



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Informovanost klientů s totální
endoprotézou kyčelního kloubu na
ortopedickém oddělení v Nemocnici
Jindřichův Hradec a.s.

Vypracoval: Doudová Klára
Vedoucí práce: Mgr. Polanová Alena

České Budějovice 2015

ABSTRAKT

Název bakalářské práce: *Informovanost klientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s.*

Základní teoretická východiska: K provedení totální endoprotézy se lékař přiklání v případech, kdy už konzervativní léčba u klienta selhává. Záleží pouze na ošetřujícím lékaři, jakou jinou metodu léčby zvolí ještě před tím, než se rozhodne ke konečnému řešení, tedy k provedení totální endoprotézy. Totální endoprotéza kyčelního kloubu je pacientovi indikována v případě těžké destrukce kyčelního kloubu s velkými bolestmi. Důvodem může být i úraz, například zlomenina krčku stehenní kosti. K dalším indikacím řadíme artritidu (neboli zánětlivé onemocnění kloubu) a artrózu, která však vzniká degenerativním poškozením kloubu z opotřebení (Medlicker 2012).

Protože se tato bakalářská práce zabývá především informovaností klientů, bylo nutné v práci zmínit i informace o komunikaci ve zdravotnickém zařízení. Komunikace probíhá vždy mezi dvěma či více lidmi. Během komunikace si lidé sdělují potřebné informace, své pocity, postoje, hovoří o vztazích a náladách. Existuje několik komunikačních pravidel, která by měl člověk dodržovat, ovšem záleží na člověku samotném, zda se jimi bude řídit, nebo ne. Komunikační dovednosti se dají postupně rozvíjet a jsou pro nás důležité i v osobním životě. Pokud člověk ztratí schopnost komunikovat, může to vést k ohrožení jeho vztahů s ostatními lidmi. Pro zdravotnické pracovníky je rovněž velmi důležitá oblast sociálních dovedností (Mikuláščík 2003).

Cíle práce: *Zjistit informovanost klientů v rámci předoperační přípravy po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Zjistit informovanost klientů v rámci pooperační péče po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Zjistit, zda mají klienti po totální endoprotéze možnost následné péče (rehabilitace, lázeňská léčba). K těmto cílům byly vytvořeny následující otázky: V jakých oblastech jsou klienti v rámci předoperační přípravy informováni? Jakým způsobem jsou klienti informováni v rámci pooperační péče? Jaké možnosti následné péče mají klienti po totální endoprotéze?*

Metodika: Pro výzkumné šetření bylo zvoleno kvalitativní šetření sběru dat. Kvalitativní šetření bylo schváleno od hlavní sestry nemocnice, kde měl probíhat výzkum, ale nakonec se rozhovory realizovaly v domácím prostředí u klientů. Šetření bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů, rozhovory byly anonymní. Sběr dat probíhal v březnu 2015 u sedmi respondentů. I přesto, že rozhovory probíhaly v domácím prostředí klientů, bylo potřeba schválení výzkumu od hlavní sestry. A to zejména z toho důvodu, že byla zkoumána i následná péče u klientů po totální endoprotéze. Bylo tedy nutné si klienty před totální endoprotézou vytipovat v nemocničním zařízení a teprve po určité době po operaci s nimi rozhovory provést.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplývá, že by sestry a lékaři měli během předoperační přípravy klienty lépe informovat o úpravě prostředí a rehabilitačním kurzu. Někteří respondenti totiž nebyli vůbec informováni o úpravě domácího prostředí či rehabilitačním kurzu. O nutných vyšetřeních před operací byli informováni všichni respondenti až na jednu respondentku, ta byla o vyšetřeních informována formou edukačního letáku. Na velmi dobré úrovni byla informovanost klientů během předoperačních příprav v nemocnici. Všichni klienti měli dostatek informací o nutných přípravách zejména ze strany sestry. Během pooperační péče informovali lékař a sestra respondenty o důležitosti dodržování správné polohy operované dolní končetiny a podání analgetik. Fyzioterapeuti vysvětlovali respondentům, jak mají procvičovat operovanou dolní končetinu, a rehabilitovali s nimi po celou dobu hospitalizace na ortopedickém oddělení. Při propouštění do domácího prostředí byli klienti informováni o důležitosti pooperačních kontrol a některých pohybech zakázaných po dobu tří měsíců. Nicméně by bylo dobré klientům dostatečně vysvětlit zakázané pohyby a doptat se je na nejasnosti. Po tomto výkladu by měli sestra a lékař dát klientovi leták, aby měl všechny informace stále při ruce.

Závěr: Z výzkumného šetření vyplývá, že klienti jsou v předoperační přípravě až na některé výjimky dostatečně informováni. Nicméně by se mohla více propracovat informovanost klientů v rámci úpravy domácího prostředí a rehabilitačního kurzu. V rámci pooperační péče jsou klienti dostatečně informováni jak ze strany sester, tak i

lékařů. V dlouhodobé léčbě, jako je například lázeňská péče, je ještě pár nedostatků, které by se mohly odstranit. Lázeňská léčba není doporučena všem klientům, i když o ni mají klienti zájem. O lázeňské léčbě byli klienti informováni od svého ošetřujícího lékaře během dlouhodobé pooperační péče. Pouze forma letáku není vhodnou metodou podávání informací klientovi. K utřebení informací potřebuje klient zpětnou vazbu, již by mu měli zajistit sestra nebo lékař. Tato bakalářská práce by měla přispět k informovanosti klientů, kteří mají podstoupit totální náhradu kyčelního kloubu, zejména vytvořením informačního materiálu (viz Příloha 1).

Klíčová slova: totální endoprotéza, předoperační příprava, lázeňská léčba, pooperační péče, rehabilitace, informovanost

ABSTRACT

The title of the work: Awareness of clients with total hip replacement on the orthopedic department of the Hospital Jindřichův Hradec a.s.

Basic theoretical background: To perform total hip replacement is done when the conservative treatment fails. Total hip replacement patient is indicated in case of severe destruction of the hip accompanied by great pain. The reason could be also an injury , such as fracture of the femoral neck. To the other indications belongs arthritis (or inflammatory joint disease) and osteoarthritis, as a degenerative joint damage (Medlicker 2012) .

Because this thesis mainly deals with the awareness of clients, it was necessary in the beginning to mention the importance of the communication in a medical environment. Communication takes place between two or more people. During communication, people communicate necessary information, feelings, attitudes, talking about relationships and moods. There are several communication rules that one should follow, however, it depends on the individual, whether follow it or not. Communication skills can be developed gradually for they are important to us and in our personal lives. If a person loses the ability to communicate, it can lead to danger to his relationships with others. For healthcare professionals, it is very important social skill (Mikuláščík 2003).

Main aim of the thesis: To verify the information rate of clients in preoperative phase of total hip arthroplasty and in postoperative care. Discover also whether patients after total endoprosthesis have possibility of aftercare (rehabilitation, spa treatment). From these targets were developed following questions : In what areas are the clients in preoperative stage informed? How are clients reporting in a post-operative care ? What options of aftercare patients after total endoprosthesis have?

Methodology: For the research was used the qualitative survey data collection. A qualitative investigation was approved by head nurse of the hospital, where the

research has been done. The interviews was realized at home of clients. Survey was conducted through semi-structured interviews, interviews were anonymous. The data were collected in March 2015 in the set of seven respondents.

Despite the fact that interviews were realized in the clients' home, we needed approval for the research from the head nurse. Especially because the subsequent care for patients after total prosthesis was also investigated. It was therefore important to identify initially the applicable patients in the hospital and up to a certain time after the surgery to interview them .

Results: The research suggests that nurses and doctors during preoperative phase would have better inform clients about necessary modifying of the home environment and rehabilitation course. About necessary preoperative examinations were verbally informed all respondents except one respondent, who was informed through an educational leaflet.

The patients were very good informed during the preoperative preparation in hospital. All clients have enough information about the necessary preparations especially from nurses. During the post-operative care the doctor and nurses informed respondents about the importance of adherence to the correct position of the operated lower limb and analgesia. Physiotherapists explained to respondents how to practice the operated leg during hospitalization in the orthopedic ward.

After release into home care, clients were informed about the importance of post-operative checks, and some movements banned for three months. However, it would be good enough to explain some details more deeply. Also an information leaflet could be usefull for the patient to have all necessary information always at hand.

Conclusion: The research shows, that patients are in preoperative phase of tratment with some exceptions sufficiently informed. However, it could be usefull to work out more in detail information of patient about necessary environment adaptations and rehabilitation course. In the context of post-operative care clients are sufficiently informed by both the nurses and the doctors. In long-term treatment, such as a spa

treatment, is still a couple of drawbacks, which could be removed. About possibility of spa treatment clients were informed by their physician during long-term postoperative care, but it is not accessible for all. The form of a leaflet only is not an appropriate method of providing information to the client. The professional interpersonal feedback is inevitable. This thesis try to contribute to improvement of patients who have to undergo a total hip replacement, especially by the creation of a special informational material (see Appendix 1).

Keywords: total hip replacement, preoperative preparation, spa therapy, post-operative care, rehabilitation, informing

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 dne

.....

Doudová Klára

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Aleně Polanové za její velikou trpělivost a odborné rady při vedení mé bakalářské práce. Děkuji také Bc. Běhounové za umožnění výzkumného šetření v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům a známým, kteří mi umožnili výzkumné šetření zrealizovat.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV.....	14
1.1 Vznik endoprotetiky a druhy endoprotéz kyčelního kloubu	14
1.1.1 Rozdělení endoprotéz kyčelního kloubu.....	15
1.2. Indikace k provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu	16
1.3. Komunikace ve zdravotnickém zařízení	17
1.4. Předoperační vyšetření u klienta před TEP kyčelního kloubu	19
1.4.1 Rehabilitace v předoperačním období a příprava domácího prostředí klienta	21
1.5. Sestra v době předoperační	21
1.5.1 Příprava klienta před totální endoprotézou kyčelního kloubu	22
1.6. Pooperační péče u klienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu.....	23
1.6.1 Rehabilitace u klienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu.....	25
1.7. Dlouhodobá pooperační péče u klienta po TEP kyčelního kloubu	27
1.7.1 Návrat do každodenního života	30
1.8 Lázeňská péče	31
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	34
2.1 Cíle výzkumného šetření	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3 METODIKA.....	35
3.1 Metodika práce	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
4 VÝSLEDKY	36

4.1	Období před totální endoprotézou kyčelního kloubu.....	36
4.1.1	Rozhodnutí k operaci	36
4.1.2	Informace podané klientům před operací	37
4.1.3	Informace a úpravě domácího prostředí	38
4.1.4	Informace o předoperačním rehabilitačním kurzu.....	39
4.2	Předoperační příprava a role sestry	40
4.3	Pooperační péče a role sestry	42
4.3.1	Fyzioterapie a role sestry	43
4.4	Informovanost klientů při propouštění do domácího prostředí a role sestry	45
4.5	Informovanost klientů o lázeňské léčbě.....	47
4.5.1	Informovanost klientů o návratu do zaměstnání	47
5	DISKUSE.....	48
6	ZÁVĚR	56
7	SEZNAM LITERATURY.....	58
8	PŘÍLOHY	62
8.1	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

SEZNAM ZKRATEK

TEP - totální endoprotéza

MIS - minimal invasive surgery

LIS - less masive surgery

INR - international normalization ratio

aPTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas

EKG - elektrokardiografie

PMK – permanentní močový katétr

JIP – jednotka intenzivní péče

ÚVOD

S onemocněním kloubů se setkáváme čím dál častěji. Je to způsobeno nejen genetickými vlivy, nýbrž také životním stylem klienta. Totální endoprotéza kyčelního kloubu se současně stává čím dál častějším výkonem v souvislosti se vzrůstajícím věkem populace. Totální endoprotéza klientovi zásadně změní život, proto je velmi důležité na tuto situaci klienta připravit. Klient by měl být podrobně informován o svém zdravotním stavu, má také právo nesouhlasit s novými diagnostickými a terapeutickými postupy.

Bakalářskou práci na téma *Informovanost klientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s.* jsem si vybrala proto, že se nejedná pouze o aktuální problém. Neustále totiž nacházíme v informovanosti klientů určité a někdy i velice zásadní nedostatky. Informovanost klientů v dnešní době vypadá tak, že klienti dostanou pouze edukační materiál a málokdy se jim dostane osobního vysvětlení.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda jsou klienti dostatečně informováni během předoperační přípravy, pooperační péče a také následné péče, jakou je například lázeňská léčba. Důležitým cílem této bakalářské práce je upozornění na eventuální slabiny v informovanosti klientů. Výsledky z výzkumného šetření bychom chtěli přispět k následnému zlepšení situace.

Výstupem výzkumného šetření je informační brožura pro klienty (Příloha 1), kteří podstoupí totální endoprotézu kyčelního kloubu, a dále by měl posloužit jako informace o poskytované péči pro dané ortopedické oddělení.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vznik endoprotetiky a druhy endoprotéz kyčelního kloubu

Náhrada kyčelního kloubu se provádí již od 50. let 20. století, ale její první úspěšné použití je datováno do 60. let. Mezi autory alloplastiky (endoprotézy) řadíme Johna Austina, Maurice E. Müllera a Johna Charnleyho (ZDN 2008). Jons použil zlatou destičku jako vložku do kyčelního kloubu a tato náhrada sloužila pacientovi celých 21 let. McBride a Urist v letech 1950 a 1961 implantovali náhradu acetabula, stehenního komponentu, a tím proměnili náhradu kyčelního kloubu na náhradu totální (21. Století 2009).

O moderní endoprotetice kyčelního kloubu se začalo hovořit až díky úspěšné Charnleyově náhradě a zavedení "low-friction arthroplasty" red, kdy Charnley do konstrukce totální náhrady kyčelního kloubu zavedl vysokomolekulární polyetylén, aby předešel předchozímu neúspěchu s teflonovým materiálem (21. Století 2009). Významným představitelem české ortopedie je zejména prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc., který provedl první endoprotézu v roce 1969 podle vzoru prof. M. E. Müllera, s nímž dlouhodobě spolupracoval na klinice v St. Gallenu ve Švýcarsku. K implantaci použil ocelovou endoprotézu s anatomickým dřikem a pevnou hlavicí. Tuto protézu používají některé kliniky ještě dnes. Profesor Čech měl v roce 1976 připravený návrh necementované šroubovací závitové jamky kónického tvaru. O deset let později (v roce 1986) vyvinul titanový necementovaný dřík. Také se podílel formou grantových úkolů na vývoji nových kluzných kombinací, především keramické jamky a keramické hlavice (Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae checosl. ,75, 2008, p. 308)

I při úspěších výše jmenovaných operačních technik s použitím různých druhů implantátů se odborná veřejnost samozřejmě zajímala i o jiné operační techniky použitelné při totálních endoprotézách. Za zmínku stojí zejména miniinvazivní přístupy ke kyčelnímu kloubu (ZDN 2008). „Miniinvazivní přístup je takový přístup, který umožní implantaci endoprotézy bez většího narušení kůže, podkoží, vaziva a hlavně svalstva. V anglickém písemnictví je nazván MIS (minimal invasive surgery). Přístup s malým narušením aktivních tkání, s malou incizí, se někdy nazývá LIS (less invasive

surgery). Miniincizní přístupy jsou standardně prováděny z malé kožní incize.“ (ZDN 2008: str. 18). Miniinvazivní přístup ke kyčelnímu kloubu byl v praxi poprvé realizován týmem ortopedů pod vedením MUDr. Keggiho. V roce 1993 odoperoval lékař Keggi na základě této metody několik pacientů (ZDN 2008).

1.1.1 Rozdělení endoprotéz kyčelního kloubu

Jednotlivé druhy endoprotéz je možné rozdělit do několika skupin dle způsobu ukotvení endoprotézy (21. Století 2009). Endoprotézy dělíme podle rozsahu kloubní náhrady především na cervikokapitální a totální. Cervikokapitální endoprotéza je náhrada pouze proximální části stehenní kosti, zatímco totální náhrada kromě toho nahrazuje i jamky kyčelního kloubu. Podle způsobu fixace do kosti dělíme totální endoprotézy na hybridní modely, necementované endoprotézy a endoprotézy cementované (Dungl 2014).

Cementované typy endoprotéz se do kosti fixují pomocí cementu. Cement je tvořen polymethylmetakrylátem, který je derivátem plexiskla. Cementovaná endoprotéza funguje jako pevná mezivrstva vyplňující prostor mezi dřikem endoprotézy a vnitřní kortikální kostí. Cementové lůžko kopíruje tvar prostoru mezi vnitřkem opracované dřevné dutiny proximálního femuru a povrchem dříku protézy. K výhodám cementovaného dříku patří okamžitá primární stabilita a to, že při jeho implantaci se nemusí brát ohled na kostní denzitu (Dungl 2014).

Nevýhodou cementovaného dříku je toxické působení cementovaného monometru, dále riziko kardiopulmonálních komplikací a také riziko uvolnění na rozhraní cementu a dříku endoprotézy či na rozhraní cementu a kosti (Dungl 2014). Podle vědeckých výzkumů je zřejmé, že u mladších a aktivních pacientů s cementovanou náhradou nejsou dlouhodobé výsledky uspokojivé. U tohoto typu endoprotézy dochází po deseti až patnácti letech u významného procenta operovaných k uvolňování jamky. Cementovaná náhrada není tedy příliš vhodná pro mladší pacienty (ZDN 2010).

U necementovaných druhů endoprotéz se kloubní náhrada upevňuje mechanicky přímo do kosti bez použití kostního cementu. Rozdíl je ve způsobu fixování

acetabulárních a femorálních komponentů. První fází fixace je primární stabilita, která je dána správným technickým provedením implantace a také designem endoprotézy. Než přejde ukotvení do další fáze, je nutné, aby bylo dostatečně mechanicky upevněno po dobu tří až šesti měsíců. Druhou fází fixace je sekundární stabilita. Sekundární stabilita je velmi důležitým faktorem pro dlouhodobou fixaci endoprotézy, kterou zajišťuje především povrchová úprava endoprotézy. Terciální stabilita je třetí fází upevnění endoprotézy a probíhá průběžně několik let od provedení operace (Dungl 2014).

Posledním typem endoprotéz je endoprotéza hybridní, u níž kombinujeme cementované a necementované druhy endoprotéz. Tato endoprotéza sice není ještě tak známá jako dva předchozí typy, ale postupem času se používá stále častěji a častěji (Dungl 2014).

1.2. Indikace k provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu

K provedení totální endoprotézy se lékař přiklání v případech, kdy už konzervativní léčba u klienta selhává. Záleží pouze na ošetřujícím lékaři, jakou jinou metodu léčby zvolí ještě před tím, než se rozhodne ke konečnému řešení, tedy k provedení totální endoprotézy. Totální endoprotéza kyčelního kloubu je pacientovi indikována v případě těžké destrukce kyčelního kloubu s velkými bolestmi. Důvodem může být i úraz, například zlomenina krčku stehenní kosti. K dalším indikacím řadíme artritidu (neboli zánětlivé onemocnění kloubu) a artrózu, která však vzniká degenerativním poškozením kloubu z opotřebení (Medlicker 2012).

