



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Artroskopická operace ramene z pohledu sestry a pacienta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Nikol Černá

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Artroskopická operace ramene z pohledu sestry a pacienta jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Aleně Polanové za její rady, připomínky a vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům a respondentkám, kteří souhlasili s výzkumným šetřením, čímž umožnili vznik této práce, a hlavně nemocnici v Jihočeském kraji, kde jsem měla možnost provádět výzkumnou část k této bakalářské práci.

Artroskopická operace ramene z pohledu sestry a pacienta

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je zjistit problematiku předoperační a pooperační péče z pohledu pacienta. Autorka bakalářské práce stanovila další cíl, jímž je popsat zvláštnosti ošetrovatelské péče před a po artroskopii ramene. Informace získané od pacientů a sester jsou roztríděny do jednotlivých kategorií, v nichž jsou následně porovnávány. Z výzkumného šetření vyplyne, jakým způsobem vnímají pacienti artroskopickou operaci ramene a s tím související hospitalizaci.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá historií chirurgických oborů. Věnuje se vzniku ortopedie jako samostatného oboru, počátkům anestezie a nutnosti sterilního prostředí na operačních sálech. Popisuje anatomii ramenního kloubu, vyšetřovací metody a indikace i kontraindikace k artroskopické operaci ramenního kloubu. Zaměřuje se na samotnou artroskopii, přičemž popisuje průběh operace a druhy artroskopických výkonů.

V praktické části bakalářské práce je obsaženo výzkumné šetření, jež bylo v souvislosti s touto prací uskutečněno. Pro dosažení cíle jsou stanoveny výzkumné otázky, které se zaměřují na získání odpovědí pomocí předem připraveného polostrukturovaného rozhovoru pro pacienty a sestry na ortopedickém oddělení. Otázky se týkají oblasti předoperační přípravy a pooperační péče z pohledu pacienta a dále se zaměřují na oblast informovanosti pacientů. V neposlední řadě jsou zjišťovány zvláštnosti ošetrovatelské péče z pohledu všeobecné sestry.

Jako zjištění ohledně zvláštnosti péče sestry uvedly kontrolu citlivosti a hybnosti operované končetiny a důkladnou hygienu operačního pole. Bylo zjištěno, že předoperační přípravu pacienti vnímali spíše pozitivně. A v pooperační péči bylo zjištěno, že příliš neprobíhalo aktivní vyhledávání pomoci pacientům. V návaznosti na uskutečněné výzkumné šetření vytvořila informační brožuru pro pacienty, v níž jsou obsaženy závěry plynoucí z výzkumu.

Klíčová slova

Artroskopie; ramenní kloub; ošetrovatelská péče; bolest; informovanost

Arthroscopic surgery of shoulder from the nurse's and patient's perspective

Abstract

The purpose of this bachelor thesis is to find problems of preoperative and postoperative care from the point of view of the patient. The author of the bachelor thesis set another goal – to find out the peculiarities of nursing care before and after arthroscopy of the shoulder. Information gathered from patients and nurses are categorized and compared. According to the research we find out how patients perceive arthroscopic operation of the shoulder and the related hospitalization.

The theoretical part of the bachelor thesis deals with the history of surgical disciplines. It deals with the creation of orthopedics as a separate discipline, with the beginnings of anesthesia and with the need for a sterile environment in operating room. It describes anatomy of the shoulder joint, examination methods, indications and contraindications for arthroscopic operation of the shoulder joint. We focus on arthroscopy itself, describing the process of surgery and the types of arthroscopic procedures.

In the practical part of the bachelor thesis is contained a research survey, which was realized for this work. We determine research questions for interview with patients and nurses in the department of orthopedic surgery. We use a pre-prepared semi-structured interview. Questions concern pre-operative preparation and post-operative nursing care in point of view of patient. The questions are focused also of patient awareness. We are looking for peculiarities of nursing care from the point of view of the general nurse.

As an indication of the peculiarity of nursing care, the nurses have reviewed the sensitivity and momentum of the operating limb and the thorough hygiene of the operating field. Pre-operative preparation was found to be more positive in patients. And in post-operative care, it was found that there was too little active search to help patients. In the thesis, in connection with the realized research, has created an information brochure for patients, that contains results of the research survey.

