamená nepřetěžovat postižený kloub a využít kompenzační pomůcky, kterými mohou být vycházkové či francouzské hole. Velmi důležité je snížení tělesné hmotnosti a upřednostnit sporty, kde nedochází k přetěžování kloubů. Vhodné je plavání, jízda na kole či rotopedu (Sosna, 2001).

Pomocí rehabilitace je udržována trofika svalových skupin v oblasti postiženého kloubu a omezuje riziko vzniku svalových a kloubních kontraktur. Jednou z oblastí rehabilitace je fyzikální léčba. „Fyzikální terapie je léčebná metoda, která využívá převážně empiricky zjištěného působení různých druhů fyzikálních energií a polí na lidský organismus (Dungl, 2005, s. 103)“. Fyzikální terapie má několik účinků, převažují hlavně účinky analgetické, myorelaxanční (uvolnění svalového napětí), trofotropní (zvýšení prokrvení), antiedematózní a antiflogistické. U artrózy je nejčastěji používanou metodou vodoléčba, elektrické a magnetické pole, ultrazvuk a rentgenové ozáření. Jednotlivé procedury jsou indikovány lékařem na základě pokročilosti onemocnění a na momentálním klinickém nálezů.

Medikamentózní léčba zahrnuje celou řadu lékových skupin a preparátů. Pro terapii artrózy lze preparáty rozdělit na skupinu rychle působících léků, kam se řadí analgetika a nesteroidní antirevmatika, skupinu pomalou symptomaticky působících léků – SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drugs of Osteoarthritis) a skupinu kortikosteroidů (Sosna, 2001). Skupinu analgetik pomáhajících při léčbě artrózy zahrnuje paracetamol s jeho kombinovanými preparáty (Paralen, Korylan) a opioidní analgetika, která zastupuje tramadol (Tralgit). Nesteroidní antirevmatika jsou téměř nejčastěji indikována u artrózy právě kolenního a kyčelního kloubu, tedy nosných kloubů. Jsou používána pro svůj antiflogistický a analgetický efekt. Jejich velkou nevýhodou jsou vedlejší účinky ve smyslu negativního působení na gastrointestinální trakt (Brufen, Diclofenac, Dolmina). Pomalu působící léky jsou často označovány za chondroprotektiva (Condrosulf, Dona). Nastupují převážně po dvou měsících, ale jejich

účinek přetrvává dlouhodobě. Steroidní antirevmatika se aplikují intraartikulárně a to za přísně aseptických podmínek (Dungl, 2005).

Chirurgická léčba by neměla být považována za poslední východisko tam, kde konzervativní terapie selhala, ani jako jediné řešení. Bez multioborové spolupráce se léčba artrózy neobejde. Chirurgické metody je možné rozdělit do dvou skupin: preventivní, jejímž cílem je zabránit vzniku nebo progresi destrukce kloubních povrchů ještě před dostavením se subjektivních potíží a terapeutickou zaměřenou na odstranění nebo zmírnění již vzniklých obtíží, poruch funkce nebo deformit. Preventivní výkony řeší následky traumat, jedná se o repozice nitrokloubních zlomenin, rekonstrukce kloubní mechaniky, terapie vrozených vad. Díky terapeutickým výkonům lze zmírnit následky již vzniklých atrofických změn, které nelze korigovat běžným režimovým opatřením a konzervativní terapií. Odstranění kloubní výstelky (synovektomie) bývá indikována u zánětlivých onemocnění, revmatoidní artritidy a v minulosti byla hojně užívána u artrózy kolenního kloubu (Sosna, 2001).

Ke komplexní léčbě nemocného patří i léčba lázeňská, tedy obor balneologie, který využívá především přírodní léčebné zdroje. V České republice je několik zařízení, která se věnují balneoterapii. Pro nemocné s onemocněním pohybového aparátu jsou lékařem specialistou (lékař oboru ortopedie, revmatologie, rehabilitace) doporučovány především lázně Bechyně, Bělohrad, Bohdaneč, Třeboň, Velichovky (Dungl, 2005).

1.1.1.1 Aloplastika nosných kloubů

Pojem aloplastika označuje náhradu poškozeného kloubu implantátem. Nejčastěji je možné se setkat s implantáty nosných kloubů kyčelních a kolenních. Rychle se také rozvíjí aloplastika ramenního a v posledních letech i loketního kloubu. Současná medicína nabízí implantáty téměř všech končetinových kloubů, včetně zápěstí a prstů. Stejně tak, jako každý operační postup a výkon prochází vývojem, který vede k jeho zdokonalení, také endoprotetika má svou historii. Komponenty implantátu jsou vyrobeny z různých materiálů, kdy se uplatňují různé kovy a slitiny, plasty, keramika nebo jejich kombinace. Typy implantátů lze rozdělit podle typu fixace ke kosti na cementované, kdy je implantát ukotven prostřednictvím kostního cementu, dále necementované, kdy kostní tkáň vrůstá do speciálně upraveného povrchu implantátu

a v poslední řadě hybridní, kdy jsou komponenty ukotveny oběma způsoby. Volba implantátu je ryze individuální, závisí na věku nemocného, jeho tělesné hmotnosti a fyzické aktivitě. Rozhodnutí provádí vždy operatér.

Aloplastika kloubu je indikována převážně tehdy, pokud jsou vyčerpány veškeré možnosti konzervativní léčby. Nejčastější příčinou výměny kloubu je osteoartróza, nezanětlivé degenerativní onemocnění charakterizované opotřebením kloubní chrupavky, tvorbou osteofytů (výrůstků) a změnami měkkých tkání, hlavně synoviální membrány, kloubních vazů a svalů. Častěji postihuje ženy a s přibývajícím věkem jeho četnost vzrůstá. Jedny z dalších příčin, kterými je indikována výměna kloubu, jsou zánětlivá onemocnění (artritida), nádory a úrazy (nitrokloubní zlomeniny) (Dungl, 2005; Sosna, 2001).

1.1.1.2 Náhrada kolenního kloubu

Nejčastější indikací k implantaci totální náhrady kolenního kloubu je gonartróza (viz 1.1.2). Pokud konzervativní léčba vyčerpala své možnosti, nastupuje terapie operační. V časných stádiích je indikována artroskopie (endoskopická metoda používaná pro diagnostické a terapeutické ošetření kloubu). Díky tomuto zákroku jsou odstraněny části degenerovaných menisků a mohou být ošetřeny defekty na chrupavce kloubu. Pokročilá destrukce kolenního kloubu je indikací k provedení totální endoprotézy. Moderní medicína má k dispozici širokou škálu implantátů (viz 1.1.1.1), které dovolují ošetřit povrchy tibie, femuru, pately a dokonce částečně nahradí funkci kloubních vazů pomocí interkondilycké zarážky (Příloha 2). Biomechanika kolenního kloubu je velmi složitá, je dána charakterem složitého pohybu, geometrií artikulačních ploch a funkcí stabilizátorů kloubů.

Lékař zhodnotí obtíže pacienta, věk, nároky pacienta na pohybovou aktivitu a rozhodne se pro typ implantátu. Životnost implantátu není neomezená, ovlivňuje ji mnoho faktorů. Velkou měrou přispívá i chování pacienta samotného. Zde je kladen velký důraz na edukaci a informovanost nemocných nejen o pohybovém režimu po operaci (Dungl, 2005; Sosna, 2001). Problematice edukace bude věnována kapitola 1.6.

1.1.1.3 Náhrada kyčelního kloubu

Destrukce kloubní jamky a hlavice jsou důvodem k provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu. Náhrada kyčelního kloubu je nejčastěji používaná endoprotéza, a pro mnoho lidí znamená návrat do plnohodnotného života bez bolesti a bez významného pohybového omezení. Nejčastější příčinou vedle koxartrózy bývá revmatoidní artritida, vývojová dysplazie kyčelního kloubu a úraz. Existuje mnoho materiálů, ze kterých je implantát vyroben. Náhrada pro kyčelní kloub se skládá z hlavice a dřívku (Příloha 3). Jednotlivé typy ukotvení jsou popsány v kapitole 1.1.1. V posledních letech je na některých pracovištích v indikovaných případech upřednostňována miniinvazivní endoprotetika. Švagr ve svém článku uvádí, že ještě nedávno používání miniinvazivních technik u primoinplantací kyčelního kloubu je dnes již pomalu na ústupu. V současné době je k dispozici větší množství dat, která dokumentují rozdíly operačních postupů. Doposud nebyl zjištěn rozdíl mezi standardním přístupem a miniinvazivní technikou ve smyslu krevních ztrát, množství podaných krevních derivátů, trváním operace či délkou hospitalizace. Metoda miniinvaze není vhodná pro každého pacienta, proto je její využití omezené. Efektivita se jeví především u mladých, štíhlých pacientů s malými artrotickými změnami na kloubech. Endoprotetika tudíž směřuje k hledání dokonalejších tvarových a povrchových úprav implantátu. V blízké budoucnosti zřejmě nebude výjimkou oboustranná implantace kyčelních kloubů v jedné době (Švagr, 2010). Dalším chirurgickým řešením, které mohou specialisté nabídnout, je resurfacing (Příloha 4). Tato metoda je poměrně mladá, vhodná pro mladé a aktivní pacienty. Principem operace je náhrada kloubního povrchu (hlavice femuru) implantátem. Negativem této techniky je fraktura femuru, což je komplikace velmi závažná a bohužel ne ojedinělá. (Dungl, 2005; Sosna, 2001; Stehlík, 2005; Halášová, 2010).

1.1.1.4 Předoperační příprava

Každý operační výkon s sebou nese nemalá rizika a komplikace, která mohou pacienta i trvale poškodit. Na místě je proto důsledné předoperační vyšetření nemocného a řádná informovanost nejen nemocného, ale i rodiny a to z pohledu medicínského a ošetrovatelského. Operační výkony jsou děleny na plánované, urgentní

a neodkladné výkony z vitální indikace. U pacientů podstupujících aloplastiku nosných kloubů se jedná o výkon plánovaný. Předoperační příprava je obecně rozdělena na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Vzhledem k tomu, že náhrada kloubu je pro pacienta velmi náročný výkon, je dlouhodobá předoperační péče zaměřena na interní vyšetření, které zahrnuje fyzikální vyšetření, fyziologické funkce, screeningové vyšetření moči (moč + sediment) a krve (krevní obraz, APTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas, Quickův test, křížovou zkoušku, základní biochemii – minerálový soubor, glykemii, EKG, rentgen kloubu (který má být vyměněn), srdce a plic a sanaci všech ložisek chronické infekce v organismu. Dle celkového stavu pacienta může lékař rozhodnout o dalším speciálním vyšetření (Mikšová II, 2006). Součástí předoperační přípravy je autotransfuze. Autotransfuze je transfuze krve a krevních komponent (plazma, koncentrát krevních destiček) získaných od dárce pro jeho vlastní potřebu. Velkou výhodou této metody je eliminace nežádoucích účinků, kterými může být infekce, neshoda antigenů červených a bílých krvinek, destiček a bílkovinných antigenů, potransfuzní reakce. Mimo jiné je krev připravena k okamžitému použití. Na některých pracovištích je používána metoda rekuperace krve. Principem metody je odsávání krve přímo z operačního pole pomocí speciálního přístroje a přes filtry je krev vracena zpět pacientovi. Tento způsob je ekonomicky náročný, proto se používají techniky cenově dostupné, avšak pro pacienta stále bezpečné. Jinou alternativou minimalizace krevních ztrát po operaci je využití odvodného systému ORTHO P. A. S. (ORTHOpedický Postoperační Autotransfuzní Systém) nebo Bellovac A. B. T. Oba systémy se využívají k pooperační drenáži, sběru a filtraci krve s následnou retransfuzí sbírané krve zpět pacientovi. Principem obou systémů je podtlak, který je udržován odlišným způsobem (Bellovac A. B. T. – vzduchový měch, ORTHO P. A. S. – generátor). Podání takto odsáté krve je časově limitováno. Od doby zavedení systému do rány na operačním sále do doby vykapání retransfuze pacientovi nesmí uplynout šest hodin. Oba systémy poskytují nemocnému několik výhod. Zaprvé se jedná o retransfuzi vlastní krve bezprostředně po krevní ztrátě, což vede ke snížení komplikací spojených s pooperační anemií. Zadruhé, pokud je sací podtlak trvalý, zabraňuje vzniku silného krvácení a tvorbě hematomu, což může

přispět k rychlejšímu a nekomplikovanému hojení rány. Zatřetí je minimální riziko přenosu chorob, neboť se jedná o uzavřený systém. Systémy ORTHO P. A. S (Příloha 5) a Bellovac A. B. T. (Příloha 6) jsou výhodné také pro personál, neboť spočívají ve snadné manipulaci s drenáží, úsporou času a práce při podání retransfuze (odpadá křížení krve, prodleva donesení konzervy z transfuzního oddělení, není nutný ohřev). V neposlední řadě je i ekonomický aspekt, kdy jsou oba systémy finančně příznivější v porovnání s transfuzní jednotkou (Procházková, 2010; Taliánová, 2009; <http://www.surgery.astratech.com/>; <http://www.medica-brno.com/>).

Specifikem předoperační přípravy pacientů podstupujících aloplastiku nosných kloubů je nácvik rehabilitace. Cílem fyzioterapeuta a následně sester je edukovat nemocné o pohybovém režimu po operaci, nácvik chůze o berlích a mobilizace na lůžku, později mimo lůžko. Den před výkonem je soustředěn na fyzickou a psychickou přípravu. V této fázi má nezastupitelné místo sestra. Jejím úkolem je pacientovi vše náležitě vysvětlit a zpětnou vazbou si ověřit, zda podaným informacím rozumí. Strach a obava jsou pro člověka přirozené. Úkolem sester a lékařů je snaha minimalizovat případnou psychickou nepohodu pacienta (Hošková, 2010; Podstatová, 2007). Bezprostředně před operačním výkonem je kontrolována dokumentace, operační pole, odstranění zubní protézy, odstranění šperků, lačnění a vyprázdnění. Vzhledem k rozsahu a charakteru operačního výkonu je nezbytné provést opatření k prevenci tromboembolické nemoci. Nemocnému je přiložena elastická bandáž na dolní končetinu, která nebude operována. Dále je nemocnému aplikován nízkomolekulární heparin (Clexane, Zibor) do podkoží, nebo podány perorální tablety (Xarelto). Neméně důležitá je hydratace nemocného. Na základě ordinace anesteziologa je aplikována premedikace. Po ukončení operace je pacient převezen na jednotku intenzivní péče, kde jsou monitorovány vitální funkce, tlumena bolest, asepticky ošetřována operační rána, sledován odpad z drénu a po odeznění anestezie začíná postupná rehabilitace (Slezáková, 2010; Halášová, 2010).

1.2 Potřeby nemocného po aloplastice nosného kloubu

Lidskou potřebu lze definovat jako stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku, nebo přebytku v oblasti bio – psycho - sociální nebo

duchovní. Harmonie a rovnováha organismu je dána naplněním potřeb, které úzce souvisí se zachováním kvality života. V současnosti je problematice kvality života věnována velká pozornost. Jednou ze složek kvality života je míra uspokojení a naplnění lidských potřeb. Každý jedinec má jiné představy o kvalitě života, ty vychází z pocitu tělesné, sociální a duševní pohody.

Existuje několik pohledů, podle kterých lze potřeby člověka rozdělit. Pro individuální ošetřování a přístup k jedinci je velmi praktické dělení podle podstaty člověka na biologické, psychické, estetické, sociální, kulturní, sebevyjádření a duchovní potřeby. Konečné naplnění potřeb může být ovlivněno objektivními nebo subjektivními faktory. V ošetrovatelské péči je nejčastěji uváděna tak zvaná Maslowova pyramida potřeb. Teorie amerického psychologa je založena na uspokojení nižších a vyšších potřeb. Pokud se objeví nedostatek v potřebách nižších (základní tělesné a fyziologické potřeby), jedinec se nebude zajímat o saturaci potřeb vyšších (seberealizace, uznání, sounáležitost) (Trachtová, 2006).

1.2.1 Potřeby nemocného po aloplastice nosného kloubu v intenzivní péči

Stejně tak jako se mění zdravotní stav nemocného, mění se i pořadí a hodnota potřeb jedince. Bezprostředně po operaci je nemocný převezen na oddělení intenzivní péče nebo anesteziologicko resuscitační oddělení. Jedná se o specifická oddělení, která se od standardního liší ošetrovatelskou i medicínskou péčí. V intenzivní péči má část pacientů ovlivněné nebo změněné vědomí, proto si často neuvědomují své potřeby a nejsou schopni pocíťované potřeby projevit. Sestry na těchto odděleních většinu potřeb nemocného předvídají. Některé z potřeb suplují sestry za nemocného (hygiena, pasivní rehabilitace) a s jinými nemocnému pomáhají (strava, mobilizace).

V bezprostředním pooperačním období je primární potřebou, kterou nemocný po operaci potřebuje, eliminovat bolest, tedy být bez bolesti. Bolest je subjektivní nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potencionálním poškozením tkáně. Bolest se stává mimo jiné důležitým anamnestickým údajem, který signalizuje vývoj možných komplikací, zhoršení stavu nebo novou nemoc. Důležité je znát lokalizaci bolesti, kvalitu, intenzitu, charakter, vyzařování, časový průběh, vyvolávající a utišující faktory. Nemocní snáší bolest lépe, pokud vědí, že na ni nejsou

sami a že je jim sestra nablízku a pokud bolest neustoupí, bude dál léčena. Nemocným mnohdy pomáhá zvládat bolest, pokud jsou poučeni, jaký typ bolesti mají očekávat, jak dlouho bude trvat a jak si mohou pomoci sami (úlevová poloha). Sestra sleduje a zaznamenává do dokumentace účinek analgetik, zpočátku z řady opiátů. Ke zmírnění bolesti může pomoci kryoterapie (podávání suchého chladu). V rámci ošetrovatelské péče je možné bolest zmírnit vhodnou polohou operované končetiny, polohou pacienta. Bolest může nemocného ovlivnit tak, že jedná nepřiměřeně až agresivně a to může působit na fyziologické funkce ve smyslu hypertenze, tachykardie a tachypnoe (Chovancová, 2006; Mikšová I, 2006; Šamánková, 2011).

Jedním z prvků, které sestra v intenzivní péči sleduje vzhledem k anestézii a věku nemocného, je vědomí. U nemocných po aloplastice nosného kloubu může být nejčastějším problémem kvalitativní porucha vědomí, tedy amentní či delirantní stavy. Amence (zmatenost) je charakteristická poruchou vnímání. Delirium lze označit jako akutní organický syndrom, kdy příčinou je dysfunkce mozku. Oba tyto stavy se mohou projevit dezorientací nemocného (ztráta prostorové, časové a někdy osobní orientace), neklidem, úzkostí, bezradností, nesouvislou a neadekvátní komunikací a v neposlední řadě i halucinací, což je nejzávažnější porucha smyslového vnímání. Halucinace může být zraková, sluchová, čichová a další. U takto nemocných se mohou objevit i vegetativní příznaky (bušení srdce, tachykardie, hypertenze). Nemocní jsou nároční na ošetření, vyžadují časté opakování všech informací a nejen o zdravotním stavu. Potřebu lásky a sounáležitosti projevují četnými dotazy na své okolí a velmi aktivní komunikací s neexistujícími nebo nepřítomnými členy rodiny. Agitovanost a agrese je neřídka projev nenaplněné potřeby bezpečí. Nemocný se ocitá v novém prostředí, ve kterém se neorientuje, je obklopen neznámými pečujícími osobami a jediným východiskem a obranou se nemocnému jeví útok. Ošetrovatelský personál musí být obrněn trpělivostí a neustálým vysvětlováním se snaží eliminovat nežádoucí chování nemocného a zároveň mu pomoci v adaptaci na novou situaci. Fyziologické potřeby pacient řeší většinou bez zábran. Při ošetrování nemocných je prioritou klidné prostředí a zamezení sebepoškození či pádu pacienta. Informace, že jsou v nemocnici, kde se jim všichni snaží pomoci k uzdravení, je pro ně většinou bezcenná. Potřeba nemocných je

ovlivněna úrovní vědomí, proto se práci sester prolíná několik oblastí potřeb nemocných. Nejčastěji se jedná o fyziologické potřeby, potřebu jistoty, bezpečí a potřebu lásky a sounáležitosti (Šamánková, 2011; Trachtová, 2006).

Potřeby dýchání, přijímání potravy i tekutin a vyprazdňování patří mimo jiné k základním fyziologickým funkcím. Pro zachování života je nezbytné tyto potřeby saturovat. Intenzivní péče se zabývá plněním nejen základních fyziologických potřeb, ale zejména těch, které dominují u vážně nemocného člověka. Jejich uskutečňování zastupuje sestra nebo pomocný ošetrovatelský personál na základě daných kompetencí. Pacient po operaci nosných kloubů může pociťovat dušnost, což je pocit nedostatku vzduchu provázený zvýšeným dechovým úsilím. Příčiny mohou být různorodé, nejčastěji anemie, choroby srdce, plic, ale i psychogenní poruchy. Pociťování dušnosti nemusí být podmíněn snížením kyslíku v krvi. Někteří pacienti raději snášejí bolest než pocit dušnosti. Sestra může nemocnému pomoci vyvětráním v místnosti (problém většiny klimatizovaných pracovišť), uložením pacienta do Fowlerovy polohy nebo kyslíkovou terapií. Dušní pacienti nemají obvykle chuť k jídlu, veškerý pohyb je pro ně náročný. Sestra proto pomáhá nemocnému při sebeobsluze i sebepéči a zároveň se snaží odvrátit pozornost nemocného od dušnosti (Šamánková, 2011).

Nejvýznamnějším ošetrovatelským problémem u imobilních pacientů, ať krátkodobě či dlouhodobě, se stává potřeba kožní integrity. Její poruchu pacient pociťuje již při „banálním“ odběru krve na vyšetření. Nemocní v intenzivní péči jsou neustále vystavováni narušení kožního krytu, neboť pro záchranu života jsou některé postupy nezbytné. Vždy je důležité nemocnému dostatečně vysvětlit všechny kroky, které budou prováděny. Monitorování fyziologických funkcí je základní intervencí v intenzivní medicíně. Sestry jsou si vědomy, že monitorace narušuje tělesný rámec nemocného. Pro pacienta je nesmírně náročné vydržet nepřetržitou monitoraci, která jej omezuje i při sebemenší mobilizaci na lůžku z důvodu velkého množství kabelů a infuzních setů, také zvukový alarm monitoru a infuzních pump ruší nemocného při spánku. Další charakteristikou intenzivní péče, kdy je narušena kožní integrita, jsou invazivní vstupy. Patří mezi ně periferní a centrální žilní katétry, arteriální katétry, permanentní močové katétry, nazogastrické sondy, drény a další. Pacient by měl vědět,

kde má operační ránu, zavedený drén a jaké další vstupy a proč sestry nebo lékaři zajistili. Předoperační poučení nemocného vede k zjednodušení práce celého ošetrovatelského týmu, který může plynule navázat dalšími potřebnými informacemi, které nemocnému pomohou zvládnout strach po operaci a přijmout jizvu jako nutný pooperační následek (Šamánková, 2011).

Díky náročným operačním zákrokům, ke kterým výměna kloubu jistě patří, může být pacient ohrožen deficitem tekutin. Další přidružená onemocnění jako diabetes mellitus mohou vést k pocitu žízně, což je jeden z fyziologických pocitů a vede k příjmu tekutin. Bezprostředně po operaci je část tekutin hrazena parenterální cestou. Velmi důležité je sledování hospodaření organismu s tekutinami, měřením příjmu a výdeje tekutin. Sestra by neměla zapomenout počítat do výdeje i odpad z drénu, pokud se neprovádí retransfuze. Pokud pacient nepřijímá ústy, je nezbytné věnovat zvýšenou péči o dutinu ústní. Vzhledem k dalšímu předoperačnímu opatření, které spočívá v omezení příjmu potravy, nemocný mnohdy pociťuje hlad. To znamená, že opět není saturována jeho základní potřeba. U ortopedických pacientů se jedná o krátkodobý dyskomfort, na rozdíl od pacientů podstupující operaci na trávicím traktu. Dietní omezení pomáhá nemocnému lépe snášet pooperační období. Proto je důležitá informovanost pacienta a důkladné vysvětlení stávající situace, což předchází možným nedorozuměním a konfliktům.

S příjmem potravy bezprostředně souvisí vylučování tekutin a stolice. Tato oblast je velmi citlivá, protože zasahuje do intimní oblasti nemocného, kde velkou roli hraje stud a sociální výchova. Vylučování zejména stolice je značně stresující, převážně u mladších pacientů, kteří jsou nuceni svou potřebu vykonávat na lůžku. V takové situaci je velmi důležitá role sestry komunikátorky, která s notnou dávkou empatie nemocnému vysvětluje možnosti defekace a zároveň škodlivost potlačování defekačních reflexů. Všemi dostupnými prostředky se ošetrovatelský personál snaží zajistit soukromí a intimitu při vyprazdňování pacienta. Vzhledem k tomu, že pacienti po operaci nosného kloubu, mají občas problém s vylučováním moči, je nevyhnutelné zavést permanentní katétr do močového měchýře. Ženám zavádí cévku sestra a mužům lékař nebo sestra specialista. Před zavedením cévky je důležité poučit nemocného

o postupu, důvodu a možnosti spolupráce. Cévka bývá několik hodin i dnů po zavedení nepříjemně vnímána, jedná se o pocit pálení, řezání a nucení na močení. Protože se jedná o invazivní vstup, který může být zdrojem infekce, je na místě svědomitá hygienická a ošetrovatelská péče (Mikšová I, 2006; Šamánková, 2011).

Jednou z každodenních činností sestry je hygienická péče nemocných. Tato aktivita vychází z potřeby čistoty. Je podivuhodné, jak vysoce individuální potřeba je. Někdy je potřeba čistoty pocíťována více sestrou než nemocným. I přes to, že hygienická péče se stává pro ošetrovatelský personál rutinou, je důležité přistupovat k nemocnému individuálně, taktně a s respektem. Tehdy může sestra získat důvěru pacienta a hygienická péče se stává zdrojem informací. Nemocní po operaci kloubu jsou obvykle spolupracující a do hygienické péče se zapojují. Personál pouze zastupuje činnost, kterou nemocný nezvládá (mytí zad, genitálií). Velmi důležitá je ochrana pokožky, kdy ošetrovatelský personál používá krémy, masti, pasty, pěny a prostředky k polohování a pohodlí nemocného. Spolu s hygienickou péčí působí jako prevence dekubitů. Udržování čistého, suchého a vypnutého lůžka je samozřejmostí. Sestra a ošetrovatelský personál by měl být velmi opatrný při každé manipulaci s nemocným a operovanou končetinou, aby nedošlo k jedné z velmi obávaných komplikací, kterou je luxace kloubu (implantátu).

Pobyt v nemocnici, změna prostředí a operační zákrok se často stávají podnětem k poruchám spánku nemocného. Potřeba spánku je nezbytná pro odpočinek těla a mozku. V intenzivní medicíně je několik zdrojů rušení spánku. I přes ohleduplný přístup personálu se mnohdy nedaří zdroje eliminovat. Hluk spojený s provozem je nutné omezit hlavně v nočních hodinách. Vzhledem k charakteru oddělení se mnohdy personál nevyhne akutnímu příjmu, kdy se zdravotní stav stává prioritou, a zapomínají se eliminovat rušivé faktory. Velmi nepříjemně na nemocné působí zvukové alarmy monitorů, infuzních pump a dalších přístrojů nezbytných pro provoz oddělení. Nemocní jsou často rušeni periodickým měřením krevního tlaku. Ovšem jednou z častých příčin poruchy spánku se stává bolest. I přes veškerou analgetickou terapii, polohování a použití dalších podpůrných prostředků se může utlumení bolesti protáhnout. Obzvlášť u nemocných, kteří jsou přesvědčeni, že bolest vydrží, nebo nechtějí sestru obtěžovat

a podobně. V této oblasti je prvořadé seznámení, vysvětlení a hlavně zpětná vazba v podobě hodnocení vizuálně analogové škály bolesti (Šamánková, 2011; Trachtová, 2006).

Na druhé úrovni již zmíněné Maslowovy pyramidy je potřeba jistoty a bezpečí. Tato potřeba se v nemocnici dostává do zcela jiných dimenzí než v běžném životě. Každý nemocný potřebuje chápat situaci, ve které se ocitl, potřebuje znát prostředí a alespoň částečně se v něm orientovat, to znamená poznat osoby, které budou o nemocného pečovat. K naplnění této potřeby je na prvním místě komunikace mezi ošetřujícím personálem a nemocným. Pacient se cítí jistější a bezpečnější, pokud dostane na své otázky včas odpovědi, kterým rozumí. Nemocní bývají zahrnuti velkým množstvím informací ze strany lékařů a sester. Personál by měl podávat informace po částech, aby nemocný měl možnost nová fakta pochopit a vyrovnat se s nimi. Získané informace pacient lépe fixuje, pokud jsou mu průběžně opakovány. Jedná se o zcela obecné informace zaměřené na pohybový režim, rehabilitaci, pitný režim, existenci signalizačního zařízení a další. V medicíně a ošetrovatelství, jako v každém jiném oboru, se lidé setkávají se slangovými výrazy. Personál, který podává nemocnému informace a vysvětlení, by se měl těmito výrazům vyhnout. Nemocný jim nerozumí a mohou u něj vyvolat nejistotu a zbytečnou obavu. U ortopedického pacienta je potřeba jistoty a bezpečí velmi důležitá hlavně z pohledu možného pádu a následného fyzického poranění. Proto by se měl celý tým podílet na prevenci. Seznámit nemocného s oddělením, řádně označit vlhkou část podlahové krytiny, naučit nemocného mobilizaci na lůžku a mimo něj, neklidné pacienty zabezpečit postranicemi, v koupelnách a sprchových koutech zajistit protiskluzovou úpravu a další (Šváb, 2008).

Po pooperační stabilizaci stavu je nemocný přeložen z intenzivní péče zpět na standardní ortopedické oddělení. Zde pokračuje rehabilitace, jejímž cílem je zdokonalení mobilizace, samostatnosti a sebek péče nemocného. Potřeba pohybu a tělesné aktivity patří k dalším prioritám jedince. Dostává se do popředí po překonání operace a zvládnutí stavu, který operace výměny kloubu obnáší. Každý člověk má individuální požadavky na rozsah pohybové aktivity, přesto je pohyblivost základem nezávislosti. Nemocný po operaci aloplastiky nosného kloubu je propuštěn do domácího léčení,

pokud to dovoluje jeho zdravotní stav a pokud zvládá chůzi o berlích po rovině, ze schodů a do schodů s postupným zvyšováním zátěže. Nemocný může zpočátku pociťovat frustraci ze závislosti na druhých. Proto je potřeba nemocného motivovat, povzbuzovat a hlavně vše srozumitelně vysvětlit (Trachtová, 2006; Šamánková, 2011).

1.3 Rehabilitace

Informovaný a zodpovědný pacient je základ pro úspěšné zvládnutí operace a hlavně celého pooperačního průběhu včetně rekonvalescence. Pojem rehabilitace se v naší republice začíná objevovat po druhé světové válce, kdy byla založena i škola pro fyzioterapeuty. Přestože Světová zdravotnická organizace definovala v roce 1981 rehabilitaci tak, že obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého, u nás je stále rehabilitace chápána jako léčebný tělocvik (Trojan, 2001). Klusoňová popisuje rehabilitaci jako soubor diagnostických, terapeutických, edukačních, sociálních a technických opatření, která směřují k obnovení poškozených a ztracených funkcí, udržení funkcí či zpomalení progresu a náhradě funkcí ztracených. Jedním z cílů rehabilitace je poskytnutí nezávislosti ve společenském a osobním životě nemocných a snaha dosáhnout zlepšení fyzických a psychických schopností nemocného. S nástupem nemocného k hospitalizaci začíná mimo jiné i intenzivní spolupráce pacienta s fyzioterapeutem. Rehabilitaci lze z praktického hlediska rozdělit na předoperační, pooperační a následnou. Hlavním úkolem rehabilitace ortopedického pacienta je zabránit druhotným poruchám, jako jsou deformity, svalová atrofie, omezení kloubní hybnosti nebo udržení těchto poruch v co nejmenším rozsahu. Dalšími cíli je vypracování kompenzačních funkcí postiženého orgánu, aby ztráta jeho výkonnosti byla co nejmenší a dosažení optimálního stupně výkonnosti organismu. Základem edukace je poučení pacienta o mobilizaci na lůžku a mimo něj. Velmi důležité je naučit nemocného stereotypu chůze o berlích ve všech rovinách (chůze po rovině, ze schodů a do schodů) (Klusoňová, 2005).