Právě artróza patří mezi nejčastější příčiny vedoucí k provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu (Sosna 2003). Jde o nezánnětlivé onemocnění, kdy je nejčastěji postižen kyčelní nebo kolenní kloub (Mlýnková 2011). Počáteční příznaky artrózy jsou nenápadné a rozvíjejí se postupně. Příznaky artrózy jsou různé a liší se podle lokalizace postižení chrupavky (ZDN 2005). Nejvýznamnějším příznakem artrózy je bolest, dalšími příznaky jsou otoky, ztuhnutí svalů, omezení pohybu a přibývající deformace. Samotná porušená chrupavka postrádá inervaci a není tedy bezprostředním zdrojem bolestivých impulzů (Schwichtenberg 2008).

1.3. Komunikace ve zdravotnickém zařízení

Jelikož se tato bakalářská práce zabývá zejména informovaností klientů před provedením a po provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu, je nutné se zde zmínit také o komunikaci ve zdravotnickém zařízení, protože komunikace je nezbytnou součástí léčebného procesu.

V rámci komunikace ve zdravotnickém zařízení se jedná zejména o výměnu informací, týkajících se zdravotního stavu klienta, mezi sestrou a klientem či jeho blízkými. Jako komunikační prostředky slouží jazyk (ve formě psané či mluvené), řeč a nonverbální prostředky (Vévoda a kol. 2013). Neverbální komunikace hraje ve zdravotnickém zařízení velmi významnou roli. Venglářová a Mahrová (2003) ve své knize uvádějí, že podle Jara Křivohlavého dělíme neverbální komunikaci na mimiku (výraz obličeje), proxemiku (přiblížení a oddálení), haptiku (dotek), posturologii (fyzický postoj), kinetiku (pohyb), gesta, úpravu zevnějšku a také pohledy. K verbální komunikaci, jež je úzce spjata s emocemi člověka a jeho myšlenkovými procesy, patří vyjadřování pomocí symbolů a slov (Juřeníková 2010).

Komunikace probíhá vždy mezi dvěma či více lidmi. Během komunikace si lidé sdělují potřebné informace, své pocity, postoje, hovoří o vztazích a náladách. Existuje několik komunikačních pravidel, která by měl člověk dodržovat, ovšem záleží na člověku samotném, zda se jimi bude řídit nebo ne. Komunikační dovednosti se dají postupně rozvíjet a jsou pro nás důležité i v osobním životě. Pokud člověk ztratí schopnost komunikovat, může to vést k ohrožení jeho vztahů s ostatními lidmi. Pro zdravotnické pracovníky je rovněž velmi důležitá oblast sociálních dovedností (Mikuláščík 2010).

Právě komunikace patří v České republice mezi nejslabší články zdravotnictví. Důkazem tohoto tvrzení je řada soudních řízení vedených proti zdravotnickému personálu, což je zaviněno nedostatky v komunikaci mezi klientem a zdravotnickým personálem. Prostor, v němž dochází nejčastěji ke konfliktům či komunikačním šumům, je veliký, protože sestra a klient spolu komunikují při každém svém setkání. Aby se mohl mezi sestrou a klientem vytvořit optimální vztah, musí sestra efektivně ovládat komunikaci (Vévoda a kol. 2013).

Sestra by měla chápat komunikaci s klientem jako součást své práce. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s klientem. Při setkání zdravotnického pracovníka s klientem dochází ke vzájemným interakcím a reakcím, proto sestra musí v praxi rozlišovat specifika komunikace. Při komunikaci s cílem informovat klienta je velice důležitá srozumitelnost slov. Nevhodné spojení slov, jež se opakuje příliš často, může na klienta působit rušivě. Sdělení informací by mělo být stručné a jasné. Je třeba, aby se sestra i lékař během sdělování informací vyhýbali odborným slovům, kterým klient nemusí rozumět (Venglářová 2006).

Ideální je zvolit i vhodné načasování, pokud jde o sdělení informací klientovi o jeho zdravotním stavu a léčbě. Velmi důležitými podmínkami pro uskutečnění rozhovoru mezi klientem a lékařem jsou soukromí a dostatek času. Lékař by měl při rozhovoru klientovi naslouchat, dát najevo ochotu pomoci a všimnout si klientových neverbálních projevů. Po sdělení informací je nutné si ověřit, zda klient všem informacím porozuměl, a pokud možno ponechat klientovi trochu času, aby si mohl rozmyslet případné dotazy (Venglářová 2006).

Při sdělování informací před operací je potřeba mít na paměti, že klient má z výkonu obavy, přičemž každý klient prožívá své pocity jiným způsobem. Janáčková (2008) uvádí, že Schipley a kolektiv rozdělili klienty na klienty citlivé a klienty potlačující. Citliví klienti reagují na každou informaci velice úzkostně. Potlačující klienti se snaží svůj strach naopak potlačit, není u nich zřejmý žádný projev stresu před výkonem. Podle jiného dělení (Janáčková 2008) existují klienti vyhýbaví a klienti bojovníci. Vyhýbaví klienti se pokoušejí vyhýbat informacím o tom, co je čeká. Odmítají sdělení informací o průběhu léčby a o operačním zákroku. Naproti tomu klienti bojovníci zvládají veškeré zákroky lépe, pokud mají dostatek informací.

Jaké jsou tedy zásady komunikace před zákrokem? Lékař rozebere s klientem možnost operativního zákroku. Hlavní úloha sestry spočívá ve vybudování fungujícího vztahu s klientem. Sestra je klientovi oporou, dává mu dostatek prostoru pro případné dotazy a čas na rozmyšlenou. Dále by ho měla informovat o pooperačním období, délce hospitalizace na lůžkovém oddělení, o bolestech a možných doporučeních. Klient by

měl od sestry obdržet informační leták o léčbě a následné rekonvalescenci, která je po totální endoprotéze kyčelního kloubu nesmírně důležitá (Janáčková 2008).

Lékař má klientovi poskytovat důležité informace a rady, sdělit mu například to, jakých činností by se měl po operaci vyvarovat. Pokud se lékař chová při komunikaci s klientem neosobně a zajímá se více o onemocnění než o klienta samotného, bývá tento vztah pojmenován jako paternalistický. Jestliže je vztah založený na vzájemné spolupráci, lékař umí naslouchat a zajímá se jak o zdravotní stav klienta, tak o jeho vztahy v rodině, potom je tento vztah nazýván partnerským. V tomto vztahu je komunikace přátelská a empatická. Klient lépe spolupracuje, pokud je aktivně zapojen do procesu léčby (Janáčková 2009).

Mezi nejčastější problémy ve vztahu mezi klientem a lékařem jsou řazeny vztahová nerovnost a přenos zkušeností z osobního života. Existují např. problémy známé jako přenos a protipřenos. Pokud z dřívějšího vztahu přenášíme své zkušenosti na toho druhého, je tato situace označována jako přenos. Protipřenos vystihuje např. následující situace: lékař se rozvedl se svou manželkou, klientka mu připomíná jeho tchyni; výsledkem je, že se ke klientce chová agresivně, odmítavě či iracionálně (Janáčková 2009).

1.4. Předoperační vyšetření u klienta před TEP kyčelního kloubu

Základní předoperační vyšetření u čekatela na operační zákrok provádí lékař specialista na interní problematiku a praktický lékař. Nezbytnou součástí předoperačního vyšetření je podrobná anamnéza klienta, která bývá doplněna základním fyzikálním vyšetřením. Závěry předoperačního vyšetření by neměly být starší více než jeden měsíc. V předoperační přípravě se lékař musí zajímat také o rizika spojená se srdeční činností, tato rizika by se mohla u klienta projevit ve spojitosti s operačním zákrokem. V předoperační době provádí sestra u klienta vyšetření EKG, rentgen srdce a plic (Skalická 2007). Anamnéza dále zahrnuje klinicko-patologické jednotky, k nimž řadíme například diabetes mellitus, malignity, jaterní onemocnění a koagulopatie (Skalická 2007).

Klinické vyšetření, které klient podstoupí, zahrnuje fyzikální vyšetření obsahující popis patologických změn vztahujících se k plánovanému operačnímu zákroku. Během všeobecné přípravy provádí sestra odběr biologického materiálu, následně probíhá chemické vyšetření moče, sérologické vyšetření, hematologické i biochemické vyšetření krve (Mikšová 2006). Použití metody biochemického screeningu je obzvláště vhodné pro odhalení zánětlivých faktorů a vyšetření vnitřního prostředí. Při antikoagulační či antitrombotické terapii je biochemické vyšetření doplněno vyšetřeními INR a aPTT. Z důvodu krevního převodu při operativním zákroku je nutno provést odběr krve kvůli zjištění krevní skupiny klienta a kvůli objednání krve (Sosna 2003).

Před operačním zákrokem se také provádí autotransfuze. Touto metodou lze nahradit velké ztráty krve při operačním zákroku. Velkou předností tohoto typu převodu krve je absolutní vyloučení rizika přenosu infekčního onemocnění. Klient by měl kontaktovat transfuzní oddělení zhruba 45 dní před operací. Jedná o dva po sobě jdoucí odběry přibližně 400 mililitrů klientovy vlastní krve, která je použita v době operačního výkonu nebo časně po operaci ke krytí krevních ztrát (Sosna 2003).

Součástí předoperačního vyšetření jsou také specializovaná vyšetření, mezi něž patří gynekologické vyšetření, během kterého lékař zjišťuje přítomnost zánětu a také upozorní mladší klientku na vysazení antikoncepce nejlépe tři týdny před plánovaným operačním výkonem. V době předoperační dále klient podstupuje (v rámci prevence a zjištění eventuální přítomnosti zánětu) stomatologické vyšetření u svého zubního specialisty (Sosna 2003).

Anesteziologické vyšetření jako další krok v rámci předoperační přípravy zahrnuje kontrolu všech výše zmiňovaných vyšetření. Anesteziolog musí klienta poučit o průběhu anestezie a možných rizicích spojených s operačním zákrokem. V případě totální náhrady kyčelního kloubu je provedena spinální nebo celková anestezie. Anesteziolog posoudí, zda je klient schopen podstoupit anestezii, zhodnotí rizika s ní spojená a předepisuje premedikaci. Sestra předkládá klientovi anesteziologický dotazník, načež klient svým podpisem stvrzuje souhlas s anestezii (Mikšová 2006).

1.4.1 Rehabilitace v předoperačním období a příprava domácího prostředí klienta

Rehabilitaci v předoperačním období doporučuje klientovi lékař specializovaný na ortopedickou problematiku (Sosna 2003). Předoperační rehabilitace spočívá v posilování břišních a gluteálních svalů (Dungl 2014). Je prospěšné se jednotlivé cviky naučit ještě před plánovanou operací totální náhrady kyčelního kloubu, klient pak nemá problém s aplikací cviků v pooperační době. V rámci rehabilitační péče před operací si klient rovněž nacvičuje chůzi o podpažních berlích (i po schodech), dále by si měl vyzkoušet sed, přetočení na bok a přetočení na břicho s polštářem mezi kolena (Sosna 2003).

Zajištění domácího prostředí je další nezbytnou součástí předoperační přípravy. Prostor, v němž bude klient trávit dobu po propuštění z nemocnice, musí být zařízeno tak, aby bylo pro klienta bezpečné a poskytovalo mu pocit jistoty. Domácí prostředí je nutné vybavit protiskluzovými podložkami na WC, do koupelny či do sprchy. Tyto prostory, stejně tak jako přístupové části bytu (chodby a verandy), je vhodné doplnit madly. Nutností je, aby si klient zajistil nástavec na WC, může si obstarat i nástavec do vany. Tyto pomůcky hradí v plné výši zdravotní pojišťovna, ale klient si o ně může zažádat až po propuštění do domácí péče (Sosna 2003).

1.5. Sestra v době předoperační

Klient se dostaví k příjmu na oddělení ve stanoveném čase a vyčká příchodu sestry. Aby pro klienta nebylo čekání stresující, měla by mu sestra zajistit dostatek místa v čekárně, poučné brožurky a nabídnout mu možnost doprovodu. Při příjmu klienta je podle zvyklostí nemocničního zařízení sepisována lékařská i ošetrovatelská dokumentace, klient se během této administrativní činnosti legitimuje předložením občanského průkazu a kartou pojištěnce. Sestra nabídne klientovi možnost uložení cenných věcí do trezoru na nemocničním oddělení. V případě, že dotyčný této nabídce využije, je potřeba vyhotovit seznam uložených věcí, který se stvrzuje podpisem klienta a svědka (Vytejková a kol. 2011).

Sestra provede klienta celým oddělením, pomůže mu zorientovat se na chodbách a sociálním zařízení a zavede ho na pokoj, kde bude klient trávit dobu před operací.

Sestra nechá klienta převléci se do nočního prádla, poučí ho o používání signalizačního zařízení, seznámí ho s právy a povinnostmi pacientů a také s domácím řádem oddělení (Vytejková a kol. 2011).

Sestra klientovi při příjmu změří fyziologické funkce a vyplní s ním potřebnou dokumentaci (Vytejková a kol. 2011). Dále zajišťuje nutná konzilia dle ordinace ošetřujícího lékaře, například anesteziologické konzilium jestliže nebylo provedeno ambulantně v předoperačním období (Janíková/Zeleníková 2013).

1.5.1 Příprava klienta před totální endoprotézou kyčelního kloubu

Den před operací lékař blíže informuje klienta o nadcházejícím výkonu, seznámí ho s operačním programem a sdělí mu přibližný čas operace (Sestra 2013). Klient by se měl od lékaře rovněž dozvědět, že v závislosti na průběhu operace bude přeložen buď na pooperační pokoj, nebo na oddělení intenzivní péče. Lékař zajišťuje podepsání souhlasu s operací a následnou léčbou (Sosna 2003).

Den před operací musí sestra i lékař poučit klienta, že od půlnoci nesmí nic přijímat per os (nejíst, nepít, nekouřit). Před operačním zákrokem je velmi příhodné provést vyprázdnění střev (klyzma). U starších osob je vhodné zavést močový katétr do močového měchýře pro volný odchod moči a kontrolu jejího množství. Močový katétr se také zavádí z důvodu rizika luxace kyčle a její bolestivosti při pokládání na podložní mísu v pooperačním období (Sestra 2009). Oblast, v níž bude při operaci proveden řez kůží, musí být oholena. Večer podává sestra klientovi hypnotika podle ordinace anesteziologa (Sosna 2003).

Ráno klient provede hygienu sám, nebo s pomocí sestry (Sestra 2013). Po ukončení hygienické péče sestra zavede klientovi intarvenózní kanylu pro podání infuzí, léků a transfuze (Sosna 2003). Klient musí před operací odložit veškeré kovy, které má na sobě (šperky, piercing), zubní náhrady, kontaktní čočky, brýle, naslouchací aparáty či umělé oční řasy (Mikšová 2006). Sestra navlékne klientovi na neoperovanou dolní končetinu elastickou punčochu a převleče ho do empíru (Sestra 2013).

Před převozem na operační sál musí sestra ještě jednou zkontrolovat, zda souhlasí totožnost klienta s jeho identifikačním náramkem, dále zkontroluje potvrzení a

označení strany a končetiny, která bude operována. Sestra dále měří u klienta fyziologické funkce a hodnoty zapisuje do dokumentace, kontroluje a zaznamenává dobu posledního příjmu per os (Workman 2006).

Dle telefonické výzvy anesteziologické sestry může být klientovi podána premedikace. Je nutností, aby sestra klienta upozornila ještě před podáním premedikace, že se má dojit vymočit. Poté je klient společně se svým chorobopisem, ošetrovatelskou dokumentací a profylaktickou dávkou antibiotik odvezen sanitářem a sestrou na operační sál (Sestra 2013).

1.6. Pooperační péče u klienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Pooperační péči je možné rozdělit na bezprostřední a následnou. Bezprostřední pooperační péče se zaměřuje především na prevenci pooperačních komplikací. Naproti tomu následná pooperační péče se zabývá zejména rehabilitací, která usnadňuje návrat k předchozímu životu (Sosna 2003).

Bezprostřední pooperační péče začíná probuzením klienta z anestezie, načež je klient převezen na lůžko JIP, nebo na pooperační pokoj daného ortopedického oddělení (Mikšová 2006). Z hlediska práce sestry se jedná o velmi rizikové období, během kterého je péče zaměřena především na sledování vitálních funkcí a projevů možných pooperačních komplikací, zvládnutí bolesti a také na péči o psychiku. V případě nutnosti kontinuálního sledování vitálních funkcí je klient převezen přímo z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. Při překladi na standardní ošetrovací jednotku je převezen na pooperační pokoj. Veškeré intervence sestra zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Lékař zapisuje ordinace obsahující interval monitorování vitálních funkcí (dech, krevní tlak, puls, tělesná teplota, vědomí) a saturace, které jsou monitorovány zpočátku po patnácti minutách, poté se interval prodlužuje na šedesát minut (Janíková 2013). Ztráty krve bývají doplňovány pomocí transfuzní terapie (Sosna 2003).

Klient bude v prvním a druhém pooperačním dni upoután na lůžko. Je třeba držet operovanou dolní končetinu v bezpečné poloze, což zajistí sestra správným polohováním klienta. Operovaná končetina by měla být v mírné abdukci, proto se mezi

stehna vkládá abdukční klín. Dalším úkonem v rámci pooperační péče je zamezení zevní rotace operované končetiny pomocí derotační boty (Kapounová 2007). V prvních dnech po operaci se začíná s klientem podle pokynů rehabilitačního pracovníka procvičovat svalstvo horních a dolních končetin a probíhají také cvičení dechová. Pokud klient tyto cviky vykonává častěji během dne, je to velmi přínosné pro jeho kondici a také pro prevenci trombóz operované končetiny (Matouš a kol. 2005).

Sestra u klienta sleduje bilanci tekutin, čímž je myšlen příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Velmi důležitý je dostatečný příjem tekutin, který by se měl pohybovat mezi dvěma až třemi litry za 24 hodin. Nadměrné ztráty tekutin bývají nahrazovány pomocí infuzní terapie. V rámci sledování bilance tekutin sleduje sestra u klienta také první močení, jež by se mělo uskutečnit do 6 - 8 hodin po operačním zákroku. Klient močí pouze do podložní mísy nebo do močové láhve. Pokud se klient nevymočí, je lékařem indikována jednorázová katetrizace močového měchýře (Sosna 2003). Pokud má klient zavedený PMK, musí sestra sledovat průchodnost katétru, množství a barvu moče (Sestra 2009). Po odeznění anestezie je pozornost zaměřena také na postupnou realimentaci, která se odvíjí od druhu anestezie (Janíková 2013).

Během průběhu operace jsou klientovi zaváděny do rány drény, a to z důvodu odvádění sekretu z rány (Janíková 2013). Převaz a odstranění Redonova drénu provádí lékař za asistence sestry zpravidla druhý den po provedení operačního zákroku (Sestra 2009). Sestra sleduje prosakování obvazu a po rozvázání i charakter operační rány. Pokud se u rány nevyskytnou příznaky jako např. zarudnutí, otok či přítomnost sekretu, provádí lékař za přítomnosti sestry převaz operační rány až později, tedy druhý až třetí den po operaci. Je důležité také to, aby sestra u klienta sledovala zvracení, množství a barvu sekretu z drénů, invazivní vstupy, polohu operované končetiny a bolest. V rámci krevních vyšetření provádí odběr krve na krevní obraz, biochemické a hemokoagulační vyšetření (Janíková 2013).