Pooperační rehabilitace nezahrnuje pouze kondiční cvičení, pasivní cvičení (motodlaha) a dechovou rehabilitaci. Fyzioterapeut pacienta informuje a provádí nácvik pohybu před operací, aby byl nemocný připraven na pooperační stereotyp cvičení a tím snadněji zvládal mobilizaci a rehabilitaci na lůžku bezprostředně po operaci (Příloha 7) (Haladová, 2007). Sestra spolu s fyzioterapeutem informuje a edukuje nemocného o tzv. zakázaných pohybech, jejichž dodržování by měli respektovat hlavně nemocní po operaci kyčelního kloubu. Jedná se o pohyby, které jsou velmi rizikové a hrozí poškození či vykloubení protézy. K základním zásadám patří nedávat nohu přes nohu, nesadit do nízkého křesla, prudce neotáčet trupem. Při přetáčení na lůžku nebo vstávání z něj používat polohovací polštář umístěný mezi kolena a při přetáčení na břicho vždy s polštářem a přes zdravý bok. Velmi rizikové je i zvedání předmětů ze země. Zásadou je předklánět trup a zároveň zanožovat operovanou dolní končetinu nebo použít podavač. Jednou z nejčastějších komplikací operace je luxace (vykloubení) kloubu. Největším rizikem je sám pacient, který nedodržuje zásady a doporučení jak se o kloub starat (Morkesová, 2008). S každou luxací kloubu dochází k prodlužování hospitalizace, nemocný strádá a často se s ním i velmi obtížně spolupracuje. Pooperační komplikace by mohlo eliminovat informačně edukační centrum, které pacient navštíví před operací. V centru sestra společně s lékařem a fyzioterapeutem nemocného informuje o celém průběhu hospitalizace, operace, rehabilitace s nácvikem polohování a chůze o berlích (Malcherová, 2007; Vejvodová, 2006).

1.4 Ergoterapie

Pacient, který podstoupí operaci výměny kloubu endoprotézou je po propuštění do domácího léčení znevýhodněn především v oblasti sebepéče a sebeobsluhy. V této problematice může významně pomoci obor ergoterapie. Kořeny oboru sahají do dob antiky a jsou spojovány s počátky rehabilitace. Již Hippokratés a Galén doporučovali pacientům fyzické cvičení jako jeden ze způsobů, jak být zdravý. Pracovní léčba, jak byla ergoterapie dříve označována, se zaměřovala převážně na péči o duševně nemocné. U tělesně postižených se začala objevovat až v období 1. a 2. světové války, kdy bylo nutné docílit rychlého začlenění nemocných (raněných) zpět do společnosti. Ergoterapie našla uplatnění hlavně ve vojenských nemocnicích, kde byly využívány rukodělné

a řemeslné činnosti. Začíná se také prosazovat měření svalové síly, rozsahu pohybu a analýza kineziologických pohybů. Pro průběh ucelené rehabilitace jsou navrhovány specifické a individuálně přizpůsobené pomůcky a dlahy (Krivošíková, 2011).

Činnost ergoterapeuta by měla být u pacienta s endoprotézou zaměřena na nácvik všedních denních činností. Tato oblast zahrnuje problematiku, jak samostatně vykonávat některé každodenní činnosti, kam patří osobní hygiena, koupání, oblékání, používání toalety a mobilita. Ergoterapeut se zaměřuje na nácvik soběstačnosti s použitím kompenzačních mechanismů a pomůcek. U pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu lze použít nástavec na WC, zaměřit se na úpravu domácího prostředí (odstranění koberečků) s cílem prevence pádu a tím zamezení luxace, poranění či jiné komplikace. S touto problematikou úzce souvisí ergoterapie zaměřená na poradenství, kdy ergoterapeut již na oddělení spolu s fyzioterapeutem pomáhá nemocnému vštípit nové pohybově funkční návyky, na základě kterých ergoterapeut doporučí úpravu domácího či pracovního prostředí dle individuálních potřeb nemocného. Poradenství je zaměřeno nejen na poskytování informací o službách, ale i možnostech, kde tyto služby pacient najde a jak je získá. Důležitá je i zpětná vazba. Náplní této formy ergoterapie je poskytování pomoci nejen jednotlivcům, ale i jejich rodinným příslušníkům. Technickým poradenstvím se ergoterapeut zabývá nejčastěji. Jedná se o doporučení, vyzkoušení a úpravy kompenzačních nebo technických pomůcek. Péče o ortopedického pacienta obnáší také spolupráci ergoterapeuta a fyzioterapeuta (Krivošíková, 2011).

1.5 Komunikace s ortopedickým pacientem

O komunikaci ve zdravotnictví, ať už na jakékoli úrovni je zmínka snad v každé odborné publikaci. Přestože komunikace patří k základním prvkům dorozumívání nejen mezi lidmi, stále se stává předmětem kritiky, i tento problém se stal důvodem výzkumného šetření. Komunikace je forma procesu interpersonální výměny, která umožňuje setkat se s psychikou dalších jedinců. Každé sdělení má obsahovou úroveň, která je vyjádřena slovy a vztahovou, emoční úroveň, která je vyjádřena především nonverbálně (Dynáková, 2005). Pacienti si stěžují na špatnou či nedostatečnou komunikaci se zdravotníky, a to nejen s nimi, ale také s jejich rodinnými příslušníky a blízkými. Některým zdravotníkům se zdá rozhovor s nemocným zbytečný, někdy

obtížný, ale nejčastěji velmi náročný na čas, kterého je tak málo. Díky tomu pak pacient mnohdy zbytečně vnímá obavy z vyšetření, operace nebo léčení. Vorlíček uvádí, že problémem se stává to, že komunikovat neumíme a v horším případě dokonce nechceme. „Komunikace zdravotníků s nemocnými je vysoce odborná, velmi obtížná a náročná činnost, která vyžaduje od zdravotníků vůli, kvalifikaci, empatii, čas a především vnitřní přesvědčení, že tato činnost je smysluplná a užitečná (Linhartová, 2007 s. 7)“. Lidská komunikace je složitý proces závislý na individualitě každého jedince. Patří do základní bio – sociální výbavy člověka. Na nemocné působí oba typy komunikace verbální a nonverbální. Neverbální komunikace je nejčastěji a nejdůležitěji definována jako řeč těla. Jednotlivé oblasti nonverbální komunikace velmi zdařile rozčlenil Jaro Křivohlavý. Pro ošetrovatelskou praxi jsou důležité všechny složky nonverbální komunikace, pro potřeby této práce jmenuji některé. Mimika, tedy výraz obličeje je jedním z projevů, který pacient na zdravotnících sleduje nejčastěji. Pro nemocného může být nepříjemné, pokud lékař nemocného vyšetřuje a jeho výraz je nepřítomný, nejeví zájem nebo naopak nespokojenost s nálezem a to vše podtrhne mlčením. V takovém případě může dojít k nedorozumění a nemocný zbytečně trpí nervozitou a obavami. Proto je důležité úměrně prolínat obě složky komunikace, to znamená verbální i neverbální. Dobře komunikovat neznámá jen dobře volit slova, ale věnovat se rychlosti řeči, hlasitosti, pomlky, výšky hlasu a intonaci. Úspěšná komunikace by měla být založena na jednoduchosti, stručnosti, zřetelnosti a zpětné vazbě. Sestra by měla umět dovést rozhovor ke vzájemné spolupráci a zvládat komunikaci s jakýmkoli pacientem. V praxi se sestra nejčastěji setká s terapeutickým, informativním a edukačním rozhovorem. Obě strany zaujímají roli hovořícího a naslouchajícího, tázajícího se a odpovídajícího. Sestra by měla mít na mysli pomyslné kroky rozhovoru, kdy úcta a rovnocennost je prioritou. Dále důvěryhodnost, ochota dávat a nejen přijímat, připravenost ke změnám a přátelská atmosféra. Vzdálenost, kterou mezi sebou zaujímají jednatelé, se nazývá proxemika. V rámci ošetrovatelské péče je velmi často narušována intimní zóna nemocného a personálu samotného. V těchto situacích je na místě profesionální jednání, které by mělo zamezit vážnutí komunikace a předcházet možným somatickým projevům. Zdravotnická profese s sebou nese další

diskutabilní prvek neverbální komunikace, kterým je haptika. Mezi prvořadě patří prosté podání ruky, které ve společnosti podléhá pravidlům. Podaná ruka vyjadřuje vztah mezi lidmi. Při ošetřování nemocného sestra využívá dotek ve smyslu pohlazení nebo letmého dotyku končetiny jako součást komunikace a projev empatie převážně u seniorů a dětí. Dotyk však nemusí být nemocnému příjemný, obzvlášť pokud se jedná o manipulaci s operovanou končetinou, čímž je způsobena nepříjemná bolest. (Křivohlavý, 2002; Linhartová, 2007; Minibergerová, 2008; Mikuláščík, 2003).

1.6 Didaktika v ošetrovatelství

Výchova (edukace) a vzdělávání, narůstá na významu v ošetrovatelské praxi s rozvojem moderního ošetrovatelství. Výchova a vzdělávání provází člověka od narození. Edukace se v posledních letech stává jednou z nejdůležitějších úloh sester a představuje tak jejich další pracovní náplň. Edukace v ošetrovatelství má své místo, i přes to, že ji někteří zdravotníci považují za předání jednorázové informace. Je chápána převážně jako zdravotní výchova jednotlivců i společnosti. Předpokládá kvalifikovanou pomoc těm, kteří jsou ohroženi nemocí nebo již onemocněli. V průběhu edukace vznikají vztahy, které jsou založeny na vzájemné interakci subjektu (sestra, lékař) a objektu (populace, nemocný). S edukací úzce souvisí didaktika, neboť je spojena s výběrem metod, forem, dodržování zásad, prostředků a ostatních faktorů didaktického uspořádání edukace. Didaktika ošetrovatelství je pro edukaci potřebná pro výchovně – vzdělávací činnost a systematické vytváření správných vědomostí, dovedností, návyků a postojů v rámci zabezpečení zdraví obyvatel. Edukace nejen nemocných probíhá pomocí edukačního procesu. Kuberová uvádí “edukační proces v ošetrovatelství vede lidi nejen k pochopení zdraví a nemoci, ale učí je rovněž zdravému chování, hygienickým návykům, správnému stravování, vyhýbání se rizikům, poznání svého zdravotního stavu a případných odchylek (krevní tlak, hladina cukru a tuku v krvi), dále je učí schopnosti poskytnout první pomoc při nehodách a úrazech až do příchodu zdravotníka, dokázat poučit druhé, jak se chovat při infekcích a úrazech a umět si poradit s prvními příznaky nemocí členů své rodiny nebo známých“ (Kuberová, 2010 s. 24). Edukace může probíhat dvěma způsoby. Prvním je předání edukačních materiálů a stručné zopakování tištěného textu. Dalším a pravděpodobně

efektivnějším způsobem je verbální a individuální předávání navrhovaných opatření nemocnému. Pacient si lépe uvědomí některé souvislosti a nejasnosti, které může bezprostředně konzultovat s lékařem. Dobře poučený a informovaný pacient, který je zorientován ve své nemoci, se stává spolupracujícím a mnohdy přístupnějším. Kromerová ve svém článku uvádí čtyři typy pacientů. Typem A označila nemocného, který jeví zájem o svůj zdravotní stav, je aktivní a klade otázky. Typ B začne komunikovat tehdy, pokud se podaří vzbudit jeho zájem o danou problematiku. Pokládá za zbytečné hovořit o něčem, co již zná. S pacientem typu C je obtížná komunikace, neboť jeho zdravotní potíže neodpovídají výsledkům vyšetření. Typ D spěchá, nemá otázky, nechce být zdržován, edukace u něj nemá efekt (Kromerová, 2005; Onderková, 2007). Na základě těchto poznatků, přistupuje sestra k pacientům.

Edukační proces je záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný. Proces je realizován součinností edukátora (kdo edukuje - sestra) a edukanta (kdo je edukován - pacient). Na těchto dvou subjektech závisí kvalita edukačního procesu. Edukací v ošetrovatelství tak lze dosáhnout lepší spolupráce nemocného, dodržování léčby, fyzioterapie a omezení dlouhodobé léčby. Sestra se vedle role ošetrovatelky, komunikátorky, poradkyně a manažerky stává učitelkou a vychovatelkou nemocného (Závodná, 2005; Průcha, 2002).

1.6.1 Edukace nemocného

Moderní edukace v ošetrovatelství je ovlivněna mnoha faktory, které souvisejí s rozvojem techniky, nových technologií a vybavením prostředí, v němž edukace probíhá. Edukaci lze rozdělit do tří oblastí. *Základní edukace* představuje prvotní osvojení vědomostí o dané nemoci. Uplatňovat lze tehdy, pokud jsou nemocnému předávány nové informace a dovednosti o jeho nemoci. Příprava na *komplexní edukaci*, která probíhá v edukačních kurzech je náročná a vychází z pravidel didaktiky. V průběhu celého procesu nejenže edukátor vysvětluje, ale také zapojuje jedince do procesu cvičení. Pracuje i s rodinnými příslušníky, kteří mohou podporovat, nebo suplovat nemocného v každodenních činnostech. *Reedukace* je založena na pokračování, rozvíjení a nápravě vědomostí či dovedností. Navazuje na předešlé vědomosti, zahrnuje opakování a poskytuje nové informace (Drlíková, 2008).

Aby sestra mohla provádět kvalitní a efektivní edukaci, je potřeba rozvíjet její pozitivní vztah k učícím se jedincům. Verbální a nonverbální komunikace je jednou z klíčových dovedností sester edukátorek. Komunikace v edukačním procesu plní několik funkcí. Zprostředkovává výměnu informací, zkušeností, emocí, postojů, umožňuje vzájemný kontakt mezi zúčastněnými stranami a je prostředkem pro uskutečnění edukace samotné. Sociální komunikace pomáhá zkvalitňovat interakci všech zúčastněných. Z hlediska jedince může edukaci ovlivnit několik faktorů. Jedná se o kognitivní, afektivní a biologické vlastnosti. Edukaci v ošetrovatelství podporuje vnitřní motivace, pohotovost, připravenost, ochota učit se, zpětná vazba, logicky sestavený edukační plán, opakování klíčových pojmů a rozvoj pozitivního postoje k vlastnímu zdraví. K lepšímu pochopení pacientovy problematiky může sestra využít didaktické prostředky a pomůcky. Materiální pomůcky ve výuce dosáhly značného významu za dob Jana Amose Komenského, který definoval didaktickou zásadu názornosti. V edukaci pacientů mají opodstatněné místo letáky, brožury, časopisy, informace na nástěnkách a další. Velmi přínosné se jeví učební či edukační prostory vybavené tabulí, promítacím plátnem, počítačem, CD, DVD a jinými technickými vymoženostmi dnešní doby. Při edukaci by měli být využity pomůcky, jako jsou modely a obrázky, u ortopedických pacientů ukázka protézy umělého kloubu, který si může nemocný osahat a prohlédnout. Uplatnění demonstrace a konkrétní nácvik, například chůze o berlích či francouzských holích, jsou nemocnými vítány (Míčková, 2009).

Kvalitní a efektivní edukaci brání, jestliže je špatně sestrou připravená a realizovaná. Další překážky mohou být na straně nemocného, a to negativně působící charakter onemocnění, poruchy smyslového vnímání, bolest, citové rozpoložení, komunikační či jazyková bariéry, věk nemocného a další. Sestra může zaujmout negativní postoj, který pramení z jejího nekvalifikovaného přístupu, nevhodného výběru informací a poznatků, spěchu a ignorování jedince. Neprofesionálně působí i nedostatečné znalosti sestry. Stejně tak, jako každá ošetrovatelská nebo lékařská činnost je zaznamenána do dokumentace, výjimkou není ani edukace. Správné vedení dokumentace umožňuje kontinuitu edukace, informuje členy týmu o stavu edukace,

zefektivňuje edukaci, usnadňuje hodnocení edukace a nakonec chrání zdravotnický personál před trestním stíháním. Velmi důležitá je i časová jednotka, za kterou nemocný pochopí či nepochopí informace, zda je nutné opětovné vysvětlení a podobně. Edukace je i přes zdánlivou jednoduchost náročný proces, na který by se měla sestra připravit nejen teoretickými znalostmi, ale také praktickými zkušenostmi. Velkou výhodou je komunikativní dovednost (Juřeníková, 2010; Kuberová, 2010).

1.7 Spolupráce sestry a lékaře

Každá profese a profesní vztahy by měly být založeny na spolupráci a důvěře. Ve zdravotnictví to platí dvojnásob. V posledních letech je stále častěji diskutovaným tématem vztah a spolupráce mezi sestrou a lékařem. Lékař má rozhodující pozici mezi celou řadou zdravotnických profesí. Tradiční vztah sestra – lékař se postupně změnil v důsledku sociálních změn, ke kterým došlo ve vývoji společnosti (Bártlová, 2005).

1.7.1 Role lékaře

S rozvojem medicíny a ošetrovatelství se mění postavení i role lékařů, sester a v neposlední řadě i pacienta. Pojem role je možné charakterizovat jako očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti. V minulosti byl lékař ten, kdo rozhodoval o léčbě a pacient ten, kdo „poslouchal“. Sestra byla jen pečovatelka a vykonavatelka ordinací lékaře. Role lékaře se začaly formovat již ve starověku, tedy v době, kdy se s „povoláním“ lékaře začínáme setkávat. Současné pojetí lékařské role se začíná formovat od poslední třetiny devatenáctého století. Tehdy se začaly formovat nemocnice jako zdravotnická zařízení, ve kterých začali působit lékaři. Tímto obdobím se zároveň prolíná domácí léčení, kdy lékař docházel za nemocným domů, a ošetrovateli byli členové rodiny. Nemocnice byly určeny pro chudé a opuštěné, neboť neměli nikoho, kdo by o ně pečoval. Nemocní tak zůstávali v dlouhodobé sociální izolaci a osamoceni nezřídka umírali. Teprve se vznikem lékařských ordinací, do kterých začal nemocný docházet, se nemocnice staly centrem medicínského pokroku, díky rychlému růstu lékařských poznatků. S rozvojem techniky rostla i odborná kvalifikace lékařů. Nemocnice tak přestaly být azylem chudých a začaly být vyhledávány i movitějšími občany, jako místo s nejkvalifikovanější lékařskou pomocí.

Prestiž lékařského povolání vzrůstala. Bártlová uvádí, že „současnou podobu lékařské profese můžeme chápat jako důsledek vývojového stupně moderního průmyslového období, přinášejícího medicalizaci společnosti, jejímž následkem je rozšiřování trhu pro lékařské služby (Bártlová, 2005, s. 108)“. Lékaři nabývají role a společenské funkce, které bezprostředně nesouvisí s léčebným procesem. Z lékaře se mnohdy stává ekonom, který je limitován prostředky a léčbu vede tak, aby nedocházelo k zbytečnému plýtvání s financemi. Díky tomuto trendu může lékař pociťovat konflikt rolí, kdy na jedné straně musí a chce poskytovat pomoc a úlevu nemocným podle svých znalostí a vědomostí s nasazením všech dostupných prostředků medicíny a na straně druhé nese zodpovědnost za spravedlivé rozložení veřejných zdrojů (Bártlová, 2005).

Vykonávání lékařského povolání je velmi náročné pro různá specifika oborů medicíny a pro nutnost rozhodnout se v kterékoliv situaci, v jakoukoli dobu a nezdědka v časové tísní. Některá rozhodnutí zachrání nemocnému život, některá mohou mít fatální následky. V nemocnici se lékař podílí na rozhodovacím procesu společně s vedoucím lékařem oddělení a primářem. Lékař však musí být schopen s ostatními kolegy a spolupracovníky, kteří se podílí na diagnostice a terapii komunikovat a spolupracovat. Od lékaře se očekává jednání odpoutané od emocí, tedy jakási emocionální neutralita. Tím je myšlen empatický přístup k nemocnému, kdy lékař vykazuje sympatie a porozumění, aniž by byl ovlivněn náboženskými, rasovými, kulturními a dalšími postoji nemocného. Povolání lékaře vyžaduje specializované, náročné, kontinuální a celoživotní vzdělávání (Bártlová, 2010; Křížová, 2006).

Z psychologického hlediska lze role lékaře přirovnat k rolím pedagoga. Role či vztah učitel-žák je všeobecně znám. V současné době se od lékaře očekává jakási osvěta, kterou by lékař naučil nemocného přicházet do zdravotnického zařízení včas a nepodceňovat některé symptomy a tím předcházet náročné a dlouhodobé léčbě. Velmi sobě blízké jsou tedy role mentora a tutora. Obě mají za cíl nejen vzdělávat, ale i vychovávat. Lékař se stává učitelem a přítelem, který určuje taktické a strategické postupy. Upozorňovat na drobné chyby a nedostatky a zároveň povzbuzovat a být poradcem může lékař v roli zvané monitor. Z jiného úhlu pohledu je možné pozorovat roli hovořícího a roli naslouchajícího. Tyto role může zaujmout jak lékař, tak pacient.

Umění komunikace je pro obě strany důležité. Komunikace lékaře a pacienta je mnohotvárná a zároveň ovlivněna řadou faktorů. Lékař by měl umět hovořit s pacienty různých věkových skupin, odlišného stupně vzdělání, v dobrém či špatném psychickém stavu, akutně nebo chronicky nemocnými (Křivohlavý, 2002; Vašková, 2006).

1.7.2 Role sestry

V profesi sestry došlo během společenského vývoje k nemalým změnám právě v oblasti jejich role. Práce sestry tvoří rozsáhlý systém vzájemně propojených společenských rolí. Přestože veřejnost připisuje sesterské profesi ne příliš kladnou image, prestiž tohoto povolání je ve srovnání s ostatními profesemi na přední pozici. Povolání sestry bude muset s velkým či malým úsilím upevnit současnou pozici a hlavně zapracovat na změně image. Pro zvládnání nových rolí sesterské profese je nezbytné vytvořit takové podmínky, které umožní dokonalou adaptaci a flexibilitu. Role sestry je vystavena neustálým změnám ve společnosti, změnám systému zdravotní péče, novými poznatky, výzkumy a technologiemi. Na tuto skutečnost reaguje vzdělávání sester i ošetrovatelská péče a výsledkem je změna rolí sester. Aby sestra mohla využít své role v péči o jednotlivce, rodiny a skupiny v identifikaci jejich bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, musí mít přesně definované kompetence, které v České republice upravuje Vyhláška č. 55/2011 Sb. Role sestry vychází z toho, co od ní jedinec ať zdravý či nemocný očekává. Sestra se snaží saturovat potřeby nemocného, chápat jeho problémy, zajišťovat nemocnému pocit jistoty a zároveň si zachovat emocionální neutralitu. Sestra zastává mnoho rolí. V ošetrování, nejen ortopedických pacientů, je nejčastěji uplatňována role sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče, která je charakteristická holistickým chápáním nemocného a uspokojováním jeho potřeb. Pomocí ošetrovatelského procesu realizuje ošetrovatelskou péči. Ve výchově a vzdělávání pacienta po aloplastice nosného kloubu je jednou z priorit role edukátorky. Sestra má za úkol spolu s fyzioterapeutem nemocného naučit, jak zvládat mobilizaci na lůžku, později mimo něj a další postupnou rehabilitaci. Neméně důležitá je kooperace sestry a ergoterapeuta v eliminaci úrazů převážně doma, kdy by měla být edukace zaměřena na úpravu domácího prostředí. S rolí edukátorky souvisí role poradkyně, kdy sestra nemocné informuje o existenci a možnosti využití kompenzačních pomůcek,

kteře mohou nemocnému výrazně ulehčit každodenní sebeobsluhu a sebekpěči (Bártlová, 2005; Farkašová, 2006; Tóthová, 2009).

1.7.3 Vztah lékař – pacient

S rozvojem medicíny a léčebnými postupy se mění také vztah mezi lékařem a pacientem. Pacient přichází k lékaři, pokud pocítuje fyzické či psychické změny a od lékaře očekává vyšetření, stanovení diagnózy a léčbu. Lékař od pacienta očekává spolupráci a dodržování doporučených léčebných postupů. Nemocný by měl být přesvědčen o pozitivitě navrhovaného postupu. Velmi pozitivně působí přátelský dialog, kdy se lékař nechová nadřazeně a pacient je chápán jako partner a ne jen konzument. Nedílnou součástí přístupu lékaře tvoří kladný emocionální vztah k pacientovi a komunikační dovednosti obou stran (pacienta i lékaře). Vzájemná interakce mezi pacientem a lékařem se odehrává ve dvou rovinách. Profesionální pohled klasické medicíny může hodnotit činnost lékaře jako nadřizenou a zároveň ji hodnotit za *lege artis*. Druhá rovina se odehrává na úrovni sociální či psychosociální. Tento pohled charakterizuje vztah mezi lékařem a pacientem v popředí s psychikou obou zúčastněných. Sociálně – psychologickou atmosféru vytváří již pouhý vstup pacienta do ordinace lékaře. V pacientovi se mohou vybavit nepříjemné zážitky z prvního setkání a lékař si může vzpomenout na nepříznivý zážitek se stejným pacientem, například při nedodržení léčebného režimu. Nemocný vyhledává lékaře s určitou mírou důvěry, očekává klidné prostředí a pocit, že lékaře nezdržuje a neobtěžuje (Křivohlavý, 2002).

Vztah lékař – pacient lze všeobecně charakterizovat jako „souhrn sociálních podmínek a způsobů jednání ve vzájemném působení mezi lékařem a pacientem a vztah lékaře k předmětu své činnosti (Bártlová, 2005, s. 120)“. Vztah mezi lékařem a pacientem patří stále mezi prioritou ve výzkumných činnostech. Mnoho zahraničních autorů vymezilo několik interakčních vztahů. Stewart a Roter (1989) vymezili čtyři typy vzájemného působení podle stupně kontroly z lékařovy a pacientovy strany. První vztah, kde lékařova kontrola je poměrně vysoká a pacientova nízká nazývají paternalistický. Druhý typ vztahů se vyznačuje vysokou kontrolou lékaře i pacienta. Obě strany do interakce přináší vlastní poznatky. Lékař se podílí klinickými znalostmi, zručností a pacient vlastními pocity, zkušenostmi a očekáváním. Tento typ označují za

vztah vzájemný či partnerský. Třetí typ, konzumentský, vzniká v podmínkách tržní konkurence, neboť lékař sice aktivně dominuje, ale je závislý na přání pacienta v důsledku svého finančního zabezpečení. Poslední čtvrtý typ vztahu je typický nízkou kontrolou ze strany lékaře i pacienta. Lze jej hodnotit jako zanedbanou, nevýraznou interakci, kdy lékař redukuje svou kontrolu po dobu konzultace s pacientem, který je bojácný a neuvědomuje si další možné alternativy. Další autoři (Sasz, Knoff, Holandr), (Bártlová, 2005), kteří se interesovali vztahy mezi lékařem a pacientem, charakterizují tři typy vztahů. Ve vztahu aktivita – pasivita, dominuje aktivní přístup lékaře, neprolíná se vztah mezi osobnostmi a pacient není schopen sám jednat, odpovídat a reagovat. Tento vztah může v praxi nastat při šoku, kómatu, deliriu a dalších. Vztah vedení – spolupráce je založen na aktivní spolupráci nemocného v uzdravovacím procesu. Lékař odborně vede nemocného k uzdravení nebo minimalizaci následků nemoci. Vztah se jeví jako demokratičtější než předcházející, ale obsahuje prvky paternalismu, kdy staví nemocného do pozice závislého, méně odpovědného člověka. Přesto je tento vztah u nás zatím nejrozšířenější. Poslední vztah vzájemné participace je charakteristický tím, že pacient dostává rady od lékaře a je na něm samotném jak s nimi naloží. Pacient má prostor na rozhodnutí. V praxi se vztah týká zejména chronicky nemocných. V současné době je stále větší trend nahradit paternalistický vztah vztahem partnerským. Zvláště mladá a střední generace se chce účastnit plánování a vedení léčby a aktivně se zapojit do péče o své zdraví. Vzhledem k tomu, že lékař je součástí ošetrovatelského týmu, je velmi důležité vědět, jaký vztah má lékař s pacientem ve smyslu prevence porušení celistvosti celého týmu a to nejen v předávání informací v rámci týmu, ale hlavně pacientovi. Zkrátka všichni vědí, jak mají s pacientem hovořit a hlavně co mu mohou sdělit. U ortopedického pacienta se jedná hlavně o postupu pooperační mobilizace a rehabilitace (Bártlová, 2005).

1.7.4 Interakce lékaře a sestry

V souvislosti s celou řadou sociálních změn se postupně měnil i tradiční vztah sestry a lékaře. Stejně tak jako povolání lékaře, tak povolání sestry má za sebou velmi bohatou historii. Ta se týká nejen vzdělávání, ale i postavení ve společnosti. V minulosti byla sestra podřízená lékaře a plnila jeho ordinace. V posledních desetiletích je

převažujícím trendem postavení sestry jako rovnocenného partnera lékaře. Sestra by měla společně s lékařem tvořit harmonický, rovnoprávný vztah, který nepochybně přispívá k vysoké kvalitě poskytované péče. Prioritou sestry a lékaře je spokojený pacient. Z toho vyplývá, že dobré vztahy mezi zúčastněnými stranami jsou samozřejmostí. Opak je však pravdou, neboť řada problémů ve vztahu sestra – lékař bývá způsobena nepochopením vzájemných rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Někteří lékaři se navíc chovají neprofesionálně, nadřazeně a přehlíživě. Jednou z cest k úspěchu je pravděpodobně změna v myšlení jak lékařů, tak sester. Sestry mají dobře nakročeno, díky požadavku legislativy na vyšší vzdělání (Bártlová, 2005).

Moderní ošetrovatelství se stále rozvíjí. Bohužel, se stále ještě setkává s překážkami a nepochopením lékařů, kteří preferují názor, že ošetrovatelství by nemělo zasahovat do medicínské oblasti. Sestry se stále setkávají s nižším respektem k ošetrovatelství ze strany lékařů (Bártlová, Trešlová, 2010). Část lékařů stále ještě vnímá sestru jako odborně podřízenou pracovníci, která má respektovat jejich příkazy a ordinace. Ošetrovatelství je mnohdy považováno za jakýsi podpůrný prostředek při péči o nemocného. Názory a odborné znalosti sester mnohdy lékaři vnímají jako podceňování své odbornosti a kompetentnosti. Přičemž sestra a lékař se od sebe liší právě kompetencemi, které jsou zakotveny zákonem a charakterem profesí. Před vstupem do zaměstnání je každý jednotlivec seznámen se svými povinnostmi. Další kompetence vyplynou z dělby práce na konkrétním pracovišti (Linhartová, 2007). V profesní vazbě sestra – lékař Bártlová uvádí následující typy interakcí. Bezproblémové podřízení se je klasický příklad. Sestra o ničem nerozhoduje, k ničem se nevyjadřuje a vykazuje absolutní poslušnost. Neformální skryté rozhodování s sebou nese respekt lékaře, sestra nenabízí přímé doporučení, ale snaží se nepřímo ovlivnit rozhodovací proces. Pokud sestra nabízí své zkušenosti a názory a otevřeně komunikuje s lékařem, jedná se o neformální neskryté rozhodování. Při formálním neskrytém rozhodování sestra využívá ošetrovatelský proces při spolurozhodování o léčbě nemocného (Bártlová, 2005).

V posledních letech je stále častěji probírána problematika vztahu mezi sestrami a lékaři a to nejen mezi zdravotníky samotnými, ale i širokou veřejností. Tato problematika je ovlivněna strukturálními změnami ve společnosti a změnami v systému zdravotní péče. Ve vyspělých zemích dochází k posílení postavení všeobecné sestry, kdežto lékaři ztrácí část svého výsadního postavení. Stále však mezi převážnou většinou sester a lékařů existuje více než velmi dobrá spolupráce. Vztah mezi sestrami a lékaři tvoří jeden z hlavních pilířů celkové atmosféry na pracovišti. Společným zájmem je bezpochyby pacient a péče o něj, proto je nutné podporovat multidisciplinární týmovou práci, zlepšit komunikaci a spolupráci členů léčebného a ošetrovatelského týmu. Kvalitní spolupráce mezi sestrami a lékaři je nezbytná proto, aby péče o pacienta byla na vysoce odborné úrovni (Bártlová, 2007; Vyhnalová, 2005).

1.7.5 Vzájemné působení sestry a pacienta

Při ošetřování nemocného je sestra ten, s kým je pacient v nejtěsnějším a nejčastějším kontaktu. Sestra se stává prostředníkem mezi pacientem a lékařem. Bývá první, koho pacient osloví při plnění potřeb, nejen biologických. Pacient se nezdá stává na sestře závislý, neboť sestra nejenže plní přání a potřeby nemocného, ale také doplňuje společenské vztahy a stává se mnohdy i zdrojem informací. Kvalitně vedená komunikace s nemocným patří k základním dovednostem sestry, která se během praxe stále zdokonaluje a rozvíjí. Sestra během komunikace identifikuje potřeby a přání nemocného, které se následně prostřednictvím nejen ošetrovatelského procesu snaží splnit (Rozsypalová, 2006; Venglářová, 2006).