Sestra aplikuje léky dle ordinace lékaře. Jedná se o podání analgetik, miniheparinizace jako prevence tromboembolické nemoci, antibiotik, infuzní terapie, chronické medikace (Janíková 2013). Ještě před propuštěním do domácího prostředí

klient přechází z nízkomolekulárního heparinu na Warfarin nebo na dabigatran (Pradaxa) a Xarelto (Vnitřní lékařství 2014).

Hygienická péče je prováděna u klienta v prvních pooperačních dnech na lůžku. V rámci hygienické péče je při určitých činnostech nezbytná pomoc sestry, sestra však důkladně dbá na aktivizaci klienta, například při péči o dutinu ústní a při mytí horní poloviny těla. Cílem sestry při hygienické péči není jen udržovat klienta v čistotě, nýbrž také snaha o co největší spolupráci ze strany klienta. Dále hygienická péče probíhá dle zdravotního stavu klienta. Pozornost je potřeba věnovat predilekčním místům, která jsou ohrožena vznikem dekubitů objevujících se v souvislosti s upoutáním na lůžko. Pro minimalizaci dekubitů je důležitá důkladná péče o kůži, nelze zanedbat ani pravidelné polohování s vypodložením predilekčních míst, jakými jsou například hýždě, lopatky, lokty a paty v poloze na zádech. Dolní končetina musí být při polohování zajištěna v derotační botě, aby se předešlo riziku luxace operované dolní končetiny. Udržování čistého ložního prádla je dalším nezbytným faktorem pro minimalizaci dekubitů (Janíková 2013).

V rámci prevence tromboembolické nemoci klient cvičí cévní gymnastiku, dodržuje pravidelný pitný režim a v neposlední řadě nosí na obou dolních končetinách kompresivní punčochy nebo bandáž. Sestra je povinna sledovat funkčnost komprese a také její správné nasazení. Každé ráno při hygieně je nutné umýt dolní končetinu a promazat ji. Poté sestra obleče klientovi kompresivní punčochy, které se na noc sundávají (Sestra 2009).

Po provedení totální endoprotézy lékař vždy nechává vyhotovit kontrolní rentgenový snímek totální endoprotézy dle zvyklosti oddělení. U starších klientů nebo u klientů s kardiovaskulárním onemocněním je možné pro vyloučení možných rizik provést doplňkové vyšetření EKG (Janíková 2013).

1.6.1 Rehabilitace u klienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Cílem této fáze rehabilitace v nemocničním zařízení je mobilizace klienta a aplikace samostatné chůze o berlích se simulací nášlapu (Dungl 2014). Při cvičení může být klient výrazněji unaven, proto je potřeba zajistit, aby měl možnost cvičit vícekrát

během dne a kratší dobu (Matouš a kol. 2005). Nezbytnou součástí pooperační rehabilitace je také rehabilitace dechová (Medlicker 2012). Dechová rehabilitace slouží jako prevence, neboť špatný stereotyp dýchání může pro klienta znamenat řadu nepříjemností, například bolesti hlavy, zad či dokonce psychické obtíže (Medlicker 2013).

Během prvního a druhého dne po operaci klient leží na zádech s mírně zvednutou podpěrrou za hlavou. V době spánku má mezi stehny, stejně jako bezprostředně po operaci, abdukční klín (Vytejková 2011). Během prvního dne jsou mu naordinována zejména dechová cvičení a rehabilitace neoperované dolní končetiny (Dungl 2014).

Třetího dne může klient podle stavu a podle kontrolního rentgenového snímku provádět šetrná cvičení operované končetiny s pomocí fyzioterapeuta. Po následném vysvětlení cviků může klient rehabilitační úkony provádět sám (Slezáková 2010). Dále je přidáno aktivní cvičení v kyčelním kloubu s pomocí fyzioterapeuta, jde zejména o ohýbání dolní končetiny o 90 stupňů s odtažením a vnitřní rotací (Dungl 2014). Fyzioterapeut klienta učí sedět na lůžku v maximálním úhlu 90 stupňů se svěšenými nohama, dále začíná s vertikalizací. Klient pod vedením fyzioterapeuta nacvičuje trojdobou chůzi o francouzských holích. Z důvodu většího odlehčení operované dolní končetiny se v některých nemocničních zařízeních používají místo francouzských holí podpažní berle. Tato kompenzační pomůcka představuje až 75% odlehčení oproti francouzským holím, které odlehčí končetinu pouze o 50 %. Fyzioterapeut třetího dne začíná s klientem procvičovat chůzi po rovné ploše se simulací nášlapu, čímž je myšleno, že klient nesmí na operovanou končetinu došlápnout celou vahou. Od započetí rehabilitace fyzioterapeut vede klienta ke správnému stereotypu chůze, který bude klient aplikovat po celou pooperační dobu (Dungl 2014).

Čtvrtý a pátý den po operaci je důležité, aby fyzioterapeut naučil klienta otáčet se na břicho přes neoperovanou končetinu, přičemž mu k udržení správné polohy operované dolní končetiny pomáhá abdukční klín (Slezáková 2010). Vleže na boku se snaží klient za pomoci fyzioterapeuta aplikovat cviky flexe a také je seznámen s možností odpočinku v této poloze. Tento způsob polohování přináší klientovi úlevu

od bolesti zad. Delší setrvání v této poloze (např. během spánku) se ovšem nedoporučuje z důvodu nebezpečí luxace implantátu. Kolenní kloub podkládá sestra válcem, na kterém klient cvičí ohnutí a natažení dolní končetiny (Dungl 2014).

Šestý a sedmý den po operaci fyzioterapeut připojuje cvičení vleže na břicho s izometrickým cvičením hýžďových svalů a dále natažení a ohnutí kolenního kloubu. Klient za pomoci fyzioterapeuta začíná aplikovat nácvik vnitřní rotace vsedě na lůžko se spuštěnými nohama (Dungl 2014). Fyzioterapeut cvičí s klientem cviky vsedě a vleže do osmého pooperačního dne, tedy zhruba do doby, než je klient schopen samostatné chůze po rovině (Sosna 2003).

Osmý až dvanáctý den po operaci začíná klient nácvik chůze po schodech za důkladného vedení fyzioterapeuta, který musí klienta seznámit se všemi riziky spojenými s chůzí po schodech. Fyzioterapeut důkladně dbá na správný stereotyp pohybu po schodech a opravuje klienta při nevhodném způsobu chůze. Klient se učí sebeobsluhu a soběstačnosti, která mimo jiné zahrnuje nácvik sezení na WC, na židli, uléhání na lůžko a nácvik chůze po bytě či nerovném terénu (Dungl 2014).

Během jedenáctého až čtrnáctého dne po operaci jsou z rány odstraněny stehy. Zhruba dva dny po odstranění stehů z rány je možné sejmout obvazové krytí a jizvu poprvé lehce osprchovat. Po vyndání stehů je klient propuštěn do domácího prostředí. Na lékařské kontroly lze klienta dopravit po domluvě sanitním vozem. Někteří klienti jsou přeloženi na oddělení následné rehabilitační péče, kde pod dohledem fyzioterapeutů pokračují v rehabilitačním cvičení (Sosna 2003). Po celou dobu rehabilitace určuje zátěž operované dolní končetiny operatér, protože ten zná nejlépe stav kyčelního kloubu, vazivových aparátů a také typ implantované totální endoprotézy (Sestra 2010).

1.7. Dlouhodobá pooperační péče u klienta po TEP kyčelního kloubu

Dlouhodobá pooperační péče zahrnuje zejména rehabilitaci operované dolní končetiny. Cvičení po propuštění z nemocnice je nezbytnou součástí léčby (Sosna 2003). Před klientovým propuštěním z nemocnice do domácího prostředí sestra a lékař zjišťují, zda se má o klienta během prvních šesti týdnů po operaci kdo postarat (Resurf

Med 2013). Jestliže klient nemá v domácím prostředí zajištěnu asistenci druhé osoby, je mu umožněna hospitalizace na oddělení následné péče nebo na rehabilitačním oddělení (Sosna 2003). Fyzioterapeut musí klienta důkladně seznámit s pohyby, kterých by se měl vyvarovat, a následně zjišťuje, zda umí klient zakázané činnosti vyjmenovat (Sosna 2003).

Před odchodem do domácího prostředí fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou a lékařem poučí klienta o správném pohybovém režimu, který musí být dodržován do první ambulantní kontroly, což znamená prvních šest týdnů po propuštění z nemocnice. Dále fyzioterapeut klienta poučí o správném způsobu chůze za pomoci podpažních berlí s odlehčením operované dolní končetiny. Klient musí nosit stále bandáže dolních končetin nebo si může zakoupit elastické punčochy. V období šesti týdnů po totální náhradě kyčelního kloubu by měl klient s každou běžnou infekcí navštívit svého praktického lékaře, aby se zamezilo přenosu infekce do tkání. Důležité je podání antibiotik po celou dobu výskytu bakteriální infekce (Sosna 2003).

Fyzioterapeut upozorňuje klienta na nebezpečí přetěžování operované končetiny a varuje ho před došlapem na operovanou dolní končetinu celou vahou (Dungl 2014). Dalším pohybem, jemuž je klient nucen se vyhnout, je usedání na záchodovou mísu bez nástavce (Resurf Med 2013).

Klient by neměl sedět v úhlu větším než 90 stupňů, a to z důvodu nebezpečí luxace implantátu. Fyzioterapeut varuje klienta před addukcí dolních končetin a před zevní rotací operované dolní končetiny. Ohnutí operované dolní končetiny nesmí být větší než 90 stupňů. Klient je fyzioterapeutem varován před usedáním do hlubokých křesel, dále před cvičebními úkony jako jsou dřepy, předklony apod. Fyzioterapeut poučí klienta o správném uléhání na lůžko, to znamená o použití klínu (polštáře) mezi kolena, a také o tom, že klient nemá křížit dolní končetiny a přetáčet se na lůžku bez použití abdukční pomůcky (Dungl 2014).

Jedním z úkonů, který s sebou nese mnohá úskalí, je oblékání. Sestra s klientem nacvičí oblékání ponožek, spodního prádla a kalhot. Při obouvání bot klient využívá obouvací pomůcky, sestra doporučí klientovi užívání pevné obuvi a vyloučí nošení obuvi s volnou patou.

Po propuštění z nemocnice může klient absolvovat jízdu v automobilu pouze jako spolujezdec. Nezbytné je mít v dopravním prostředku dostatek prostoru, aby klient nemusel ohýbat operovanou kyčel. Fyzioterapeut klienta poučí o správném usazení do vozidla. Sedadlo musí být polohované do mírného polosedu, aby klient neseděl v úhlu větším než 90 stupňů. Řízení automobilu je dovoleno nejdříve tři měsíce po operačním zákroku. Fyzioterapeut klienta seznámí s tím, po propuštění z nemocnice může absolvovat jízdu v automobilu pouze jako spolujezdec. Nezbytné je mít v dopravním prostředku dostatek prostoru, aby klient nemusel ohýbat operovanou kyčel. (Sosna 2003). Z nemocnice by měl klient většinou odcházet sám, pouze za použití podpažních berlí a naučené simulace nášlapu, kdy na operovanou končetinu nedošlapuje celou vahou (Sestra 2010).

Během dlouhodobé pooperační péče klient absolvuje ambulantní rehabilitaci, jejímž prostřednictvím jsou udržovány správné stereotypy. Zároveň je tak kontrolována správnost cvičení. Možností je rovněž domácí rehabilitace, během níž fyzioterapeut dochází ke klientovi domů (Dungl 2014). Cviky, které klient provádí, jsou stejné jako v rámci hospitalizace v nemocnici. Fyzioterapeut seznámí klienta před odchodem z nemocnice se cviky prováděnými na zádech, na břiše a vsedě. Klient tyto cviky provádí v domácím prostředí dvakrát až třikrát denně. Zároveň se klient na základě informací od fyzioterapeuta vyvaruje cvičení na zádech se zvednutím natažené operované dolní končetiny (Sosna 2003).

Koupel a osobní hygiena jsou dalšími činnostmi, během kterých musí klient dodržovat určité zásady, s nimiž jej sestra a lékař seznámili ještě před propuštěním z nemocnice. K očištění těla je nejvhodnější používat sprchový kout s madlem a také protiskluzovou podložku. Pokud klient nemá v domácnosti sprchový kout, lze využít i vanu doplněnou sedátkem, madlem a protiskluzovou podložkou. Na WC musí mít klient nástavec, který, jak už bylo jednou zmíněno, je plně hrazen zdravotní pojišťovnou (Sosna 2003).

V období mezi šestým týdnem a třetím měsícem po operaci je dobré částečně zatěžovat operovanou dolní končetinu, míru zatížení však určuje operatér. Podpažní berle lze v tomto období vyměnit za francouzské berle. Klient musí i nadále cvičit

doporučené cviky na zádech, na břiše a vsedě. Přibližně po dvou až pěti měsících je možné přejít na plné zatížení operované dolní končetiny. Při pohybování se v bytě lze odložit berle nebo může klient používat jednu berli pro větší pocit jistoty. Klient se může postupně vracet k běžnému životu, ale měl by se vyvarovat nadměrné fyzické aktivity. Dále je vhodné, aby byl klient opatrný při předklonu a při uléhání na lůžko, a vyloučil extrémní křížení dolních končetin. Na operovaném boku může klient ležet již bez omezení (Sosna 2003). Při uléhání na lůžko si musí klient sednout na okraj postele tak, aby operovaná končetina nebyla ohnutá o více než 90 stupňů (Medlicker 2012).

Pokud klient užívá Warfarin, je nutná opakovaná monitorace INR a Quickova testu. Klient při této léčbě musí dodržovat i dietní omezení (Herman 2011). Dietní omezení zahrnuje především stravu, jež nesmí mít vysoký obsah vitamínu K (Špinar 2007). Vitamin K obsahuje zejména listová zelenina. Nízký obsah vitamínu K má především kořenová zelenina, kterou mohou klienti obohatit svůj jídelníček v době užívání Warfarinu. Dalšími bezpečnými potravinami jsou například mango, kiwi, sušené švestky, maliny, brambory, rajčata, žampiony a vepřové maso (Vránová 2013).

1.7.1 Návrat do každodenního života

Klient s totální endoprotézou kyčelního kloubu by měl být seznámen s tím, že po celý zbytek svého života bude nucen dodržovat šetřící režim. Každý pohyb je limitován životností implantátu, proto je nutné se během šetřícího režimu vyvarovat provozování sportovních aktivit, které zatěžují nosné klouby. Klient nesmí dělat prudké pohyby při běhu či skoku. Měl by se vyhýbat činnostem, při nichž hrozí nebezpečí úrazu (např. při lyžování). Dále nesmí vykonávat dlouhodobé práce v předklonu, například práce na zahradě, a nosit těžká břemena. V neposlední řadě by neměl dlouho sedět u počítače (Matouš a kol. 2005).

Po pěti měsících od operace může klient začít odkládat podpažní berle, například při pohybu v domácím prostředí. Stále by měl být opatrný při uléhání na lůžko či předklánění. Extrémní křížení dolních končetin je zcela nevhodné z důvodu nebezpečí luxace implantátu (Sestra 2010). „Při všech pohybech je pochopitelně nutné vyvarovat se pokrčení operované dolní končetiny, zevní rotace a ohnutí kyčelního kloubu přes

pravý úhel a výrazněji se nepředklánět. Unožení nepřináší žádné riziko.“ (Sestra 2010: s. 66). Klient se může věnovat řízení automobilu zhruba až po třech měsících od operačního zákroku. Sport a jiné aktivity jsou možné až po dohodě s lékařem, nejdříve však po šesti měsících od implantace totální endoprotézy. Sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem seznámí klienta s vhodnými sporty, například s plaváním, během kterého však klient nesmí plavat stylem prsa, vhodná je i chůze, golf, jízda na kole nebo turistika. Každá z těchto sportovních aktivit musí být pojata jako rekreační (Sestra 2010).

Návrat do zaměstnání se řeší individuálně dle pracovního zařazení klienta. V případě těžšího poškození kyčelního kloubu nemusí být návrat do původního zaměstnání jistý. Sexuální život může být obnoven, ale s velkým pochopením a s ohleduplností ze strany partnera (Sestra 2010).

1.8 Lázeňská péče

Lázeňskou nebo ústavní rehabilitační péči po propuštění klienta do domácího prostředí je možné absolvovat v časovém rozmezí tří až šesti měsíců po operaci (Dungl 2014). Lázeňská léčba je nezbytnou součástí zdravotní péče. Postup při žádosti o lázeňskou péči je následující:

Praktický lékař vystaví návrh na lázeňskou péči podle doporučení ortopeda a zároveň navrhne klientovi typ lázeňské péče (příspěvková nebo komplexní) a lázně vhodné pro onemocnění pohybového aparátu. Poté schvaluje návrh na lázeňskou péči revizní lékař (Svaz léčebných lázní ČR 2009).

Pokud revizní lékař schválí komplexní lázeňskou péči, odesílá zdravotní pojišťovna schválený návrh lázním. Z lázní potom přijde klientovi předvolání k nástupu. Zdravotní pojišťovna hradí klientovi ubytování, celodenní stravování a lázeňskou péči. Pokud se jedná o příspěvkovou lázeňskou péči, schválený návrh posílá do lázní zdravotní pojišťovna nebo sám klient. Zdravotní pojišťovna v tomto případě hradí pouze lázeňskou péči a ostatní náklady jdou na vrub klienta (Svaz léčebných lázní ČR 2009).

„Lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních, která se nacházejí v místě výskytu přírodního léčivého zdroje nebo na území s klimatickými podmínkami příznivými k léčení, a při poskytování péče jsou využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky.“ (č. 164/2001 sb.). U dospělých je délka léčebného pobytu stanovena na 21 dní. Pokud se jedná o komplexní lázeňskou péči, může lékař zdravotnického zařízení poskytovatele péče podat návrh na její prodloužení (podle stavu klienta). Při opakovaném pobytu při příspěvkové lázeňské péči je podle návrhu lékaře doporučena lázeňská péče na 14 nebo 21 dní. Lázeňskou péči ve zdravotnických zařízeních určených pro dospělé je možné poskytnout i osobám dorostového věku pouze výjimečně se souhlasem rodičů (č. 2/2015 sb.). „Pokud je pojištěnec plně odkázán na pomoc druhé osoby při sebeobsluze, je přijetí pojištěnce možné pouze po předchozím dojednání s vedoucím lékařem zdravotnického zařízení poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče.“ (str. 10, č. 2/2015 sb.).

V návrhu na lázeňskou léčbu se u pojištěnce uvede indikace, souhrn vedlejších onemocnění, medikace klienta, hmotnost, výška, závislosti na nikotinu a návykových látkách. Jedná-li se o pojištěnce staršího čtyřiceti let, je nutné doložit výsledky EKG. Stanovisko internisty se dokládá u pojištěnce staršího sedmdesáti let. Jestliže se jedná o onkologicky nemocného klienta, dokládá se i jednoznačné stanovisko radiačního nebo klinického onkologa (č. 2/2015 sb.).