Člověk se v roli pacienta stává více či méně závislým a podřízeným. Je nucen během nemoci omezit, nebo úplně opustit své návyky a zvyky. Pro pacienta není jednoduché tuto situaci přijmout. Každá sestra by měla jednat jako profesionál a eliminovat možné konfliktní situace individuálním přístupem, vhodnou komunikací a neustálým vysvětlováním situace, která se odehrává, nebo bude následovat. Duševní podpora, pochopení a akceptování nemocného by mělo být samozřejmostí v rámci ošetrovatelské péče. Sestra pomáhá pacientovi adaptovat se na novou roli, tvoří prostředníka mezi lékařem a nemocným a snaží se vytvářet mimo jiné v pacientovi důvěru k lékaři (Bártlová, 2005). Bohužel i na sestry dopadají stížnosti od pacientů, na

neprofesionální chování a jednání. Sestry podléhají momentální osobní indispozici, náladě, nebo nemají dostatek síly překonat některé své rysy, které nejsou příliš vhodné pro povolání sestry. Ne všechny sestry se ztotožňují s přesvědčením, že i v přetechnizované a byrokraticky náročné medicíně, která mnohdy degraduje jejich klinické dovednosti, si musí být vědoma primárního „poslání“ pomáhat člověku v nouzi (Linhartová, 2007). Pro sestru u lůžka je těžké obzvlášť, po několikaleté praxi, neztratit ideály, radost z práce a schopnost přizpůsobit se pozitivním změnám a naslouchat nově přichozím kolegyním, které jsou nadšené svou prací (Beňadíková, 2009; Vyhnalová, 2005).

1.8 Vzdělávání sester v České republice a v Rakousku

V současné moderní společnosti vzrůstá význam vzdělání jako obecné hodnoty. Vzdělání získalo vysokou společenskou prestiž v žebříčku hodnot. Každé povolání má legislativou stanovená pravidla jednak k získání kvalifikace a jednak kompetence k výkonu povolání. Vzdělávání sester bylo ovlivněno Boloňským programem, který stanovil, že do roku 2010 bude sjednocen systém vysokoškolského vzdělávání zdravotních sester ve většině evropských zemí. Dalším mezníkem bylo v roce 2000 vydání požadavků WHO na vzdělávání diplomovaných sester. Požadavky se týkaly například schopnosti sester analyticky a kriticky myslet, stanovovat priority, plánovat a řešit problémy, pracovat v týmu, využívat informační technologie a další (Kemetmüller, 2005).

V České republice probíhá vzdělávání, tedy příprava k povolání na středních školách, po jejímž ukončení může absolvent nastoupit do provozu jako zdravotnický asistent s omezenými kompetencemi. Všeobecná sestra získá způsobilost k výkonu povolání absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru nebo v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. Další možností studia je pokračování v navazujícím magisterském programu také ve formě prezenční či kombinované a dál v doktorandském studiu. Zdravotničtí pracovníci jsou limitováni vyhláškou č.55/2011Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Definuje ošetrovatelskou péči, základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Dále stanoví činnosti

zdravotnického pracovníka po získání odborné způsobilosti (Pacovský, 2005). Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů se sídlem v Brně zajišťuje zdravotníkům mnoho vzdělávacích programů specializačního vzdělávání, kvalifikačních a certifikovaných kurzů včetně dalších forem celoživotního vzdělávání. Toto centrum vede registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu, který podléhá zákonu č.105/2011 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (<http://www.nconzo.cz/web/guest/home>).

Sestry v Rakousku mají podobný systém vzdělávání. Po ukončení deseti ročníků nebo po ukončení nezdravotnické střední školy nastupují žáci do tříletého studijního programu, který je obdobou naší střední zdravotnické školy. Po maturitě mohou studovat ošetrovatelství na univerzitě a získat titul bakalář a současně diplom zdravotní sestry. Diplom získaný na univerzitě se ovšem neliší od diplomu získaného na „střední škole“. Rozdíl je pouze v tom, že na univerzitě je podmínkou platit školné a studenti mají více let studia, než studenti ze střední školy (Činčura, 2012).

Kvalifikaci tedy sestry v Rakousku získávají na odborných školách, které poskytují výhradně odborné vzdělání a absolvent získá kvalifikaci diplomovaná všeobecná sestra, diplomovaná dětská sestra a diplomovaná psychiatrická sestra. Předpokladem pro přijetí je spolehlivost, zodpovědnost, inteligence, dobrý zdravotní stav, manuální zručnost a motivace pro práci ošetrovatelky. Přijímací řízení probíhá formou řízeného rozhovoru. Studijní plán je rozdělen na teoretické a praktické předměty a zahrnuje 4600 hodin, kdy praktická část představuje minimálně polovinu. Teoretická výuka obsahuje předměty biologie, anatomie, fyziologie, somatologie, patologie, vyšetřovací metody, základy ošetrovatelských věd a ošetrovatelského výzkumu, ošetrovatelství, paliativní péče, výživa, sociologie, supervize a trénink kreativity, farmakologie, statistika, ergonomie a další. Praktická výuka se zaměřuje na akutní péči v chirurgii, interní medicíně, domácí péči, na sociální služby a dále dle zaměření výběru studenta. Další forma vzdělávání, kde mohou sestry získat specializaci v oboru intenzivní péče, anestezie, pooperační péče a jiné, jsou nástavbové kurzy, které zahrnují 1600 hodin teoretické i praktické výuky. Všechny specializační kurzy vedou k získání

diplomu a tedy kvalifikace pro zvolený obor. Studium ošetrovatelství na vysokých školách trvá v prezenční formě 6 semestrů a v kombinované formě 7 semestrů. Absolventi mohou dále studovat magisterské programy, tedy ošetrovatelský management, ošetrovatelské vědy a pedagogiku v ošetrovatelství (Engel, 2009; Kramáčová, 2006).

V Rakousku není zaveden systém registrace. Každé diplomované sestře legislativa ukládá povinnost aktivně udržovat své znalosti na úrovni nejnovějších poznatků současné vědy. Sestra si vede speciální průkaz, kde jsou zaznamenány absolvované přednášky (Weis-Fassbinder, 2010).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda informace o ošetrovatelské péči v pooperačním období poskytované v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů splňují očekávání pacientů a naplňují jejich potřeby.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry na oddělení vnímají rozdíl v zapojení pacienta do ošetrovatelské péče, podle toho, zda se jedná o pacienta, který centrum pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů navštívil nebo ne.

Cíl 3: Zjistit, zda existují nějaké problémy při provozu centra pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů z pohledu pacienta, z pohledu sester na oddělení a z pohledu lékařů.

2.2 Hypotézy

H 1 Informace o ošetrovatelské péči v pooperačním období poskytované v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů naplňují potřeby pacientů.

H 2 Sestry na oddělení hodnotí významný rozdíl mezi spoluprací s pacientem, který centrum pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů navštívil nebo ne.

H 3 Při provozu centra pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů existují problémy z pohledu sester na oddělení.

2.3 Výzkumné otázky

VO 1. Jaká je souvislost mezi činností sestry v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů a sestry na oddělení, a spokojenosti pacientů v oblasti jejich potřeb?

VO 2. Jaké informace pacienti v centru postrádají?

VO 3. Hodnotí pacienti informace podané v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů jako orientační, nebo jsou významné pro snadnější zvládnání pooperační péče?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro diplomovou práci a k dosažení stanovených cílů bylo použito kvalitativně kvantitativního šetření. Pro kvantitativní šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou dotazníků. Dotazník byl sestaven na základě získaných informací z literatury, odborných časopisů a internetových stránek. První dotazník byl sestaven pro nemocné, kteří podstoupili aloplastiku kolenního nebo kyčelního kloubu. Dotazník pro pacienty obsahoval 32 otázek, které byly uzavřené, polozavřené a otevřené. Dotazník byl následně přeložen do německého jazyka. Druhý dotazník byl určen sestřám, které pracují na ortopedickém oddělení a jednotce intenzivní péče pro chirurgické obory v Nemocnici Pelhřimov. Dotazník obsahoval 11 otázek, taktéž uzavřených, otevřených a polozavřených. Výsledky odpovědí z dotazníku byly vyhodnoceny pomocí grafů v programu Word Microsoft Excel 2003 a tabulek v programu SPSS 16.0.

Pro kvalitativní šetření byl sestaven polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Rozhovor byl veden s pacienty, kteří podstoupili aloplastiku kolenního nebo kyčelního kloubu a s lékaři ortopedického oddělení Nemocnice Pelhřimov. Kvalitativní výzkum měl dvě fáze. První fáze byla zaměřena na pacienty, kteří před operací nenavštívili informační centrum, a druhá fáze se orientovala na pacienty, kteří před operací informační centrum navštívili. Výsledky výzkumu byly analyzovány a uspořádány do schémat, která byla vytvořena a popsána v programu Microsoft Word 2003. Výzkum probíhal v měsících leden až březen 2012.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek pro sběr dat kvantitativního šetření tvořili nemocní po aloplastice kolenního či kyčelního kloubu. Dotazník byl distribuován na ortopedická oddělení v nemocnicích na Vysočině, tedy Nemocnice Jihlava, Nemocnice Havlíčkův Brod, Nemocnice Třebíč, Nemocnice Nové Město na Moravě a Nemocnice Pelhřimov. Pro srovnání byl dotazník distribuován také do nemocnic v Dolním Rakousku (Landeskrlinikum Waldviertel Gmünd, Landeskrlinikum Zwettl).

Celkem bylo rozdáno 230 dotazníků pro pacienty v České republice. Z celkového počtu se vrátilo 196 dotazníků, návratnost byla tedy 85%, přičemž 21 dotazníků nebylo úplně vyplněno, proto byly vyřazeny. Výzkumný soubor pro zpracování dat tvořilo 175 respondentů (100%). V Rakousku bylo rozdáno 200 dotazníků. Z celkového počtu se vrátilo 53 dotazníků, návratnost byla tedy 25%. Výzkumný soubor pro zpracování dat tvořil 53 respondentů (100%).

Respondenty kvalitativního výzkumu tvořili nemocní, kteří podstoupili aloplastiku kolenního či kyčelního kloubu v Nemocnici Pelhřimov. Rozhovor byl veden s 10 respondenty, kteří před operací nenavštívili informační centrum a s 10 respondenty, kteří před operací navštívili informační centrum. Druhý soubor tvořili lékaři, kteří pracují na ortopedickém oddělení Nemocnice Pelhřimov.

4 Výsledky

4.1 Grafy, tabulky a schémata

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

		ČR	Rakousko	Celkem
Žena	Četnosti	94	35	129
	Procenta	53,7%	66,0%	56,6%
Muž	Četnosti	81	18	99
	Procenta	46,3%	34,0%	43,4%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

Z celkového počtu 175 respondentů z České republiky (100%) bylo 94 respondentů (53,7%) žen a 81 respondentů (46,3%) mužů. Z Rakouska odpovídalo 53 respondentů (100%), z čehož 35 respondentů (66,0%) bylo žen a 18 (34,0%) mužů.

Tabulka 2 Věk respondentů

		ČR	Rakousko	Celkem
31-40	Četnosti	0	1	1
	Procenta	0,0%	1,9%	0,4%
41-50	Četnosti	8	0	8
	Procenta	4,6%	0,0%	3,5%
51-60	Četnosti	44	12	56
	Procenta	25,1%	22,6%	24,6%
61-70	Četnosti	61	22	83
	Procenta	34,9%	41,5%	36,4%
71-80	Četnosti	56	15	71
	Procenta	32,0%	28,3%	31,1%
81 a víc	Četnosti	6	3	9
	Procenta	3,4%	5,7%	3,9%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

Respondenti z České republiky uvedli - 61 respondentů (34,9%) věk 61 – 70 let, 56 respondentů (32,0%) věk 71 – 80 let, 44 respondentů (25,1%) věk 51 – 60 let, 8 respondentů (4,6%) věk 41 – 50 let, 6 respondentů (3,4%) věk 81 a více let. Respondenti z Rakouska uvedli - 22 respondentů (41,5%) věk 61 - 70 let, 15 respondentů (28,3%) věk 71 - 80 let, 12 respondentů (22,6%) věk 51 - 60 let, 3 respondenti (5,7%) věk 81 a více let, 1 respondent (1,9 %) věk 31 - 40 let.

Tabulka 3 Typ kloubní operace

		ČR	Rakousko	Celkem
TEP Kyčle	Četnosti	112	34	146
	Procenta	64,0%	64,2%	64,0%
TEP Kolene	Četnosti	63	19	82
	Procenta	36,0%	35,8%	36,0%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

Respondenti z České republiky uvedli - 112 respondentů (64,0%) podstoupilo operaci totální endoprotézy kyčle a 63 respondentů (36,0%) podstoupilo totální endoprotézu kolene. Respondenti z Rakouska uvedli - 34 respondentů (64,2%) podstoupilo operaci totální endoprotézy kyčle a 19 respondentů (35,8%) podstoupilo totální endoprotézu kolene.

Tabulka 4 Primární operace

		ČR	Rakousko	Celkem
Ano	Četnosti	104	32	136
	Procenta	59,4%	60,4%	59,6%
Ne	Četnosti	71	21	92
	Procenta	40,6%	39,6%	40,4%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

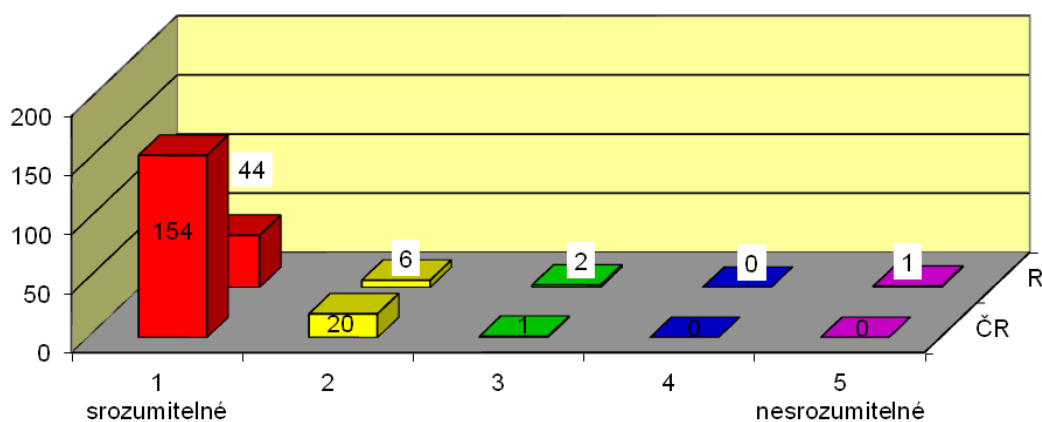
Respondenti z České republiky uvedli - 104 respondentů (59,4%), že se jedná o první aloplastiku kloubu a 71 respondentů (40,6%) uvedlo, že jim byl již některý kloub implantován. Respondenti z Rakouska uvedli – 32 respondentů (60,4%), že se jedná o první aloplastiku kloubu a 21 respondentům (39,6%) byl již některý kloub implantován.

Tabulka 5 Implantace kloubu

		ČR	Rakousko	Celkem
Kolenní	Četnosti	35	11	46
	Procenta	20,0%	20,8%	20,2%
Kyčelní	Četnosti	36	10	46
	Procenta	20,6%	18,9%	20,2%
Neodpovídalo	Četnosti	104	32	136
	Procenta	59,4%	60,4%	59,6%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

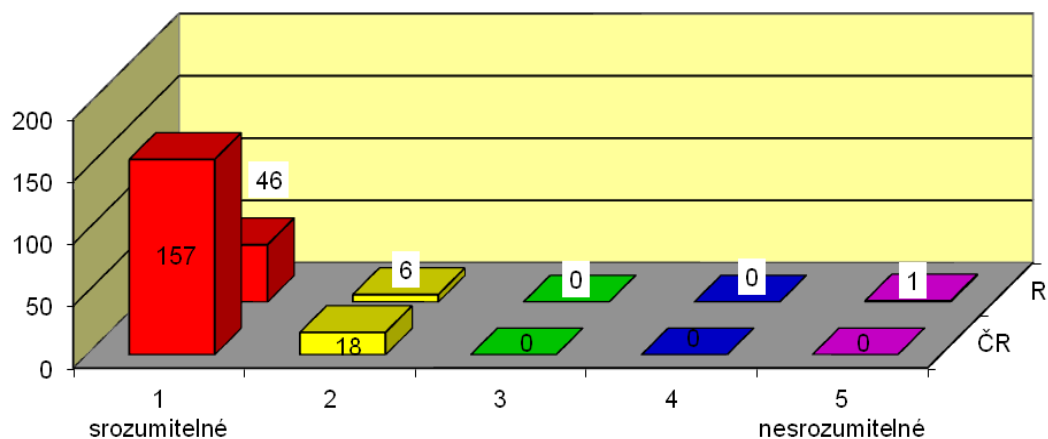
Respondenti z České republiky – 104 respondentů (59,4%) neodpovídalo, 36 respondentů (20,6%) uvedlo, že jim byl implantován kyčelní kloub a 35 respondentů (20,0%) uvedlo, že jim byl implantován kolenní kloub. Respondenti z Rakouska – 32 respondentů (60,4%) neodpovídalo, 11 respondentů (20,8%) uvedlo, že jim byl implantován kolenní kloub a 10 respondentů (18,9%) uvedlo, že jim byl implantován kyčelní kloub.

Graf 1 Srozumitelnost informací podané sestrou



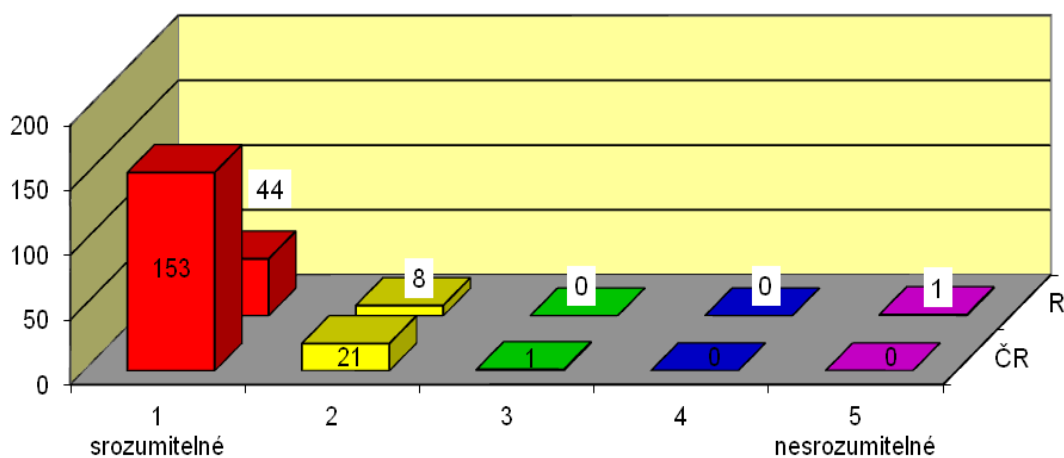
Graf znázorňuje srozumitelnost informací podaných sestrou, kterou respondenti uváděli na škále od 1 do 5. Z České republiky uvedlo 154 respondentů (88,0%), že informace podané sestrou jim byly srozumitelné, 20 respondentů (11,4%) uvedlo, že informace jim byly částečně srozumitelné, a 1 respondent (0,6%) uvedl, že informace podané sestrou mu byly špatně srozumitelné. 44 respondentů (83,0%) z Rakouska uvedlo, že informace podané sestrou jim byly srozumitelné, 6 respondentů (11,3%) uvedlo, že informace jim byly částečně srozumitelné, 2 respondenti (3,8%) uvedli, že informace jim byly špatně srozumitelné a 1 respondent (1,9%) uvedl, že informace mu byly nesrozumitelné.

Graf 2 Srozumitelnost informací podaných lékařem



Graf znázorňuje srozumitelnost informací podaných lékařem, kterou respondenti uváděli na škále od 1 do 5. Respondenti z České republiky uvedli, 157 respondentů (89,7%), že informace podané lékařem jim byly srozumitelné a 18 respondentů (10,3%) uvedlo, jim byly částečně srozumitelné. Respondenti z Rakouska uvedli, 46 respondentů (86,8%), že informace podané lékařem jim byly srozumitelné, 6 respondentů (11,3%) uvedlo, že informace jim byly částečně srozumitelné a 1 respondent (1,9%) uvedl, že informace podané lékařem mu byly nesrozumitelné.

Graf 3 Srozumitelnost informací podaných fyzioterapeutem



Graf znázorňuje srozumitelnost informací podaných fyzioterapeutem, kterou respondenti uváděli na škále od 1 do 5. Respondenti z České republiky uvedli, 153 respondentů (87,4%), že informace podané fyzioterapeutem jim byly srozumitelné, 21 respondentů (12,0%) uvedlo, že informace jim byly částečně srozumitelné a 1 respondent uvedl, že informace podané fyzioterapeutem mu byly špatně srozumitelné. Respondenti z Rakouska uvedli, 44 respondentů (83,0%), že informace jim byly srozumitelné, 8 respondentů (15,1%) uvedlo, že informace jim byly částečně srozumitelné, 1 respondent (1,9%) uvedl, že informace podané fyzioterapeutem mu byly nesrozumitelné.

Tabulka 6 Oblast postrádání informací

		ČR	Rakousko	Celkem
Informace o průběhu léčby	Četnosti	2	0	2
	Procenta	1,1%	0,0%	0,9%
O pooperačním průběhu	Četnosti	2	0	2
	Procenta	1,1%	0,0%	0,9%
Pooperační lázeňská péče	Četnosti	1	0	1
	Procenta	0,6%	0,0%	0,4%
Postrádám	Četnosti	1	0	1
	Procenta	0,6%	0,0%	0,4%
Nepostrádám	Četnosti	169	53	222
	Procenta	96,6%	100,0%	97,4%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

Respondenti se volně vyjádřili k problematice postrádání informací následovně. Respondenti z České republiky uvedli, 169 respondentů (96,6%), že informace v žádné oblasti nepostrádají, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že postrádají informace o průběhu léčby, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že postrádají informace o pooperačním průběhu, 1 respondent (0,6%) uvedl, že postrádá informace o pooperační lázeňské péči, 1 respondent (0,6%) uvedl, že informace postrádá o pomůckách potřebných k lepší mobilizaci (podsedák na WC). 53 respondentů (100,0%) z Rakouska odpovědělo, že žádné informace nepostrádají.

Tabulka 7 Nedostatek informací podaných sestrou

		ČR	Rakousko	Celkem
Neodpovídalo	Četnosti	170	53	223
	Procenta	97,1%	100,0%	97,8%
Pooperační období	Četnosti	4	0	4
	Procenta	2,3%	0,0%	1,8%
Předoperační příprava	Četnosti	1	0	1
	Procenta	0,6%	0,0%	0,4%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

170 respondentů (97,1%) z České republiky neodpovědělo, 4 respondenti (2,3%) uvedli, že postrádali informace od sestry o pooperačním období a 1 respondent (0,6%) uvedl, že postrádal informace o předoperační přípravě. 53 respondentů (100,0%) z Rakouska neodpovědělo.

Tabulka 8 Nedostatek informací podaných lékařem

		ČR	Rakousko	Celkem
O pooperační péči	Četnosti	2	0	2
	Procenta	1,1%	0,0%	0,9%
Neodpovídalo	Četnosti	170	53	223
	Procenta	97,1%	100,0%	97,8%
Možnost následné péče	Četnosti	1	0	1
	Procenta	0,6%	0,0%	0,4%
O průběhu léčby	Četnosti	2	0	2
	Procenta	1,1%	0,0%	0,9%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

170 respondentů (97,1%) z České republiky se nevyjádřilo, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že je lékař podrobně neinformoval o pooperační péči, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že postrádali informace podané lékařem o průběhu léčby a 1 respondent (0,6%) uvedl, že postrádal informace o možnosti následné péče (rehabilitační zařízení). 53 respondentů (100,0%) z Rakouska se nevyjádřilo.

Tabulka 9 Nedostatek informací podaných fyzioterapeutem

		ČR	Rakousko	Celkem
Neodpovídalo	Četnosti	170	53	223
	Procenta	97,1%	100,0%	97,8%
Pooperační cvičení	Četnosti	4	0	4
	Procenta	2,3%	0,0%	1,8%
Cvičení na lůžku	Četnosti	1	0	1
	Procenta	0,6%	0,0%	0,4%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

170 respondentů (97,1%) z České republiky neodpovídalo, 4 respondenti (2,3%) uvedli, že je fyzioterapeut nedostatečně informoval o pooperačním cvičení a 1 respondent (0,6%) uvedl, že neměl dostatečné informace o cvičení na lůžku. 53 respondentů (100,0%) z Rakouska se nevyjádřilo.

Tabulka 10 Informovanost o průběhu operace

		ČR	Rakousko	Celkem
Ano	Četnosti	161	49	210
	Procenta	92,0%	92,5%	92,1%
Ne	Četnosti	14	4	18
	Procenta	8,0%	7,5%	7,9%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

161 respondentů (92,0%) z České republiky uvedlo, že by uvítali informovanost o operaci a jejím průběhu, 14 respondentů (8,0%) informovanost o operaci a jejím průběhu neví. 49 respondentů (92,5%) z Rakouska by informovanost o operaci uvítalo, 4 respondenti (7,5%) informovanost neví.

Tabulka 11 Informovanost o průběhu operace ve skupině

		ČR	Rakousko	Celkem
Ano	Četnosti	136	30	166
	Procenta	77,7%	56,6%	72,8%
Ne	Četnosti	39	23	62
	Procenta	22,3%	43,4%	27,2%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

136 respondentů (77,7%) z České republiky, by uvítali informovanost o operaci a jejím průběhu ve skupině cca 10 lidí, 39 respondentů (22,3%) uvedlo, že informovanost o operaci a jejím průběhu ve skupině nechce. 30 respondentů (56,6%) z Rakouska by informovanost ve skupině uvítalo a 23 respondentů (43,4%) informace ve skupině odmítá.

Tabulka 12 Obdržení informačního letáku o průběhu operace

		ČR	Rakousko	Celkem
Na oddělení	Četnosti	25	11	36
	Procenta	14,3%	20,8%	15,8%
Neobdržela	Četnosti	26	3	29
	Procenta	14,9%	5,7%	12,7%
Při přijetí	Četnosti	49	29	78
	Procenta	28,0%	54,7%	34,2%
V ambulanci	Četnosti	75	10	85
	Procenta	42,9%	18,9%	37,3%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

Respondenti odpovídali na otázku, kde obdrželi informační leták. 75 respondentů (42,9%) z České republiky uvedlo, že informační leták obdrželi v ambulanci, 49 respondentů (28,0%) uvedlo, že leták obdrželi při přijetí do nemocnice, 26 respondentů (14,9%) uvedlo, že leták neobdrželi, 25 respondentů (14,3%) respondentů uvedlo, že informační leták obdrželi na oddělení. 29 respondentů (54,7%) z Rakouska uvedlo, že informační leták obdrželi při přijetí, 11 respondentů (20,8%) uvedlo, že leták obdrželi na oddělení, 10 respondentů (18,9%) uvedlo, že leták obdrželi v ambulanci a 3 respondenti (5,7 %) uvedli, že informační leták neobdrželi.

Tabulka 13 Nedostatek informací v oblasti ošetrovatelské péče

		ČR	Rakousko	Celkem
Ne	Četnosti	147	50	197
	Procenta	84,0%	94,3%	86,4%
Neodpovídalo	Četnosti	26	3	29
	Procenta	14,9%	5,7%	12,7%
Rozsáhlejší výklad	Četnosti	2	0	2
	Procenta	1,1%	0,0%	0,9%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

Respondenti z České republiky uvedli - 147 respondentů (84,0%), že informace v oblasti ošetrovatelské péče nepostrádají, 26 respondentů (14,6%) neodpovědělo a 2 respondenti (1,1%) uvedli, že postrádají rozsáhlejší výklad v oblasti ošetrovatelské péče. Respondenti z Rakouska uvedli – 50 respondentů (94,3%), že informace v oblasti ošetrovatelské péče nepostrádají a 3 respondenti (5,7%) neodpověděli.

Tabulka 14 Nedostatek informací v oblasti medicínské

		ČR	Rakousko	Celkem
Ne	Četnosti	147	49	196
	Procenta	84,0%	92,5%	86,0%
Neodpovídalo	Četnosti	26	3	29
	Procenta	14,9%	5,7%	12,7%
O pooperačním režimu	Četnosti	0	1	1
	Procenta	0,0%	1,9%	0,4%
Rozsáhlejší výklad	Četnosti	2	0	2
	Procenta	1,1%	0,0%	0,9%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

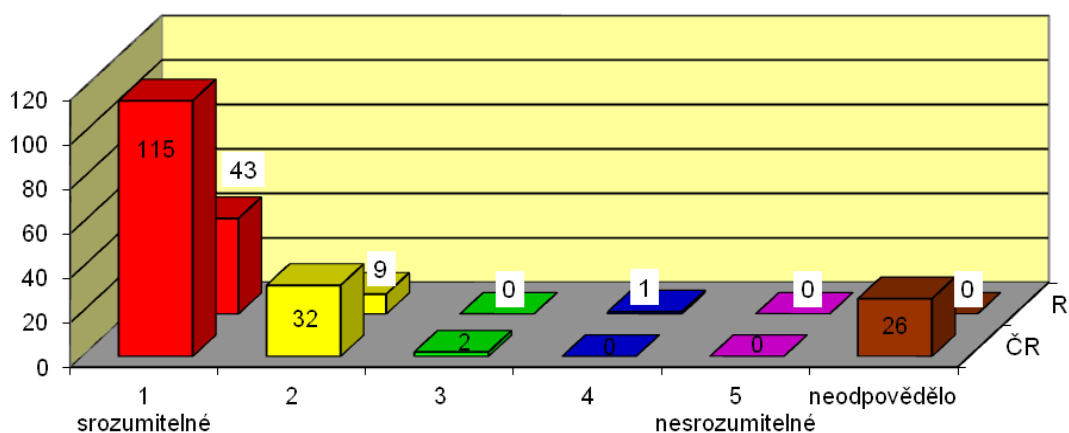
Respondenti z České republiky uvedli - 147 respondentů (84,0%), že informace v oblasti medicínské péče nepostrádají, 26 respondentů (14,9%) neodpovídalo a 2 respondenti (1,1%) uvedli, že postrádají rozsáhlejší výklad. Respondenti z Rakouska uvedli – 49 respondentů (92,5%), že informace v oblasti medicínské nepostrádají, 3 respondenti (5,7%) neodpovídali a 1 respondent (1,9%) postrádá informace o pooperačním režimu.

Tabulka 15 Nedostatek informací v oblasti rehabilitace

		ČR	Rakousko	Celkem
Ne	Četnosti	147	50	197
	Procenta	84,0%	94,3%	86,4%
Neodpovídalo	Četnosti	26	3	29
	Procenta	14,9%	5,7%	12,7%
Podrobnější informace	Četnosti	2	0	2
	Procenta	1,1%	0,0%	0,9%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

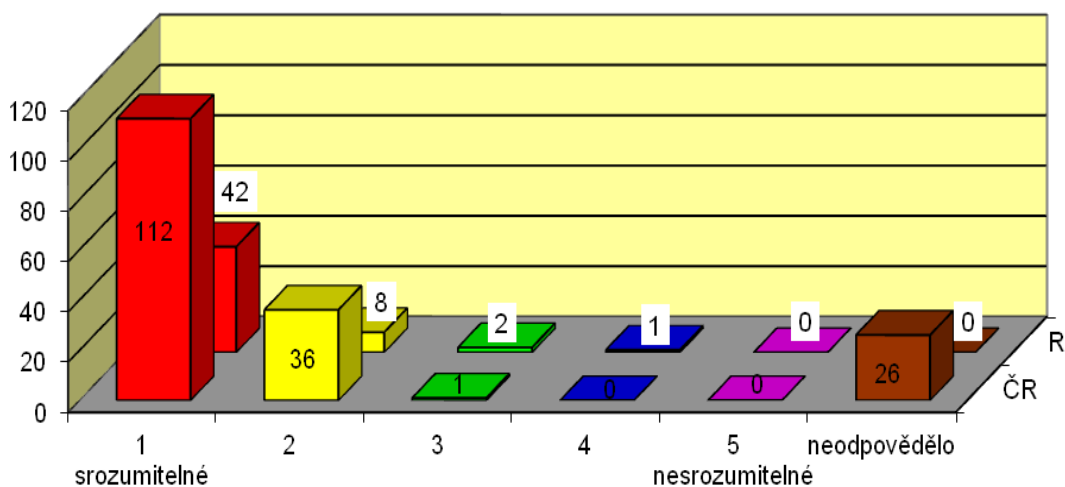
Respondenti z České republiky uvedli - 147 respondentů (84,0%), že informace v oblasti rehabilitace nepostrádají, 26 respondentů (14,6%) neodpovědělo a 2 respondenti (1,1%) uvedli, že postrádají podrobnější informace v oblasti rehabilitace. Respondenti z Rakouska uvedli – 50 respondentů (94,3%), že informace v oblasti rehabilitace nepostrádají a 3 respondenti (5,7%) neodpověděli.

Graf 4 Srozumitelnost informací v oblasti ošetrovatelské péče



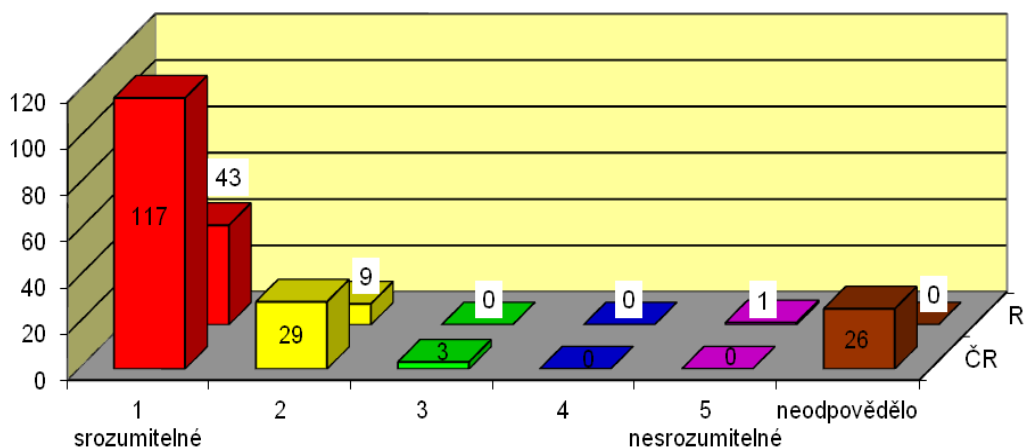
Graf znázorňuje srozumitelnost informací v oblasti ošetrovatelské péče, kde respondenti odpovídali pomocí škály od 1 do 5. Respondenti z České republiky uvedli – 115 respondentů (65,7%), že informace v oblasti ošetrovatelské péče jsou v letáku srozumitelné, 32 respondentů (18,3%) uvedlo, že informace v jsou v letáku méně srozumitelné, 26 (14,9%) respondentů neodpovědělo, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že informace v oblasti ošetrovatelské péče jsou v letáku špatně srozumitelné. Respondenti z Rakouska uvedli – 43 respondentů (81,1%), že informace v letáku jsou srozumitelné, 9 respondentů (17,0%) uvedlo, že informace jsou méně srozumitelné, 1 respondent (1,9%) uvedl, že informace v oblasti ošetrovatelské péče jsou v letáku téměř nesrozumitelné.

Graf 5 Srozumitelnost informací v oblasti medicínské



Graf znázorňuje srozumitelnost informací v oblasti medicínské, kde respondenti odpovídali pomocí škály od 1 do 5. Respondenti z České republiky uvedli – 112 respondentů (64,0%), že informace v oblasti medicínské jsou v letáku srozumitelné, 36 respondentů (20,6%) uvedlo, že informace jsou v letáku méně srozumitelné, 26 respondentů (14,8%) neodpovědělo, 1 respondent (0,6%) uvedl, že informace v oblasti medicínské jsou v letáku špatně srozumitelné. Respondenti z Rakouska uvedli – 42 respondentů (79,2%), že informace jsou srozumitelné, 8 respondentů (15,1%) uvedlo, že informace jsou méně srozumitelné, 2 respondenti (3,8%) uvedli, že informace jsou špatně srozumitelné a 1 respondent (1,9%) uvedl, že informace v oblasti medicínské jsou v letáku téměř nesrozumitelné.

Graf 6 Srozumitelnost informací v oblasti rehabilitace



Graf znázorňuje srozumitelnost informací v oblasti rehabilitace, kde respondenti odpovídali pomocí škály od 1 do 5. Respondenti z České republiky uvedli – 117 respondentů (66,9%), že informace v oblasti rehabilitace jsou v letáku srozumitelné, 29 respondentů (16,6%) uvedlo, že informace v jsou v letáku méně srozumitelné, 26 respondentů (14,8%) neodpovědělo, 3 respondenti (1,7%) uvedli, že informace v oblasti rehabilitace jsou v letáku špatně srozumitelné. Respondenti z Rakouska odpověděli – 43 respondentů (81,1%), že informace jsou srozumitelné, 9 respondentů (17,0%), že informace jsou méně srozumitelné a 1 respondent (1,9%) uvedl, že informace v oblasti rehabilitace jsou v letáku nesrozumitelné.

Tabulka 16 Čas věnovaný sestrou

		ČR	Rakousko	Celkem
Dostatečný	Četnosti	164	38	202
	Procenta	93,7%	71,7%	88,6%
Nedostatečný	Četnosti	0	1	1
	Procenta	0,0%	1,9%	0,4%
Nevím	Četnosti	0	1	1
	Procenta	0,0%	1,9%	0,4%
Spíš dostatečný	Četnosti	11	13	24
	Procenta	6,3%	24,5%	10,5%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

Respondenti z České republiky odpovídali - 164 respondentů (93,7%), že čas věnovaný sestrou byl pro ně dostatečný, 11 respondentů (6,3%) uvedlo, že čas věnovaný sestrou pro ně byl spíš dostatečný. Respondenti z Rakouska uvedli – 38 respondentů (71,7%), že čas byl pro ně dostatečný, 13 respondentů (24,5 %), že čas byl spíš dostatečný, 1 respondent (1,9%) nedokázal odpovědět a 1 respondent (1,9 %) uvedl, že čas věnovaný sestrou byl pro něj nedostatečný.

Tabulka 17 Čas věnovaný lékařem

		ČR	Rakousko	Celkem
Dostatečný	Četnosti	159	43	202
	Procenta	90,9%	81,1%	88,6%
Nevím	Četnosti	3	1	4
	Procenta	1,7%	1,9%	1,8%
Spíš dostatečný	Četnosti	13	8	21
	Procenta	7,4%	15,1%	9,2%
Spíš nedostatečný	Četnosti	0	1	1
	Procenta	0,0%	1,9%	0,4%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

Respondenti z České republiky odpovídali - 159 respondentů (90,9%), že čas věnovaný lékařem byl pro ně dostatečný, 13 respondentů (7,4%) uvedlo, že čas byl spíš dostatečný a 3 respondenti (1,7%) uvedli, že čas věnovaný lékařem nedokázali zhodnotit. Respondenti z Rakouska uvedli – 43 respondentů (81,1%), že čas byl pro ně dostatečný, 8 respondentů (15,1%), že čas byl spíš dostatečný, 1 respondent (1,9%) nedokázal odpovědět a 1 respondent (1,9%) uvedl, že čas věnovaný lékařem byl pro něj spíš nedostatečný.

Tabulka 18 Čas věnovaný fyzioterapeutem

		ČR	Rakousko	Celkem
Dostatečný	Četnosti	164	38	202
	Procenta	93,7%	71,7%	88,6%
Nedostatečný	Četnosti	0	1	1
	Procenta	0,0%	1,9%	0,4%
Nevím	Četnosti	0	1	1
	Procenta	0,0%	1,9%	0,4%
Spíš dostatečný	Četnosti	11	13	24
	Procenta	6,3%	24,5%	10,5%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

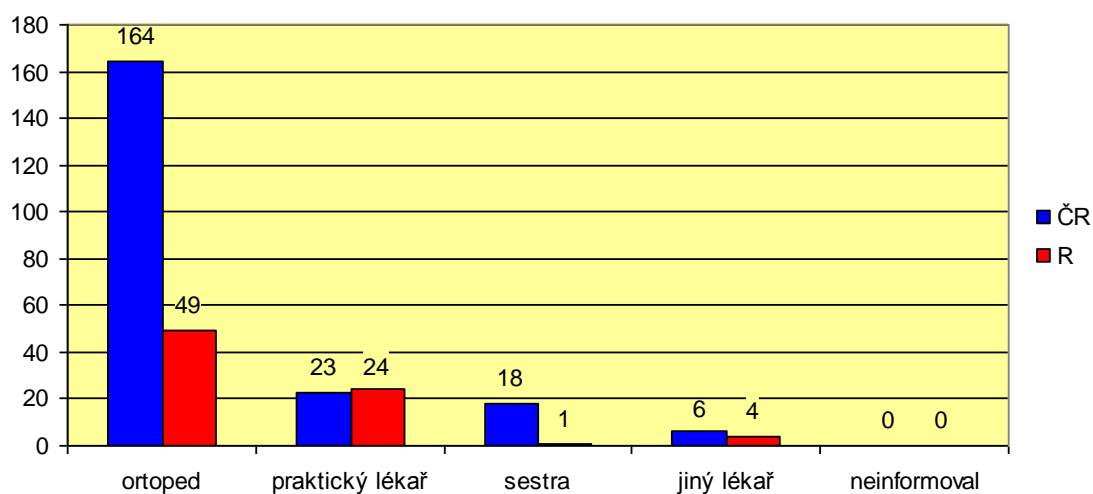
Respondenti z České republiky odpovídali - 164 respondentů (93,7%), že čas věnovaný fyzioterapeutem byl pro ně dostatečný, 11 respondentů (6,3%) uvedlo, že čas byl spíš dostatečný. Respondenti z Rakouska uvedli – 38 respondentů (71,7%), že čas byl pro ně dostatečný, 13 respondentů (24,5%), že čas byl spíš dostatečný, 1 respondent (1,9%) nedokázal odpovědět a 1 respondent (1,9%) uvedl, že čas věnovaný fyzioterapeutem byl pro něj nedostatečný.

Tabulka 19 Pomoc při rekonvalescenci

		ČR	Rakousko	Celkem
Informace	Četnosti	4	0	4
	Procenta	2,3%	0,0%	1,8%
Intenzivní RHB	Četnosti	3	0	3
	Procenta	1,7%	0,0%	1,3%
Neuvedeno	Četnosti	161	53	214
	Procenta	92,0%	100,0%	93,9%
Ochota personálu	Četnosti	5	0	5
	Procenta	2,9%	0,0%	2,2%
Psychika	Četnosti	1	0	1
	Procenta	0,6%	0,0%	0,4%
Vidět operaci	Četnosti	1	0	1
	Procenta	0,6%	0,0%	0,4%
Celkem	Četnosti	175	53	228
	Procenta	100,0%	100,0%	100,0%

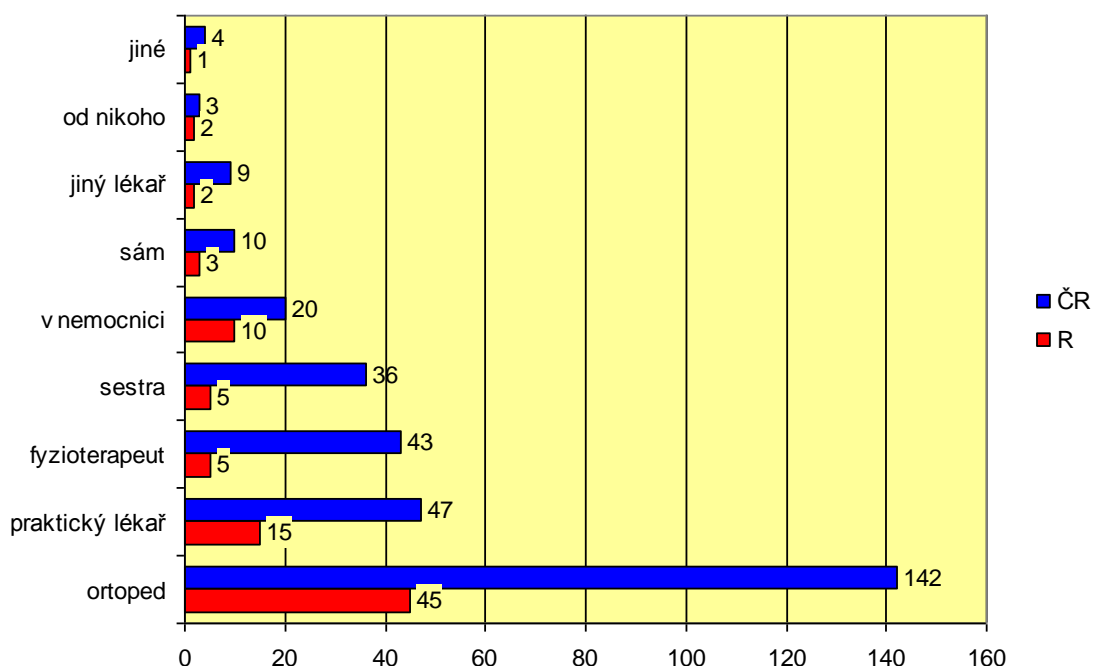
Jako pomoc při rekonvalescenci uvedli respondenti z České republiky – 161 respondentů (92,0%) se nevyjádřilo, 5 respondentů (2,9%) uvedlo, že pomocí by byla ochota personálu, 4 respondenti (2,3%) uvedli, více informací, 3 respondenti (1,7%) uvedli, intenzivní rehabilitaci, 1 respondent (0,6%) uvedl, lepší psychiku, 1 respondent (0,6%) uvedl, že by mu pomohlo vidět operaci. 53 respondentů (100,0%) z Rakouska neodpovědělo.

Graf 7 Informace o operaci



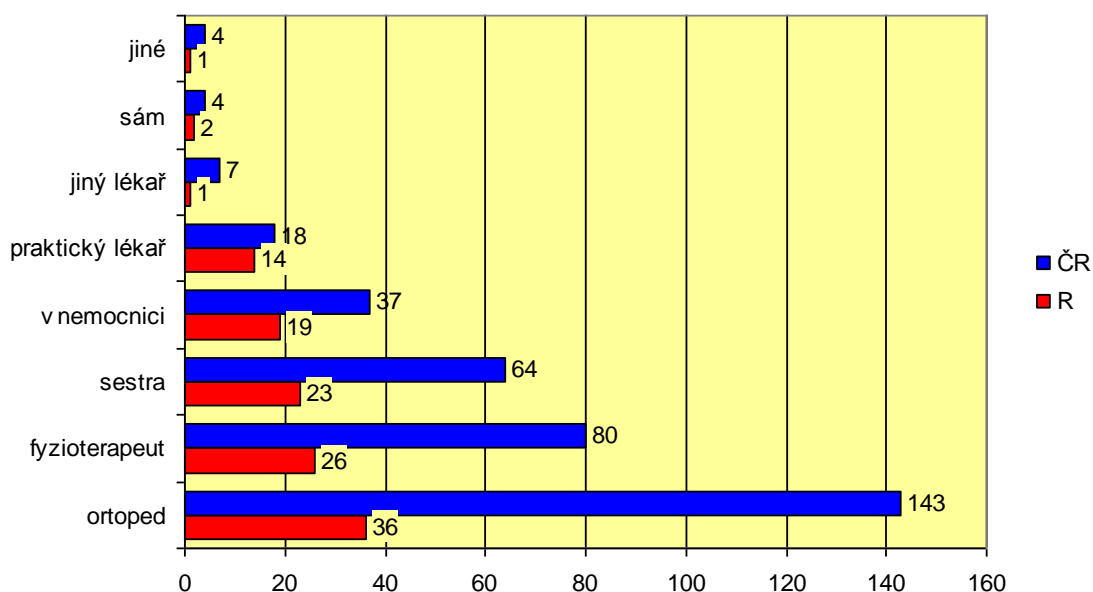
Graf znázorňuje četnost odpovědí, kdo poskytl nemocnému informace o operaci. Respondenti z České republiky uvedli – 164 krát označili odpověď, že respondentům poskytl informace ortoped. 23 krát označili odpověď, že informace podal respondentům praktický lékař. 18 krát označili odpověď, že informace respondentům poskytla sestra. 6 krát označili odpověď, že informace podal respondentům jiný lékař. Respondenti z Rakouska uvedli – 49 krát označili odpověď, že informace poskytl ortoped, 24 krát označili odpověď praktický lékař, 4 krát označili odpověď jiný lékař, 1 krát označili odpověď sestra.

Graf 8 Informace o předoperační péči



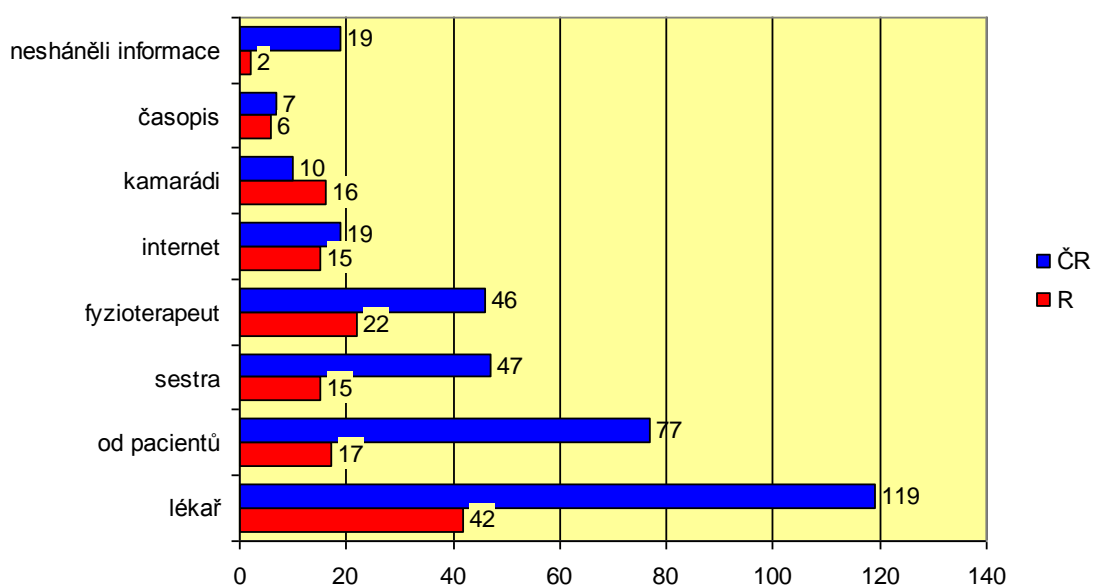
Graf znázorňuje četnost odpovědí, odkud získávají nemocní informace o předoperační péči. Respondenti z České republiky uvedli - 142 krát označili odpověď, že respondentům poskytl informace ortoped. 47 krát označili odpověď, že informace podal praktický lékař. 43 krát označili odpověď, že informace respondentům poskytl fyzioterapeut. 36 krát označili odpověď, že informace podala respondentům sestra. 20 krát označili odpověď, že informace získal respondent v nemocnici, 10 krát označili odpověď, že informace si získával respondent sám. 9 krát označili odpověď, že informace respondent získal od jiného lékaře. 4 krát označili odpověď jiné. 3 krát označili odpověď, že respondent informace od nikoho nesháněl. Respondenti z Rakouska uvedli - 45 krát označili odpověď, že respondentům poskytl informace ortoped. 15 krát označili odpověď, že informace podal praktický lékař. 10 krát označili odpověď, že informace získal respondent v nemocnici. 5 krát označili odpověď, že informace poskytl fyzioterapeut. 5 krát označili odpověď, že informace podala sestra. 3 krát označili odpověď, že informace získával respondent sám. 2 krát označili odpověď, že informace respondent získal od jiného lékaře. 2 krát označili odpověď, že respondent od nikoho informace nesháněl. 1 krát označili odpověď jiné (manželka).

Graf 9 Informace o pooperační péči



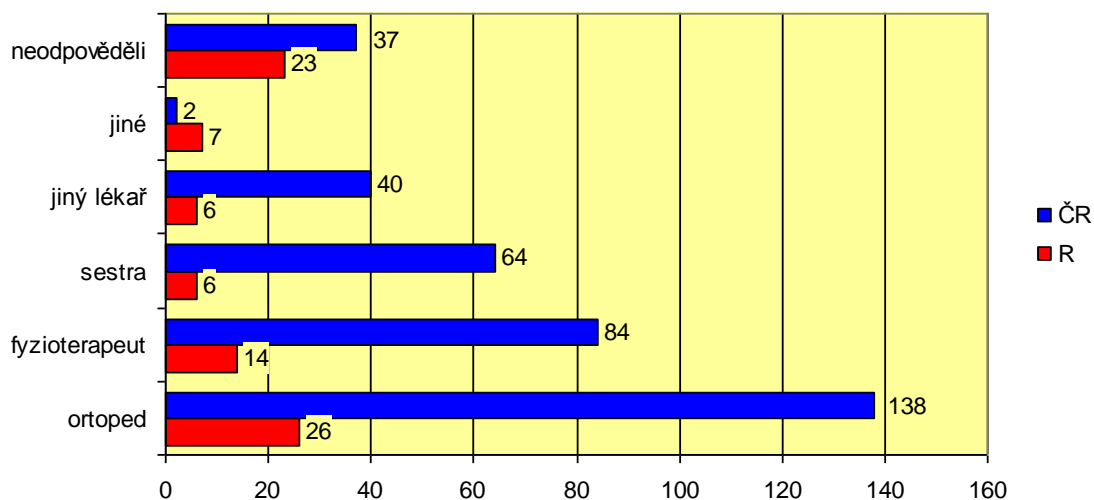
Graf znázorňuje četnost odpovědí, odkud získávají nemocní informace o pooperační péči. Respondenti z České republiky uvedli - 143 krát označili odpověď, že respondentům poskytl informace ortoped. 80 krát označili odpověď, že informace podal respondentům fyzioterapeut. 64 krát označili odpověď, že informace respondentům poskytla sestra. 37 krát označili odpověď, že informace respondent získal v nemocnici. 18x označili odpověď, že informace získal respondent od praktického lékaře, 7 krát označili odpověď, že respondent získal informace od jiného lékaře. 4 krát označili odpověď, že informace respondent získal sám. 4 krát označili odpověď jiné. Respondenti z Rakouska uvedli - 36 krát označili odpověď, že respondentům poskytl informace ortoped. 26 krát označili odpověď, že informace podal respondentům fyzioterapeut. 23 krát označili odpověď, že informace respondentům poskytla sestra. 19 krát označili odpověď, že informace respondent získal v nemocnici. 14 krát označili odpověď, že informace získal respondent od praktického lékaře. 2 krát označili odpověď, že informace respondent získal sám. 1 krát označili odpověď jiné (manželka). 1 krát označili odpověď, že respondent získal informace od jiného lékaře.

Graf 10 Zdroj informací



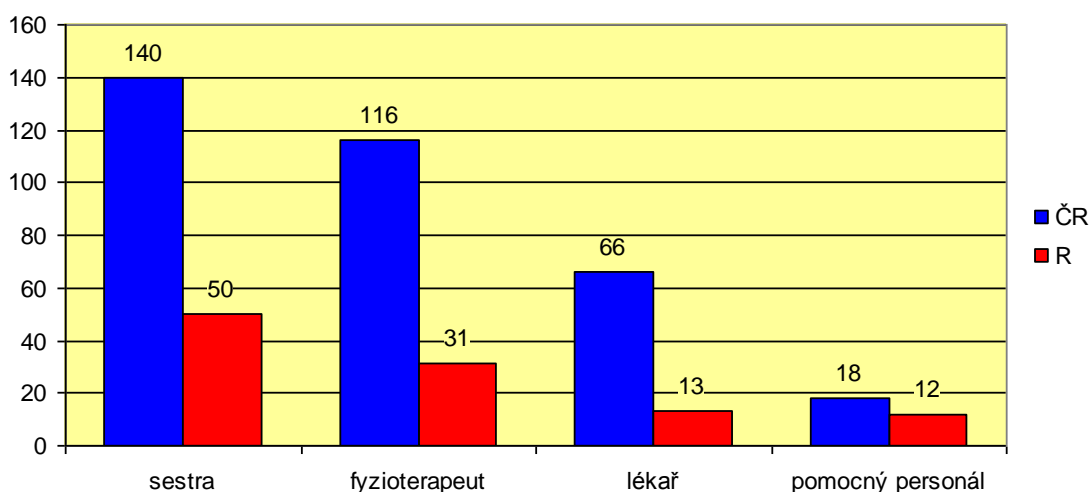
Graf znázorňuje četnost odpovědí, odkud získávají nemocní informace o operaci. Respondenti z České republiky uvedli - 119 krát označili odpověď, že respondentům poskytl informace lékař. 77 krát označili odpověď, že informace získal respondent od pacientů. 47 krát označili odpověď, že informace respondentům poskytla sestra. 46 krát označili odpověď, že informace respondent získal od fyzioterapeuta. 19 krát označili odpověď, že informace získal respondent, z internetu. 19 krát označili odpověď, že respondent informace nesháněl. 10 krát označili odpověď, že informace respondent získal od kamarádů. 7 krát označili odpověď, že informace získal respondent z časopisu. Respondenti z Rakouska uvedli – 42 krát označili odpověď, že respondentům poskytl informace lékař. 22 krát označili odpověď, že informace získal respondent od fyzioterapeuta. 17 krát označili odpověď, že informace respondenti získali od pacientů. 16x označili odpověď, že informace respondent získal od kamarádů. 15 krát označili odpověď, že informace získal respondent z internetu. 15 krát označili odpověď, že respondent získal informace od sestry. 6 krát označili odpověď, že informace získal respondent z časopisu. 2 krát označili odpověď, že informace respondent nesháněl.

Graf 11 Odborník v informačním centru



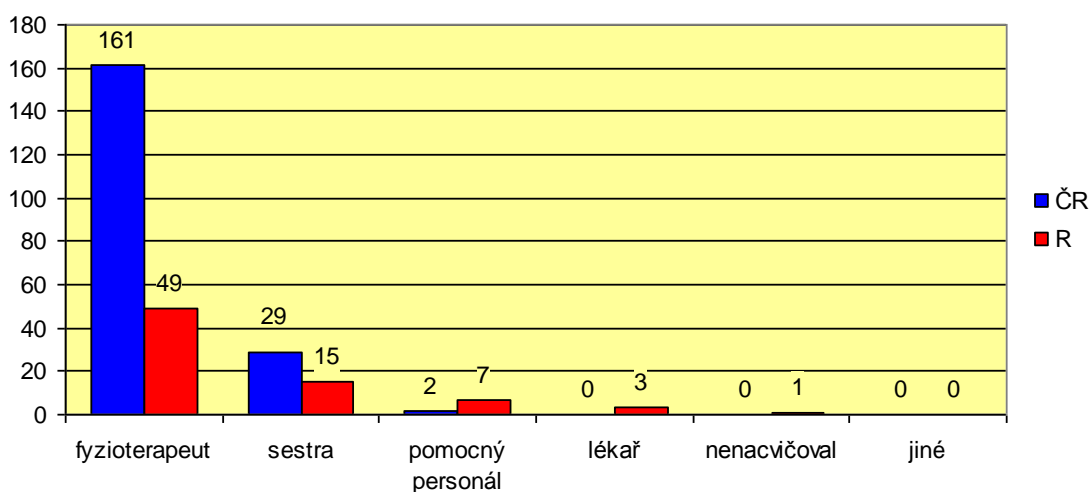
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, který odborník by měl ve skupině nemocných informace o operaci poskytnout. Respondenti z České republiky odpovídali - 138 krát označili odpověď, že respondentům by měl informace poskytnout ortoped. 84 krát označili odpověď, že respondentům by měl informace poskytnout fyzioterapeut. 64 krát označili odpověď, že respondentům by měla informace poskytnout sestra. 40 krát označili odpověď, že respondentům by měl poskytnout informace jiný lékař. 37 krát respondenti neodpověděli. 2 krát odpověděli jiné. Respondenti z Rakouska odpovídali - 26 krát označili odpověď, že respondentům by měl informace poskytnout ortoped. 23 krát respondenti neodpověděli. 14 krát označili odpověď, že respondentům by měl informace poskytnout fyzioterapeut. 7 krát odpověděli jiné. 6 krát označili odpověď, že respondentům by měl poskytnout informace jiný lékař. 6 krát označili odpověď, že informace by měla poskytnout sestra.

Graf 12 Informovanost o pohybu na lůžku



Graf znázorňuje četnost odpovědí, kdo nemocné informoval o tom, jak se mohou pohybovat na lůžku. Respondenti z České republiky uvedli - 140 krát označili odpověď, že o mobilizaci na lůžku informovala respondenty sestra. 116 krát informoval respondenty fyzioterapeut. 66 krát označili odpověď, že o mobilizaci na lůžku informoval respondenty lékař. 18 krát informoval respondenty pomocný personál. Respondenti z Rakouska uvedli - 50 krát označili odpověď, že o mobilizaci na lůžku informovala respondenty sestra. 31 krát označili odpověď, že o mobilizaci na lůžku informoval respondenty fyzioterapeut. 13 krát o mobilizaci na lůžku informoval respondenty lékař. 12 krát označili odpověď, že o mobilizaci na lůžku informoval respondenty pomocný personál.

Graf 13 Návčik chůzi o berlích



Graf znázorňuje četnost odpovědí, s kým nemocný nacvičoval chůzi o berlích. Respondenti z České republiky uvedli - 161 krát označili odpověď, že chůzi o berlích nacvičovali respondenti s fyzioterapeutem. 29 krát chůzi o berlích nacvičovali respondenti se sestrou. 2 krát označili odpověď, že chůzi o berlích nacvičovali s pomocným personálem. Respondenti z Rakouska uvedli - 49 krát označili odpověď, že chůzi o berlích nacvičovali respondenti s fyzioterapeutem. 15 krát chůzi o berlích nacvičovali respondenti se sestrou. 7 krát chůzi o berlích nacvičovali s pomocným personálem. 3 krát označili odpověď, že chůzi o berlích nacvičovali s lékařem. 1 krát označili odpověď, že respondent chůzi o berlích nenacvičoval.

Dotazníky sestry

Tabulka 20 Délka praxe

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
do 1 roku	1	5,0	5,0	5,0
11-15 let	2	10,0	10,0	15,0
16-20 let	3	15,0	15,0	30,0
21 a více	4	20,0	20,0	50,0
1-5 let	5	25,0	25,0	75,0
6-10 let	5	25,0	25,0	100,0
Celkem	20	100,0	100,0	

Délka praxe sester je pro 5 respondentek (25,0%) v rozmezí 6 – 10 let, 5 respondentek (25,0%) v rozmezí 1 – 5 let, 4 respondentky (20,0%) v rozmezí 21 a více let, 3 respondentky (15,0%) v rozmezí 16 – 20 let, 2 respondentky (10,0%) v rozmezí 11 - 15 let, 1 respondentka (5,0%) do 1 roku.

Tabulka 21 Náročnost ošetřování pacientů po TEP kloubu po psychické stránce

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	5	25,0	25,0	25,0
Ano	15	75,0	75,0	100,0
Celkem	20	100,0	100,0	

Z celkového počtu 20 sester (100%) uvedlo 15 respondentek (75%), že ošetřování pacientů po operaci totální endoprotézy kloubu je náročné po psychické stránce, 5 respondentek (25%) uvedlo, že ošetřování pacientů po operaci totální endoprotézy kloubu není náročné po psychické stránce.

Tabulka 22 Náročnost ošetřování pacientů po TEP kloubu po fyzické stránce

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	2	10,0	10,0	10,0
Ano	18	90,0	90,0	100,0
Celkem	20	100,0	100,0	

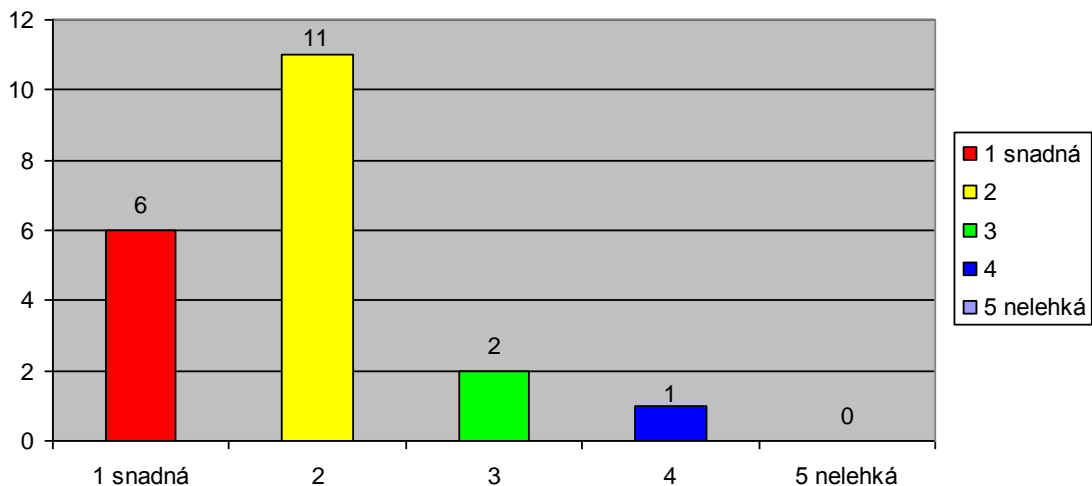
Z celkového počtu 20 sester (100%) uvedlo 18 respondentek (90%), že ošetřování pacientů po operaci totální endoprotézy kloubu je náročné po fyzické stránce, 2 respondentky (10%) uvedly, že ošetřování pacientů po operaci totální endoprotézy kloubu není náročné po fyzické stránce.