Pokud jde o vypsání lázeňského návrhu dříve než dva měsíce od ukončení hospitalizace na lůžkovém oddělení, anebo pokud se jedná o přímé přeložení ze zdravotnického zařízení poskytovatele lůžkové péče, přikládá se kopie propouštěcí zprávy z nemocnice (č. 2/2015 sb.).

Mezi obecné kontraindikace lázeňské rehabilitační péče patří infekční nemoci přenosné z člověka na člověka, nemoci v akutním stadiu, stavy, při nichž lze očekávat zhoršení zdravotního stavu, dále hypertenze, maligní arytmie, stavy po hluboké trombóze do tří měsíců po odeznění nemoci, tromboflebitis, kachexie, nekompenzovaná epilepsie, závislost na alkoholu, závislost na návykových látkách (netýká se lázeňské péče, která bezprostředně navazuje na hospitalizaci po operaci). Dalšími

kontraindikacemi lázeňské rehabilitační péče jsou inkontinence a těhotenství (č. 2/2015 sb.).

Lázně zaměřujících se na problematiku pohybového aparátu je v České republice více: Františkovy Lázně, Bludov, Hodonín, Jáchymov, Jánské Lázně, Karlova Studánka, Karlovy Vary, Klimkovice, Konstantinovy Lázně, Lázně Bělohrad, Lázně Bohdaneč, Lázně Kundratice, Lázně Kynžvart, Lázně Ledenice, Lázně Libverda, Lázně Toušeň, Luhačovice, Mariánské Lázně, Mšené-lázně, Ostrožská Nová Ves, Poděbrady, Slatinice, Teplice, Teplice nad Bečvou, Třeboň, Velké Losiny, Vráž (Svaz léčebných lázní ČR 2009).

Šetřící režim je nutné dodržovat po celý zbytek života. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, sportovní aktivity by měl klient prodiskutovat se svým lékařem. Mezi vhodné sporty patří např. plavání nebo jízda na rotopedu se širším sedátkem. Totální endoprotéza kyčle však klientovi nezajistí plné uzdravení a je nutné respektovat individuální doporučení lékaře (Sosna 2003).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V souvislosti s tématem výzkumného šetření „Informovanost u klientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s.“ byly vedeny nestandardizované rozhovory s klienty Nemocnice Jindřichův Hradec a.s. Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny tyto cíle.

2.1 Cíle výzkumného šetření

Cíl 1: Zjistit informovanost klientů v rámci předoperační přípravy po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Cíl 2: Zjistit informovanost klientů v rámci pooperační péče po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Cíl 3: Zjistit, zda mají klienti po totální endoprotéze možnost následné péče (rehabilitace, lázeňská léčba).

2.2 Výzkumné otázky

1. V jakých oblastech jsou v rámci předoperační přípravy klienti informováni.
2. Jakým způsobem jsou klienti informováni v rámci pooperační péče.
3. Jaké mají klienti po totální endoprotéze možnosti následné péče.

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro enterickou část bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Otázky byly konzultovány s vedoucí bakalářské práce. Rozhovory byly dobrovolné a byly vedeny s klienty, kteří podstoupili totální náhradu kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení. Bylo připraveno 21 otázek (viz Příloha 2), jež se dále odvíjely podle odpovědí respondenta. Při kódování bylo využito metody „tužka a papír“ (viz Příloha 3) (Evangelu 2009), kdy byla vyhledávána stejná či odlišná slova, která byla posléze barevně označena. Kódování pak bylo následně seřazeno do určitých kategorií. I přesto, že rozhovory probíhaly v domácím prostředí klientů, bylo potřeba schválení výzkumu hlavní sestrou (viz Příloha 4), a to zejména z toho důvodu, že byla zkoumána i následná péče u klientů po totální endoprotéze. Bylo tedy nutné si klienty před totální endoprotézou vytipovat v nemocničním zařízení a teprve po určité době po operaci s nimi rozhovory provést. Výzkumné šetření probíhalo od 3. – 13. března 2015 v domácím zařízení u klientů, kteří byli hospitalizováni na ortopedickém oddělení. Získané rozhovory jsou doslovně přepsány do elektronické podoby (viz Příloha 5).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenti byli osloveni v nemocnici dotazem, zda by byli ochotni s námi s odstupem času udělat rozhovor. Rozhovory probíhaly individuálně po domluvě s klienty v jejich domácím zařízení. Výběr respondentů byl záměrný a velikost výzkumného souboru byla dána velikou ochotou klientů. Rozhovory probíhaly u respondentů ve věkovém rozmezí 44–82 let, průměrný věk byl 65 let. Bylo osloveno 7 respondentů, z toho tři muži a čtyři ženy. Během rozhovorů byla zachována anonymita klientů.

4 VÝSLEDKY

Dle analýzy získaných dat bylo vytvořeno pět kategorií.

1. Období před totální endoprotézou kyčelního kloubu
2. Předoperační příprava klienta a role sestry
3. Pooperační péče a role sestry
4. Informovanost klienta při propouštění z nemocnice do domácího prostředí a role sestry
5. Informovanost klientů o lázeňské léčbě

Vzhledem k problematice našeho výzkumu jsme pro větší přehlednost vytvořili i podkategorie.

4.1 Období před totální endoprotézou kyčelního kloubu

V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno, jaká léčba probíhala u respondentů v období před totální endoprotézou. Respondent č. 1 odpověděl: *„Každý rok jsem odjížděla na 3 týdny do lázní Jáchymov, kde jsem podstoupila radonové koupele, Jáchymovské krabičky (kdy se na ložisko bolesti dává krabička), poté jsem absolvovala kryokomoru, rehabilitaci a také cvičení v bazénu.“* Obdobným způsobem odpověděli i ostatní respondenti, například respondent č. 6: *„Několik let před provedením totální endoprotézy jsem jezdil do termálních lázní na Slovensko, jinou léčbu jsem nepodstoupil.“*

4.1.1 Rozhodnutí k operaci

V rámci výzkumného šetření nás zajímalo, kdo respondentům doporučil podstoupit již zmiňovanou totální endoprotézu kyčelního kloubu.

Všem respondentům byl zákrok doporučen jak ze strany primáře, tak ortopeda, ke kterému chodili na pravidelné kontroly. Respondent č. 6 například odpověděl: *„Endoprotézu mi několikrát doporučoval pan primář a já jsem nakonec po 20 letech s provedením totální endoprotézy souhlasil.“* K tomu, aby podstoupili totální endoprotézu, vedla všechny respondenty bolest kyčelního kloubu a omezení pohybu.

Respondent č. 3 uvedl sníženou sebekpěči při koupeli. U všech oslovených respondentů byla stanovena dg. artróza. Nejdéle se s artrózou léčil respondent č. 6, který odpověděl: „*S artrózou jsem se léčil 20 let.*“ Interval léčby artrózy se u ostatních respondentů pohyboval v rozmezí od 5 až do 15 let.

4.1.2 Informace podané klientům před operací

Z výzkumného šetření vyplývá, že respondenti byli o nutnosti podstoupit předoperační vyšetření informováni 3 měsíce před plánovaným termínem operace anebo při poslední kontrole u lékaře. Je tedy zřejmé, že respondenti měli dostatek času zařídit si všechna důležitá vyšetření. Jednalo se o vyšetření stomatologické, interní, anesteziologické a u žen o gynekologické vyšetření. Je vhodné, aby klient před operačním zákrokem podstoupil odběr krve k autotransfuzi. I na tuto problematiku jsme se zaměřili a zeptali se na ni respondentů. Všech sedm respondentů bylo o této možnosti informováno jak lékařem, primářem, tak sestrou. Respondent č. 2 sdělil: „*Ano, a byl jsem za tuto možnost transfuze vděčný.*“ Respondent č. 7 řekl: „*Ano, o autotransfuzi mi bylo řečeno, ale kvůli posunutí operace na bližší termín jsem autotransfuzi nestihl podstoupit.*“ Za nejdůležitější poskytnuté informace považovali klienti upozornění na předoperační vyšetření a také autotransfuzi či úpravu domácího prostředí. Respondent č. 2 uvedl: „*Za nejdůležitější asi považuji zejména autotransfuzi a úpravu domácího prostředí.*“ Respondenti nám také sdělili, jaká předoperační vyšetření museli podstoupit. Respondent č. 3 sdělil: „*Ano, vzpomínám si, že jsem musela jít na odběr krve a EKG. Musela jsem jít také na zubní prohlídku, autotransfuzi a gynekologii.*“ Respondent č. 6 řekl: „*Musel jsem jít na vyšetření na ARO, kde mi natáčeli EKG a odebírali mi krev. Měl jsem jít také na zubní vyšetření a rehabilitaci.*“

V rámci předoperační přípravy měli pacienti také absolvovat anesteziologické konzilium. Toto konzilium podstoupili všichni respondenti kromě respondenta č. 7. Respondent č. 7 odpověděl: „*Konzultaci s anesteziologem jsem během předoperační přípravy nepodstoupil.*“ Zajímali jsme se, zda dotazovaní považovali anesteziologické konzilium za prospěšné. Dotazovaní byli za toto konzilium rádi. Dotazovaný č. 1 sdělil: „*Ano, anesteziolog mi vysvětlil různé nejasnosti. Společně jsme měli možnost domluvy*

na způsobu provedení anestezie. *Měla jsem podstoupit anestezii lokální, takže mi anesteziolog nastínil, jak se bude anestezie provádět.*“ Odpovědi se lišil pouze respondent č. 7, který uvedl: *„Ani ne, stačila mi konzultace večer před operací.“*

Během rozhovorů jsme se také zajímali o to, kdy a jakým způsobem byli klienti informováni o možných pooperačních komplikacích. Respondent č. 4 jako jediný nebyl seznámen s možnými komplikacemi při příjmu na ortopedické oddělení. Ostatní klienty o možných komplikacích informovala sestra či lékař, a pacienti též dostali od sestry informační leták. Dotazovaný č. 1 řekl: *„Při příjmu jsem dostala od sestry leták, kde byly informace o různých komplikacích a způsobu provedení totální endoprotézy, lékař mi žádné informace nepodal.“* Respondent č. 4 byl jako jediný poučen o možných komplikacích operace a léčby už během předoperační přípravy. Když jsme se zeptali, zda by byli respondenti poučeni raději z úst lékaře, odpovědi se opět lišily. Ať už bylo důvodem lepší vysvětlení, nebo strach z výkonu. Respondent č. 2 sdělil: *„Ani ne, spíš bych se možná ještě více operace bál.“* Dotazovaná č. 5 řekla: *„Ani ne, byla bych radši, kdybych o možných komplikacích nevěděla.“* Odpověď dotazované č. 1 zněla následovně: *„Ano, raději bych byla informována o možných komplikacích přímo od lékaře.“*

4.1.3 Informace a úpravě domácího prostředí

Nedílnou součástí dlouhodobé předoperační přípravy je úprava domácího prostředí, tedy i informování klientů o této skutečnosti. Dotazovaní byli s těmito úpravami seznámeni – kromě respondentů č. 1 a 7. Zajímalo nás, kdo respondenty informoval, popřípadě jakým způsobem byli informováni. Respondenti č. 3, 4, 5, 6 byli informováni jak ze strany sester, tak ze strany lékaře. Dotazovaný č. 2 odpověděl: *„Sestra mi dala informační leták a některé informace jsem si zjišťoval ve svém zájmu sám na internetu.“* Respondenti, kteří nebyli informováni zdravotnickým personálem, byli o změnách informováni prostřednictvím svých známých a internetu. Co se týče změn, jež jim byly doporučeny, respondenti se svými odpověďmi shodovali. Respondent č. 1 na otázku odpověděl: *„Zvýšení postele, přístup k posteli nejlépe ze dvou stran, úprava koupelny, kdy jsme budovali úpravy sprchového koutu. Dále jsme*

museli odstranit veškeré koberce a koupelnové předložky. V mém zájmu jsme dali do koupelny a na WC madla. A také jsme na WC dodávali nástavec.“ Sestry také pacientům sdělily, že na některé kompenzační pomůcky mohou čerpat finanční příspěvky od zdravotní pojišťovny. Toto nám sdělili všichni dotazovaní. Respondent č. 7 ještě navíc sdělil: *„Ano, ale bohužel jsem měl kompenzační pomůcky zajištěny dopředu.“*

4.1.4 Informace o předoperačním rehabilitačním kurzu

Pokud jde o kurzy před totální endoprotézou, byly tyto kurzy doporučeny pacientům č. 1, 2, 3, 5. Těchto respondentů jsme se ptali na spokojenost. Dotazovaný č. 1 opověděl: *„S kurzem jsem byla spokojená, ale bohužel po operaci se jednotlivé cviky a úkony provádějí mnohem hůře, s čímž jsem byla seznámena.“* Dotazovaný č. 2 uvedl: *„Kurz mi pomohl, byl jsem s ním velice spokojen.“* Zbylým respondentům kurzy doporučeny nebyly. I jich jsme se zeptali. Respondent č. 6 sdělil: *„Na kurz bych stejně nešel, takže jsem rád, že mi nebyl doporučen.“* Položili jsme mu doplňující otázku, kdy tedy jednotlivé cviky procvičoval. Odpověděl: *„Cviky jsem se učil až po operaci.“* Respondent č. 4 také nebyl seznámen s možností navštívit kurz. I jemu byla položena doplňující otázka, na kterou respondent opověděl: *„Do nemocnice jsem nastupovala 3 dny před operací a během této doby mě fyzioterapeutky učily chůzi o berlích.“* Během rehabilitačního kurzu byli respondenti informováni o nácviku rehabilitačních cviků. Respondent č. 1 řekl: *„Docházela jsem k fyzioterapeutovi, který se mnou zkoušel nácvik chůze o berlích. Fyzioterapeut mě seznámil se cviky, které budu vykonávat po provedení totální endoprotézy. Tyto cviky a chůzi o berlích jsem si měla sama doma ještě několikrát vyzkoušet.“* Odpověď respondenta č. 7 se od ostatních lišila: *„Jednotlivé cviky jsem se učil až po operaci a takto mi to vyhovovalo.“*

Co se týče nácviku v domácím prostředí bez fyzioterapeutů, někteří respondenti uznali, že to bylo horší. Když cvičili s fyzioterapeuty, byli upozorněni na chyby. V domácím prostředí museli spoléhat sami na sebe. Dotazovaný č. 5 sdělil: *„Myslím si, že mi šel nácvik samotné doma bez problémů.“* Podobně odpověděl i respondent č. 3. Také jsme se respondentů zeptali, zda byla tato schůzka s fyzioterapeuty dostačující,

nebo zda by uvítali ještě jednu, více informačně zaměřenou schůzku. I zde se odpovědi dotazovaných lišily. Dotazovaný č. 1 sdělil: „*Nácvik mi nestačil. Určitě bych uvítala další nácvik. Kurz je docela krátký, a takto bych měla možnost si vše lépe nacvičit s odbornou pomocí.*“ Respondent č. 2 odpověděl: „*Vcelku ano. Další schůzka by byla možná vhodná, alespoň k ucelení všech potřebných informací a také k tomu, aby mi fyzioterapeutka řekla, zda jsem se vše naučil správně.*“ Zbylí respondenti byli s nácvikem spokojeni.

4.2 Předoperační příprava a role sestry

V rámci výzkumného šetření jsme zjišťovali, jak u klientů probíhala příprava před operačním zákrokem a jakou úlohu v této přípravě hrála sestra. Klienti byli podle svých odpovědí informováni o tom, že od půlnoci nesmí kouřit, jíst ani pít. S odpovídající č. 1 vyplňovali dokumentaci lékař a sestra při příjmu na oddělení, poté byla klientka seznámena s oddělením. Byla také informována o tom, že nesmí od půlnoci nic jíst ani pít. Večer se měla osprchovat a oholit si stehno na končetině, kde bude provedena totální endoprotéza. Sestra pak za klientkou přišla, aby zkontrolovala, jestli vše provedla správně, a natřela jí stehno žlutou dezinfekcí. Večer před výkonem dostala odpovídající č. 1 od sestry léky na uklidnění a ráno před výkonem dostala injekčně premedikaci. Na operačním sále jí zavedli kanylu. Respondent č. 2 také vyplňoval s lékařem a sestrou potřebnou dokumentaci, byl seznámen s oddělením a sestra ho informovala o tom, že od půlnoci nesmí nic přijímat per os. Další odpověď respondenta č. 2 se od odpovědi klientky č. 1 lišila následovně: „*Večer jsem se měl dojít osprchovat a sanitář mi přišel oholit stehno kvůli operaci. Večer za mnou přišel anesteziolog a řekl mi, že před spaním dostanu léky, které mi předepsal na celkové uklidnění. Sestra mi ráno přišla dát punčochu na druhou nohu, která nebude operovaná, a dostal jsem také anděla a operační čepici. Před odjezdem na operační sál mi sestra píchala tzv. premedikaci.*“ Odpovídající č. 3 nastupovala na oddělení týden před operačním zákrokem, aby si procvičila nácvik chůze po schodech. Lékař a sestra klientku den před operací informovali, že od půlnoci nesmí nic pít ani jíst. Po večeri dostala klientka č. 3 čípek a měla se jít osprchovat. Sestra večer klientce oholila stehno,

kde bude provedena endoprotéza, a stehno jí natřela dezinfekcí. Sestra klientce večer před výkonem zaváděla kanylu. Před spaním dostala odpovídající prepremedikaci. Před odjezdem na sál klientce sestra bandážovala neoperovanou dolní končetinu a informovala klientku o tom, aby si před odjezdem na sál došla na WC, a následně dostala klientka premedikaci. Respondent č. 5 odpověděl na otázku podobně jako ostatní, až na některé maličkosti: „*Po večeri jsem dostala čípek a měla jsem se vysprchovat. Po osprchování mi sestra napichovala kanylu, dezinfikovala mi stehno, které předtím oholila. Před spaním jsem dostala prášek. Ráno jsem se měla převléct do anděla a dojít si na WC, potom mi sestra bandážovala nohu a dala mi před odjezdem na sál injekci.*“ Odpověď respondenta č. 4 byla od ostatních odlišná takto: „*Tři dny před operací jsem rehabilitovala. Den před operací za mnou přišel lékař a informoval mě, že za mnou večer přijde anesteziolog. Sestra mi po večeri dávala čípek, po večeri jsem se měla jít osprchovat. Sestra mi pak po koupeli přišla říct, že od půlnoci nesmím nic jíst ani pít a dala mi na stolek o této informaci cedulku, oholila mi stehno a pak ho natírala takovou žlutou dezinfekcí. Před spaním jsem dostala tabletu. Ráno mi sestra píchala kanylu, na stolek jsem dostala anděla a operační čepici. Před odjezdem na sál mi sestra měřila tlak a bandážovala mi končetinu, které nebude operovaná. Těsně před odjezdem mi sestra píchala injekci.*“ Respondent č. 6 nesměl od půlnoci kouřit, jíst ani pít. Večer dostal od sestry čípek na vyprázdnění. Po večeri se měl klient dojit osprchovat, sanitář mu pak přišel oholit stehno. Klientovi natírala stehno dezinfekcí sestra. Před spaním dostal prepremedikaci. Ráno si měl dojit na WC a převléct se do anděla, sestra mu pak přišla navléct stahovací punčochu. Před odjezdem na sál mu ještě sestra píchala premedikaci. Klientovi č. 6 byla kanyla zavedena až na operačním sále.