Tabulka 23 Existence informačního centra v nemocnici

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	20	100,0	100,0	100,0

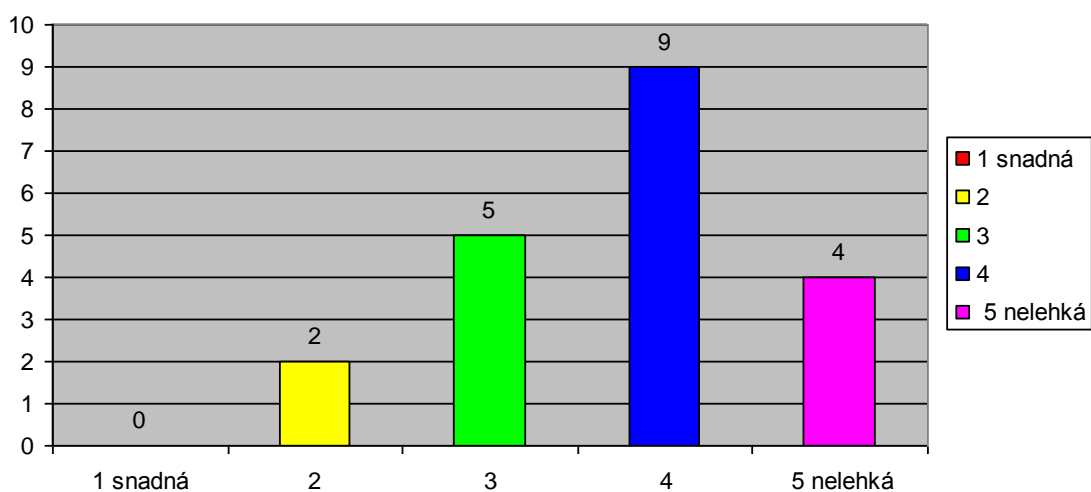
Z celkového počtu 20 sester (100%) uvedlo všech 20 respondentek (100%), že jsou si vědomi existence informačního centra pro pacienty v nemocnici.

Graf 14 Ošetrovatelská péče o pacienta, který informační centrum navštívil



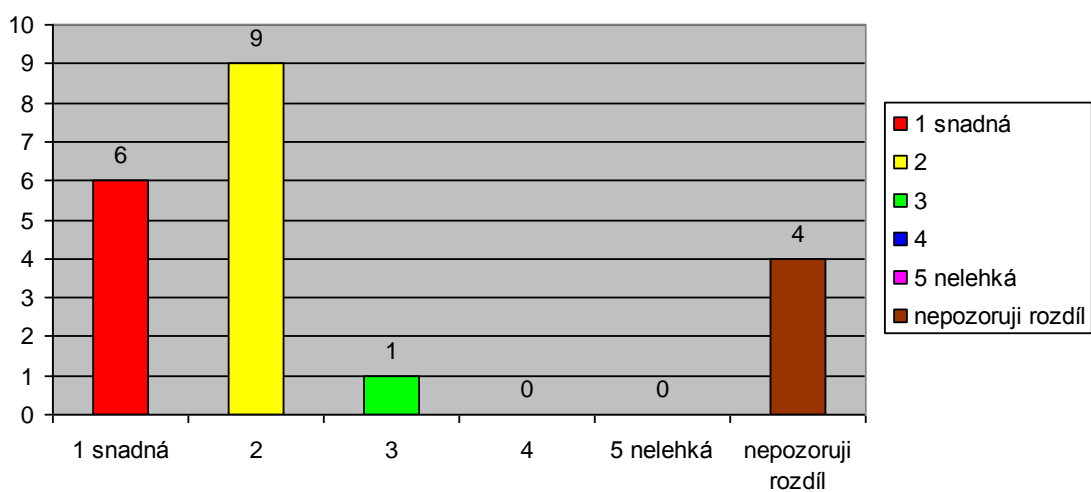
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají ošetrovatelskou péči o pacienta, který informační centrum navštívil, pomocí škály od 1 do 5. Z počtu 20 sester (100%) uvedlo 11 respondentek (55%), že ošetrovatelská péče o pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako spíše snadná, 6 respondentek (30%) uvedlo, že ošetrovatelská péče o pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako snadná, 2 respondentky (10%) uvedly, že ošetrovatelská péče o pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako středně lehká, 1 respondentka (5%) uvedla, ošetrovatelská péče o pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jí jeví jako spíše nelehká.

Graf 15 Ošetřovatelská péče o pacienta, který informační centrum nenavštívil



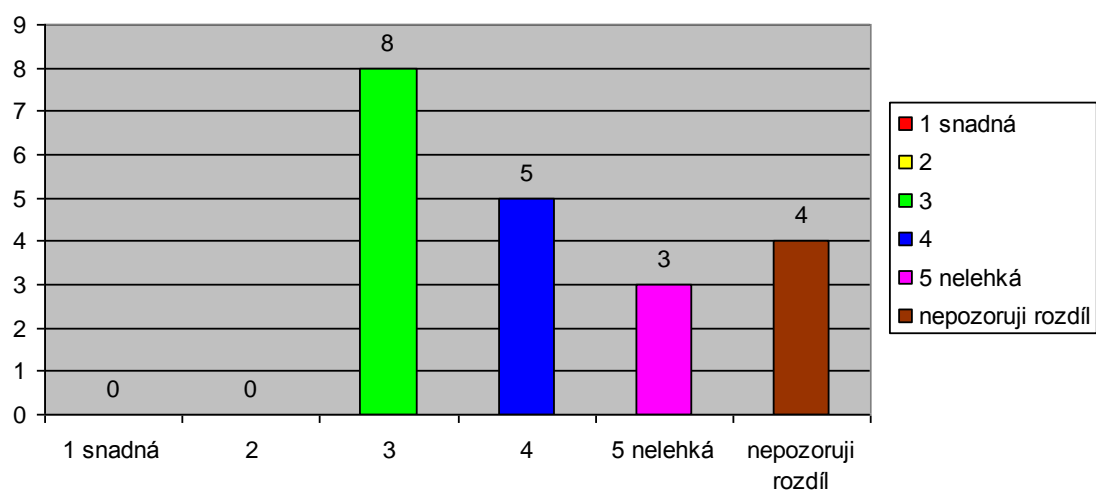
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají ošetřovatelskou péči o pacienta, který informační centrum nenavštívil, pomocí škály od 1 do 5. Z celkového počtu 20 sester (100%) uvedlo 9 respondentek (45%), že ošetřovatelská péče o pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako spíše nelehká, 5 respondentek (25%) uvedlo, že ošetřovatelská péče o pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako středně lehká, 4 respondentky (20%) uvedly, že ošetřovatelská péče o pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako nelehká, 2 respondentky (10%) uvedly, že ošetřovatelská péče o pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako spíše lehká.

Graf 16 Komunikace s pacientem, který informační centrum navštívil



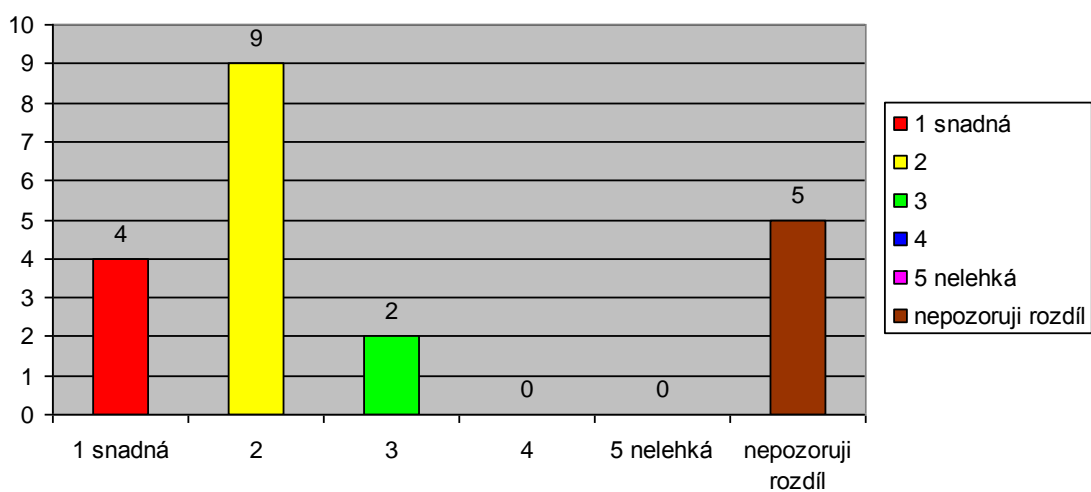
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají komunikaci s pacientem, který informační centrum navštívil pomocí škály od 1 do 5. Z 20 sester (100%) uvedlo 9 respondentek (45%), že komunikace s pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako spíše snadná, 6 respondentek (30%) uvedlo, že komunikace s pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako snadná, 4 respondentky (20%) nepozorují rozdíl, 1 respondentka (5%) uvedla, že komunikace s pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako středně lehká.

Graf 17 Komunikace a nenavštívení informačního centra



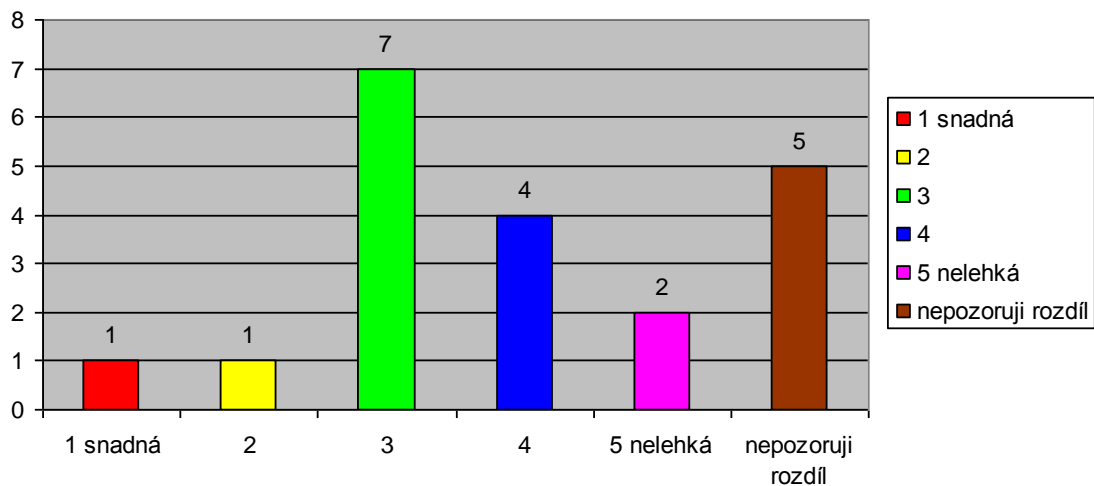
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají komunikaci s pacientem, který informační centrum nenavštívil pomocí škály od 1 do 5. Z celkového počtu 20 sester (100%) uvedlo 8 respondentek (40%), že komunikace s pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako středně lehká, 5 respondentek (25%) uvedlo, že komunikace s pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako spíše nelehká, 4 respondentky (20%) nepozorují rozdíl, 3 respondentky (15%) uvedli, že komunikace s pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako nelehká.

Graf 18 Návčik rehabilitace s pacientem, který informační centrum navštívil



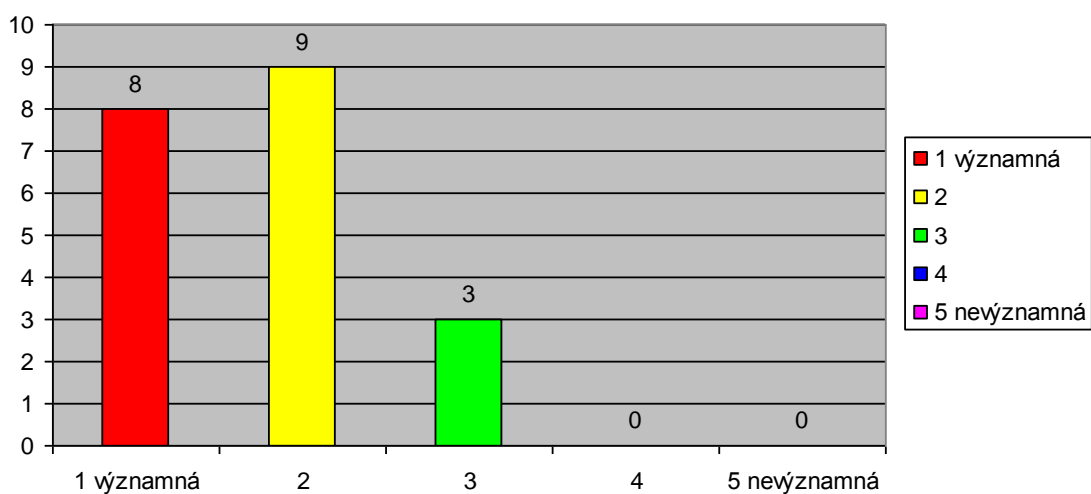
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají návčik rehabilitace s pacientem, který informační centrum navštívil pomocí škály od 1 do 5. Z celkového počtu 20 sester (100%) uvedlo 9 respondentek (45%), že návčik rehabilitace s pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako spíš snadný, 5 respondentek (25%) nepozoruje rozdíl, 4 respondentky (20%) uvedli, že návčik rehabilitace s pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako snadný, 2 respondentky (10%) uvedli, že návčik rehabilitace s pacienty, kteří navštívili informační centrum, se jim jeví jako středně lehký.

Graf 19 Nácvik rehabilitace s pacientem, který informační centrum nenavštívil



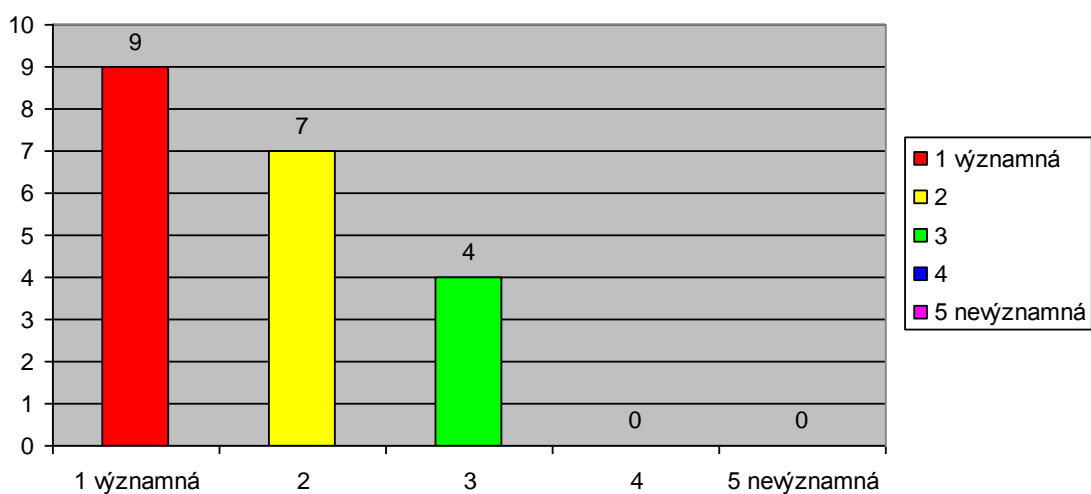
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají nácvik rehabilitace s pacientem, který informační centrum nenavštívil pomocí škály od 1 do 5. Z celkového počtu 20 sester (100%) uvedlo 7 respondentek (35%), že nácvik rehabilitace s pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako středně lehký, 5 respondentek (25%) nepozoruje rozdíl, 4 respondentky (20%) uvedli, že nácvik rehabilitace s pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako spíše nelehký, 2 respondentky (10%) uvedli, že nácvik rehabilitace s pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jim jeví jako nelehký, 1 respondentka (5%) uvedla, že nácvik rehabilitace s pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jí jeví jako spíše snadný a 1 respondentka (5%) uvedla, že nácvik rehabilitace s pacienty, kteří nenavštívili informační centrum, se jí jeví jako snadný.

Graf 20 Pomoc informačního centra při přijetí pacienta



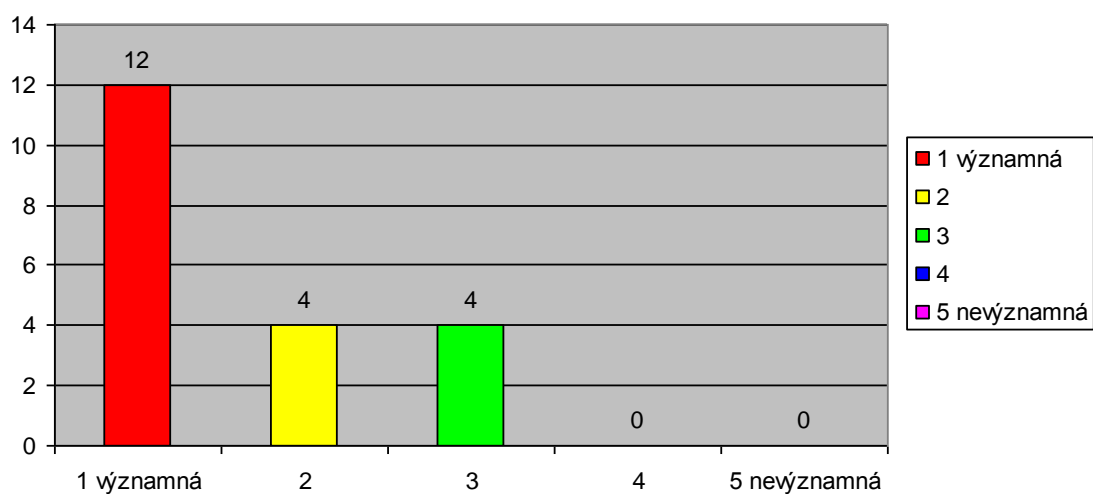
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají pomoc informačního centra při přijetí pacienta, pomocí škály od 1 do 5. Z celkového počtu 20 sester (100%) 9 respondentek (45%) uvedlo, že pomoc informačního centra při přijetí pacienta vnímá jako spíše významnou, 8 respondentek (40%) uvedlo, že pomoc informačního centra při přijetí pacienta vnímá jako významnou, 3 respondentky (15%) uvedli, že pomoc informačního centra při přijetí pacienta vnímá jako středně významnou.

Graf 21 Pomoc informačního centra v předoperační přípravě



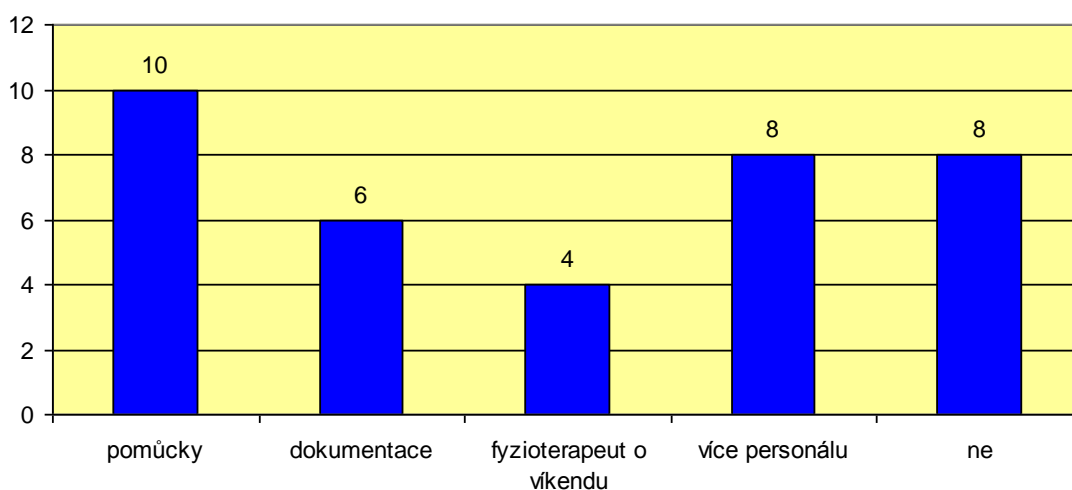
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají pomoc informačního centra v předoperační přípravě pacienta, pomocí škály od 1 do 5. Z počtu 20 sester (100%) 9 respondentek (45%) uvedlo, že pomoc informačního centra v předoperační přípravě vnímá jako významnou, 7 respondentek (35%) uvedlo, že pomoc informačního centra v předoperační přípravě vnímá jako spíše významnou, 4 respondentky (20%) uvedli, že pomoc informačního centra v předoperační přípravě pacienta vnímá jako středně významnou.

Graf 22 Pomoc informačního centra v pooperační péči



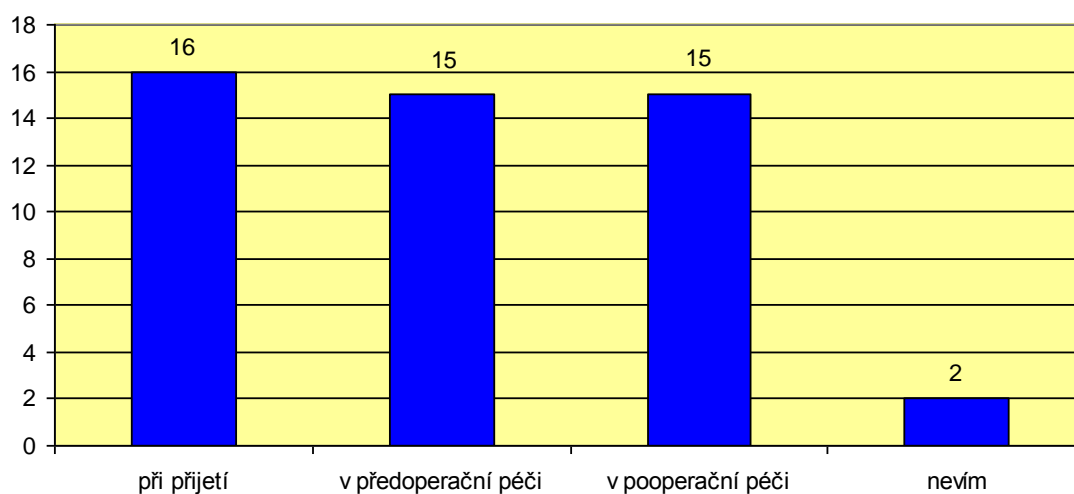
Graf znázorňuje, jak sestry vnímají pomoc informačního centra v pooperační péči o pacienta, pomocí škály od 1 do 5. Z celkového počtu 20 sester (100%), 12 respondentek (60%) uvedlo, že pomoc informačního centra v pooperační péči vnímá jako významnou, 4 respondentky (20%) uvedli, že pomoc informačního centra v pooperační péči vnímá jako středně významnou, 4 respondentky (20%) uvedli, že pomoc informačního centra v pooperační péči pacienta vnímá jako spíš významnou.

Graf 23 Usnadnění péče o pacienty po TEP



Graf znázorňuje četnost odpovědí, co může usnadnit ošetrovatelskou péči o pacienty po TEP. Odpovídalo 20 sester, které mohly zvolit více odpovědí. 10 krát označily odpověď, že ošetrovatelskou péči o pacienty po TEP mohou usnadnit pomůcky. 8 krát označily odpověď, že ošetrovatelskou péči o pacienty po TEP může usnadnit více personálu. 8 krát označily odpověď, že ošetrovatelskou péči o pacienty po TEP nemůže nic usnadnit. 6 krát označily odpověď, že ošetrovatelskou péči o pacienty po TEP může usnadnit dokumentace. 4 krát označily odpověď, že ošetrovatelskou péči o pacienty po TEP může usnadnit přítomnost fyzioterapeuta o víkendu a o svátcích.

Graf 24 Přínos informačního centra



Graf znázorňuje četnost odpovědí. Respondentky odpovídaly, že usnadnit ošetrovatelskou péči jim může informační centrum při přijetí pacienta 16 krát, v předoperační péči o pacienta 15 krát, v pooperační péči o pacienta 15 krát a odpověď nevím byla označena 2 krát.

Schéma 1 Rozhovor s pacienty

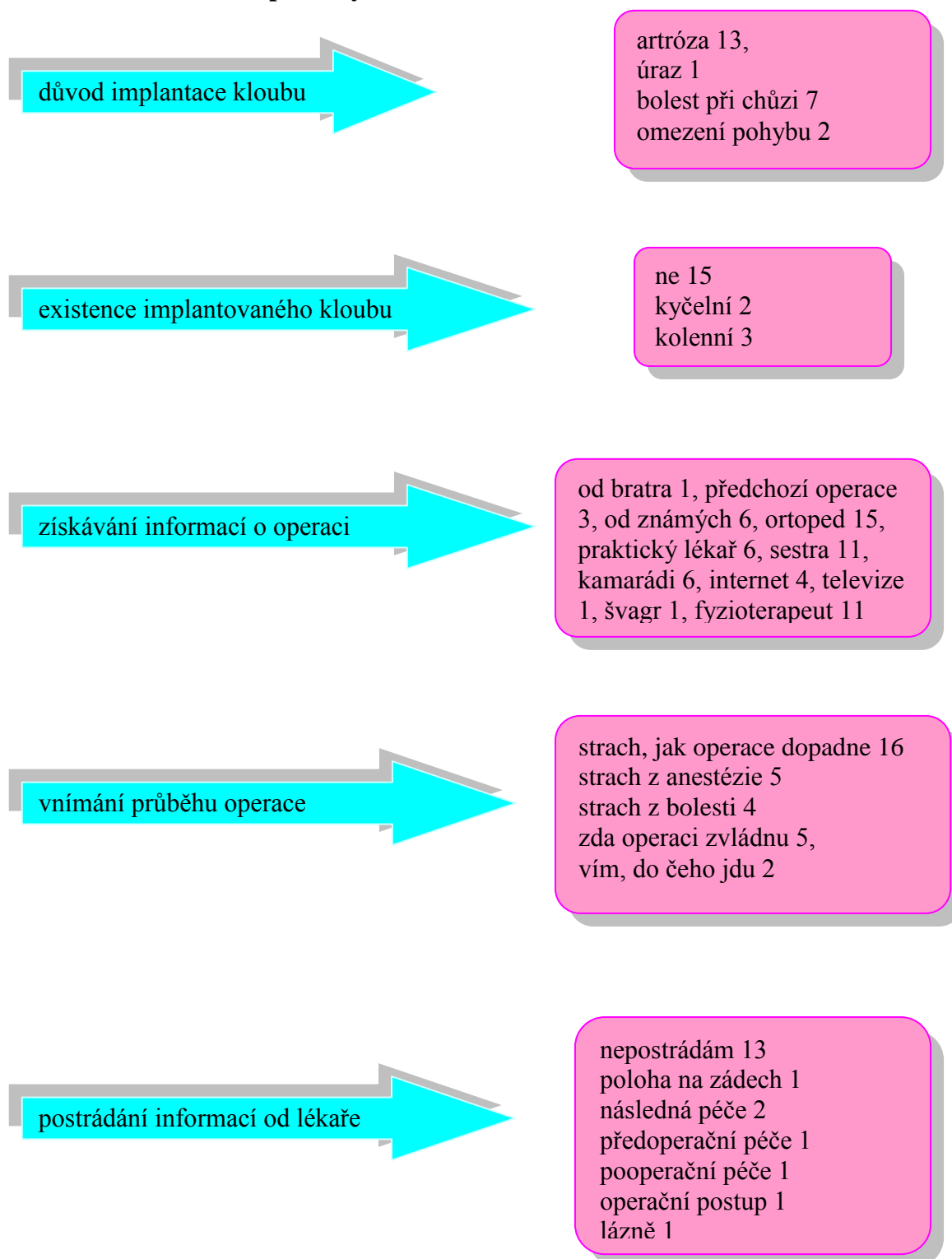


Schéma 1 pokračování ze strany 82

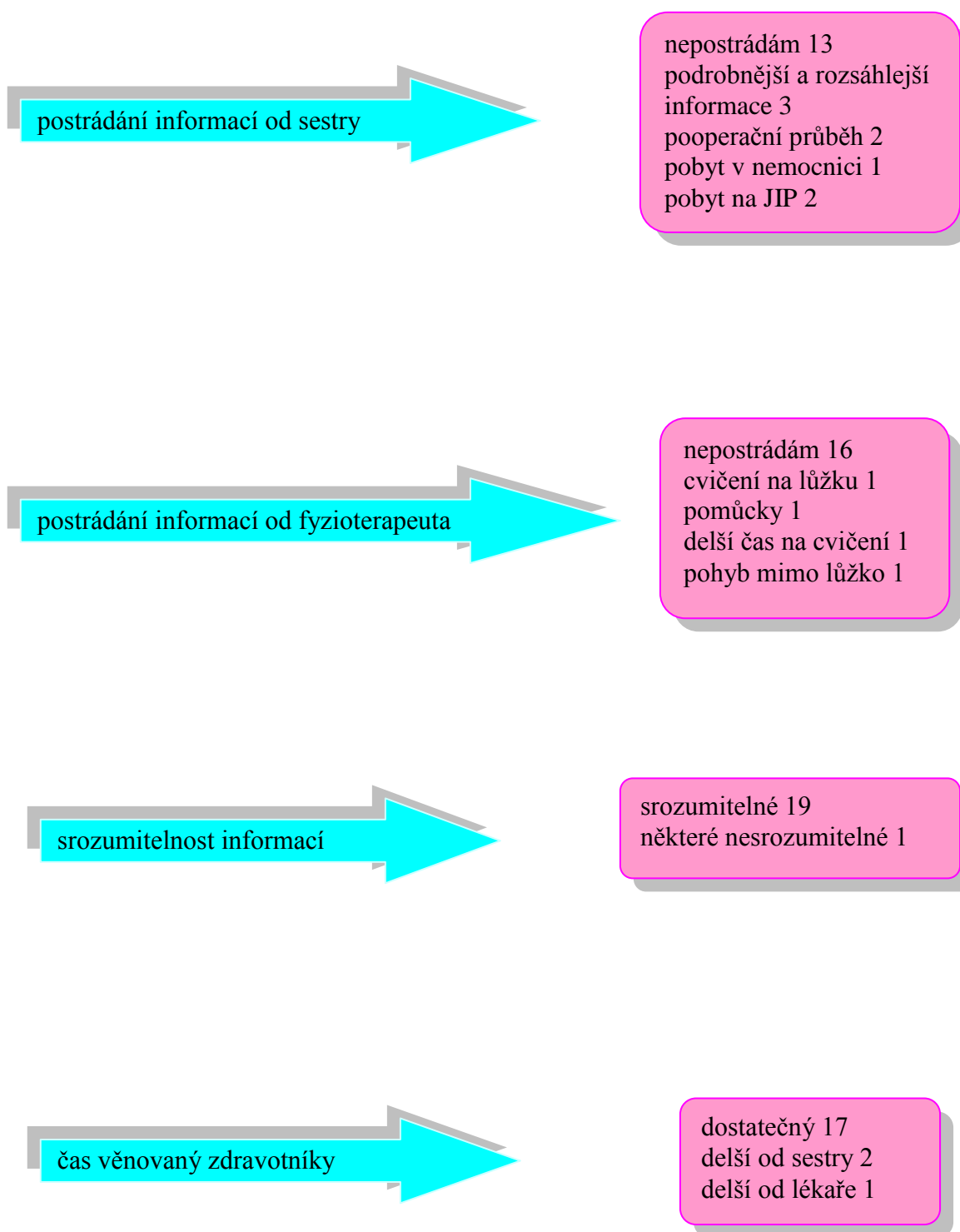


Schéma popisuje výsledky rozhovorů s respondenty 1-20 (příloha 10). Důvodem implantace kloubu byla 13 krát uvedena artróza, 7 krát bolest při chůzi, 2 krát omezení pohybu, 1 krát úraz. Na otázku, zda mají respondenti implantovaný již některý kloub, 15 respondentů odpovědělo ne, 3 kolenní a 2 kyčelní. Jako zdroj informací uvedli respondenti 15 krát ortopeda, 11 krát fyzioterapeuta, 10 krát sestru, 6 krát známé, 6 krát kamaráda, 6 krát praktického lékaře, 4 krát internet, 3 krát předchozí operace, 1 krát bratr, 1 krát švagr, 1 krát televize. Průběh operace vnímali respondenti tak, že 16 krát měli strach, jak operace dopadne, 5 krát měli strach z anestézie, 5 krát měli obavu, zda operaci zvládnou, 4 krát strach z bolesti, 2 krát „věděli, do čeho jdou“. Od lékaře 13 respondentů informace nepostrádalo, 2 o následné péči, 1 respondent uvedl, že postrádal informace o poloze na zádech, 1 o následné péči, 1 o předoperační přípravě, 1 o operačním postupu, 1 o láních. Informace od sestry nepostrádalo 13 respondentů, 3 respondenti postrádali podrobnější a rozsáhlejší informace, 2 o pooperačním průběhu, 2 o pobytu na JIP, 1 o pobytu v nemocnici. Fyzioterapeutem poskytnuté informace nepostrádalo 16 respondentů, 1 respondent postrádal informace o cvičení na lůžku, 1 o pohybu mimo lůžko, 1 o pomůckách a 1 respondent by uvítal delší čas na cvičení. Všechny informace byly pro 19 respondentů srozumitelné, 1 respondent některým informacím nerozuměl. Čas věnovaný zdravotníky byl pro 17 respondentů dostatečný, 2 respondenti by uvítali více času od sestry a 1 od lékaře.

Schéma 2 Hodnocení pacientů informačního centra

R= respondent	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20
průběh operace	+	+	+	++	+	++	+	++	+	+
informace od sestry	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
informací od lékaře	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
informací od fyzioterapeuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
informovanost ve skupince	+	++	+	+	++	+	++	++	+	+
čas věnovaný v centru	++	++	+	++	+	+	++	+	++	+

(legenda: 0 – nepostrádám, + pozitivní hodnocení, ++ velmi pozitivní hodnocení)

Respondenti, kteří navštívili informační centrum, se dále vyjadřovali k průběhu operace a k tomu, zda poskytnuté informace jsou srovnatelné s tím, co prožili. Respondenti odpovídali na otázku, zda průběh operace proběhl tak jak sdělil lékař, R11, R12, R13, R15, R17, R19, R20 uvedli, že operace probíhala s drobnými odlišnostmi podle toho, jak sdělil lékař, R14, R16, R18 uvedli, že operace probíhala přesně tak, jak sdělil lékař. Na otázku, zda respondenti postrádali v centru informace od sestry, všichni respondenti shodně uvedli, že žádné informace nepostrádaly. Na otázku zda respondenti postrádali v centru informace od lékaře, všichni respondenti shodně uvedli, že žádné informace nepostrádaly. Na otázku zda respondenti postrádali v centru informace od fyzioterapeuta, všichni respondenti shodně uvedli, že žádné informace nepostrádaly. Na otázku, jak vnímali respondenti informovanost ve skupince, uvedli R11, R13, R14, R16, R19, R20, že posezení bylo přínosné a větší počet přítomných jim nevadilo, R12, R15, R17, R18 uvedli, že posezení bylo velmi přínosné a uvítali diskusi a výměnu informací mezi sebou. Na otázku, jak respondenti vnímali čas, který jim byl věnován v centru, R13, R15, R16, R18, R20 uvedli, že čas věnovaný v centru by mohl být delší. R11, R12, R14, R17, R19 uvedli, že čas věnovaný v centru byl dostačující.

Schéma 3: Rozhovor s lékaři



Schéma popisuje výsledky rozhovorů s lékaři, kdy z 8 lékařů pracujících na ortopedickém oddělení v nemocnici Pelhřimov odpovídalo 7 lékařů. Na otázku, jak vnímají informační centrum, odpovídali 7 krát jako pomoc při přijetí pacienta, 7 krát jako snadnější komunikace s pacientem, 7 krát pomoc při propuštění pacienta, neboť pacient již ví, zda chce být propuštěn do domácího léčení nebo na doléčovací jednotku či na rehabilitační oddělení. Lékaři 7 krát uvedli, že vidí i pokrok v rehabilitaci. Pacient je připraven a tím je s ním i snadnější práce, uvedlo shodně všech sedm lékařů. Na dotaz, zda vnímají nějaké negativum v rámci informačního centra, odpověděli shodně 7 krát, že žádná negativa nevnímají.

5 Diskuse

V současné době pacienti vítají účast na rozhodování o postupu léčení a cenní si toho, že mohou být partnery lékaře. Začínají být aktivnější v získávání informací o moderních metodách a nejnovějších léčebných postupech. Informací najdou mnoho, ne vždy jsou však věrohodné a jednoznačné. Tato skutečnost nás vedla ke zprovoznění centra pro ortopedické pacienty. Diplomová práce je zaměřena na problematiku informovanosti pacientů před aloplastikou nosných kloubů. Předmětem výzkumného šetření bylo zjistit, zda informace o ošetrovatelské péči v pooperačním období poskytované v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů splňují očekávání pacientů a naplňují jejich potřeby, zda sestry na oddělení vnímají rozdíl v zapojení pacienta do ošetrovatelské péče, podle toho, zda informační centrum navštívil nebo nenavštívil a zjistit, zda existují nějaké problémy při provozu centra z pohledu pacientů, sester na oddělení a z pohledu lékařů.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Pro kvantitativní šetření byla zvolena metoda dotazování technikou dotazníků pro pacienty (kteří podstoupili aloplastiku kolenního či kyčelního kloubu) v České republice a v Rakousku, a pro sestry pracující na ortopedickém oddělení a jednotce intenzivní péče v Nemocnici Pelhřimov. Dotazníky pro pacienty byly distribuovány na ortopedická oddělení kraje Vysočina vždy se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče daného zdravotnického zařízení. Jednalo se o nemocnici Jihlava, Havlíčkův Brod, Třebíč, Nové Město na Moravě a Pelhřimov. Vzhledem k tomu, že nás zajímala informovanost pacientů po aloplastice kolenního či kyčelního kloubu i v zahraničí, požádali jsme o spolupráci kraj Vysočina, který nám ochotně zprostředkoval distribuci dotazníků pro pacienty v Dolním Rakousku. Jednání probíhalo s tajemníkem managementu Holdingu dolnorakouských zemských nemocnic, p. Mgr. Thomasem Pöklem. Než jsme mohli dotazníky v zahraničí distribuovat, bylo nutné poslat žádost o provedení dotazníkového šetření na Etickou komisi do Dolního Rakouska spolu s dotazníkem přeloženým do německého jazyka. Kraj Vysočina nám umožnil prezentovat záměry diplomové práce při návštěvě kolegů z Rakouska v Jihlavské nemocnici, což považuji za velmi přínosné, neboť kolegy cíle práce zajímali a uvedli, že

informovanost pacientů probíhá pouze formou konzultace s lékařem, na základě toho jsme upustili od distribuce dotazníků pro sestry.

Dotazník pro pacienty obsahoval celkem 32 otázek. Vyskytly se v něm otázky uzavřené, polootevřené a otevřené, ve kterých mohli pacienti vyjádřit svůj názor. Pomocí prvních pěti identifikačních otázek jsme rozdělili respondenty podle pohlaví, věku, typu operace a podle toho, zda byl tento typ operace první či ne. Dotazník vytvořený pro pacienty vyplnilo celkem 175 (100%) respondentů z České republiky a 53 (100%) respondentů z Rakouska. Z tohoto počtu byly 94 (53,7%) ženy z ČR a 35 (66%) žen z Rakouska. Mužů bylo 81 (46,3%) z ČR a 18 (34,0%) z Rakouska (tabulka 1). Z druhé tabulky je patrné, že nejvíce 61 respondentů (34,9%) z ČR a 22 respondentů (41,5%) z Rakouska je ve věkové kategorii 61 - 70 let, dále 56 respondentů (32,0%) z ČR a 15 respondentů (28,3%) z Rakouska je ve věkové kategorii 71 – 80 let. Třetí nejpočetnější věkovou kategorií je 51 - 60 let, kterou uvedlo 44 respondentů (25,1%) z ČR a 12 respondentů (22,6%) z Rakouska. Můžeme se domnívat, že věk respondentů odpovídá době, kdy se poškození a opotřebení kloubu projevuje, a díky léčebným metodám a postupům se prodlužuje věk pacientů k indikaci implantace kloubu, protože, jak uvádí Dungal (2005), primární osteoartróza je podmíněna genetickými faktory, přetěžování kloubu a nadváhou, projevuje se nejčastěji ve středním věku a postihuje častěji ženy, kdežto častější sekundární osteoartróza vzniká nezávisle na věku a častěji postihuje muže. V tabulce 3 jsou zpracovány údaje o tom, který kloub byl respondentům implantován. TEP kyčle uvedlo 112 respondentů (64,0%) z ČR a 34 respondentů (64,2%) z Rakouska. TEP kolene uvedlo 63 respondentů (36,0%) z ČR a 19 respondentů (35,8%) z Rakouska. Tento údaj odpovídá statistice, kterou si vede ortopedické oddělení v Nemocnici Pelhřimov. Někteří respondenti měli s aloplastikou kloubu již zkušenost. Tento fakt demonstruje tabulka 4 a 5, kde 104 respondentů (59,4%) z ČR a 32 respondentů (60,4%) z Rakouska uvádí, že tento typ operace je jejich první. Oproti tomu 71 respondentů (40,6%) z ČR a 21 respondentů (39,6%) z Rakouska již aloplastiku kloubu podstoupilo. 35 respondentů (20,0%) z ČR a 11 respondentů (20,8%) z Rakouska má zkušenost s výměnou kolenního kloubu a 36 respondentů (20,6%) z ČR a 10 respondentů (18,9%)

z Rakouska má zkušenost s výměnou kyčelního kloubu. Halásová (2010) ve svém článku uvádí, že vzhledem k vzrůstajícímu počtu provedených kloubních náhrad stoupá i počet pacientů, kterým je nutné endoprotézu vyměnit, jak se můžeme domnívat i z výše uvedeného.

Jedním z cílů práce bylo zjistit, zda informace o ošetrovatelské péči v pooperačním období poskytované v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů splňují očekávání pacientů a naplňují jejich potřeby. Středem zájmu bylo zjistit, kdo informace o předoperačním období, operaci a pooperačním období poskytuje a jak získávají informace pacienti samotní. Vyhnalová (2005) uvádí, že před každým operačním výkonem je potřeba s pacientem pohovořit, protože právě rozhovor může odhalit různé stránky jeho osobnosti a stát se zdrojem informací pro pooperační péči. Souhlasím s Vaškovou (2006), která ve svém článku uvádí, že sestry, které dokážou dobře komunikovat, si lépe získají důvěru a sympatii pacientů, kteří se jim ochotněji svěří se svými tužbami, obavami a bolestmi.

Jako zdroj informací (graf 10) uvedli respondenti (119 krát ČR, 42 krát Rakousko) lékaře. Informace získávají respondenti také nejčastěji (77 krát ČR, 17 krát Rakousko) od pacientů, kteří již aloplastiku podstoupili. Aktivní vyhledávání informací jako je internet bylo označeno 19 krát ČR, 15 krát Rakousko a časopis 7 krát ČR, 6 krát Rakousko. Z výsledků se lze domnívat, že pacienti stále nejsou aktivní ve vyhledávání informací, a mají pocit, že se mohou spolehnout na to, co jim sdělí zdravotníci, nebo neumí potřebné informace vyhledat. Také věk respondentů (tabulka 2) může být jedním z faktorů, proč nemocní nejsou příliš iniciativní a mnohdy i málo zdatní při vyhledávání informací a nových poznatků. Informace o předoperační péči (graf 8) získávali nemocní nejčastěji od ortopeda (142 krát ČR, 45 krát Rakousko), což je pochopitelné vzhledem k povaze onemocnění. Velkou roli v informovanosti pacienta hraje i praktický lékař (47 krát ČR, 15 krát Rakousko). Překvapivé pro mě bylo, že respondenti z ČR častěji označili fyzioterapeuta (43 krát) než sestru (36 krát). Respondenti z Rakouska označili fyzioterapeuta a sestru shodně (5 krát). O operaci (graf 7) pacienty nejčastěji informuje ortoped (164 krát ČR, 49 krát Rakousko) a praktický lékař (23 krát ČR, 24 krát Rakousko). Informace o pooperační péči respondenti získali nejčastěji od ortopeda

(143 krát ČR, 36 krát Rakousko). Opět pro mě bylo překvapující, že fyzioterapeut byl označen (80 krát ČR, 26 krát Rakousko) a sestra (64 krát ČR, 23 krát Rakousko). Podle mého názoru tento výsledek souvisí s vyčerpáním práce sester na oddělení, které nemají tolik času podrobněji informovat pacienta o předoperační či pooperační péči, kdežto fyzioterapeut díky individuálnímu přístupu ohledně cvičební jednotky má více prostoru ke komunikaci s pacientem.

Zajímalo nás také, jak jsou podané informace pacientovi srozumitelné. Graf 1 demonstruje srozumitelnost informací podaných sestrou. Za srozumitelné je považovalo 154 respondentů (88,0%) z ČR a 44 respondentů (83,0%) z Rakouska. Částečnou srozumitelnost uvedlo 20 respondentů (11,4%) z ČR a 6 respondentů (11,3%) z Rakouska. Graf 2 byl zaměřen na srozumitelnost informací podaných lékařem. Jako srozumitelné uvedlo 157 respondentů (89,7%) z ČR a 46 respondentů (86,8%) z Rakouska. 18 respondentů (10,3%) z ČR a 6 respondentů (11,3%) z Rakouska uvedli, že informace jim byly částečně srozumitelné. Srozumitelnost informací podaných fyzioterapeutem (graf 3) uvedlo 153 respondentů (87,4%) z ČR a 44 respondentů (83,0%) z Rakouska. S touto problematikou úzce souvisí i to, jak pacienti vnímají čas, který jim zdravotníci při podávání informací věnují (tabulka 16, 17, 18). Čas věnovaný sestrou hodnotilo 164 respondentů (93,7%) z ČR a 38 respondentů (71,7%) z Rakouska jako dostatečný. 11 respondentů (6,3%) z ČR a 13 respondentů (24,5%) z Rakouska jej zhodnotilo jako spíše dostatečný. Čas věnovaný lékařem hodnotilo 159 respondentů (90,9%) z ČR a 43 respondentů (81,1%) z Rakouska jako dostatečný. 13 respondentů (7,4%) z ČR a 8 respondentů (15,1%) z Rakouska zhodnotilo čas věnovaný lékařem jako spíše dostatečný. Také nás zajímalo, jak pacienti vnímají čas, který jim věnuje fyzioterapeut. 159 respondentů (90,9%) z ČR a 43 respondentů z Rakouska jej vnímají jako dostatečný. 13 respondentů (7,4%) z ČR a 8 respondentů (15,1%) z Rakouska čas věnovaný fyzioterapeutem vnímají jako spíše dostatečný. Z výše uvedeného vyplývá, že respondenti informacím, které jsou jim sděleny, rozumí a jsou také spokojeni s časem, který jim zdravotníci věnují. Bártlová (2005) uvádí, že lékařské povolání patří ve společnosti mezi prestižní profese. V minulosti byl pacient podřízený lékaři, kdežto v současnosti se buduje rovnocenný vztah lékaře a pacienta. Dá se konstatovat, že

i povolání sestry díky koncepci vzdělávání (vysokoškolské vzdělání) začíná společnost vnímat s úctou. Vzhledem k věku respondentů (tabulka 2) se lze také domnívat, že v pacientech je stále zakotven nerovnocenný tedy podřízený vztah s lékařem, a tak je pacient spokojen s tím co je mu v rychlosti sděleno a považuje to za dostačující.

Dalším předmětem šetření bylo zjistit, jaké informace nemocní postrádají od sestry, lékaře a fyzioterapeuta. Rakouští respondenti žádné informace podané sestrou (tabulka 7) nepostrádají. 4 respondenti (2,3%) z ČR postrádají informace o pooperační péči a 1 respondent (0,6%) postrádá informace o předoperační přípravě. Informace podané lékařem (tabulka 8), jsou pro rakouské respondenty pravděpodobně dostačující, neboť nikdo neuvedl, že by některé informace postrádal. 2 respondenti (1,1%) z ČR uvedli, že postrádají informace o průběhu léčby a zároveň uvedli, že je lékař neinformoval. 1 respondent (0,6%) postrádal informace o možnosti následné péče. Respondenti z Rakouska se shodně nevyjádřili k problematice nedostatku informací podaných fyzioterapeutem. 4 respondenti (2,3%) z ČR uvedli, že je fyzioterapeut nedostatečně informoval o pooperačním cvičení a 1 respondent (0,6%) uvedl, že neměl dostatečné informace o cvičení na lůžku.

Vzhledem k tomu, že v současné době je téměř samozřejmostí podávat informace pacientům v tištěné podobě (leták, brožura), zajímalo nás, zda toto platí i v případě pacientů podstupující aloplastiku nosných kloubů. Tabulka 12 demonstruje, kde pacienti informační leták obdrželi. Zde se liší odpovědi pacientů z ČR a Rakouska. Nejvíce respondentů 75 (42,9%) z ČR uvedlo, že leták obdrželi v ambulanci. Rakouští respondenti 29 (54,7%) obdrželi leták při přijetí na oddělení. 26 respondentů (14,9%) z ČR a 3 respondenti z Rakouska informační leták neobdrželi. Nabízí se otázka, jak byly informace v letáku pacientům srozumitelné a jaké informace respondenti v letáku postrádali. V oblasti ošetrovatelské péče (tabulka 13) 2 respondenti (1,1%) z ČR uvedli, že by uvítali rozsáhlejší výklad. Respondenti z Rakouska žádné informace nepostrádají. V medicínské oblasti (tabulka 14) 2 respondenti z ČR by opět uvítali rozsáhlejší výklad a 1 respondent (1,9%) z Rakouska by uvítal více informací o pooperačním režimu. Oblast rehabilitace, jakožto priorita v pooperační péči byla pravděpodobně také dobře zpracována, neboť rakouští respondenti žádné informace nepostrádají a 2 respondenti

(1,1%) z ČR by uvítali podrobnější informace. Srozumitelnost informací v letáku hodnotili respondenti pomocí škály, na které označili číslem, jak informacím v letáku rozumí (graf 4, 5, 6). Respondenti z ČR i Rakouska vnímají informace v letáku jako srozumitelné. Z výše uvedeného vyplývá, že pacienti jsou informováni o operaci ve všech oblastech, tzn. ošetrovatelské, rehabilitace a medicínské. Podnětem pro další šetření by mohlo být porovnání jednotlivých letáků a zhodnocení rozsahu informací. Pacienti by mohli jednotlivé letáky porovnat a na základě jejich poznatků a potřeb by mohl být zhotoven leták, který by vycházel právě z podnětů pacientů jak v ČR, tak v Rakousku.

Tabulkou 10 jsme chtěli prezentovat, že pacienti mají zájem o informace týkající se operace. Velmi přínosné bylo zjištění, že respondenti vítají podávání informací ve skupince cca 10 lidí (tabulka 11). Na otázku, jaký odborník by měl v centru informace poskytnout, odpovídali respondenti z obou zemí shodně (graf 11), a to v pořadí ortoped, fyzioterapeut a sestra. Toto zjištění nás velmi potěšilo, neboť v informačním centru v Pelhřimovské nemocnici právě tyto odborníci informace pacientům podávají.

Vzhledem k tomu, že nás zajímaly i jiné aspekty, které by mohly pacientům pomoci při rekonvalescenci (tabulka 19), měli možnost se vyjádřit v otevřené otázce. Respondenti žádný aspekt neuvedli. Respondenti z ČR uvedli několik podnětů a to více informací 4 respondenti (2,3%), intenzivní rehabilitaci 3 respondenti (1,7%), ochotu personálu 5 respondentů (2,9%), psychiku 1 respondent (0,6%) a vidět operaci 1 respondent (0,6%).

Abychom mohli zjistit, jak sestry na oddělení vnímají rozdíl v zapojení pacienta do ošetrovatelské péče podle toho, zda se jedná o pacienta, který centrum pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů navštívil nebo ne, což bylo dalším cílem, rozdali jsme dotazníky sestrám na ortopedickém oddělení a sestrám na jednotce intenzivní péče v nemocnici Pelhřimov. Bylo rozdáno 23 dotazníků, 3 dotazníky byly pro neúplnost vyřazeny, proto výzkumný soubor tvoří 20 sester (100%). Tabulka 21 demonstruje, zda sestry vnímají ošetřování pacientů po TEP kloubu za náročné po psychické stránce. 15 respondentek (75%) vnímá ošetřování pacientů za náročné, tato

skutečnost není nikterak překvapivá, neboť pacienti mají bolesti, jsou upoutáni na lůžko, později mají omezený pohyb, což se odráží na jejich psychice a sestra je ta, která trpělivě a opakovaně pacientovi vysvětluje, jakým způsobem lze nejlépe toto období překonat a stává se tak pacientovi oporou. Ošetřování pacienta po TEP kloubu je náročné také po fyzické stránce (tabulka 22), jak uvedlo 18 sester (90%). Pacient je po operaci zpočátku upoután na lůžko, a pokud nezvládá techniku a stereotyp pohyblivosti na lůžku a později mimo něj, těžko sestřám „ulehčí“ práci při každodenní péči o lůžko a pacienta (hygiena, stravování, vyprazdňování).

V tabulce 23 je uvedeno, že sestry vědí o existenci informačního centra pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů, což uvedlo všech 20 respondentek (100%). Smyslem centra je informovat pacienty o operaci, předoperačním a pooperačním průběhu, o rehabilitaci a také o tom, jak se na lůžku pohybovat a tím ulehčit fyzickou práci sestřám. Graf 14 a 15 demonstruje rozdílnost ošetrovatelské péče o pacienta, který informační centrum navštívil nebo nenavštívil. Z výsledků vyplývá, že sestry vnímají ošetřování pacienta, který centrum navštívil jako snadné 6 respondentek (30%) a 11 respondentek (55%) jako spíše snadné oproti tomu ošetřování pacienta, který centrum nenavštívil, uvedlo 9 sester (45%) jako spíše nelehkou a 5 respondentek (25%) uvedlo, že se jim práce jeví jako středně lehká. S ošetřováním pacienta úzce souvisí i komunikace s ním. Zajímalo nás, zda komunikace s pacientem má souvislost s tím, zda centrum před operací navštívil nebo nenavštívil. Graf 16 a 17 prezentuje, jak se sestřám jeví komunikace s pacientem. 9 sester (45%) uvedlo komunikaci s pacientem jako spíše lehkou a 6 respondentek (30%) uvedlo komunikaci s pacientem, který centrum navštívil jako snadnou. Důležitou složkou v komplexní péči o pacienta je rehabilitace. Nabízí se tedy otázka, zda existuje souvislost v nácviku rehabilitace a návštěva centra pacientem. Z grafu 18 a 19 je patrné, že 9 respondentek (45%) vnímá nácvik rehabilitace s pacientem, který centrum navštívil jako spíše snadný a 7 respondentek (35%) vnímá nácvik rehabilitace s pacientem, který centrum nenavštívil jako středně lehký. Z výše uvedeného vyplývá, že *H2 sestry na oddělení hodnotí významný rozdíl mezi spoluprací s pacientem, který centrum pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů navštívil nebo ne, se potvrdila.*

Plánované operační výkony mají několik fází. My jsme se zaměřili na přijetí pacienta, předoperační přípravu a pooperační péči. Předmětem šetření bylo zjistit, zda je centrum právě v těchto oblastech přínosem a pomocí pro sestry na oddělení. Graf 24 demonstruje, jak sestry odpovídaly. 16 krát bylo uvedeno, že centrum pomáhá sestřím při přijetí pacienta, 15 krát centrum pomáhá v předoperační péči, 15 krát centrum pomáhá v pooperační péči. Výsledky nás velmi mile překvapily, neboť z výše uvedeného vyplývá, že sestry vnímají centrum jako pomoc ve všech sledovaných oblastech. Vzhledem k tomu, že cílem práce bylo zefektivnit činnost centra, zajímalo nás, co by mohlo ošetrovatelskou péči o pacienta ještě usnadnit. Tuto problematiku znázorňuje graf 23, kde se 10 krát vyskytla odpověď, že práci by usnadnily pomůcky (sestry neuváděly konkrétní), 8 krát sestry odpověděly více personálu, což může souviset s výsledky tabulky 22, kde 18 respondentek uvedlo, že ošetřování pacienta po TEP kloubu je náročné po fyzické stránce. 6 krát sestry uvedly, že by jim práci usnadnila jednodušší dokumentace a 4 krát by sestry uvítaly přítomnost fyzioterapeuta o víkendu a svátcích, neboť v tuto dobu práci fyzioterapeuta suplují v rámci návaznosti rehabilitace a zkvalitnění péče o pacienta. Domnívám se, že tato problematika se nevztahuje na náplň informačního centra a měla by být řešena s managementem oddělení. Na základě výsledků se *H3 při provozu centra pro pacienty podstupující alpolastiku nosných kloubů existují problémy z pohledu sester na oddělení, nepotvrdila.*

Práce měla za cíl zjistit, zda lékaři vnímají nějaké problémy při provozu centra. Bylo osloveno všech sedm lékařů pracujících na ortopedickém oddělení v Nemocnici Pelhřimov. Na otázku, jak vnímají informační centrum, odpovídali shodně (schéma 3). 7 lékařů odpovědělo, že centrum je velkým přínosem při přijetí pacienta, který je již informován o konkrétním průběhu hospitalizace, při propuštění pacienta, který si sám stanoví, kam bude propuštěn po ukončení hospitalizace, zda do domácího léčení či na lůžko následné péče (doléčovací rehabilitační jednotku). Lékaři a to všech 7 uvedlo lepší komunikaci s pacientem, který má připravené konkrétní dotazy na lékaře, a je orientován v problematice (například termín kostní banka aj.). Vzhledem k tomu, že pacienti v centru získávají informace o pooperačním cvičení a zároveň obdrží leták s popisem cvičení (příloha 7), jsou lépe připraveni a tím snadněji rehabilitaci zvládají,

vedlo všech 7 lékařů. Ani jeden z dotazovaných lékařů nedokázal odpovědět na otázku, zda vnímají nějaké negativum při provozu centra. Všichni jej vnímají jako pomoc a hlavně přínos pro pacienty.

Pro kvalitativní část empirického šetření byla zvolena metoda dotazování technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkumný soubor tvořili pacienti po aloplastice nosného kloubu. Bylo vybráno 20 respondentů, kteří byli ochotni rozhovor poskytnout. Šetření probíhalo v lednu až březnu 2012 a mělo dvě fáze, v první fázi odpovídalo všech 20 respondentů a ve druhé fázi odpovídalo pouze 10 respondentů, kteří navštívili informační centrum. Po analýze rozhovorů s jednotlivými pacienty (příloha 10) byla vytvořena přehledná schémata.

Zjišťovali jsme, jaký byl důvod implantace kloubu, kde pacienti získali informace o operaci a jak vnímali průběh operace. Jako nejčastější důvod výměny kloubu uvedli respondenti artrózu. To ve své publikaci uvádí také Dungl (2005). Informace získali respondenti nejčastěji od ortopeda, praktického lékaře a sestry, což nám potvrdil i kvantitativní výzkum (graf 7). Největší obavy měli pacienti z výsledku operace a možných komplikací. Obávali se také anestézie a bolesti. Jejich obavy pramenily také z toho, zda operaci zvládnou, jak po fyzické, tak po psychické stránce. 2 respondenti již implantaci kloubu podstoupili, proto věděli „do čeho jdou“. Na základě těchto výsledků můžeme na první výzkumnou otázku „*Jaká je souvislost mezi činností sestry v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů a sestry a oddělení, a spokojenosti pacientů v oblasti jejich potřeb?*“ odpovědět takto: Pacienti po aloplastice nosných kloubů mají porušené fyzické i psychické potřeby, zejména potřebu jistoty a bezpečí. Což bylo jedním z podnětů vytvoření informačního centra. Sestra v centru a sestry na oddělení spolu úzce spolupracují ve smyslu zavádění nových postupů tak, aby bylo dosaženo co nejlepších výsledků, kdy jednoznačným kritériem je plně informovaný a spokojený pacient.

Rozhovor byl zaměřen na to, jaké informace pacienti postrádají od lékaře, sestry a fyzioterapeuta. Třináct respondentů uvedlo, že nepostrádají žádné informace od lékaře ani od sestry a 16 respondentů uvedlo, že nepostrádají informace od fyzioterapeuta. Podané informace byly pacientům srozumitelné, což uvedlo

19 respondentů. Čas, který zdravotníci pacientům věnovali, uvedlo 17 respondentů jako dostatečný. Z výše uvedeného můžeme usuzovat, že informace, které pacienti obdrží, jsou jim srozumitelné a svým rozsahem dostatečné.

Respondenti, kteří informační centrum navštívili (10 respondentů), se dále mohli vyjádřit k průběhu operace a k tomu, zda poskytnuté informace byly srovnatelné s tím, co prožili (schéma 2). 7 respondentů uvedlo, že operace probíhala s drobnými odlišnostmi tak, jak sdělil lékař. Na otázku, zda pacienti postrádali nějaké informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta, shodně odpovědělo všech 10 respondentů, že žádné informace nepostrádali. Na základě výše uvedených výsledků můžeme konstatovat, že *HI informace o ošetrovatelské péči v pooperačním období poskytované v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů naplňují potřeby pacientů, byla potvrzena*. Tuto skutečnost demonstruje tabulka 7 a 9, kdy 170 respondentů (97,1%) uvedlo, že nepociťují nedostatek informací podaných od sestry ani od fyzioterapeuta.

Respondenti se vyjadřovali také k tomu, jak vnímali informovanost ve skupince. 6 respondentů uvedlo, že informace podané ve skupince jim nevadily a 4 respondenti uvedli, že posezení ve skupince bylo velmi přínosné a uvítali diskusi a výměnu informací mezi sebou. Juřeníková (2010) uvádí, že jednou z didaktických forem edukace je skupinová výuka. Výhodou skupinové formy výuky je umožnění edukátorovi individuálnější přístup k edukantům (pacientům) a ti mají možnost spolupráce a výměny zkušeností mezi sebou. Tato metoda byla „využita“ i v informačním centru, které navštíví i pacienti, kteří již výměnu kloubu podstoupili a sdělují své poznatky a zkušenosti ostatním pacientům. Což považujeme za velmi cenné a přínosné. Na základě výše uvedeného by se dalo na druhou výzkumnou otázku „*Jaké informace pacienti v centru postrádají*“ odpovědět takto: Pacientům podstupujícím aloplastiku nosných kloubů jsou v centru podávány informace ucelené a srozumitelné, v dostatečné časové jednotce a tak pacienti vnímají podané informace za dostačující a žádné nepostrádají.

Na třetí výzkumnou otázku „*Hodnotí pacienti informace podané v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů jako orientační, nebo jsou významné pro snadnější zvládnání pooperační péče?*“ můžeme odpovědět takto: Informace podané

v centru pacienti nevnímají jako orientační, neboť jak uvádí lékaři i sestry, pacienti jsou připraveni, orientují se v problematice a vědí, co obnáší rehabilitace, jakožto důležitá součást pooperační fáze. Lze tedy usuzovat, že pacienti jsou připraveni pro snadnější zvládnutí pooperační péče.

6 Závěr

Diplomová práce s názvem Kooperace sestry a lékaře v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů byla zaměřena na problematiku ucelené informovanosti pacientů v oblasti medicínské, fyzioterapie a ošetrovatelské péče, včetně saturace jejich potřeb.

V práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda informace o ošetrovatelské péči v pooperačním období poskytované v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů splňují očekávání pacientů a naplňují jejich potřeby. Vzhledem k tomu, že v centru jsou pacientům podány ucelené informace a jejich očekávání je splněno a připravenost na operaci naplňuje jejich potřeby. Druhý cíl si kladl za úkol zjistit, zda sestry na oddělení vnímají rozdíl v zapojení pacienta do ošetrovatelské péče, podle toho, zda se jedná o pacienta, který centrum pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů navštívil nebo ne. Sestry na oddělení vnímají rozdíl mezi pacientem, který centrum navštívil, a který jej nenavštívil a to v oblasti ošetrovatelské péče, komunikace a rehabilitace. Posledním cílem bylo zjistit, zda existují nějaké problémy při provozu centra pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů z pohledu pacienta, z pohledu sester na oddělení a z pohledu lékařů. Pacientům žádné informace nechybí a sestry vnímají problém při ošetrování pacientů především v personálním a materiálním vybavení, což centrum bohužel ovlivnit nemůže. Lékaři žádné problémy a negativa při provozu centra nevnímají.