Odpověď respondenta č. 7 byla oproti ostatním rozsáhlejší: „*Po příjmu jsem byl seznámen s oddělením, sestra mi měřila tlak, odebírala mi z prstu krev, aby zjistila, jakou mám glykémii. Po odběrech jsem šel na vyšetřovnu na naměření EKG. Sestra mě upozornila, že od půlnoci už nesmím kouřit, jíst ani pít. Po osprchování mi sanitář navečer přišel oholit stehno, kde bude provedena endoprotéza. Sestra mi přišla napíchnout kanylu a natírala mi stehno žlutou dezinfekcí. Ráno jsem dostal od sestry infuzi, měřila mi glykémii a tlak. Měl jsem se převléci do operační košile a dojít si na*

WC. Sestra mi před odjezdem na sál natahovala na neoperovanou nohu punčochu a pak mi píchala injekci. “

Na základě otázky, zda klienty večer před výkonem navštívil anesteziolog, jsme zjistili, že se anesteziolog zastavil u všech respondentů. S respondentem č. 7 se anesteziolog domlouval na způsobu provedení anestezie až večer před operací. Respondent č. 7 zmínil: *„Ano, zastavil se u mě a rozhodovali jsme se, jakou anestezii podstoupím. Nakonec jsme se společně domluvili na anestezii celkové.“* Respondent č. 6 navíc řekl: *„Ano, řekl mi, že po operaci půjdu na jednotku intenzivní péče.“* Respondentka č. 4 odpověděla: *„Ano, přišel za mnou a vysvětlil mi, že před spaním dostanu od sestry lék, který mi předepsal, řekl mi také, že půjdu na operaci asi kolem osmé hodiny.“*

Respondentů jsme se také ptali, zda byli seznámeni s tím, kam budou přeloženi po operačním zákroku. O této skutečnosti byli informováni všichni respondenti. Respondenti č. 2, 3, 7 byli o převozu informováni už večer před operačním výkonem. Respondent č. 2 uvedl: *„Ano, anesteziolog mi večer před výkonem řekl, že pokud půjde operace dobře, tak budu uložen na pooperačním pokoji.“* Respondentka č. 3 odpověděla na tuto otázku podobně. Respondenti č. 1, 4, 5 byli o převozu informováni až po ukončení operačního zákroku. O převozu je informoval lékař. Respondentka č. 5 odpověděla: *„Ano, lékař mi to řekl po ukončení operace.“*

4.3 Pooperační péče a role sestry

V rámci výzkumného šetření nás zajímalo, kam byli respondenti po operačním zákroku převezeni. Tři respondenti ze sedmi byli převezeni po provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu na pooperační pokoj. Odpovídající č. 4 byla jako jediná převezena na jednotku intenzivní péče z důvodu komplikací. Respondentka č. 4 odpověděla: *„Musela jsem být uložena kvůli zhoršení srdeční činnosti na jednotce intenzivní péče.“*

Na otázku, jaké informace a od koho na pokoji po operaci dostávali, jsme zjistili, že respondenti byli po operačním zákroku informováni jak lékařem, tak sestrou. Respondent č. 3 zmínil: *„Sestra a lékař mi řekli, že mi bude sestra každou hodinu*

chodit měřit tlak. Lékař mi nařídil, abych měla pořád operovanou nohu v poloze, jakou mi doporučil. Musela jsem mít klín mezi stehny.“ Respondenti byli informováni zejména o dodržování správné polohy operované dolní končetiny a podání analgetik. Respondent č. 7 uvedl jinou odpověď než ostatní: *„Od ošetřujícího lékaře jsem se dozvěděl, že operace proběhla v pořádku a bez komplikací.“* O nutnosti podání analgetik byli také všichni respondenti informováni. O této skutečnosti je informovali sestra a lékař ihned po příjezdu na pokoj.

Sestra všem respondentům na pooperačním pokoji či jednotce intenzivní péče pravidelně kontrolovala fyziologické funkce. Sestra u respondentů také kontrolovala správnou polohu operované dolní končetiny. Respondentka č. 1 o pooperační péči řekla: *„Sestra mi pravidelně měřila krevní tlak a tep, měřila mi tělesnou teplotu a koukala se na množství krve v Redonových drénech. Také kontrolovala, zda je operovaná noha ve správné poloze. Sestra mi také dopomáhala s hygienou.“*

U respondenta č. 3 kontrolovala sestra správnost provedení bandáže neoperované dolní končetiny. Respondent č. 7 navíc uvedl: *„Sestra mi dávala infuze, měřila mi glykémii, kontrolovala, jestli jsem se po operaci vymočil. Protože jsem se několik hodin po operaci nemohl vymočit, tak mi přišel dát urolog cévku a sestra mu asistovala. Sestra poté kontrolovala odtok moči do močového sáčku. Sestra kontrolovala, kolik vypiji tekutin. Sestra mě kontrolovala, zda mám operovanou nohu ve správné poloze.“*

Na jednotce intenzivní péče či na pooperačním pokoji byli respondenti uloženi po dobu od jednoho dne až do čtyř dnů. Například respondent č. 4 odpověděl: *„Na jednotce intenzivní péče jsem ležela tři dny a po třech dnech mě přendali na normální pokoj na ortopedii.“*

4.3.1 Fyzioterapie a role sestry

Během výzkumného šetření jsme také zjišťovali, jak probíhala rehabilitace klientů po celou dobu hospitalizace. Respondent č. 5 uvedl: *„První den po operaci za mnou přišla fyzioterapeutka a nacvičovala se mnou správné dýchání, dělala mi krouživé pohyby v kotnících, už nevím, v jakém pořadí, ale nacvičovali jsme také sed z postele*

s nohama dolů. Učila mě chodit s berlemi po rovině a po schodech.“ Respondent č. 4 odpověděl: *„První dny jsem pouze ležela a docházela za mnou fyzioterapeutka, aby mě naučila správnému dýchání a procvičovala mi operovanou nohu v kotníku. A také mi dávala nohu do derotační boty. Ostatní dny mě fyzioterapeutka učila, jak mám správně sedět a jak vstávat z postele s klínem mezi stehny. Také mě instruovala, jak se má na postel znovu nalézt s klínem mezi stehny. Kolem šestého dne jsem se učila chodit s berlemi po pokoji a pak i po chodbě a poslední dny mě fyzioterapeutky učily chůzi po schodech.*“ Klientka č. 1 odpověděla, že s ní během prvního dne fyzioterapeutka cvičila vleže dechová cvičení, následující dny se učila nácvičku sedu a dále pak i chůzi o berlích. Respondent č. 2 také procvičoval během prvních dnů po operaci dechová cvičení. Další dny se učil odpovídající č. 2 usedat na lůžku, vstávat z lůžka a uléhat na něj, poslední dny se učil nácvičku chůze s berlemi. Respondent č. 3 řekl: *„První den mi fyzioterapeutka kroužila nohou v kotníku a učila mě správně dýchat, druhý den mě učila sednout s klínem mezi stehny. Kolem čtvrtého dne mě učily fyzioterapeutky chodit po pokoji a po chodbě, a ty další dny už jsem se učila chodit po schodech.*“

Při rozhovorech nás také zajímalo, jakou roli hrála v rehabilitačním nácvičku sestra, pokud u respondenta nebyly během dne fyzioterapeutky. Podle většiny respondentů totiž vykonávala sestra rehabilitační činnosti pouze tehdy, pokud na oddělení nebyly přítomny fyzioterapeutky. Respondent č. 6 nám sdělil: *„Sestra mi během dne masírovala záda a promazávala paty. Pomáhala mi jít na WC.*“ Respondenti č. 3, 4, 5, 7 odpovídali na danou otázku podobně. Respondent č. 1 odpověděl jinak než ostatní: *„Ano, sestra během dne kontrolovala polohu operované končetiny a vždy po hygieně mi mezi stehna vkládala zpátky klín.*“ Respondent č. 2 nám řekl: *„Sestra většinou fyzioterapeutkám dopomáhala, pokud potřebovaly pomoci s ukládáním do postele. Sestra mě neustále během dne kontrolovala, zda dodržuji doporučenou polohu na zádech a jestli mám mezi stehny klín.*“

Na ortopedickém oddělení byli respondenti hospitalizováni po dobu 9 až 14 dní. Respondent č. 1 byl na ortopedickém oddělení hospitalizován nejkratší dobu a respondenti č. 4, 6 zase nejdelší. Respondent č. 4 uvedl: *„Na ortopedii jsem byla hospitalizována 14 dní.*“ Respondenti č. 2, 3, 5 byli na oddělení hospitalizováni 10 dní.

4.4 Informovanost klientů při propouštění do domácího prostředí a role sestry

Při propouštění do domácího prostředí nás zajímalo, kdo respondenty seznámil s potřebnými informacemi. Všichni klienti byli od lékaře či sestry před propuštěním seznámeni s důležitými informacemi týkajícími se pohybového režimu či pooperačních kontrol. Ptali jsme se rovněž, jakou roli hrála v informovanosti sestra. Respondenta č. 4 seznámila sestra s činnostmi, které nesmí po operaci vykonávat: *„Sestřička mi při odchodu domů vysvětlovala, jaké činnosti nesmím po operaci vykonávat. Sestra mě také upozornila, abych si dávala na obě nohy bandáže.“* Respondenti č. 1, 3, 7 obdrželi od sestry pouze edukační leták. Respondent č. 1 uvedl: *„Sestra mi dala při propouštění letáček s úkony a pohyby, které 3 měsíce po operaci nesmím vykonávat.“* Respondenta č. 6 informovala sestra pouze o důležitosti bandáží v rámci prevence tromboembolické nemoci. Respondent č. 2 dostal edukační materiál, ale sestra mu informace ještě osobně vysvětlovala. Respondent č. 5 byl také seznámen s prevencí tromboembolické nemoci. Pro všechny respondenty byly podané informace srozumitelné.

Na otázku, jaký byl rozdíl v podání informací od lékaře a od sestry, jsme zjistili, že respondentům č. 2, 5 dokázala informace lépe vysvětlit sestra. Respondent č. 5 uvedl: *„Sestra mi informace vysvětlovala srozumitelněji.“* Respondent č. 6 uvedl, že mu informace lépe dokázal vysvětlit lékař.

Všech respondentů se lékař nebo sestra zeptali, jestli jsou pro ně všechny informace srozumitelné. Respondent č. 4 odpověděl: *„Ano, sestra i lékař se mě ptali, jestli všem informacím rozumím.“* Respondenta č. 6 se zeptal lékař, zda všemu dobře porozuměl.

V rámci prevence tromboembolické nemoci dostali domů všichni respondenti (až na respondenta č. 7) antikoagulancia v tabletové formě. Respondent č. 1 navíc odpověděl: *„Dostala jsem Xarelto, které jsem měla užívat 1x denně vždy ve stejnou hodinu po dobu šesti týdnů.“* Respondent č. 7 si jako jediný aplikoval lék injekční formou. Respondent č. 7 nám na otázku odpověděl: *„Domů jsem dostal Fraxiparine. Tento lék jsem si píchal sám podle daných instrukcí. Lék jsem si píchal do břicha v okolí pupku.“*

Respondenti museli během antikoagulační léčby dodržovat určitá omezení, s nimiž je seznámil lékař nebo sestra. Respondenty č. 3, 4, 6, 7 o omezeních informoval lékař. Respondenty č. 1 a 5 informovali lékař a sestra. Respondenta č. 2 informovala o omezeních sestra.

Při antikoagulační léčbě dodržovali respondenti již zmíněná omezení. U léku Xarelto a Fraxiparine nesměli respondenti užívat pouze alkoholické nápoje. Při léčbě Warfarinem museli respondenti dodržovat dietní omezení. Respondenti nesměli jíst salát, zelí, nesměli pít alkohol a bylinné čaje. Měli zakázáno užívat léky jako například Diclofenac, Ibalgin a Brufen. Respondent č. 5 nám odpověděl: *„Nesměla jsem pít bylinné čaje, zejména zelený, nesměla jsem jíst listovou zeleninu. Při bolesti jsem nesměla užívat Brufen nebo Ibalgin.“*

Pooperační kontroly probíhaly u respondentů v určitých intervalech a všichni respondenti si dokázali vybavit, v jakém časovém rozmezí se tak stalo. Např. respondent č. 3 uvedl: *„Týden po operaci mi byly vyndány stehy. Na další kontrolu mě vezla sanita po 6 týdnech, kdy jsem šla i na rentgen. Na třetí kontrole jsem byla po třech měsících a také na rentgenu a pak po půl roce a také po roce.“* Respondent č. 7 odpověděl: *„Na první kontrolu jsem jel vleže sanitou po 6 týdnech od operace. Po 3 měsících jsem jel na rentgen. Na další kontrolu a rentgen jsem jel po půl roce a pak po roce.“*

Během rozhovorů jsme se zajímali i o to, jak jsou klienti informováni o zakázaných činnostech. Všichni respondenti prokázali dobré znalosti o zakázaných pohybech, které nesmí provádět po dobu 3 měsíců od operace. Respondent č. 5 odpověděl: *„Měla jsem se vyvarovat křížení nohou, nošení těžkých věcí. Měla jsem zakázáno dělat hluboký předklon, nesměla jsem také celou vahou došlápnout na operovanou nohu. Při slézání z postele jsem nesměla jít prvně nemocnou nohou dolů. Měla jsem se také vyvarovat ležení na boku.“* Respondent č. 4 řekl: *„Nesměla jsem si sednout do hlubokého křesla, nemohla jsem se předklánět a dělat prudké pohyby. A také jsem nesměla křížit nohy a řídit auto.“*

Všichni respondenti věděli, že tyto činnosti nesmí provádět po dobu 3 měsíců od provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu. Například respondent č. 6 opověděl: „*Tyto činnosti jsem nesměl dělat po dobu 3 měsíců od operace.*“

4.5 Informovanost klientů o lázeňské léčbě

Lázeňská léčba byla navržena šesti respondentům ze sedmi. Respondentovi č. 3 nebyla od lékaře doporučena lázeňská léčba. Respondent č. 5 lázeňskou léčbu odmítl a respondent č. 7 nepodstoupil následnou léčbu z důvodu špatného dopravního spojení a chybě v tiskopise. Respondenti č. 1, 2, 4, 6 lázeňskou léčbu podstoupili. Respondenti č. 1, 4 odjeli do Bertiných lázní v Třeboni. Respondent č. 6 postoupil následnou léčbu v lázních Jáchymov a respondent č. 2 odjel do Jánských Lázní. Respondent č. 1 navíc odpověděl: „*Byla jsem v Bertiných lázních v Třeboni, s touto léčbou jsem byla velmi spokojena, pomohla mi ke zlepšení celkové kondice.*“

Následná léčba byla respondentům navržena v době od 6 týdnů do 3 měsíců od operačního zákroku. Například respondent č. 4 uvedl: „*Lékař mi lázně navrhl 3 měsíce po operaci.*“ Respondent č. 3 by si zase velice přál, aby mu lázně byly doporučeny.

4.5.1 Informovanost klientů o návratu do zaměstnání

Čtyři respondenti chodili před operací do zaměstnání, takže nás zajímalo, po kolika měsících od provedení TEP jim lékař doporučil návrat do zaměstnání. Respondentům č. 1, 2, 4 byl doporučen návrat do zaměstnání po půl roce od operace. Respondentovi č. 6 byl doporučen návrat po 8 měsících. Respondent č. 4 odpověděl: „*Lékař mi návrat do práce doporučil poprvé po půl roce od operace a pak po roce.*“

5 DISKUSE

Bakalářská práce na téma *Informovanost klientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s.* se zabývá především informovaností klientů před operačním zákrokem, po operačním zákroku a také informovaností při dlouhodobé léčbě, jakou je například rehabilitace a lázeňská léčba. Hlavním cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit, jak jsou klienti informováni před totální endoprotézou kyčelního kloubu a jaké informace jsou jim poskytnuty po operaci. Výzkumný vzorek tvořilo 7 respondentů, kteří byli hospitalizováni na ortopedickém oddělení. Prvním dílčím cílem našeho kvalitativního šetření bylo zjistit informovanost klientů v rámci předoperační přípravy před totální endoprotézou kyčelního kloubu. K tomuto cíli byla stanovena následující výzkumná otázka: *V jakých oblastech jsou v rámci předoperační přípravy klienti informováni?* Druhým dílčím cílem bylo zjistit informovanost klientů v rámci pooperační péče po totální endoprotéze kyčelního kloubu. K tomuto cíli jsme vytvořili následující výzkumnou otázku: *Jakým způsobem jsou klienti informováni v rámci pooperační péče?* Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda mají klienti po totální endoprotéze možnost následné péče (rehabilitace, lázeňská léčba), k tomuto cíli byla sestavena výzkumná otázka: *Jaké možnosti následné péče mají klienti po totální endoprotéze?*

Klienti by měli být v rámci předoperační přípravy seznámeni se všemi důležitými informacemi, jako jsou například předoperační vyšetření a úprava domácího prostředí. S těmito pokyny seznamuje lékař klienty přibližně 3 měsíce před operačním zákrokem. Klienti během předoperační přípravy podstoupili tato vyšetření: stomatologické, interní, anesteziologické a u žen gynekologické. Ve své odpovědi nám uvedla respondentka č. 3: *„Vzpomínám si, že jsem musela jít na odběr krve a EKG. Musela jsem jít také na zubní prohlídku, autotransfuzi a gynekologii.“* Sosna (2003) přikládá velký význam gynekologickému vyšetření u žen, které provádí zejména z důvodu zjištění přítomnosti zánětu. Zde máme tedy potvrzeno, že lékaři postupovali během předoperační přípravy přesně tak, jak uvádí literatura.

Sosna (2003) ve své knize uvádí, že z důvodu velkých krevních ztrát při operačním zákroku je vhodné u klienta před plánovanou operací provést dva po sobě

jdoucí odběry krve. V rámci předoperační přípravy lékař respondenty seznámil s touto možností odběru krve na autotransfuzi. O tomto odběru krve byli informováni všichni respondenti, pouze respondent č. 7 odběr krve nepodstoupil kvůli změněnému termínu operačního zákroku.