Empirickou část práce tvořilo kvalitativní a kvantitativní výzkumné šetření. V části kvalitativního výzkumného byly stanoveny tři výzkumné otázky. 1. Jaká je souvislost mezi činností sestry v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů a sestry na oddělení, a spokojenosti pacientů v oblasti jejich potřeb? 2. Jaké informace pacienti v centru postrádají? 3. Hodnotí pacienti informace podané v centru pro pacienty podstupující aloplastiku nosných kloubů jako orientační, nebo jsou významné pro snadnější zvládnání pooperační péče? Pro sběr dat kvalitativního šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů po implantaci kolenního či kyčelního kloubu, kteří informační centrum nenavštívili a 10 respondentů, kteří

navštívili informační centrum. Šetření probíhalo v lednu až březnu 2012. Výsledky výzkumného šetření byly následně analyzovány a zaneseny do schémat. Z výsledků je patrné, že sestra v centru úzce spolupracuje se sestrami na oddělení. Pacienti mají narušené fyzické i psychické potřeby, tudíž smyslem spolupráce je spokojený a plně informovaný pacient. Šetřením bylo zjištěno, že pacienti v centru žádné informace nepostrádají. Pacienti jsou připraveni na operaci, orientují se v problematice a vědí, co obnáší rehabilitace, jakožto důležitá součást pooperační fáze. Lze tedy usuzovat, že pacienti jsou připraveni pro snadnější zvládnání pooperační péče.

Na základě analýzy odpovědí respondentů bylo zjištěno, že nemocní podstupující aloplastiku nosných kloubů mají dostatek informací. Přestože sestry na oddělení a lékaři vnímají rozdíl mezi pacientem, který centrum navštívil a pacientem, který centrum nenavštívil, podnětem pro další šetření by mohlo být, jak pacienti vnímají rozdílnost informací podaných v centru a mimo něj.

Výsledky šetření by mohly být podnětem pro vznik nových center nejen na Vysočině, ale i v Rakousku. V souvislosti s výsledky práce a na základě informací podávaných v centru, kdy pacienti hodnotí informace za dostačující, byl vytvořen informační leták. Práce by mohla sloužit jako informační materiál pro studenty studující nejen obor ošetřovatelství.

7 Seznam informačních zdrojů

ASTRA TECH HEALTH CARE [online]. [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.surgery.astratech.com/>.

BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. 2007, 17, 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, S. Týmová spolupráce z pohledu lékařů. *Zdravotnictví v České republice*. 2010, 13, 1, s. 174-181. ISSN 1213-6050.

BÁRTLOVÁ, S; TREŠLOVÁ, M. Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři. *Kontakt*. 2010, 12, 1, s. 7-19. ISSN 1212-4117.

BEŇADÍKOVÁ, D; RAPČÍKOVÁ, T. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, 19, 12, s. 28-30. ISSN 1210-0404.

ČINČURA, J. Sestry: V Rakousku nepracuje za méně než tisíc euro čistého. [online]. [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/18287>.

DRLÍKOVÁ, K. Reeducace jako nedílná součást edukace. *Sestra*. 2008, 18, 5, s. 44. ISSN 1210-0404.

DUNGL, P, et al. *Ortopedie*. 1. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.

DYNÁKOVÁ, Š; KOŽNAR, J. „Nebudu s tebou komunikovat!“. *Sestra*. 2005, XV, 5, s. 71. ISSN 1210-0404.

ENGEL, R. Ausbildungsbezogene Entwicklungsschritte im europäischen Kontext – Die Grundausbildung „Gesundheits- und Krankenpflege“ als Bachelorstudium. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 2009, roč. 62, č.5, s.14-16. ISSN 2017-1042.

FARKAŠOVÁ, D, et al. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

HALADOVÁ, E, et al. *Léčebná tělesná výchova*. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 135 s. ISBN 978-80-7013-460-3.

HALÁSOVÁ, M; PANOŠOVÁ, V. Život po endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2010, 20, 10, s. 65-67. ISSN 1210-0404.

HOŠKOVÁ, P. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *Sestra*. 2010, 20, 2, s. 28-29. ISSN 1210-0404.

CHOVANCOVÁ, D. Ošetrovatelská péče na ortopedické JIP po náročných operačních výkonech. *Sestra*. 2006, 16, 11, s. 51-52. ISSN 1210-0404.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KEMETMÜLLER, E. *Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege*. Wien: Verlag Facultas Universitätsverlag, 2005. 103 Seiten. ISBN-3-85076-719-1.

KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. Brno: NCO NZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.

KRAMÁČOVÁ, A. Profesi příprava ošetrovatelek v Rakousku. *Sestra*. 2006, 16, 10, s. 12-13. ISSN 1210-0404.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. Praha: Grada, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KROMEROVÁ, M. Spolupráce sestry a nemocného - edukace. *Sestra*. 2005, 15, 5, s. 27. ISSN 1210-0404.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. Praha: Slon, 2006. 142 s. ISBN 80-86429-57-1.

KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MALCHEROVÁ, M. Klient po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Sestra*. 2007, 17, 12, s. 51-52. ISSN 1210-0404.

MEDICA [online]. [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.medica-brno.com/>.

- MIKŠOVÁ, Z, et al. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I.* 1. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MIKŠOVÁ, Z, et al. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II.* 1. Praha: Grada, 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi.* 1. Praha: Grada, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
- MINIBERGEROVÁ, L. Nepsychoterapeutické chování zdravotníka ve vztahu k dekonkci pacienta. *Sestra.* 2008, 18, 5, s. 16-17. ISSN 1210-0404.
- MÍČKOVÁ, I. Edukace jako nedílná součást ošetrovateľského procesu. *Sestra.* 2009, 19, 12, s. 44-45. ISSN 1210-0404.
- MORKESOVÁ, Š; URBANCOVÁ, S. Péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy z pohledu fyzioterapeuta. *Sestra.* 2008, 18, 5, s. 38-39. ISSN 1210-0404.
- NCONZO. [online]. [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/home>.
- ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra.* 2007, 17, 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
- PACOVSKÝ, V; JURÁSKOVÁ, D. Potřebujeme (také) vysokoškolsky vzdělané sestry?: Vztah lékařů a sester v nových právních normách. *Časopis lékařů českých.* 2005, 144, 7, s. 497-498. ISSN 0008-7335.
- PODSTATOVÁ, R, et al. *Jak přežít ve zdravotnickém zařízení.* 1. Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
- PROCHÁZKOVÁ, L; PROCHÁZKOVÁ, K. Krevní transfuze a retransfuze - historie a současnost. *Sestra.* 2010, 20, 10, s. 60-61. ISSN 1210-0404.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika.* 3. Praha: Portál, 2002. 481 s. ISBN 80-7367-047-X.
- ROZSYPALOVÁ, M, et al. *Sestry vzpomínají.* 1. Praha: Grada, 2006. 88 s. ISBN 80-247-1503-1.
- SLEZÁKOVÁ, L, et al. *Ošetrovateľství v chirurgii I.* 1. Praha: Grada, 2010. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- STEHLÍK, J. Nový typ miniinvazivní TEP kyčle. *Sestra.* 2005, 15, 5, s. 11-12. ISSN 1210-0404.

SOSNA, A, et al. *Základy ortopedie*. 1. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

ŠAMÁNKOVÁ, M, et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVAGR, M. Novinky, otázky a komplikace endoprotetiky kyčelního kloubu. *Zdravotnické noviny*. 2010, ISSN 1214-7664.

ŠVÁB, J, et al. *Chirurgie vyššího věku*. 1. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.

TALIÁNOVÁ, M, et al. Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2009, 19, 12, s. 75-77. ISBN 1210-0404.

TRACHTOVÁ, E, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

TROJAN, S, et al. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. Praha: Grada, 2001. 228 s. ISBN 80-2470-031-X.

TÓTHOVÁ, V, et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry máme v sobě empatii?. *Sestra*. 2006, 16, 11, s. 23. ISSN 1210-0404.

VEJVODOVÁ, D. Luxace totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Sestra*. 2006, 16, 11, s. 52-53. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, M; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYHNALOVÁ, E; HEMERLOVÁ, J. Ošetrovatelská péče na ortopedii. *Sestra*. 2005, 15, 12, s. 52. ISSN 1210-0404.

WEISS-FASSBINDER, S., LUST, A. *Gesundheits - und Krankenpflegegesetz*. 6. Auflage. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 2010. 347Seiten. ISBN 978-3-214-07390-9.

ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8 Klíčová slova

Aloplastika

Artróza

Edukace

Ergoterapie

Komunikace

Rehabilitace

9 Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 – Tabulka stupně artrózy

Příloha 2 – Implantát kolene

Příloha 3 – Implantát kyčle

Příloha 4 – Resurfacing

Příloha 5 – Systém ORTHO P. A. S.

Příloha 6 – Systém Belloc A. B. T

Příloha 7 – Cvičební jednotka po aloplastice kyčle

Příloha 8 – Informační leták

Příloha 9 – Dotazník pro pacienty

Příloha 10 – Rozhovor s respondenty

Příloha 1 Tabulka stupně artrózy (Kellgren – Lawrenc)

Stádium	Nález
I	možné zúžení kloubní štěrbiny a počátek tvorby drobných marginálních osteofytů, začínající subchondrální sklerotizace
II	zřetelné zúžení kloubní štěrbiny, jasná tvorba osteofytů, lehká subchondrální skleróza, objevují se nepravidelnosti kloubního povrchu
III	výrazné zúžení kloubní štěrbiny, mnohočetné osteofyty, subchondrální skleróza, tvorba cyst, počínající deformity
IV	výrazná progresse všech změn III. stupně: vymizení kloubní štěrbiny, velké osteofyty se sklerózou a pseudocystami subchondrální kosti, pokročilé deformity, v konečném procesu dochází k nekróze příslušných částí

zdroj: *KLASIFIKACE TABULKY* [online]. 2008 [cit. 2011-11-04]. Artróza (Kellgren - Lawrenc). Dostupné z: <<http://www.mudr.org/web/artroza-kellgren-lawrenc>>.

Příloha 2 Implantát kolene



Zdroj: *ORTHES* [online]. 2001 [cit. 2011-11-04]. Totální endoprotéza kolenního kloubu. Dostupné z: <<http://www.orthes.cz/whattkr.htm>>.

Příloha 3 Implantát kyčle

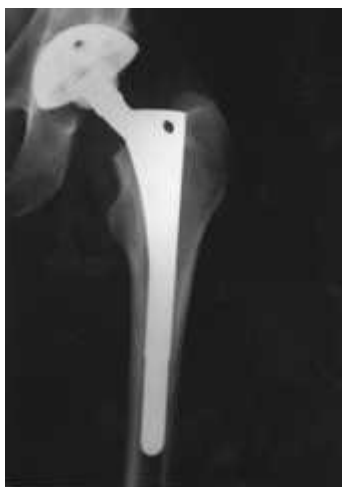


(jamka, hlavice, dřík)

Zdroj: Vlastní foto



(cementovaná náhrada)



(necementovaná náhrada)



(hybridní náhrada)

Zdroj: *ORTHES* [online]. 2001 [cit. 2011-11-04]. Typy kyčelních náhrad a způsoby jejich upevnění. Dostupné z: <<http://www.orthes.cz/types.htm>>.

Příloha 4 Resurfacing



Zdroj: *ORTHES* [online]. 2001 [cit. 2011-11-04]. Hip resurfacing. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/types.htm#resurfacing>.

Příloha 5 Systém ORTHO P. A. S



Zdroj: Vlastní foto

Příloha 6 Systém Bellovac A. B. T.



Zdroj: Vlastní foto

Příloha 7 Cvičební jednotka po aloplastice kyčle

CVIČEBNÍ JEDNOTKA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE (TEP) KYČELNÍHO KLOUBU

Cviky vleže na zádech: základní poloha u všech cviků je vyrovnaná pánev a ramena nad sebou, dolní končetiny v mírném roznožení. Dbáte na správné postavení končetiny v nulové rotaci (koleno a špička musí směřovat ke stropu nebo je v mírné vnitřní rotaci- koleno točit dovnitř).



1. Přitáhnout špičky nohou směrem k hlavě a protáhnout dolů.



2. Izometrické stahy svalů na přední straně stehen (bez pohybu v kloubu): tj. propnout kolena do podložky tak, aby pod kolena nezůstal volný prostor, výdrž 5 sekund a uvolnit.



3. Izometrické stahy svalů na zadní straně hýždí (bez pohybu v kloubu) stáhnout hýždě k sobě, výdrž 5 sekund, uvolnit.



4. Volně pokrčit a natáhnout kolenní a kyčelní kloub sunutím po podložce, pata zůstává v kontaktu s podložkou, nevytáčet koleno ven ale dovnitř. Střídat zdravou a operovanou dolní končetinu.



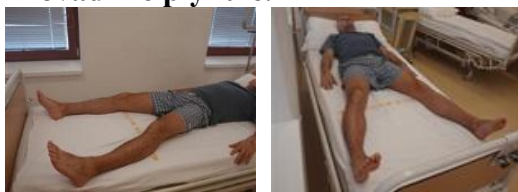
5. Volně pokrčít a natáhnout obě dolní končetiny najednou sunutím po podložce, mezi kolena vkládat molitanové kolečko (tužší polštářek). Chodidla zůstávají na podložce, kolena směřují k ramenům.



6. Zvednout pánev („most“)- dolní končetiny jsou pokrčeny(kolečko mezi koleny), chodidla a ramena pevně opřena na podložce. Zatnout izometricky hýžd'ové svalstvo spolu se zvednutím pánve, pomalu nahoru co nejvýš nad podložku- nádech a pomalu vrátit zpět- výdech.



7. Dolní končetiny jsou pokrčeny (kolečko mezi kolena), chodidla a ramena pevně opřena na podložce. Střídavě vyklopnout pravou a levou dolní končetinu v kolenu. Provádíme plynule.



8. Unožit střídavě pravou, pak levou dolní končetinu do strany, pak obě současně roznožit. Nejprve suneme po podložce. Dbát na správné postavení operované končetiny, koleno a špička musí směřovat ke stropu.

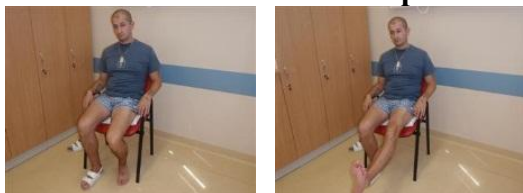


9. Nataženou dolní končetinu zvednout nahoru a zpět položit dolů. Operovanou končetinu zvedneme jen mírně nad podložku. Poslední cvik cvičit až po zvládnutí předchozích cviků.

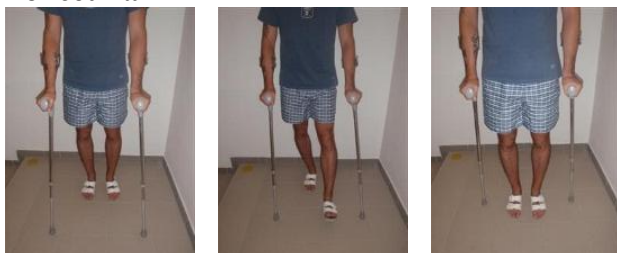
Všechny cviky je třeba opakovat 5-10x oběma směry, pomalu a plynule, ne švihem. Zpočátku cvičte raději v kratších sériích, víckrát za den. Postupně prodlužujte dobu cvičení na 20-30 minut, 1-2x denně. Důležité je pravidelnost a vytrvalost při cvičení, nárazové intenzivní cvičení vede k přetížení bez výraznějšího příznivého efektu.

Cviky vsedě na vyšší židli či lůžku, hýždě a stehna podložena sedákem nebo polštářem (zadek o kousek výše než kolena, chodidla na podlaze):

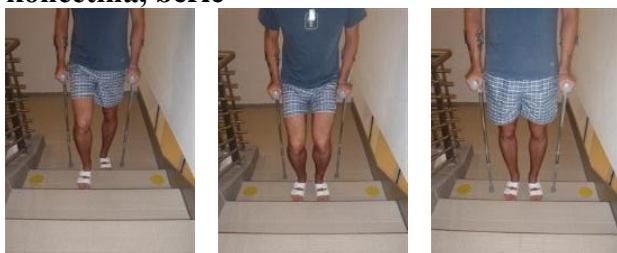
Střídavě natáhnout koleno a přitáhnout špičku, výdrž 5 sekund a uvolnit tah.



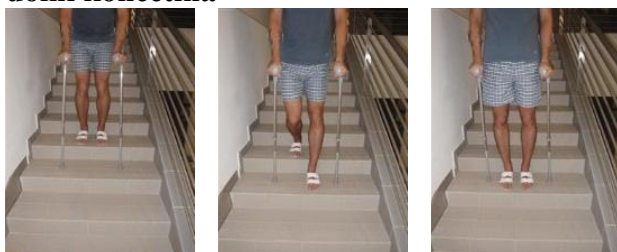
Chůze o berličích po rovině: berle, operovaná dolní končetina, zdravá dolní končetina



Chůze o berličích po schodech: vzhůru- zdravá dolní končetina, operovaná dolní končetina, berle

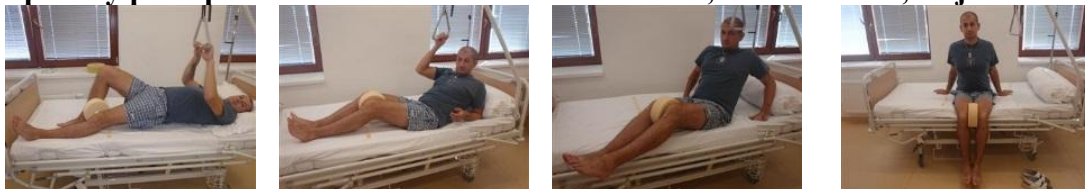


Chůze o berličích po schodech: dolů- berle, operovaná dolní končetina, zdravá dolní končetina



Nutná je pevná obuv s pružnou protiskluznou podrážkou.

Správný postup vstávání z lůžka a uléhání na lůžko, nácvičení sedu, stoje:





Zdroj: foto + vypracování Jana Markvartová – použito se svolením autorky

Totální endoprotéza a pohybový režim

Kompenzační pomůcky





Co je totální endoprotéza (dále TEP)?

- Totální endoprotéza je umělá kloubní náhrada, která je operována (implantována) místo poškozeného kloubu
- Kloub je nejčastěji poškozen artrózou (degenerativní onemocnění) zánětem, úrazem
- v kloubu dochází k omezení hybnosti a bolestivosti kloubu

Jak kloubní náhrady dělíme?

TEP kyčle - cementované
- necementované
- hybridní

TEP kolene – kolenní protéza



cementovaná



necementovaná



hybridní



kolenní protéza





Z čeho se endoprotézy vyrábí?

- záleží na typu endoprotéz – nejčastěji se používá polyetylén, keramika, kovové slitiny (chrom, kobalt, ocel, titan)



Předoperační příprava dlouhodobá

- ortopedické vyšetření, rentgen – pořadník - pozvánka k hospitalizaci
- krevní odběry – autotransfuze (dva odběry krve cca 400ml, které se během výkonu, nebo bezprostředně po výkonu pacientovi vrací), výhodou je vyloučení rizika infekce
- interní vyšetření EKG, RTG S+P (2-3 týdny před operací)
- při nástupu být zdrav (virózy, nachlazení, průjem, infekce moč. cest, atd)
- rehabilitace (RHB)
- snížení hmotnosti
- používání berlí
- příprava koupelny – madla, sedátko do vany, zvýšené WC
- zvýšená postel, židle,
- zajištění obouvací lžičce, podavač pomůcek, oblékač ponožek
- odstranění koberečků a předložek (riziko úrazu – pádu)
- vhodná obuv – pevné boty (ne pantofle, ne vysoké podpatky)
- rodinné zázemí, eventuálně domácí péče, nebo lůžka následné péče



Co s sebou do nemocnice?

- hygienické potřeby (mýdlo, ručník, žínka, kartáček na zuby, pasta...)
- pevnou obuv (plná špička, plná pata)
- knihu, časopis
- ev. mobilní telefon, nabíječku

- vhodné oblečení – pyžamo (krátké nohavice, krátká košile)
- cennosti a šperky ponechte doma



V nemocnici

- vystavení chorobopisu, informované souhlasy,
- uvedení na pokoj a přidělení skříňky na osobní věci
- návštěva anesteziologa a následné zvolení anestezie
anestezie (znečítlivění, ztráta vnímání bolesti, dotyků a tepelných podnětů)
celková nebo **epidurální** (svodná – znečítlivující látka se podává do páteřního kanálu a dochází k znečítlivění části těla – dolních končetin)



Předoperační péče bezprostřední

den před operací

- glycerinový čípek nebo speciální nápoj pro dobré vyprázdnění
- oholení operačního pole
- od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit

v den operace

- ráno sprcha
- zabalení hygienických potřeb, včetně časopisu, mobilního telefonu na JIP/ ARO
- vyndání zubní protézy, výplach úst
- čištění pupíku
- aplikace premedikace (injekce, tableta) - dle ordinace lékaře
- bandáže na dolní končetiny (prevence proti krevním sraženinám)



Operace

- na operačním sále o Vás pečuje tým lékařů a sester
- délka operace zhruba 2 hodiny, dle rozsahu výkonu
- zavedení drénů Bellovac, ORTHO P. A. S.
- po operaci Vás uloží na oddělení jednotky intenzivní péče (JIP) nebo anesteziologicko - resuscitační oddělení (ARO),
- cestou ze sálu Vás bude proveden rentgen, kde se zkontroluje správná poloha endoprotézy



Pooperační péče

- na JIP – kyslík, napojení na monitor,
- sledují se životní funkce (krevní tlak, puls, dech, tělesná teplota, vědomí)
- krevní ztráty, retransfuze (vracení krve) - Bellovac, ORTHO P. A. S.
- antibiotika, do kanyly = hadička na horní končetině
- sledování příjmu a výdeje tekutin (močový katetr = trubička v močovém měchýři)
- léky na ředění krve – tablety nebo injekce (podávají se do břicha)
- léky na tlumení bolesti = analgetika – podávají se do svalů nebo do kanyly (u operace kolen – ponechání hadičky v zádech a tím nepřetržitě podávání analgetik)
- poloha vleže na zádech (kyčel - derotační bota - prevence vykloubení)
- rehabilitace – dechová cvičení, kondiční cvičení pod vedením fyzioterapeuta
- dieta – v den operace čaj, minerálky neperlivé, prevence nadýmání
 1. den po operaci tekutá strava
 2. den běžná strava
- délka pobytu na JIP cca dva dny poté překládání na ortopedické oddělení
- před překládáním na oddělení převazování operační rány a odstranění drénů



Derotační bota (TEP kyčle)



Pooperační péče následná

- RHB na oddělení, posazování na lůžku, stoj u lůžka, chůze, chůze do schodů a ze schodů
- odstranění kanyly a močové cévky
- odstranění stehů cca 10 den a následné propuštění
- **propuštění je podmíněné zvládnutím sebeobsluhy a chůze**



Jak cvičit?

Leh na zádech:

1. přitáhnou špičky nahoru a propnout dolů
2. přitáhnout špičky nahoru, zatlačit kolena dolů do postele, výdrž 10sekund a povolit
3. pomalu pokrčit dolní končetinu (dále DK) a zpět natáhnout, totéž s druhou DK

4. propnout koleno, přitáhnout špičky nahoru a nataženou DK sunout do strany a zpět, totéž s druhou DK
5. stáhnout obě půlky hýždí k sobě, výdrž 10 sekund a povolit
6. stáhnout obě půlky hýždí k sobě, mírně zvednout hýždě od podložky, výdrž 3 sekundy, pomalu položit hýždě na postel a povolit
7. pokrčit DK pomalu natáhnou do natažení a zpět pokrčit, opakovat 3 až 5krát, zpět položit, totéž s druhou
8. pokrčit DK, přitáhnout špičku nahoru a propnout dolů, opakovat 3 až 5krát, zpět položit, totéž s druhou

· **Sed** – DK přes okraj postele:

1. přitáhnout špičky nahoru a propnout dolů (pata na podložce)
2. zvednout patu nahoru a vrátit zpět dolů (špička na podložce)
3. přitáhnout špičku, patu sunout po zemi do propnutí v koleně, výdrž 3 sekundy, zpět do pokrčení a povolit špičku
4. stáhnout obě půlky hýždí k sobě, výdrž 10 sekund a povolit



Vstávání z lůžka





Chůze o berlích

Chůze po rovině

1. Obě berle
2. Operovaná dolní končetina (DK)
3. Zdravá DK



Chůze do schodů

1. Zdravá DK
2. Operovaná DK
3. Obě berle



Chůze ze schodů

1. Obě berle
2. Operovaná DK
3. Zdravá DK



Co se nedoporučuje

- nekřížit nohy
- nesedat nízko
- prudké skoky a běh
- kontaktní sporty
- lyžování
- jízda na koni
- vyvarovat se pádům





Co se doporučuje

- jízda na kole
- plavání
- chůze
- golf



Domácí ošetrovatelská péče

- péče o ránu- masírovat indulonou, nesoleným sádlem
- cvičení
- dle uvážení lékaře lze doporučit lázně



Dieta při užívání Warfarinu

- vyhýbat se potravinám se zvýšeným vitamínem K (brokolice, fazole, sója, játra...)
- nekonzumovat zelený čaj, bylinných čajů
- kávu max. 1x denně
- nepít alkohol



Sexuální život

- **vyvarovat se**
- (kyčel) - pokrčení operované dolní končetiny
 - zevní rotaci
 - ohnutí kyčelního kloubu
 - výrazně se nepředklánět

- výhodné je používat metodu tzv. zezadu
- poloha partnera (ky) na neoperovaném boku

- (koleno) – pozor na klečení



Celková rekonvalescence

- návrat do normálního života je možná zhruba po 3 až 5 měsících

Během celého procesu, který bude trvat zhruba 10-14 dní, Vám celý zdravotnický tým bude pomáhat při procesu uzdravení. Je důležité, abyste si byli vědomy toho, že nejdůležitější součástí a článkem týmu jste právě Vy.





Co to jsou kompenzační pomůcky?

- pomůcky, které se používají k obnovení a usnadnění péče o sebe sama, pokud není možné její obnovení jinými prostředky (návčik, trénink).
- umožňují vyrovnat handicap (znevýhodnění) a zároveň pomáhají zachovat důstojnost a kvalitu života.
- slouží také jako prevence úrazů, stabilizace, zlepšení a zabránění zhoršení zdravotního stavu.
- výrazně usnadňují vykonávání každodenních činností.





V jakých každodenních činnostech Vám mohou kompenzační pomůcky pomoci?

- Kompenzační pomůcky pro vykonávání hygienické péče



- Kompenzační pomůcky pro oblékání a obouvání



- Kompenzační pomůcky při vyprazdňování

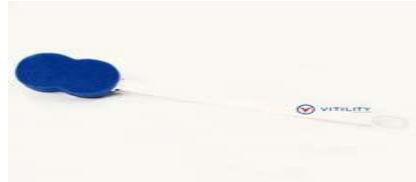


- Kompenzační pomůcky pro chůzi





Kompenzační pomůcky pro vykonávání hygienické péče



mycí houby





Madla a sedačky do vany nebo sprchy



Protiskluzové podložky



Kartáč na nohy



Kompenzační pomůcky pro oblékání a obouvání



Zouvák na boty



Lžice na boty



Elastické tkaničky do bot



Navlékač ponožek



Oblékačí hůl s lžící na boty



Podavač předmětů



Kompenzační pomůcky při vyprazdňování



Madla k WC



Nástavec na WC s madly



Elektronický bidet



Nástavec na WC



Kompenzační pomůcky pro chůzi



Berle



Francouzské hole (FH)



FH s magnetem v rukojeti



Anatomický úchop FH

Výše uvedené pomůcky a další jsou dostupné z katalogu firem **DMA**, **MEYRA** a **ORTOSERVIS**, nebo na jejich webových stránkách, kde si je můžete také objednat.



Jak pomůcky získat?

- pomůcky Vám pomůže vybrat praktický nebo odborný lékař (ortoped)
- pomůcky je možné zakoupit v prodejnách zdravotnických potřeb
- lze je objednat na internetu
- můžete si je zapůjčit v Centrech pro zdravotně postižené občany
- **většina kompenzačních pomůcek není bohužel hrazena pojišťovnou, tudíž si je musíte hradit sami, můžete však podat žádost na Městský úřad či Odbor sociálních věcí a pomůcka Vám dle rozhodnutí bude hrazena v plné výši**
- můžete se také obrátit na revizního lékaře, který posoudí nutnost pomůcky a tu dle jeho rozhodnutí uhradí zdravotní pojišťovna



Další užitečné informace získáte na webových stránkách nebo u svého ortopeda či praktického lékaře.

Seznam použitých zdrojů:

1. DUNGL, P., et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
2. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.
3. SOSNA, A., et al. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 180 s. ISBN 80-7254- 202-8.
4. WWW.ORTHES.CZ
5. katalogy firem DMA, MEYRA, ORTOSERVIS



Vypracovala: Bc.Razimová Lada

Konzultace: Mudr.Hrubina Maroš
Markvartová Jana

Příloha 9 Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,
jmenuji se Lada Razimová a jsem studentkou ZSF JU v Českých Budějovicích. Věnuji se problematice edukace pacientů, kteří podstupují implantaci (výměnu) nosných kloubů. Na toto téma vypracovávám diplomovou práci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní. Odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru, prosím zakroužkujte, pokud nebude uvedeno jinak. Za vyplnění dotazníku děkuji.

Hezký den. Razimová Lada

1. Pohlaví

- a) žena b) muž

2. Věk

- a) 20 – 30 let
- b) 31- 40 let
- c) 41- 50 let
- d) 51 – 60 let
- e) 61 -70 let
- f) 71-80 let
- g) 81 a více let

3. Označte prosím, jaký typ operace jste podstoupil/a?

- a) totální endoprotézu kyčle
- b) totální endoprotézu kolene

4. Je tento typ operace Vaše první?

- a) ano b) ne

(pokud jste odpověděl/a **ANO** pokračujte prosím otázkou č. 6)

5. Jaký kloub Vám byl již implantován (vyměněn)?

- a) kyčelní
- b) kolenní
- c) jiný (uved'te)

6. Kdo Vám poskytl informace o operaci?

(můžete označit více možností)

- a) praktický lékař
- b) ortoped
- c) jiný lékař
- d) sestra
- e) nikdo mě neinformoval

7. Odkud získáváte informace o předoperační péči?

(můžete označit více možností)

- a) praktického lékaře
- b) ortopeda
- c) jiného lékaře
- d) sestry
- e) fyzioterapeuta (rehabilitační pracovník)
- f) sám
- g) v nemocnici
- h) od nikoho
- i) jiné (uved'te)

8. Odkud získáváte informace o pooperační péči?

(můžete označit více možností)

- a) praktického lékaře
- b) ortopeda
- c) jiného lékaře
- d) sestry
- e) fyzioterapeuta (rehabilitační pracovník)
- f) sám
- g) v nemocnici
- h) od nikoho
- i) jiné (uved'te)

9. Jak pro Vás byly informace podané sestrou srozumitelné?

(označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená srozumitelné a 5 znamená nesrozumitelné)

1 2 3 4 5

10. Jak pro Vás byly informace podané lékařem srozumitelné?

(označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená srozumitelné a 5 znamená nesrozumitelné)

1 2 3 4 5

11. Jak pro Vás byly informace podané fyzioterapeutem (rehabilitačním pracovníkem) srozumitelné?

(označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená srozumitelné a 5 znamená nesrozumitelné)

1 2 3 4 5

12. Je oblast, ve které informace postrádáte?

(můžete označit více možností)

- a) postrádám (uved'te jaké).....
.....
b) nepostrádám

(pokud jste označil/a, **nepostrádám**, pokračujte otázkou č. 16)

13. Uved'te prosím, jaké informace jste postrádal/a v případě podání sestrou?

14. Uved'te prosím, jaké informace jste postrádal/a v případě podání lékařem?

15. Uved'te prosím, jaké informace jste postrádal/a v případě podání fyzioterapeuta (rehabilitačním pracovníkem)?

16. Kde jste informace hledal/a?

(můžete označit více možností)

- a) internet
- b) časopisy, brožury
- c) lékař
- d) sestra
- e) fyzioterapeut
- f) kamarádi
- g) od pacientů, kteří implantaci (výměnu kloubu) již podstoupili
- h) nesháněl/a jsem

17. Uvítal/a byste, informovanost o operaci a jejím průběhu?

- a) ano
- b) ne

18. Uvítal/a byste, informovanost o operaci ve skupině cca 10 lidí?

- a) ano
- b) ne

(pokud jste odpověděl/a **NE** pokračujte prosím otázkou č. 20)

19. Pokud byste byl/a informován/a ve skupině, jaký odborník by Vám měl informace poskytnout?(můžete označit více možností)

- a) praktický lékař
- b) ortoped
- c) jiný lékař
- d) sestra
- e) fyzioterapeut (rehabilitační pracovník)
- f) jiné (uved'te)

20. Obdržel/a jste tištěný leták o průběhu operace?

- a) v ambulanci
- b) při přijetí
- c) na oddělení
- d) neobdržel/a

21. Postrádal/a jste v letáku informace v oblasti ošetrovatelské péče (ošetřování sestrou nebo pomocným personálem)?

- a) ano, uveďte prosím jaké

- b) ne

22. Postrádal/a jste v letáku informace v oblasti medicínské (ošetření lékařem)?

- a) ano, uveďte prosím jaké

- b) ne

23. Postrádal/a jste v letáku informace v oblasti rehabilitace (o nácviu a cvičení s rehabilitačním pracovníkem, fyzioterapeutem)?