Během předoperační přípravy klient podstupuje také anesteziologické konzilium. Toto konzilium podstoupili všichni respondenti kromě respondenta č. 7. Respondent č. 7 odpověděl: *„Konzultaci s anesteziologem jsem během předoperační přípravy nepodstoupil.“* Mikšová (2006) uvádí, že anesteziolog musí klienta poučit o průběhu anestezie a možných rizicích spojených s operačním zákrokem. Z rozhovorů bylo zjištěno, že v reálu anesteziolog klienty o možných rizicích spojených s operačním zákrokem neinformoval. Zajímalo nás, zda dotazovaní považovali anesteziologické konzilium za prospěšné. Dotazovaní byli s tímto konziliem spokojeni. Dotazovaný č. 1 sdělil: *„Ano, anesteziolog mi vysvětlil různé mé nejasnosti. Společně jsme měli možnost domluvy na způsobu provedení anestezie. Měla jsem podstoupit anestezii lokální, takže mi anesteziolog nastínil, jak se bude anestezie provádět.“* Odpovědi se lišil pouze respondent č. 7, který odpověděl: *„Ani ne, stačila mi konzultace večer před operací.“* O možných pooperačních komplikacích byli klienti informováni až při příjmu na oddělení. S komplikacemi byli respondenti seznámeni formou letáku, což dle mého názoru není zrovna vhodné, protože tak respondenti nemají možnost zpětné vazby. Jedině respondent č. 4 nebyl o komplikacích informován vůbec. Zjišťovali jsme, zda by klienti raději uvítali informace od lékaře než informace podané formou letáku. Odpovědi na tuto otázku se celkem lišily. Například respondent č. 2 sdělil: *„Ani ne, spíš bych se možná ještě více operace bál.“* Odpověď dotazované č. 1: *„Ano, raději bych byla informována o možných komplikacích přímo od lékaře.“*

Další důležitou informací pro klienta je úprava domácího prostředí, ve kterém bude klient pobývat po propuštění z nemocnice. Během rozhovorů jsme se zajímali, zda o této skutečnosti byli klienti informováni. Pět respondentů ze sedmi bylo s úpravou domácího prostředí seznámeno. Respondenti č. 1 a 7 byli o úpravě domácího prostředí informováni pouze prostřednictvím svých přátel či internetových stránek. Myslím si, že by bylo velice žádoucí seznámit všechny klienty s nutnými úpravami v domácím

prostředí nejpозději tři měsíce před operací, aby klienti měli dostatek času na zajištění všech potřebných úprav. Sosna (2003) ve své knize uvádí, že úprava domácího prostředí je nezbytnou součástí předoperační přípravy. Zeptali jsme se proto klientů, jaké úpravy jim byly doporučeny a kdo konkrétně jim je doporučil. Respondentka č. 4 nám odpověděla, že ji s úpravami seznámili lékař i sestra. „*Doporučili mi úpravu koupelny, měla jsem totiž jen vanu, a tak jsem si nechala zbudovat sprchový kout i s madly, doporučili mi, abych si na schody dala madla také. Ze schodů jsem měla odstranit koberec.*“ Ostatním respondentům byly doporučeny stejné úpravy. Podle Sosny (2003) je třeba úpravu prostředí, v němž bude klient trávit dobu po propuštění z nemocnice, realizovat tak, aby toto prostředí bylo pro klienta bezpečné a poskytovalo mu pocit jistoty. Je nutné vybavit domácí prostředí protiskluzovými podložkami na WC, do koupelny či do sprchy. Tyto prostory, stejně tak jako přístupové části bytu (chodby a verandy), je vhodné doplnit madly.

Sosna (2003) ve své knize dále uvádí, že rehabilitaci v předoperačním období doporučuje klientovi lékař specializovaný na ortopedickou problematiku. Pro klienta by mělo být prospěšné se jednotlivé cviky naučit ještě před plánovanou operací totální náhrady kyčelního kloubu, klient pak nemá problém s aplikací cviků v pooperační době. V rámci rehabilitační péče před operací si klient rovněž nacvičuje chůzi o podpažních berlích (i po schodech), dále by si měl vyzkoušet sed, přetočení na bok a přetočení na břicho s polštářem mezi kolena (Sosna 2003). Chmelářová (2010) se ve své bakalářské práci zabývala problematikou pacienta po náhradě kloubu a edukací v předoperačním a pooperačním období. Ve svém výzkumném šetření Chmelářová (2010) zjistila, že většina klientů rehabilitační kurz vůbec neabsolvovala a jeden klient o této rehabilitaci nebyl ani informován. Od roku 2010 se informovanost klientů o kurzu celkem změnila. V našem výzkumném šetření jsme zjistili, že 4 respondenti byli o kurzu informováni, ale třem respondentům nebyl tento kurz vůbec nabídnut. Ptali jsme se respondentů, kterým nebyl kurz nabídnut, jestli by ho chtěli absolvovat. Respondenti č. 6 a 7 by prý kurz odmítli, lépe jim vyhovovalo učit se cviky až po operačním zákroku. Respondentka č. 4 sice rehabilitační kurz nepodstoupila, ale nastupovala na oddělení dříve, aby se naučila chůzi o berlích. Klienti byli s kurzem spokojeni, ale bylo by prý

dobré mít v kurzu více nácviků. Myslím si, že kurz před operací je velmi dobrou přípravou klienta na pooperační období. I když se nácvik chůze o berlích po operaci liší, není na škodu se jednotlivé úkony naučit dopředu. V informovanosti ohledně rehabilitačních kurzů je ještě pár nedostatků, které se snad během následujících let změni k úplné dokonalosti.

Co se týče kompenzačních pomůcek a jejich finančního příspěvku, byli o těchto možnostech klienti informováni. Ale například odpovídající č. 1 a 7 byli o kompenzačních pomůckách informováni až při propouštění z nemocnice, takže si během předoperační přípravy zajistili nástavec na WC sami – možnosti finančního příspěvku od zdravotní pojišťovny nevyužili. Ostatní respondenti byli o kompenzačních pomůckách informováni sestrou už v předoperačním období nebo při příjmu na ortopedické oddělení. Klienti uvedli, že vědí o možnosti čerpat finanční příspěvek, a také prokázali znalosti, že si o pomůcky mohou zažádat až po propuštění z nemocnice, což se shoduje s literaturou.

Podle Vytečkové (2011) by měla sestra při příjmu na oddělení klienta provést celým oddělením, pomoci mu zorientovat se na chodbách a sociálním zařízení a zavést ho na pokoj, kde bude trávit dobu před operací. Sestra nechá klienta převléci se do nočního prádla, poučí ho o používání signalizačního zařízení, seznámí ho s právy a povinnostmi pacientů a také s domácím řádem oddělení. Ve skutečnosti sestra respondenty přijímala s lékařem, společně s klientem vyplňovali dokumentaci a poté se klienta ujala pouze sestra. Respondentům bylo ukázáno oddělení, sociální zařízení a pokoj. Dále byli respondenti informováni, že od půlnoci nesmí kouřit, jíst ani pít, což se shoduje s literaturou. U klientů byla provedena předoperační příprava, která se týkala zejména oholení a dezinfekce operačního pole, dále prepremedikace. Sestra klientům měřila fyziologické funkce. Podle časopisu *Sestra* (2013) by měla být před operací všem klientům navlečena na druhou nohu elastická punčocha nebo bandáž z obinadel. Bylo zjištěno, že odpovídající č. 1 nebyla bandáž dolní končetiny provedena. Z důvodu rizika tromboembolické nemoci si myslím, že by měla sestra dbát na to, aby byly bandáže dolních končetin správně provedeny u všech klientů a neměla by tuto činnost podceňovat. Před převezením na operační sál aplikovala sestra klientům premedikaci.

Podle Workmana (2006) by měla sestra před převozem na operační sál ještě jednou zkontrolovat, zda souhlasí totožnost klienta s jeho identifikačním náramkem, což naši respondenti ve svých odpovědích neuváděli. Ze své zkušenosti ale vím, že sestry opravdu totožnost klienta před operačním zákrokem několikrát pečlivě kontrolují.

Po operačním zákroku je klient převezen na jednotku intenzivní péče nebo na pooperační pokoj. V našich rozhovorech jsme zjistili, že 3 respondenti byli převezeni na pooperační pokoj a 4 respondenti na jednotku intenzivní péče. Z literatury je zřejmé, že z hlediska práce sestry se jedná o velmi rizikové období, během kterého je péče zaměřena především na sledování vitálních funkcí a projevů možných pooperačních komplikací, zvládnutí bolesti a také na péči o psychiku (Janíková 2013). Všechny intervence zaznamenává sestra do ošetrovatelské dokumentace, což nám respondenti ve svých odpovědích potvrdili. Respondent č. 7 uvedl: „*Sestra mi dávala infuze, měřila mi glykémii, kontrolovala, jestli jsem se po operaci vymočil. Protože jsem se několik hodin po operaci nemohl vymočit, tak mi přišel dát urolog cévku a sestra mu asistovala. Sestra poté kontrolovala odtok moči do močového sáčku. Sestra kontrolovala, kolik vypiji tekutin. Sestra mě kontrolovala, zda mám operovanou nohu ve správné poloze.*“

Během bezprostřední pooperační péče informovali lékař a sestra klienty o možnosti podání analgetik. Při rozhovorech jsme zjistili, že byli všichni klienti informováni o podání analgetik ihned při příjezdu na pooperační pokoj či jednotku intenzivní péče. Z vlastní zkušenosti mohu posoudit, že se někteří klienti snaží lékům proti bolesti vyhýbat, takže je pro lékaře i sestru někdy celkem náročné jim vysvětlit, jak důležitou roli v léčbě analgetika hrají.

Podle Kapounové (2007) má být klient první a druhý pooperační den upoután na lůžku. Je třeba držet operovanou dolní končetinu v bezpečné poloze, což sestra zajistí správným polohováním klienta. Operovaná končetina by měla být v mírné abdukci, proto se mezi stehna vkládá abdukční klín. Dalším úkonem v rámci pooperační péče je zamezení zevní rotace operované končetiny pomocí derotační boty. Z našich rozhovorů jsme zjistili, že klienti byli první dny upoutáni na lůžku a docházela za nimi fyzioterapeutka procvičovat dechová cvičení. Například respondent č. 6 nám na otázku týkající se rehabilitace odpověděl: „*První dny jsem ležel a fyzioterapeutky mi*

procvičovaly operovanou nohu. Nohu mi vkládaly do derotační boty. Ostatní dny jsem se učil nácvičku sedu s nohama dolů, pak mě fyzioterapeutky učily chodit s berlemi po pokoji a chodbě. Fyzioterapeutky mě také učily správně nalézat na postel s klínem mezi stehny.“ Rehabilitace se během dalších dnů odvíjela dle stavu klienta. Podle Dungla (2014) učí fyzioterapeut klienta sedět na lůžku v maximálním úhlu 90 stupňů se svěřenými nohama, dále začíná s vertikalizací. Klient pod vedením fyzioterapeuta nacvičuje trojdobou chůzi o francouzských holích. Respondenti nám ve svých odpovědích potvrdili, že se učili usedat na lůžku se svěřenými nohama a také se pod vedením fyzioterapeuta učili chůzi o berlích. Respondentka č. 4 nám navíc sdělila: *„Ostatní dny mě fyzioterapeutka učila, jak mám správně sedět a jak vstávat z postele s klínem mezi stehny. Také mě instruovala, jak se má na postel znovu nalézt s klínem mezi stehny. Kolem šestého dne jsem se učila chodit s berlemi po pokoji a pak i po chodbě a poslední dny mě fyzioterapeutky učily chůzi po schodech.“*

Sestra by měla dbát během pooperační péče u klienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu na prevenci dekubitů. Tato prevence dle Janíkové (2013) spočívá zejména v péči o kůži, polohování, vypodkládání predilekčních míst a také v údržbě čistého prádla klienta. Během praxe na ortopedickém oddělení jsem upozorovala, že sestry na prevenci dekubitů velice dbají, po 2 hodinách jsme chodily klienty polohovat, vypodkládat a promazat jim již zmíněná predilekční místa. Klientům se upravovalo ležení vypnutím prostěradla, aby nikde nebyly záhyby. V našem výzkumném šetření bylo zjištěno, že sestry opravdu u klientů dbaly na prevenci dekubitů, například respondentka č. 5 uvedla: *„Sestra mi promazávala paty a vypodkládala je kolečky z molitanu. Sestra mi také masírovala záda a kontrolovala, zda dodržuji správnou polohu operované končetiny.“*

Při propouštění do domácího zařízení seznámili lékař, sestra či fyzioterapeut klienta i s dalšími pokyny, které musí během léčby v domácím prostředí dodržovat. Podle Sosny (2003) je cvičení po propuštění z nemocnice nezbytnou součástí léčby. S tímto názorem souhlasím, protože pokud klient zanedbává rehabilitaci operované končetiny, ztíží si tím pohyblivost končetiny. Respondenti č. 1, 3 a 7 byli o zakázaných pohybech po dobu tří měsíců informováni pouze formou letáku. V tomto jsem za jedno

s Chmelářovou, v informování ze strany sester a lékařů je stále co zlepšovat. Forma letáku opravdu klientovi k ujasnění pokynů nestačí.

Dungl (2014) uvádí, že by klient neměl sedět v úhlu větším než 90 stupňů, a to z důvodu nebezpečí luxace implantátu. Fyzioterapeut má varovat klienta před addukcí dolních končetin a před zevní rotací operované dolní končetiny. Ohnutí operované dolní končetiny nesmí být větší než 90 stupňů. Klient je fyzioterapeutem varován před usedáním do hlubokých křesel, dále před cvičebními úkony jako jsou dřepy, předklony apod. Fyzioterapeut poučí klienta o správném uléhání na lůžko, to znamená o použití klínu (polštáře) mezi kolena, a také o tom, že klient nemá křížit dolní končetiny a přetáčet se na lůžko bez použití abdukční pomůcky. Oproti Chmelářové (2010), která v rozhovorech zjistila, že většinou klienti nemají jasnou představu o režimových opatřeních, jsme se dozvěděli, že o těchto režimových opatřeních byli respondenti opravdu informováni. Například respondentka č. 1 uvedla: „*Musela jsem se vyvarovat sezení v hlubokém křesle, nesměla jsem řídit automobil, nesměla jsem ležet na břiše ani na boku. Po operaci jsem nesměla došlapovat celou vahou na operovanou končetinu a chůzi jsem prováděla pouze s berlemi.*“ Naproti tomu respondentka č. 5 odpověděla: „*Měla jsem se vyvarovat křížení nohou, nošení těžkých věcí. Měla jsem zakázáno dělat hluboký předklon, nesměla jsem také celou vahou došlápnout na operovanou nohu. Při slézání z postele jsem nesměla jít prvně nemocnou nohou dolů. Měla jsem se také vyvarovat ležení na boku.*“

Při propouštění z nemocnice lékař klienty informoval o důležitosti pooperačních kontrol. Všichni respondenti se k pravidelným kontrolám dostavovali a dokonce si pamatovali, v jakých intervalech kontroly probíhaly. Například respondentka č. 3 nám sdělila: „*Týden po operaci mi byly vyndány stehy. Na další kontrolu mě vezla sanita po 6 týdnech, kdy jsem šla i na rentgen. Na třetí kontrole jsem byla po třech měsících a také na rentgenu, a pak po půl roce a také po roce.*“ Klienti musí po totální endoprotéze kyčelního kloubu chodit pravidelně jednou ročně na kontrolu ke svému ortopedovi. Lékař a sestra mají také klienty poučit o antikoagulanciích, která dostanou domů. Pokud má klient po operaci naordinovaný Warfarin, tak mu musí sestra či lékař vysvětlit, jaké stravě se musí po dobu užívání Warfarinu vyhnout. Musí ho také

informovat o tom, že jsou nutné kontrolní odběry Quickova testu. Špinar (2007) uvádí, že dietní omezení zahrnuje především stravu, jež nesmí mít vysoký obsah vitamínu K. Všichni klienti, kteří užívali Warfarin, byli s těmito pokyny seznámeni, například respondentka č. 5 si pamatovala toto: „*Nesměla jsem pít bylinné čaje, zejména zelený, neměla jsem jíst listovou zeleninu. Při bolesti jsem nesměla užívat Brufen nebo Ibalgin.*“ Ostatní respondenti, kteří neužívali Warfarin, měli naordinovaný lék Xarelto, a respondent č. 7 měl jako jediný předepsaný Fraxiparine. U těchto dvou zmiňovaných léků nemusejí klienti dodržovat žádná dietní omezení a ani nejsou nutné kontrolní odběry Quickova testu. Jediným omezením u těchto léků je zákaz užívání alkoholu. Respondentka č. 1 zmínila: „*Především jsem nesměla pít alkohol, jiná omezení jsem neměla.*“ Respondent č. 7 odpověděl: „*Domů jsem dostal Fraxiparine. Tento lék jsem si píchal sám podle daných instrukcí. Lék jsem si píchal do břicha v okolí pupku.*“ Tento respondent byl o všech pokynech nutných při aplikaci Fraxiparinu informován lékařem. Je velmi důležité, aby byl klient dostatečně poučen o správném způsobu aplikace s. c. injekcí, a máme potvrzeno, že lékař opravdu informovanost klienta nezanedbával.

Dungl (2014) ve své knize uvádí, že lázeňskou nebo ústavní rehabilitační péčí po propuštění klienta do domácího prostředí je možné absolvovat v časovém rozmezí tří až šesti měsíců po operaci. Naším respondentům byla lázeňská léčba doporučena v intervalu od 6 týdnů do 3 měsíců od provedení operace, ale absolvovali ji až po třech měsících. Lázeňská léčba byla navržena šesti respondentům ze sedmi. Podle mého názoru by měla být tato léčba navržena všem klientům, pokud to jejich zdravotní stav dovoluje. Respondenti č. 7 a 5 do lázní neodjeli, naproti tomu respondentka č. 3 o lázně velmi stála. Respondenti, kteří měli možnost tuto následnou léčbu absolvovat, byli s lázněmi velice spokojeni. Například respondentka č. 1 uvedla: „*Byla jsem v Bertiných lázních v Třeboni, s touto léčbou jsem byla velmi spokojena, pomohla mi ke zlepšení celkové kondice.*“ S respondentkou č. 1 souhlasím, protože cvičení a důkladná rehabilitace opravdu napomáhají ke zlepšení kondice. Myslím si, že lékaři by měli svým klientům po totální endoprotéze kyčelního kloubu lázně doporučit, a pak už bude pouze na uvážení klienta, zda tuto možnost využije, či ne.

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit informovanost klientů během předoperační přípravy. Během předoperační přípravy byli klienti dobře informováni o předoperačních vyšetřeních či anesteziologickém konziliu, ale v rámci informovanosti o rehabilitačním kurzu a úpravách v domácím prostředí už byly nalezeny nedostatky. Ne všem klientům byly poskytnuty informace týkající se úprav v domácím prostředí. Během předoperační přípravy nebyli také všichni klienti informováni o možných pooperačních komplikacích. Co se týče rehabilitačních kurzů, jsou zde stále určité nedostatky. Bylo zjištěno, že kurz nebyl doporučen všem klientům. Při hospitalizaci byli všichni respondenti důkladně informováni o bezprostřední předoperační přípravě. Druhým cílem práce bylo zjistit informovanost klientů v rámci pooperační péče. Z výsledků vyplývá, že klienti jsou v rámci pooperační péče velmi dobře informováni zejména v oblasti rehabilitace. Informace klientům poskytovali jak sestra, tak i lékař po celou dobu jejich hospitalizace. Velkou úlohu v informovanosti hrály i fyzioterapeutky, které se klientům věnovaly v oblasti rehabilitačních cviků. Při propouštění do domácího prostředí byli všichni klienti prostřednictvím lékaře a sestry seznámeni s důležitými informacemi týkajícími se pohybového režimu či pooperačních kontrol. Pozitivním zjištěním je fakt, že velkou roli v informovanosti hrála sestra. Sestra klientům vysvětlovala určité nejasnosti nebo jim poskytla informační leták. Posledním cílem bylo zjistit informovanost klientů v rámci následné péče. Dle zjištěných výsledků je zřejmé, že lázeňská léčba byla doporučena až na jednoho respondenta všem klientům. O lázeňské léčbě byli klienti informováni svým ošetřujícím lékařem během dlouhodobé pooperační péče v intervalu od 6 týdnů až do 3 měsíců od provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu. Jak již bylo zmíněno v diskusi, lékaři by měli svým klientům po totální endoprotéze kyčelního kloubu láně doporučit a pak už bude pouze na uvážení klienta, zda tuto možnost využije, či ne.