- a) ano, uveďte prosím jaké

- b) ne

24. Kdo Vás informoval o tom, jak se můžete na lůžku pohybovat (postup jak, sedat, vstávat...) (můžete označit více možností)

- a) lékař
- b) sestra
- c) fyzioterapeut
- d) pomocný personál
- e) jiné (uved'te).....

25. S kým jste nacvičoval chůzi o berlích (postup jak, do schodů, ze schodů...) (můžete označit více možností)

- a) s lékařem
- b) se sestrou
- c) s fyzioterapeutem (rehabilitačním pracovníkem)
- d) s pomocným personálem
- e) nenacvičoval
- f) jiné (uveďte).....

26. Jak vnímáte srozumitelnost informací v letáku v oblasti ošetřovatelské péče (od sestry)? (označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená srozumitelné a 5 znamená nesrozumitelné)

1 2 3 4 5

27. Jak vnímáte srozumitelnost informací v letáku v oblasti medicínské (od lékaře)? (označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená srozumitelné a 5 znamená nesrozumitelné)

1 2 3 4 5

28. Jak vnímáte srozumitelnost informací v letáku v oblasti rehabilitace (o cvičení)? (označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená srozumitelné a 5 znamená nesrozumitelné)

1 2 3 4 5

29. Čas věnovaný podáváním informací od sestry byl pro Vás?

- a) dostatečný
- b) spíš dostatečný
- c) nevím
- d) spíš nedostatečný
- e) nedostatečný

30. Čas věnovaný podáváním informací od lékaře byl pro Vás?

- a) dostatečný
- b) spíš dostatečný
- c) nevím
- d) spíš nedostatečný
- e) nedostatečný

31. Čas věnovaný podáváním informací od rehabilitačního pracovníka byl pro Vás?

- a) dostatečný
- b) spíš dostatečný
- c) nevím
- d) spíš nedostatečný
- e) nedostatečný

32. Existuje něco, co by pomohlo Vaší předoperační přípravě ke zvládnutí operačního výkonu a následné rekonvalescence? (uvedte prosím)

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha 10 Rozhovory s respondenty

Rozhovor 1 Respondent 1

Paní Z. R. je důchodkyně, v produktivním věku pracovala jako úřednice. Je vdaná. Nynější hospitalizace není její první, neboť před 20 lety podstoupila gynekologickou operaci v místní nemocnici. Prostředí tedy zná, jen se jí moc líbí modernizace a oprava celého areálu nemocnice. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která paní obtěžuje již pět let. Zpočátku byla léčba konzervativní. Užívala „nějaké prášky“, pravděpodobně nesteroidní antirevmatika a docházela na rehabilitaci, kde podstoupila elektroléčbu a „magnet“. Léčba byla zpočátku úspěšná. Později se potíže začaly objevovat znovu a postupně se zhoršovaly. Respondentka byla nucena podstoupit výměnu levého kyčelního kloubu. Žádný kloub paní ještě nebyl implantován. Informace o operaci získala od bratra, který podstoupil výměnu kloubu již dvakrát. Průběh operace „nevnímala zrovna nejlépe“, měla strach z toho, jak operace dopadne, zda bude chodit, a zda zvládne rehabilitaci. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že si nevzpomíná. Od sestry postrádala podrobnější informace o pooperačním průběhu, hlavně jak se bude moci pohybovat mimo lůžko, zda bude moci do koupelny. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacientka nepostrádala. Sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že jí nějaká informace nebyla srozumitelná, požádala o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný. Pobyt na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka jako „nutné zlo“. Jediné co jí obtěžovalo, bylo saturační čidlo, které měla umístěné na ukazováčku pravé ruky. Myslela si, že čidlo musí být umístěné právě na tomto místě. Personál o této skutečnosti neinformovala. Respondentka bydlí v rodinném domě a po propuštění se o ni postará manžel spolu s dcerou. Prostředí bytu upravuje dcera po domluvě s lékařem a fyzioterapeutem.

Rozhovor 2 Respondent 2

Pan A. N. je důchodce, v produktivním věku pracoval jako řidič. Je ženatý. Nynější hospitalizace není jeho první, neboť před 5 lety podstoupil implantaci kolenního kloubu vpravo v místní nemocnici. Prostředí zná, byl spokojen s ochotou personálu a velmi si pochvaluje vzhled oddělení po rekonstrukci, neboť byl hospitalizován ještě před jejím dokončením. Implantaci druhého kolenního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která pacienta obtěžuje již tři roky. Zpočátku docházel na rehabilitaci a užíval léky. Koupil si i různé doplňky stravy, ale bez výrazného efektu. Úlevu pocítil vždy „na pár měsíců“. Potíže se začaly objevovat znovu a postupně se zhoršovaly. Pacient byl tedy nucen navštívit ortopeda, který pacientovi doporučil implantaci levého kolenního kloubu. Vzhledem k tomu, že podobnou operaci má pacient „za sebou“, informace čerpal ze svých vlastních zkušeností. Průběh operace tedy znal. Má ovšem negativní zkušenost s pooperačním obdobím, kdy „špatně fungovala hadička v zádech“ měl bolesti, první pooperační den, tak měl obavu z toho, jak to bude tentokrát. Od lékaře, informace nepostrádá. Sestry podaly pacientovi dostačující informace, stejně tak jako fyzioterapeut. Sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientovi srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacient nějaké informaci nerozuměl, neostýchal se požádat o znovu vysvětlení informace. Čas, který zdravotníci pacientovi věnovali, se respondentovi jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímal pacient celkem dobře. Prostředí znal z předchozí operace. Několik „sestřiček“ si pacienta pamatovalo, což jej velmi potěšilo. Jediné co pacienta trochu obtěžovalo, bylo počáteční měření krevního tlaku, které mělo patnácti minutový interval první dvě hodiny po operaci. Respondent bydlí v panelovém domě s výtahem, po propuštění se o něj postará manželka. Prostředí bytu není zapotřebí upravit, pacient se domnívá, že riziko úrazu doma nehrozí.

Rozhovor 3 Respondent 3

Paní M. D. je důchodkyně, v produktivním věku pracovala jako prodavačka. Je vdova. Nynější hospitalizace není její první, před 10 lety podstoupila implantaci kyčelního kloubu vpravo. Prostředí zdejší nemocnice nezná. Po smrti manžela se přestěhovala za synem do malé vesničky. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která paní obtěžuje již několik let. Dlouho operaci odkládala, protože se starala o imobilního manžela a nechtěla zatěžovat syna. K lékaři nechodila, pouze k praktickému pro léky a pomůcky pro manžela a pro sebe „si nechala napsat léky proti bolesti“. Rehabilitaci a vyšetření v ortopedické ambulanci odmítala. Později se potíže začaly zhoršovat a bolest kloubu byla intenzivnější. Paní si zvyšovala dávku analgetik dle vlastního uvážení. Když manžel zemřel, přesvědčil syn respondentku navštívit odborného lékaře. Ortoped doporučil výměnu kyčelního kloubu vlevo. Paní M si oživila zkušenosti z minulé operace, která probíhala v jiném zdravotnickém zařízení. Informace o operaci získala od ortopeda. Průběh operace vnímala celkem dobře, měla strach z toho, jak operace dopadne a zda zvládne rehabilitaci. Měla velkou oporu v synovi. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že žádné informace nepostrádá. Od sester pacientce nescházely žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacientka nepostrádala. Všechny sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace se jí nejevily jako zbytečné. Pokud se stalo, že jí nějaké informaci nerozuměla, měla možnost se „zeptat znovu“. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, byl dle pacientky dostatečný. Pobyt na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka dobře. Neshledala nic, čím by pacientku pobyt obtěžoval. Respondentka bydlí v rodinném domě u syna, který se o pacientku po propuštění postará. V domě probíhá rekonstrukce koupelny, která by měla být hotova do propuštění pacientky.

Rozhovor 4 Respondent 4

Paní B. H. je důchodkyně, v produktivním věku pracovala jako dělnice. Je vdaná. Nynější hospitalizace je její první, nikdy se s ničím neléčila. Prostředí nemocnice zná pouze „jako návštěva“, když navštěvovala rodinné příslušníky. Prostředí se pacientce líbí, vyhovují jí třílůžkové pokoje, ráda si povídá „lépe jí uteče čas“. Implantace kyčelního kloubu je první operací vůbec. Důvodem nutnosti podstoupit aloplastiku je artróza, která paní obtěžuje již šest let. Operace byla doporučována pacientce již opakovaně. Paní „měla hrozný strach“. Jednak z prostředí nemocnice, zda se operace povede a hlavní obavu měla z „narkózy“. Proto zpočátku absolvovala konzervativní léčbu, která měla dočasný efekt. Dřív nebo později se potíže začaly objevovat znovu a měly tendenci se zhoršovat. Respondentka byla nucena podstoupit výměnu levého kyčelního kloubu. Vzhledem k tomu, že paní B. ještě nebyl implantován žádný kloub, informace o operaci získala od známých a praktického lékaře. Průběh operace vnímala celkem dobře, měla strach hlavně z toho, jak operace dopadne. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že „jí nikdo neřekl, že bude dva dny po operaci ležet na zádech“. Od sester postrádala podrobnější informace o pobytu v nemocnici (konkrétní věc pacientka neuvedla). Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující až na nedostatečné informace o cvičení na lůžku. Sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce většinou srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že jí nějaká informace nebyla srozumitelná, požádala o objasnění informace a znovu vysvětlení. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný až na lékaře, od kterého očekávala více času. Pobyt na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka celkem dobře, pouze jí obtěžovalo „pípání“. Sestry byly ochotné a vše pacientce vysvětlily. Respondentka bydlí v panelovém domě bez výtahu. Po propuštění domů se o ni postará manžel. Pacientka se domnívá, že prostředí bytu není potřeba upravit.

Rozhovor 5 Respondent 5

Pan P. R. je podnikatel, vede účetní firmu. Je rozvedený. Žije s přítelkyní. Nynější hospitalizace není jeho první, neboť před rokem podstoupil artroskopii kyčle v místní nemocnici a na zdejším oddělení. Prostředí tedy zná. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která pacienta obtěžuje již několik let. V mládí aktivně sportoval, v současné době, pro nedostatek času občas s kolegy tráví odpoledne na tenisovém kurtu, „což jeho kloubům dává také záhuľ“. Při prvních potížích vyhledal pomoc ortopeda. Ten standardně zahájil konzervativní léčbu. Pacient docházel na rehabilitaci, kde podstoupil elektroléčbu. Léčba zpočátku „pomáhala“. Později se potíže začaly objevovat znovu a postupně se zhoršovaly. Respondentovi byla doporučena výměna levého kyčelního kloubu. Vzhledem k tomu, že se jedná o první operaci tohoto typu, získával informace od známých, lékaře a sester na oddělení. Průběh operace vnímal dobře, jen se obával toho, jak operace dopadne a zda nebude mít velké bolesti. Na otázku, jaké informace postrádal od lékaře, odpověděl, že neví. Od sester žádné informace nepostrádal, zdály se mu dostačující. Fyzioterapeutem sdělené informace byly také dostačující. Sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientovi srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Čas, který zdravotníci pacientovi věnovali, vnímal pan P jako dostatečný, pouze sestřičky by mohly mít víc času na „povídání“. Pobyt na jednotce intenzivní péče si pacient „docela užíval“, měl veškerý komfort, bolesti minimální a personál byl ochotný. Respondent bydlí v rodinném domě a po propuštění se o něj postará přítelkyně. Prostředí bytu není dle pacienta potřeba upravit.

Rozhovor 6 Respondent 6

Paní H. J. je v invalidním důchodu, před tím pracovala jako poštovní doručovatelka. Je vdaná. Nynější hospitalizace není její první, neboť pacientka je opakovaně hospitalizována na neurologickém oddělení z důvodu infuzní terapie pro bolesti zad. Prostředí nemocnice zná, velmi pozitivně vnímá rekonstruované oddělení, neboť oddělení neurologie je ještě ve „staré budově“. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu bolesti při chůzi, která se již několik let postupně zhoršuje.

Zpočátku byla léčba konzervativní. Užívala „spoustu prášků“, a docházela na rehabilitaci, kde podstoupila opakovaně několik procedur „už si ani nevzpomínám kolik a jaké“. Léčba pacientce zpočátku na nějaký čas pomáhala. Později se potíže začaly objevovat znovu a znovu s postupnou progresí. Respondentka byla nucena podstoupit výměnu pravého kyčelního kloubu. Žádný kloub paní ještě nebyl implantován. Informace o operaci získala z internetu, od známých a kamarádů, a z televizního pořadu. Průběh operace „nevnímala zrovna nejlépe“, měla strach z toho, jak operace dopadne, a jak zvládne ležet dva dny na zádech v souvislosti se svým základním onemocněním. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že postrádala informace o následné péči (jak dlouho bude v nemocnici, zda je možné využít rehabilitační oddělení, nebo jiné následné lůžko). Od sester postrádala podrobnější informace o pobytu a režimu na oddělení. Fyzioterapeutem nedostatečné informace respondentka postrádala v oblasti možných pomůcek, konkrétně ji zajímalo využití nástavce na WC a obouvače ponožek. Sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce celkem srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že jí nějaká informace nebyla srozumitelná, požádala o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný. Pobyt na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka „špatně“. Pacientku obtěžoval „nedostatek soukromí“, personál několikrát za den i v noci docházel na pokoj, „pípal tam monitor a pumpky“, „nemohla jsem se otočit na bok“. Respondentka bydlí v rodinném domě a po propuštění se o ni postará manžel spolu se snachou. Byt není potřeba upravit, vzhledem k základnímu onemocnění pacientky má již být upraven.

Rozhovor 7 Respondent 7

Pan J. D. je důchodce, v produktivním věku pracoval jako dělník ve výrobě. Je vdovec. Nynější hospitalizace není jeho první, neboť je opakovaně hospitalizován na interním oddělení. Prostředí nemocnice zná. Implantaci kolenního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která pacienta obtěžuje již několik let. Ortoped doporučil implantaci kloubu již před rokem, ale ze zdravotních důvodů ji byl pan J nucen odložit. Proto byla léčba konzervativní. Docházel na elektroléčbu a magnetoterapii, ale bez

výrazného efektu. Během roku se zdravotní stav pacienta zlepšil a na základě doporučení internisty mohl být pacient operován. Jednalo se o první implantaci kloubu. Informace o operaci získal od švagra. Ten podstoupil výměnu kloubu před půl rokem. Průběh operace vnímal celkem dobře. Největší strach měl z toho, jak operace dopadne a jak bude snášet bolest. Na otázku, jaké informace postrádal od lékaře, odpověděl, „že čekal od lékaře podrobnější informace o předoperačním a pooperačním průběhu“. Od sester postrádal informace o pobytu na JIP, hlavně jak se bude moci pohybovat na lůžku. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující, pacient pouze očekával delší čas na rehabilitaci. Sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že jí nějaká informace nebyla srozumitelná, požádal o znovu vysvětlení informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se pacientovi jevil jako dostatečný. Pobyt na jednotce intenzivní péče vnímal respondent celkem dobře i přesto, že „vůbec nevěděl, do čeho jde“. Respondent bydlí v rodinném domku sám a neví, kdo se o něj po propuštění postará. Je domluven s lékařem o možném využití lůžka následné péče. Domnívá se, že prostředí v bytě nebude nutné upravit a pokud ano, požádá souseda.

Rozhovor 8 Respondent 8

Paní Z. R. pracuje jako zubní technik. Je vdaná. Současná hospitalizace je její první. Implantaci kolenního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která paní obtěžuje již několik let, v posledních dvou letech však velmi intenzivně. Při prvních obtížích navštívila ortopedickou ambulanci, kde jí byla doporučena rehabilitace. Pacientka na doporučení lékaře užívala doplňky stravy. Léčba byla po dobu několika let úspěšná. Později se potíže začaly objevovat znovu a postupně se zhoršovaly. Respondentka byla nucena podstoupit výměnu pravého kolenního kloubu. Žádný kloub paní ještě nebyl implantován. Informace o operaci získala od ortopeda a praktického lékaře. Průběh operace nevnímala pacientka „moc dobře“ obávala se toho, jak operace dopadne a měla strach z bolesti. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že „postrádala informace o lázeňské péči“. Od sester očekávala větší rozsah informací o hospitalizaci. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné

jiné pacientka nepostrádala. Sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že jí nějaká informace nebyla srozumitelná, požádala o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka dobře. Neshledala nic, co by ji obtěžovalo. Respondentka bydlí v rodinném domě a po propuštění se o ni postará manžel. Pacientka se domnívá, že domácí prostředí bude dobré doplnit o madla v koupelně a na WC.

Rozhovor 9 Respondent 9

Pan M. F. je zaměstnán, jako řidič autobusu. Je ženatý. Nynější hospitalizace není jeho první, neboť před 6 lety byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče „se zánětem slinivky a následným odstraněním žlučníku“. Prostedí nemocnice zná, a pozitivně hodnotí její rekonstrukci. Implantaci kolenního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která pacienta obtěžuje již mnoho let. Zpočátku byla léčba konzervativní. Užíval „nějaké tabletky“ a docházel na rehabilitaci, kde podstoupil elektroléčbu a magnetoterapii. Léčba byla zpočátku úspěšná. Potíže se však začaly objevovat znovu a postupně se zhoršovaly. Respondent byl nucen podstoupit výměnu levého kolenního kloubu. Žádný kloub pacientovi ještě nebyl implantován. Informace o operaci získal od ortopeda. Průběh operace vnímal „celkem dobře“, měl strach, zda operaci zvládne. Na otázku, jaké informace postrádal od lékaře, odpověděl, že by uvítal podrobnější informace o operačním postupu. Od sester informace nepostrádal, vnímal je jako dostatečné. Fyzioterapeutem sdělené informace by doplnil o rozsáhlejší výklad o pooperačním pohybu mimo lůžko. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientovi srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Pokud se stalo, že nějaké informaci nerozuměl, požádal o její objasnění. Čas, který zdravotníci pacientovi byl dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímal respondent dobře, neboť prostředí již znal. Respondent bydlí v panelovém domě s výtahem a po propuštění se o něj postará manželka. Prostedí bytu dle pacienta „není nutné upravit“.

Rozhovor 10 Respondent 10

Pan M. Z. pracuje jako mistr ve výrobě. Je ženatý. Současná hospitalizace je jeho první. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu „bolesti při chůzi“, která pacient obtěžuje dlouhodobě. Zpočátku pacient docházel na rehabilitaci a užíval léky. Po rehabilitaci pacient udával zlepšení. Později se potíže začaly objevovat znovu a postupně se zhoršovaly. Respondent tedy podstoupil výměnu pravého kyčelního kloubu. Žádný kloub pacientovi ještě nebyl implantován. Informace o operaci získala od ortopeda, známých a kamarádů, kteří měli podobný typ operace za sebou. Průběh operace vnímal se strachem z toho, jak operace dopadne a z „narkózy“. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděl, že by rád získal podrobné informace o možnosti lázeňské péče. Od sester postrádal podrobnější informace o pooperačním období, hlavně jak se bude moci pohybovat na lůžku a mimo něj. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacient nepostrádal. Sdělené informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientovi srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Pokud se stalo, že jí nějaká informace nebyla srozumitelná, požádal o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientovi věnovali, se pacientovi jevil jako dostatečný. Pobyt na jednotce intenzivní péče vnímal respondent „celkem dobře“, „nebylo nic, co by jej výrazně obtěžovalo“. Respondent bydlí v rodinném domě a po propuštění se o něj postará manželka spolu s dcerou. Prostředí bytu není potřeba upravit.

Rozhovor 11 Respondent 11

Paní A. T. je důchodkyně, v produktivním věku pracovala jako učitelka. Je vdaná. Nynější hospitalizace není její první, neboť před 12 lety podstoupila urologickou operaci v místní nemocnici. Prostředí zná, pozitivně hodnotí prostředí nemocnice. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která paní obtěžuje již čtyři roky. Konzervativní léčba byla zpočátku úspěšná. Pacientka docházela na rehabilitaci a při velkých bolestech užívala analgetika. Pro zhoršování potíží respondentka podstoupila výměnu levého kyčelního kloubu. Pacientka má implantován kolenní kloub před „asi 12 lety“. Informace o operaci získala z internetu a pamatuje si

nějaké skutečnosti z předchozí operace. Průběh operace vnímala celkem dobře „věděla, do čeho jde“. Měla strach z toho, jak operace dopadne, zda se operace povede a zda nebudou nějaké komplikace. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že žádné informace nepostrádala. Od sester také nepostrádala žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacientka nepostrádala. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacientka nějaké informaci nerozuměla, měla možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka dobře. Respondentka bydlí v rodinném domku a po propuštění se o ni postará manžel. Prostředí bytu má již připravené.

Rozhovor 12 Respondent 12

Pan L. L. pracuje jako informační technik. Je ženatý. Současná hospitalizace je jeho první. Implantaci kolenního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která pacienta obtěžuje již pět let. Pacient zpočátku docházel na rehabilitaci, později mu ortoped předepsal léky. Léčba byla zpočátku dostačující. Pro zhoršování potíží a progresi onemocnění na rentgenovém snímku respondent podstoupil výměnu levého kolenního kloubu. Informace o operaci získal z internetu, od kamarádů, praktického lékaře, ortopeda, sestry a fyzioterapeuta. Průběh operace vnímal dobře. Měl strach z toho, jak operace dopadne, zda se operace povede. Na otázku, jaké informace postrádal od lékaře, odpověděl, že žádné informace nepostrádá. Od sester také nepostrádá žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostatečné a žádné jiné pacient nepostrádá. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientovi srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacient nějaké informaci nerozuměl, měl možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientovi věnovali, se jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímal respondent dobře. Respondent bydlí v panelovém domě a po propuštění se o něj postará manželka. Prostředí bytu považuje za připravené.

Rozhovor 13 Respondent 13

Pan J. K. je důchodce, v produktivním věku pracoval jako dělník. Je ženatý. Nynější hospitalizace není jeho první, neboť před 2 lety podstoupil urologickou operaci v místní nemocnici. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu bolesti kloubu a omezení pohybu. Po návštěvě ortopedické ambulance byla pacientovi doporučena rehabilitace. Pacient docházel na rehabilitaci a později začal užívat analgetika. Pro zhoršování potíží respondent podstoupil výměnu pravého kyčelního kloubu. Jedná se o první implantaci kloubu. Informace o operaci získal pacient od ortopeda, praktického lékaře, sestry a fyzioterapeuta. Průběh operace vnímal dobře. Měl strach a obavu z výsledku operace a z anestézie. Na otázku, jaké informace postrádal od lékaře, odpověděl, že žádné informace nepostrádal. Od sester také nepostrádal žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacient nepostrádal. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientovi srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacientka nějaké informaci nerozuměl, měl možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientovi věnovali, se jevil jako dostatečný. Pobyt na jednotce intenzivní péče vnímal respondent dobře. Respondent bydlí v rodinném domě a po propuštění se o něj postará manželka. Prostředí bytu má již připravené.

Rozhovor 14 Respondent 14

Paní J. H. je důchodkyně, v produktivním věku pracovala jako pokladní. Je vdaná. Současná hospitalizace není její první, neboť byla opakovaně hospitalizována na ortopedickém oddělení v místní nemocnici. Prostředí zná, pozitivně hodnotí prostředí nemocnice. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která paní obtěžuje již řadu let. Konzervativní léčba byla zpočátku úspěšná. Pacientka docházela na rehabilitaci. Občas užívala analgetika. Pro zhoršování potíží respondentka podstoupila výměnu levého kyčelního kloubu. Informace o operaci získala z internetu, od kamarádek, ortopeda, fyzioterapeuta a sestry. Průběh operace vnímala celkem dobře. Měla strach z toho, jak operace dopadne a obavu měla z anestézie. Na otázku, jaké

informace postrádala od lékaře, odpověděla, že žádné informace nepostrádala. Od sester také nepostrádala žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacientka nepostrádala. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacientka nějaké informaci nerozuměla, měla možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka dobře. Pouze ji občas obtěžoval zvukový alarm infuzních pump a monitorů. Respondentka bydlí v panelovém domě s výtahem a po propuštění se o ni postará manžel. Domnívá se, že prostředí bytu má již připravené.

Rozhovor 15 Respondent 15

Pan R. M. je důchodce, v produktivním věku pracoval jako ředitel banky. Je vdovec. Implantaci kolenního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která pacienta „intenzivně trápí šest let“. Zpočátku užíval „tabletky proti bolesti“. Později navštívil ortopedickou ambulanci, kde mu lékař předepsal „různé procedury na rehabilitaci“. Bolesti se na čas zmírnily. Později začala bolest opět progredovat, stejně jako omezení pohybu, proto lékař doporučil implantaci kloubu. Informace o operaci získal pacient od známých, ortopeda, sestry a fyzioterapeuta. Průběh operace vnímal celkem dobře. Měla strach z toho, jak operace dopadne, zda se operace povede a zda nebudou nějaké komplikace. Také pacienta trápilo, zda operaci vůbec zvládne. Na otázku, jaké informace postrádal od lékaře, odpověděl, že žádné informace nepostrádal. Od sester také nepostrádal žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacient nepostrádal. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacient nějaké informaci nerozuměl, měl možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientovi věnovali, se jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímal respondent dobře. Respondent bydlí v rodinném domku a po propuštění se o něj postará syn se snachou. Prostedí bytu má připravené.

Rozhovor 16 Respondent 16

Pan P. T. je důchodce, v produktivním věku pracoval jako stavbyvedoucí. Je ženatý. Současná hospitalizace není jeho první, před 3 lety absolvoval „operaci žlučníku“. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu „bolesti při chůzi“. Pacient přišel do ortopedické ambulance s pokročilou formou artrózy a byla doporučena „výměna kloubu“. Pacient se hned objednal. Jedná se o první operaci tohoto typu. Informace o operaci získal od praktického lékaře, ortopeda, sestry a fyzioterapeuta. Měl strach hlavně z toho, jak operaci zvládne, a jak operace samotná dopadne. Na otázku, jaké informace postrádal od lékaře, odpověděl, že žádné informace nepostrádal. Od sester také nepostrádal žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacient nepostrádal. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacient nějaké informaci nerozuměl, měl možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientovi věnovali, se panu P jevil jako dostatečný. Pobyt na jednotce intenzivní péče vnímal respondent „celkem dobře“. Respondent bydlí v rodinném domku a po propuštění se o něj postará manželka. Prostředí bytu není potřeba upravovat.

Rozhovor 17 Respondent 17

Paní J. H. je důchodkyně, v produktivním věku pracovala jako knihovnice. Je vdaná. Současná hospitalizace není její první, neboť byla opakovaně hospitalizována na urologickém oddělení v místní nemocnici. Prostředí zná, pozitivně hodnotí prostředí nemocnice. Implantaci kolenního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která paní obtěžuje již několik let. Konzervativní léčba byla zpočátku úspěšná. Pacientka docházela na rehabilitaci. Občas užívala analgetika. Pro zhoršování potíží respondentka podstoupila výměnu levého kolenního kloubu. Informace o operaci získala pacientka od kamarádek, ortopeda, fyzioterapeuta a sestry. Průběh operace vnímala celkem dobře. Měla strach z toho, jak operace dopadne. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že žádné informace nepostrádala. Od sester také nepostrádala žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacientka

nepostrádala. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacientka nějaké informaci nerozuměla, měla možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka dobře. Pouze ji občas obtěžoval zvukový alarm infuzních pump a monitorů. Respondentka bydlí v panelovém domě s výtahem a po propuštění se o ni postará manžel. Domnívá se, že prostředí bytu má již připravené.

Rozhovor 18 Respondent 18

Paní L. Š. pracuje jako zdravotní sestra. Je vdaná. Současná hospitalizace není její první, neboť byla opakovaně hospitalizována na ortopedickém oddělení v místní nemocnici. Pacientka před pěti lety podstoupila implantaci kyčelního kloubu vlevo. Prostrředí zná velmi dobře, ve zdejší nemocnici pracuje. Implantaci kyčelního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která paní obtěžuje již několik let. Občas užívala analgetika, „na rehabilitaci neměla čas“. Pro zhoršování potíží respondentka podstoupila výměnu pravého kyčelního kloubu. Informace o operaci získala od ortopeda, fyzioterapeuta a sestry a čerpala z předešlé operace. Průběh operace vnímala celkem dobře. Měla strach z toho „jak se operace povede, a jak dopadne. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že žádné informace nepostrádala. Od sester také nepostrádala žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacientka nepostrádala. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacientka nějaké informaci nerozuměla, měla možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče vnímala respondentka dobře. Respondentka bydlí v panelovém domě s výtahem a po propuštění se o ni postará manžel. Prostrředí bytu má připravené.

Rozhovor 19 Respondent 19

Pan A. V. je důchodce. V produktivním věku pracoval jako řidič. Je ženatý. Současná hospitalizace je jeho první. Nikdy vážněji „nestonal“. Implantaci kolenního kloubu je nutné podstoupit z důvodu artrózy, která pacienta obtěžuje mnoho let. Občas užíval „léky proti bolesti“, lékaři mu operaci doporučovali již dříve, ale pacient neměl odvahu. Pro zhoršování potíží „mi nezbylo nic jiného, než na operaci jít“. Informace o operaci získal od ortopeda, fyzioterapeuta a sestry. Průběh operace nevnímal moc dobře, nemá rád nemocnice. Měl strach z toho „jak se operace povede, a jak ji zvládne“. Na otázku, jaké informace postrádal od lékaře, odpověděl, že žádné informace nepostrádal. Od sester také nepostrádal žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacient nepostrádal. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly pacientovi srozumitelné. Žádné informace nevnímal jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacient nějaké informaci nerozuměl, měl možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientovi věnovali, se pacientovi jevil jako dostatečný. Pobyt na jednotce intenzivní péče „se mi nelíbil, pořád tam něco pískalo, pán vedle mě vyváděl, nedalo se odpočívat“. Respondent bydlí v rodinném domě a po propuštění se o něj postará manželka. Prostředí bytu „není třeba upravovat“.

Rozhovor 20 Respondent 20

Paní B. Č. pracuje jako kadeřnice. Je vdaná. Současná hospitalizace je její první, v nemocnici „nikdy neležela“. Implantaci kyčelního kloubu bylo nutné podstoupit z důvodu bolesti kloubu a omezení hybnosti v něm. V práci „mě noha strašně bolela, dlouho jsem se nemohla dokopat jít k doktorovi“. „Raději jsem zobala prášky proti bolesti“. Pro zhoršování potíží a na základě výsledků lékař doporučil výměnu pravého kyčelního kloubu. Informace o operaci získala od ortopeda, fyzioterapeuta, sestry a kamarádů. Průběh operace vnímala celkem dobře. „Moc jsem se bála narkózy a toho, jak operace dopadne, zda nebudou nějaké komplikace“. Na otázku, jaké informace postrádala od lékaře, odpověděla, že žádné informace nepostrádala. Od sester také nepostrádala žádné informace. Fyzioterapeutem sdělené informace byly dostačující a žádné jiné pacientka nepostrádala. Informace od lékaře, sestry a fyzioterapeuta byly

pacientce srozumitelné. Žádné informace nevnímala jako zbytečné. Pokud se stalo, že pacientka nějaké informaci nerozuměla, měla možnost požádat o objasnění informace. Čas, který zdravotníci pacientce věnovali, se paní jevil jako dostatečný. Pobyť na jednotce intenzivní péče „se mi moc nelíbil, byl tam děsný cvrkot“. Respondentka bydlí v panelovém domě s výtahem a po propuštění se o ni postará manžel. Prostředí bytu má připravené.