Informační brožura a výsledky bakalářské práce byly poskytnuty hlavní sestře nemocnice, kde mi bylo umožněno provést výzkumné šetření. Hlavní sestra by mohla výsledky využít například pro zlepšení informovanosti klientů ze strany sester v rámci

předoperačních příprav. Informační brožura (viz Příloha 1) by dále měla sloužit i samotným klientům, kteří se rozhodli podstoupit totální endoprotézu kyčelního kloubu.

7 SEZNAM LITERATURY

21. STOLETÍ. *Češi, kteří naučili svět zase chodit* [online] © 2009, [cit. 2009-11-19]. Dostupné z: <http://21stoleti.cz/2009/11/19/cesi-kteri-naucili-svet-zase-chodit/>
- ACTA CHIRURGIAE ORTHOPAEDICAE. *Profesor Oldřich Čech 80letý* [online] © 2008, roč. 75, č. 4 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://www.achot.cz/detail.php?stat=202>
- BRAUNOVINY. *Miniinvazivní přístup při totální endoprotéze kyčelního kloubu* [online] © 2014 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/miniinvazivni-pristup-pri-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubu>
- DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2. vyd., přeprac. a doplň. Praha: Grada, 2014, 1192 s. ISBN 978-802-4743-578.
- EVANGELU, Jaroslava Ester. *Diagnostické metody v personalistice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2607-6
- HALÁSOVÁ, Marie a Věra PANOŠOVÁ. *Život po totální endoprotéze kyčelního kloubu* [online] © 2010, č. 10 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivot-po-endoproteze-kycelniho-kloubu-455023>
- HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 124 s. ISBN 978-802-4740-324.
- HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 262 s., ISBN 978-802-4733-357.
- CHMELÁŘOVÁ, Zdeňka. *Pacient po náhradě kloubu a edukace v předoperačním a pooperačním období*. České Budějovice 2010. Bakalářská práce (Bc.) Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta.
- JANÁČKOVÁ, Laura. *Praktická komunikace pro každý den*. 1. vyd. . Praha: Grada, 2009, 111 s. ISBN 978-80-247-2479-
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s., ISBN 978-80-247-1830-9.
- MATOUŠ, Miloš, Miluše MATOUŠOVÁ a Miroslav KUČERA. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 95 s. ISBN 80-247-0886-8.
- MEDLICKER. *Dechová rehabilitace* [online] © 2013 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/56-dechova-rehabilitace>
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
- RESURF MED, *Totální endoprotéza kyčelního kloubu*, [online] © 2015 [cit. 2015-06-12]. Dostupné z <http://www.r-med.eu/cz/ostatni/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu.html>.
- SCHWICHTENBERG, Maren. *Cvičení pro zdravé klouby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 141 s. ISBN 978-80-247-2173-6.
- SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 149 s. ISBN 978-802-4710-792.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 300 s. ISBN 978-802-4731-308.
- SOSNA, Antonín, David JAHODA a David POKORNÝ. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 58 s. ISBN 80-725-4302-4.
- SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *České lázně*, [online] © 2009, [cit. 2015-06-12]. Dostupné z: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs>
- ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 255 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

- VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005, 144 s. ISBN 978-802-4712-628.
- VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 159 s. ISBN 978-802-4747-323.
- VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ, *Prevence žilní tromboembolické nemoci v ortopedii a traumatologii* [online] © 2009, č. 3 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/prevence-zilnitromboembolicke-nemoci-v-ortopedii-a-traumatologii-34143?confirm_rules=1
- VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013, 183 s. ISBN 978-807-2637-881.
- VYHLÁŠKA O STANOVENÍ ODBORNÝCH KRITÉRIÍ A DALŠÍCH NÁLEŽITOSTÍ PRO POSKYTOVÁNÍ LÁZEŇSKÉ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE, č. 2/2015 sb.,[online]©,. [cit.2014-12-23]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-2>
- VYLÍMOVSKÝ, Michal. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu: princip, indikace a rehabilitace* [online] ©,2012 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/23-totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-princip-indikace-a-rehabilitace>
- VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., ISBN 978-802-4734-194.
- WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. české. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
- ŘEHÁČEK, Vít. *Transfuzní lékařství*. 1. vyd. Editor Jiří Masopust. Praha: Grada, 2013, 264 s. ISBN 978-802-4745-343.
- ŠIRŮČKOVÁ, Miluše. *Typy totálních endoprotéz- terapie a rehabilitace. Typy totálních endoprotéz- terapie a rehabilitace* [online] ©, roč. 2010, č. 2 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/typy-totalnich-endoprotez-terapie-a-rehabilitace-449684>
- ŠVAGR, Martin. *Novinky, otázky a komplikace endoprotetiky kyčelního kloubu*. [online] ©, 2010, č. 2. [cit.2010-04-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/novinky-otazky-a-komplikace-endoprotetiky-kycelniho-kloubu-449354>

TALIÁNOVÁ, Magda, Marie HOLUBOVÁ a Jaroslav PILNÝ. *Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu* [online] ©, 2009, č. 1. [cit. 2009-01-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-nemocneho-po-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubu-417261>

TRČ, Tomáš. *Nové trendy v aloplastice* [online] ©, 2008, č. 15 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/nove-trendy-v-aloplastice-kycelniho-kloubu-381727>

ZÁKON O PŘÍRODNÍCH LÉČIVÝCH ZDROJÍCH, ZDROJÍCH PŘÍRODNÍCH MINERÁLNÍCH VOD, PŘÍRODNÍCH LÉČEBNÝCH LÁZNÍCH A LÁZEŇSKÝCH MÍSTECH A O ZMĚNĚ NĚKTERÝCH SOUVISEJÍCÍCH ZÁKONŮ (LÁZEŇSKÝ ZÁKON),č.164/2001,[online]©,[cit.2001-04-13].Dostupné z:<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-164>

ZDN, *Typy totální endoprotéz- terapie a rehabilitace*. [online] ©, 2010, č. 2. [cit. 2010-02-10]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/typy-totalnich-endoprotez-terapie-a-rehabilitace-449684>

8 PŘÍLOHY

8.1 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informační brožura

Příloha 2 Otázky k rozhovoru

Příloha 3 Otevřené kódování metodou „tužka a papír“

Příloha 4 Žádost o uskutečnění výzkumného šetření

Příloha 5 Rozhovory – na CD

INFORMAČNÍ BROŽURA

Pro klienty před totální endoprotézou kyčelního kloubu



Obr. č. 1

Vážený/á kliente/ko,
protože jste se rozhodli podstoupit totální náhradu kyčelního kloubu, rádi bychom Vám touto brožurou sdělili několik potřebných informací, které Vám pomohou během předoperační přípravy.

Úprava domácího prostředí

ÚPRAVA KOUPELNY



Obr. č. 2

Do sprchového koutu namontujte **madla**. Na trhu jsou v nabídce madla plastová či kovová. Madla a ostatní sortiment do koupelny nejdete v obchodech s koupelnovým zařízením.

Proti uklouznutí na mokřém povrchu sprchového koutu či vany si poříďte **protiskluzové podložky nebo pásky**. Nezapomeňte si odstranit předložky z koupelny.

Pokud ve Vaší koupelně chybí sprchový kout, je dobré použít **protiskluzový schůdek** (stolička) k vaně.

Nejvhodnější je pro Vaši bezpečnost bezbariérový sprchový kout, nebo kout bez vaničky.



Obr. č. 3

ÚPRAVA WC



Obr. č. 4

Pro Vaše WC lze použít nástavec na WC (tuto pomůcku hradí v plné výši pojišťovna, ale můžete si o ni zažádat až po propuštění z nemocnice). Také na WC si namontujte madlo, aby se Vám lépe usedalo a vstávalo. Nezapomeňte si i v tomto případě odstranit předložku před WC, pokud ji zde používáte.

Další úpravy

- ✓ **madla na schodiště** (pokud nemáte zábradlí na obou stranách)
- ✓ **odstranit koberce a tzv. „běhouny“ na schodech**
- ✓ **vyvýšení postele** - pro lepší vstávání po operačním zákroku
- ✓ **vyvýšení křesla** - křeslo zvýšíte například tak, že na sebe dáte 2 tvrdší polštáře
- ✓ **vyvýšení židle**, pokud se Vám chce do úprav investovat více peněz můžete si na sezení pořídit barovou židli



Obr. č. 5

PROTOŽE SE PO OPERACI BUDETE MUSET VYVAROVAT HLUBOKÉMU PŘEDKLONU, VELMI DOBRÝMI POMŮCKAMI JSOU:

Podavač předmětů



Obr. č. 6

Manipulace s podavačem je naprosto jednoduchá, na rukojeti zmáčknete červené pole a předmět lehce zvednete:



Obr. č. 7

Mezi další pomůcky řadíme

- **vyzouvač ponožek**
- **dlouhá lžíce na obouvání bot**
- **navlékač ponožek:** je velice dobrou pomůckou, pokud jste doma sami a nemá Vám s oblékáním ponožek kdo pomoci

Navlékač Ponožek



Obr. č. 8

Postup je jednoduchý: na navlékač nasuneme ponožku a pomocí háčku položíme na podlahu. Pomocí nazouvače vklouzněte do ponožky.

Vyzouvač ponožek



Obr. č. 9

Za manipulační pomůcku nám poslouží vyzouvač ponožek.

Použití vyzouvače:



Obr. č. 10

Jednoduchým pohybem si stáhneme ponožku z nohy (obdoba lžice na boty). Ponožku si tímto nástrojem podáme do ruky.

VŠECHNY INFORMACE O ZDE ZMÍNĚNÝCH POMŮCKÁCH
NAJDETE NAPŘÍKLAD NA INTERNETOVÝCH STRÁNKÁCH:

<http://www.ezdravotnickepotreby.cz/kompenzacnipomucky/vybaveni-koupelen-a-wc/nastavce-na-wc>,

NEBO V LÉKÁRNĚ Zelená hvězda

Rehabilitační kurzy před TEP:

Dle zkušeností klientů, kteří podstoupili totální endoprotézu kyčelního kloubu, jsme zjistili, že je žádoucí si před operačním zákrokem zvolit některý z rehabilitačních kurzů.

Výhody rehabilitačního kurzu: budete seznámeni s pooperačním režimem, možnost nacvičení všech úkonů potřebných pro pooperační období, poznáte rozdíl v chůzi s podpažními berlemi a francouzskými holemi.



Obr. č. 11

Kurzy doporučuje ortoped. Naučíte se správnému nácviku chůze o podpažních berlích jak na rovině, tak i po schodech.

Fyzioterapeuti Vás naučí dechová cvičení, posilování hýžděových a břišních svalů (Dungl 2014).

Nacvičíte si přetočení na bok a na břicho s polštářem mezi koleny. Naučíte se usedání na lůžko s polštářem mezi koleny.

V neposlední řadě se naučíte vstávat z lůžka s polštářem mezi koleny (Sosna 2003)

Foto: usedání na lůžko



Obr. č. 12

Použité zdroje:

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2. vyd., přeprac. a doplň. Praha: Grada, 2014, 1192 s. ISBN 978-802-4743-578.

SOSNA, Antonín, David JAHODA a David POKORNÝ. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 58 s. ISBN 80-725-4302-4.

Obrázek č. 1 DEPOSITPHOTOS, *Starší žena na berle*, [online] ©, [cit.2015-07-22]. Dostupné z: <http://cz.depositphotos.com/6868301/stock-photo-senior-woman-on-crutches.html>

Obrázek č. 4 RSTMARKET, *Nástavec na WC*, [online] ©, [cit.2015-07-22]. Dostupné z: [https://www.zdravotnickaprodejna.cz/nastavec-na-wc-10cm-vymekceny-\(id-R-0140490\).html](https://www.zdravotnickaprodejna.cz/nastavec-na-wc-10cm-vymekceny-(id-R-0140490).html)

Obrázek č. 11 e ZDRAVOTNICKÉ POTŘEBY, *Berle, hole*, [online] ©, [cit.2015-07-22]. Dostupné z: <http://www.ezdravotnicke-potreby.cz/kompenzacni-pomucky/pomucky-k-chuzi/berle-hole>

Obrázky č. 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12,- vlastní fotografie

Příloha 2 Otázky do rozhovoru

Jaká léčba u Vás probíhala v období před totální endoprotézou kyčelního kloubu?

A co Vás vedlo k tomu, abyste podstoupil/a TEP kyčelního kloubu?

Kdo Vám doporučil podstoupit totální náhradu kyčelního kloubu?

Jaké informace jste dostal/a po rozhodnutí, že u Vás bude provedena operace?

Kdy Vás lékař informoval o nutnosti podstoupit předoperační vyšetření?

Vzpomenete si, jaká vyšetření jste musel/a podstoupit v době předoperační?

Podstoupil/a jste v rámci dlouhodobé předoperační přípravy konzultaci s anesteziologem?

Byl/a jste seznámen/a lékařem či sestrou s nutnými úpravami v domácím prostředí?

Kdo Vás informoval o potřebných pomůckách jako je např. nástavec na WC?

Byl Vám doporučen kurz před operací?

Kdy Vás lékař seznámil s možnými pooperačními komplikacemi? V rámci předoperační péče nebo až při příjmu na ortopedickém oddělení?

Jak u Vás vše probíhalo od příjmu až do operace?

Byl/a jste seznámen/a s tím kam budete přeložen/a po operačním zákroku?

Kdy Vás informovala sestra o důležitosti podání analgetik po operačním výkonu?

Jaká u Vás probíhala rehabilitace v prvním pooperačním dnu a následujících dnech?

Jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a na ortopedickém oddělení?

Od koho jste dostal/a informace před odchodem do domácího zařízení?

Jaké léky jste dostal/a domů v rámci prevence tromboembolické nemoci?

V jakých časových intervalech u Vás probíhaly pooperační kontroly?

Umíte vysvětlit, jakým činností jste se musel/a po TEP vyvarovat?

Byla Vám doporučena lázeňská léčba?

Příloha 3 Otevřené kódování metodou „tužka a papír“

Rozhovor č.1.

1. Jaká léčba u Vás probíhala v období před totální endoprotézou kyčelního kloubu? Každý rok jsem odjížděla na 3 týdny do **lázní** Jáchymov, kde jsem podstoupila radonové koupele, Jáchymovské krabičky (kdy se na ložisko bolesti dává krabička), po té jsem absolvovala kryokomoru, rehabilitaci a také cvičení v bazénu
Užíval/a jste nějaké léky? Pouze při bolestech kyčle jsem užívala Ibalgin, jinak jsem žádné jiné léky neužívala.
2. A co Vás vedlo k tomu, abyste podstoupil/a TEP kyčelního kloubu? K operaci vedlo velké **omezení v osobním** životě zejména při chůzi na delší tratě, **chronická bolest**, **artróza 3.stupně**
Jak dlouho jste se s artrózou léčil/a? S artrózou kyčelního kloubu jsem se léčila cca 12 let.
3. Kdo Vám doporučil podstoupit totální náhradu kyčelního kloubu? Totální endoprotézu kyčelního kloubu mi doporučil pan **primář z ortopedie**, ke kterému jsem každoročně chodila a kontroly.
4. Jaké informace jste dostal/a po rozhodnutí, že u Vás bude provedena operace? Dostala jsem od sestry informační leták o **předoperačních vyšetřeních**, informace jsem si dále dohledávala sama.
Chtěl/a byste, aby Vám informace raději vysvětlil lékař nebo sestra než abyste si je musel/a vyhledávat sám/sama na internetu? Určitě by to bylo lepší, měla bych se možnost na některé nejasnosti zeptat osobně.
5. Kdy Vás lékař informoval o nutnosti podstoupit předoperační vyšetření? Podle daného termínu operace **3 měsíce** před provedením TEP mě lékař informoval, že musím podstoupit různá předoperační vyšetření.

Byl/a jste informován/a o skutečnosti, že před operací můžete využít plánovaného odběru vlastní krve, která může být potřebná při průběhu operace?

Ano

Kdo Vás o autotransfuzi informoval? **Sestra** mi o autotransfuzi řekla, když mi dávala informační leták.

Které informace v rámci předoperační přípravy jste považoval/a za nejdůležitější? Za nejdůležitější informace považuji včasné upozornění, kdy mám na daná **vyšetření** přijít.

6. Vzpomenete si, jaká vyšetření jste musel/a podstoupit v době předoperační? Ano na některé si vzpomínám především na **stomatologické vyšetření**, **gynekologické**, **ARO** vyšetření, autotransfuzi a **rehabilitační vyšetření**.
7. Podstoupil/a jste v rámci dlouhodobé předoperační přípravy konzultaci s anesteziologem? **Ano** podstoupila jsem ji během předoperačního vyšetření na ARO oddělení.

Považoval/a jste tuto konzultaci s anesteziologem za prospěšnou? **Ano**, anesteziolog mi vysvětlil různé mé nejasnosti. Společně jsme měli **možnost domluvy** na způsobu provedení anestezie. Měla jsem podstoupit anestezii lokální, takže mi anesteziolog nastínil, jak se bude anestezie provádět.

8. Byl/a jste seznámen/a lékařem či sestrou s nutnými úpravami v domácím prostředí? **Ne**

Kdo Vás s těmito úpravami seznámil? S úpravami domácího prostředí jsem byla seznámena od **příbuzných a z internetu**.

A jaké úpravy Vám byly doporučeny? **Zvýšení postele**, přístup k posteli nejlépe ze dvou stran, úprava koupelny, kdy jsme budovali úpravy sprchového koutu. Dále jsme museli odstranit veškeré koberce a **koupelnové předložky**. V mém zájmu jsme daly do koupelny a na WC **madla**. A také jsme na WC dodávali **nástavec**.

9. Kdo Vás informoval o potřebných pomůckách jako je např. nástavec na WC?

Sestra mi o těchto pomůckách řekla při propouštění z nemocnice.

Myslíte si, že by bylo vhodné, aby Vás sestra např. o nástavci na WC informovala ještě před nástupem do nemocnice? Nejspíš by to **lepší bylo**. Já si tedy nástavec koupila už dlouho před operací, takže tato informace byla pro mne zbytečná.

Byl/a jste seznámen/a s možností čerpat na některé kompenzační pomůcky finanční příspěvek od zdravotní pojišťovny? **Ano**, sestra mi vysvětlila, že na některé pomůcky mohou čerpat příspěvek, ale pouze tehdy pokud si je koupím až mě propustí z nemocnice.

10. Byl Vám doporučen kurz před operací? **Ano**

Jak jste s kurzem před operací byl/a spokojen/a? S kurzem jsem byla **spokojená**, ale bohužel po operaci se jednotlivé cviky a úkony provádějí mnohem hůře, s čímž jsem byla seznámena.

Jakým způsobem u Vás probíhala informovanost a nácvik rehabilitačních prvků nutných pro pooperační období? Docházela jsem k fyzioterapeutovi, který se mnou zkoušel nácvik **chůze o berlích**. Fyzioterapeut mě seznámil se cviky, které budu vykonávat po provedení totální endoprotézy. Tyto cviky a chůzi o berlích jsem si měla sama doma ještě několikrát vyzkoušet.

Jak Vám šel nácvik jednotlivých cviků doma bez pomoci fyzioterapeuta? Doma byl nácvik o něco **horší**, zejména chůze o berlích po schodech.

Byl pro Vás nácvik cviků s fyzioterapeutem dostačující, nebo byste uvítal/a další schůzku s fyzioterapeutem na důkladnější procvičení jednotlivých cviků? Nácvik mi **nestačil**. Určitě bych uvítala další nácvik. Kurz je docela krátký a měla bych možnost si vše lépe nacvičit s odbornou pomocí.

11. Kdy Vás lékař seznámil s možnými pooperačními komplikacemi? V rámci předoperační péče nebo až při příjmu na ortopedickém oddělení? Při příjmu jsem dostala **od sestry leták**, kde byly informace o různých komplikacích a způsobu provedení totální endoprotézy, lékař mi žádné informace nepodal.

Byl/a byste raději o možných komplikacích informován/a od lékaře? **Ano** raději bych byla informována o možných komplikacích přímo od lékaře.

12. Jak u Vás vše probíhalo od příjmu až do operace? V první řadě jsme vyplňovali dokumentaci, poté mě uložili na pokoj a ukázali mi oddělení. Lékař a sestra mě upozornili, že od půlnoci **nesmím nic jíst a pít**. Večer jsem se měla vysprchovat a sestra mi řekla, abych si **oholila stehno**, kde bude provedena endoprotéza. Po té přišla sestra zkontrolovat, zda jsem vše provedla správně a natírala mi stehno žlutou **dezinfekci**. Večer před výkonem jsem dostala od sestry **léky na uklidnění** a ráno před výkonem jsem dostala injekčně premedikaci. **Na operačním sále** mi zavedli **kanylu**.

Byl za Vámi večer před výkonem anesteziolog? **Ano** byl. Anesteziolog mi vysvětlil, proč dostanu od sestry navečer léky na uklidnění a také mi vysvětlil co je premedikace a z jakého důvodu ji před operací dostanu.

13. Byl/a jste seznámen/a s tím kam budete přeložen/a po operačním zákroku? **Ano**, lékař mi to řekl po operačním zákroku.

A kam jste tedy byl/a přeložen/a po operačním zákroku? Byla jsem přivezena na **pooperační pokoj**.

Jaké informace jste na pokoji po operaci dostával/a a od koho? Zejména jsem dostávala informace **od sestry** a také o vizitách od lékaře. Informace se týkaly zejména dodržování správného pohybového režimu.

14. Kdy Vás informovala sestra o důležitosti podání analgetik po operačním výkonu? Ihned po **příjezdu na pooperační pokoj**.

Co u Vás vykonávala sestra na pooperačním pokoji? Sestra mi pravidelně měřila **krevní tlak a tep**, měřila mi **tělesnou teplotu** a koukala se na **množství krve v Redonových drénech**. Také mi kontrolovala, zda je operovaná noha ve správné poloze. Sestra mi také dopomáhala s hygienou.

Jak dlouho jste byl/a na pooperačním pokoji či JIP uložen/a? Asi tři dny, potom mě přendali na normální pokoj.

15. Jaká u Vás probíhala rehabilitace v prvním pooperačním dnu a následujících dnech? 1. den jsem s fyzioterapeutkou cvičila vleže **dechová cvičení**, a následující dny jsem se učila **nácviku sedu, vstávání z lůžka**, nácvik **chůze o berlích** po rovině a pak po schodech. Fyzioterapeutka mě také učila, jak mám usedat a uléhat na postel **s klínem mezi stehny**.

Jakou roli hrála v rehabilitačním nácviku sestra? Fyzioterapeutky chodily ve dvou, takže sestru nevolaly.

Pokud u Vás nebyly během dne fyzioterapeutky, dělala u Vás nějaké rehabilitační činnosti sestra? Ano sestra během dne kontrolovala **polohu operované končetiny**, a vždy po hygieně mi mezi stehna vkládala zpátky klín.

16. Jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a na ortopedickém oddělení? 9 dní

17. Od koho jste dostal/a informace před odchodem do domácího zařízení? Od **fyzioterapeutky a lékaře**.

Jakou roli v této informovanosti hrála sestra? **Sestra** mi dala při propouštění **letáček** s úkony a pohyby, které 3 měsíce po operaci nesmím vykonávat.

Byly pro Vás všechny informace srozumitelné? **Ano** většinou mi informace byly srozumitelné.

Jaký byl rozdíl v podání informací od lékaře a od sestry? Podle mého názoru jsem žádný nepoznala.

Zeptal se Vás lékař či sestra, zda jsou pro Vás všechny informace srozumitelné? **Fyzioterapeutka** se mě několikrát ptala, zda všechny informace ohledně zakázaných pohybů chápu.

18. Jaké léky jste dostal/a domů v rámci prevence tromboembolické nemoci? Dostala jsem **Xarelto**, které jsem měla užívat 1x denně vždy ve stejnou hodinu po dobu šesti týdnů.

Musel/a jste při této léčbě dodržovat nějaká omezení? **Ano**

Kdo Vás o těchto omezeních informoval? Lékař a i sestra

Vzpomenete si, o jaká omezení se jednalo? Především jsem nesměla pít alkohol, jiná omezení jsem neměla.

19. V jakých časových intervalech u Vás probíhaly pooperační kontroly? Na první kontrole jsem byla po 14 dnech od operace, kdy mi byly vyndány stehy, druhá kontrola byla po 6 týdnech. Další kontrola byla 3 měsíce po operaci a byl mi proveden i kontrolní rtg, a pak byla pooperační kontrola 6 měsíc od operace a pak po roce.

20. Umíte vysvětlit, jakým činnostem jste se musel/a po TEP vyvarovat? Musela jsem se vyvarovat sezení v hlubokém křesle, nesměla jsem řídit automobil, nesměla jsem ležet na břiše ani na boku. Po operaci jsem nesměla došlapovat celou vahou na operovanou končetinu a chůzi jsem prováděla pouze s berlemi. A jak dlouho jste je nesměl/a provádět? Tyto činnosti jsem měla zakázané provádět po dobu tří měsíců od provedení totální endoprotézy.

21. Byla Vám doporučena lázeňská léčba? Ano byla.

Za jak dlouho od operace Vám ji lékař doporučil? Doporučil mi ji pan primář po 6 týdnech od operace.

V jakých lázních jste následnou lázeňskou léčbu podstoupil/a? Byla jsem v Bertiných lázních v Třeboni, s touto léčbou jsem byla velmi spokojena, pomohla mi ke zlepšení celkové kondice.

Po kolika měsících od provedení TEP Vám lékař doporučil nástup do zaměstnání? Pan primář mi doporučil návrat do zaměstnání asi po 6 měsících od operace.

Rozhovor č.2.

1. Jaká léčba u Vás probíhala v období před totální endoprotézou kyčelního kloubu?

Bral jsem léky na bolest, a asi jednou za 2 roky jsem jel do Třeboňských lázní v rámci rehabilitace.

Užíval/a jste nějaké léky? Diclofenac

2. A co Vás vedlo k tomu, abyste podstoupil/a TEP kyčelního kloubu? Měl jsem artrózu kyčle.

Jak dlouho jste se s artrózou léčil/a? S artrózou jsem se léčil přes 15 let.

3. Kdo Vám doporučil podstoupit totální náhradu kyčelního kloubu? Endoprotézu mi doporučil několikrát pan primář a já až po 15 letech s operací souhlasil.

4. Jaké informace jste dostal/a po rozhodnutí, že u Vás bude provedena operace? Pan primář a sestra mě informovali o tom, že před operací budu muset podstoupit několik vyšetření, dále mi sestra dala domů leták s potřebnými informacemi.

5. Kdy Vás lékař informoval o nutnosti podstoupit předoperační vyšetření? Asi 3 měsíce před operací.

Byl/a jste informován/a o skutečnosti, že před operací můžete využít plánovaného odběru vlastní krve, která může být potřebná při průběhu operace? Ano a byl jsem za tuto možnost transfuze vděčný.

Kdo Vás o autotransfuzi informoval? Lékař a sestra při rozhodnutí, že podstoupím provedení endoprotézy.

Které informace v rámci předoperační přípravy jste považoval/a za nejdůležitější? Za nejdůležitější asi považuji zejména autotransfuzi a úpravu domácího prostředí.

6. Vzpomenete si, jaká vyšetření jste musel/a podstoupit v době předoperační? Musel jsem podstoupit vyšetření u zubního lékaře, autotransfuzi a vyšetření u anesteziologa

7. Podstoupil/a jste v rámci dlouhodobé předoperační přípravy konzultaci s anesteziologem? **Ano**

Považoval/a jste tuto konzultaci s anesteziologem za prospěšnou? Tato konzultace mi velmi **pomohla**, měl jsem velký strach, jak se bude anestezie provádět a pan doktor mi vše vysvětlil, čímž mě značně uklidnil.

8. Byl/a jste seznámen/a lékařem či sestrou s nutnými úpravami v domácím prostředí? **Ano**

Kdo Vás s těmito úpravami seznámil? Sestra mi dala **informační leták** a některé informace jsem si zjišťoval ve svém zájmu sám **na internetu**.

A jaké úpravy Vám byly doporučeny? Zejména mi bylo doporučeno dát do koupelny, na WC a schody **madla**, **odstranit předložky** z koupelny.

9. Kdo Vás informoval o potřebných pomůckách jako je např. nástavec na WC? **Sestra**

Kdy Vás sestra o potřebných pomůckách jako je např. nástavec na WC informovala? **Během předoperační přípravy** mi sestra řekla, že si mám zajistit nástavec na WC

Byl/a jste seznámen/a s možností čerpat na některé kompenzační pomůcky finanční příspěvek od zdravotní pojišťovny? **Ano byl**, sestra mi řekla, že na nástavec a jiné pomůcky mohou čerpat příspěvek od pojišťovny, ale že to pojišťovna proplatí pouze tehdy, pokud si pomůcky koupím až při propuštění domů.

10. Byl Vám doporučen kurz před operací? **Ano**

Jak jste s kurzem před operací byl/a spokojen/a? Kurz mi **pomohl**, byl jsem s ním velice spokojen.

Jakým způsobem u Vás probíhala informovanost a nácvik rehabilitačních prvků nutných pro pooperační období? Fyzioterapeutka mi vysvětlila, jaké cviky si budu muset nacvičit na dobu po operaci, také mi vysvětlovala, jak má vypadat chůze **s berlemi po schodech a po rovině**. Potom jsem si jednotlivé cviky měl vyzkoušet.

Jak Vám šel nácvik jednotlivých cviků doma bez pomoci fyzioterapeuta? Doma už byl nácvik o něco horší, fyzioterapeutka mě při chybách případně opravila a doma už jsem byl odkázán sám na své vlastní zkušenosti.

Byl pro vás nácvik cviků s fyzioterapeutem dostačující, nebo byste uvítal/a další schůzku s fyzioterapeutem na důkladnější procvičení jednotlivých cviků? Vcelku ano. Další schůzka by byla možná vhodná, alespoň na ucelení všech potřebných informací a také aby mi fyzioterapeutka řekla, zda jsem se vše naučil správně.

11. Kdy Vás lékař seznámil s možnými pooperačními komplikacemi? V rámci předoperační péče nebo až při příjmu na ortopedickém oddělení? Při příjmu na ortopedii jsem dostal informační leták od sestry, kde byly všechny možné komplikace popsány.

Byl/a byste raději o možných komplikacích informován/a od lékaře? Ani ne, spíš bych se možná ještě více operace bál.

12. Jak u Vás vše probíhalo od příjmu až do operace? Ráno mě přijali na ortopedii, sestra i lékař dokumentaci, sestra mi pak ukázala můj pokoj a seznámila mě s tím, že od půlnoci nesmím kouřit ani jíst a pít. Večer jsem se měl dojit osprchovat a sanitář mi přišel oholit stehno kvůli operaci. Večer za mnou přišel anesteziolog a řekl mi, že před spaním dostanu léky, které mi předepsal na celkové uklidnění. Sestra mi ráno přišla dát punčochu na druhou nohu, která nebude operovaná a dostal jsem také anděla a operační čepici. Před odjezdem na operační sál mi sestra píchala tzv.premedikaci.

Kanylu Vám dávala sestra před operací, nebo jste ji dostal až na předsáli? Kanylu mi píchala sestra na operačním sále.

13. Byl/a jste seznámen/a s tím kam budete přeložen po operačním zákroku? Ano, anesteziolog mi večer před výkonem řekl, že pokud půjde operace dobře, takže budu uložen na pooperačním pokoji.

A kam jste tedy byl / přeložen/a po operačním zákroku? Na pooperační pokoj. Jaké informace jste na pokoji po operaci dostával/a a od koho? Sestra mi vysvětlovala, že ji mám ihned informovat, pokud mě bude operovaná noha

hodně bolet. Lékař i sestra mě upozorňovali na **dodržování polohy** vleže na zádech a na to, že nesmím s operovanou nohou hýbat do strany.

14. Kdy Vás informovala sestra o důležitosti podání analgetik po operačním výkonu? Při **příjezdu na pokoj.**

Co u Vás vykonávala sestra na pooperačním pokoji či JIP? Sestra se mě vyptávala na bolestivost, **měřila mi tlak a teplotu** a zkontrolovala, jestli jsem **po operaci močil.** Sestra mi dopomohla se druhý den umýt v posteli a promazávala mi záda.

Jak dlouho jste byl/a na pooperačním pokoji či JIP uložen/a? 4dny

15. Jaká u Vás probíhala rehabilitace v prvním pooperačním dnu a následujících dnech? První den se mnou fyzioterapeutka procvičovala **správné dýchání.** Ostatní dny jsem se učil **usednout na lůžku** s nohama dolů, kdy jsem musel mít **mezi stehny** neustále **klín.** Další dny jsem zkoušel **vstávat z lůžka** a uléhat na něj, také jsem procvičoval **chůzi s berlemi.**

Jakou roli hrála v rehabilitačním nácviku sestra? Sestra většinou fyzioterapeutkám dopomáhala, pokud potřebovaly pomoc s **ukládáním do postele.** Sestra mě neustále během dne kontrolovala, zda dodržuji doporučenou **polohu na zádech** a jestli mám **mezi stehny klín.**

16. Jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a na ortopedickém oddělení? 10dní

17. Od koho jste dostal/a informace před odchodem do domácího zařízení? **Od sestry** a od **lékaře**

Jakou roli v této informovanosti hrála sestra? **Sestra** mi vysvětlovala, jaké úkony nesmím provádět a dávala mi raději domů **leták** s těmito zakázanými úkony. Pak mi také říkala, abych si každý den dával na nohy **kompresivní punčochy.**

Byly pro Vás všechny informace srozumitelné? **Ano**

Jaký byl rozdíl v podání informací od lékaře a od sestry? Přišlo mi, že sestra na mne ve vysvětlování nechválala a vysvětlovala to srozumitelněji.

Zeptal se Vás lékař či sestra, zda jsou pro Vás všechny informace srozumitelné? **Ano,** ptali se mě oba

18. Jaké léky jste dostal/a domů v rámci prevence tromboembolické nemoci? Domů jsem dostal **Warfarin**.

Musel/a jste při této léčbě dodržovat nějaká omezení? Ano musel jsem dodržovat **dietní omezení**.

Kdo Vás o těchto omezeních informoval? **Sestra**

Vzpomenete si, o jaká omezení se jednalo? Především jsem nesměl **jíst salát, zelí, nesměl jsem pít zelený čaj** a také jsem se měl **vyhnout alkoholu**. Při bolesti jsem nesměl brát Ibalgin nebo Diclofenac.

19. V jakých časových intervalech u Vás probíhaly pooperační kontroly? **Po týdnu** jsem jel na vyndání stehů, potom jsem jel na kontrolu **po 6 týdnech** a **po 3 měsících**. Další kontroly byly ještě **po půl roce** a pak **po roce**. A od té doby co mám totální endoprotézu, musím ještě jednou ročně jezdit na kontroly.

20. Umíte vysvětlit, jakým činnostem jste se musel/a po TEP vyvarovat? Nesměl jsem **ležet na boku**, nesměl jsem **řít auto**, musel jsem se **vyvarovat úplnému došlápnutí** na operovanou nohu. Nesměl jsem se také předklánět a nazouval jsem si ponožky s obouvatkem, také jsem nemohl **sedět v hlubokém křesle**, takže jsem si do něj dával na vyvýšení podložku.

A jak dlouho jste je nesměl/a provádět? Zhruba **tři měsíce** od operace

21. Byla Vám doporučena lázeňská léčba? **Ano**

Za jak dlouho od operace Vám ji lékař doporučil? Pan primář mi ji doporučil při kontrole **6 týden** po operaci.

V jakých lázních jste následnou lázeňskou léčbu podstoupil/a? Byl jsem v Jánských lázních.

Po kolika měsících od provedení TEP Vám lékař doporučil nástup do zaměstnání? Pan primář mi návrat do práce navrhl asi **po půl roce** od operace.

Příloha 4 Žádost o uskutečnění výzkumného šetření

Bc. Běhounová
Hlavní sestra
Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

Věc: žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená hlavní sestro,

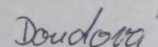
v rámci výzkumného šetření se zabývám informovaností klientů v rámci předoperační a pooperační péče u klientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. V rámci výzkumného šetření bude použit polostrukturovaný rozhovor s klienty v domácím prostředí, kterým byla provedena totální endoprotéza kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Chtěla bych Vás proto touto formou požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření. Výstupem šetření bude vytvoření edukačního materiálu pro klienty, kteří podstoupí totální endoprotézu kyčelního kloubu a také poslouží jako informovanost o poskytované péči pro ortopedické oddělení. Dále pokud by to bylo možné, bychom práci využily k publikační činnosti.

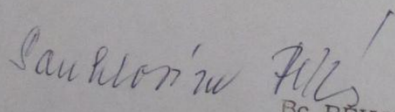
Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci

Datum: 26. 3. 2015

Kontaktní adresa:
Doudová Klára
Kostelní Radouň 103
37842 Kostelní Radouň

Doudová Klára




Bc. BĚHOUNOVÁ Daňá

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
hlavní sestra
U Nemocnice ORO/III
377 33 Jindřichův Hradec
IČ 260 95 157 DIČ CZ26095157
-42-

Příloha 5 Rozhovory - na CD