Key words

Arthroscopy, shoulder joint, nursing care, pain, awareness

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Historie chirurgických oborů	9
1.2 Anatomie ramenního kloubu.....	10
1.3 Vyšetřovací metody ramenního kloubu.....	11
1.4 Indikace a kontraindikace k artroskopii ramenního kloubu.....	12
1.5 Artroskopie ramenního kloubu	13
1.5.1 Druhy artroskopických výkonů	15
1.6 Předoperační příprava u pacienta před artroskopií ramenního kloubu	17
1.6.1 Dlouhodobá předoperační příprava	18
1.6.2 Krátkodobá předoperační příprava	18
1.7 Anestezie u pacienta.....	19
1.8 Pooperační péče o pacienta	21
1.8.1 Potřeby pacienta v pooperačním období.....	22
1.9 Bolest u pacienta	25
1.10 Rehabilitace	26
2 Cíle a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
Operacionalizace pojmů	28
3 Metodika	29
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	29
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	30
4 Výsledky	31
4.1 Identifikační údaje sester.....	31
4.1.1 Kategorie 1 – Informovanost při příjmu	32
4.1.2 Kategorie 2 – Ošetřování před výkonem	33

4.1.3	Kategorie 3 – Pooperační péče	33
4.1.4	Kategorie 4 – Pooperační bolest	34
4.1.5	Kategorie 5 – Informovanost před dimisí	34
4.2	Identifikační údaje pacientů	36
4.2.1	Kategorie 1 - Doba doporučení operace, úraz	36
4.2.2	Kategorie 2 – Podání informací lékařem a sestrou při přijetí	37
4.2.3	Kategorie 3 – Příjem na oddělení	37
4.2.4	Kategorie 4 – Předoperační příprava	38
4.2.5	Kategorie 4 – Pooperační péče	39
4.2.6	Kategorie 5 – Sebeobsluha po operaci.....	40
4.2.7	Kategorie 6 – Podání informací sestrou před dimisí.....	40
4.2.8	Kategorie 7 – Průběh rehabilitace.....	41
4.2.9	Kategorie 8 - Spokojenost pacientů	41
5	Diskuse.....	42
6	Závěr	49
7	Literatura.....	51
8	Seznam příloh	54
	Seznam použitých zkratk	68

Úvod

Artroskopie ramenního kloubu je v současnosti nejčastěji používaná vyšetřovací a léčebná metoda u onemocnění ramenního kloubu. Pomocí této novodobé metody má lékař možnost prohlédnout ramenní kloub přímo zevnitř. K tomu potřebuje endoskopické nástroje, díky kterým v kloubu může provést potřebný chirurgický zákrok. Do ramene je vpichem zavedena optická kamera, jejíž pomocí lékař může na videobrazovce pozorovat veškeré anatomické struktury kloubu. Při této operaci lékaře především zajímá opotřebením kloubní chrupavky, dále stav kloubního pouzdra, vazy a svaly v okolí ramenního kloubu. Toto vyšetření lékaři nejčastěji doporučují při poškození funkčních struktur kloubu. Hlavní výhodou výkonu je, že je minimálně invazivní, čímž se zkracuje i doba hospitalizace (Příkryl, 2007).

Dané téma jsem si zvolila, jelikož je mi velice blízké z důvodu osobní zkušenosti. V minulých letech jsem totiž prodělala již dvě artroskopické operace ramenního kloubu. Během své studijní praxe jsem měla možnost navštívit ortopedické oddělení i ambulanci. Tato problematika mne velmi zaujala i po ošetřovatelské stránce, rozhodla jsem se proto pro zkoumání artroskopické operace ramenního kloubu z pohledu sestry a pacienta. Myslím, že toto téma je velmi zajímavé, poučné a ráda bych ho více prozkoumala. Ráda bych proto zjistila, zda sestry trpělivě vysvětlují pacientům všechny potřebné informace týkající se jednak jejich stavu, jednak výkonů, jež jsou prováděny. Dále mne zajímá, zda se v případě nepochopení podaných informací pacienti dotáží a nechají si je dovysvětlit.

Často se stává, že si nemocniční personál neuvědomuje, jaké potřeby má pacient po operaci horní končetiny, s jakými problémy se potýká a v čem by potřeboval pomoci v rámci sebeobsluhy. Personál bere svou práci jako samozřejmost a rutinu, ale už zapomíná přemýšlet holisticky.

1 Současný stav

1.1 Historie chirurgických oborů

Dungl (2014) uvádí, že ve starém Egyptě byly více jak před 5 000 lety nalezeny psané návody k léčení fraktur, kde v chrámu Komombo byly vyobrazeny reliéfy chirurgických nástrojů. Dále zmiňuje, že 800 let před Kristem žil v Indii léčitel jménem Sushruta, z jehož doby se zachovala nejen písemná doporučení, ale i různé druhy reperičních kleští. Sushruta byl považován za „otce chirurgie“, a to pro svou práci, jež byla zásadní pro budoucí rozvoj oboru, a chuť vyučovat mladé a nezkušené na břehu Gangy. Hippokrates v 5. století př. n. l. v Řecku popsal nejen fraktury, ale i deformity. V Číně byla medicína zdrženlivá díky učení Konfucia, dle kterého je tělo posvátné a nesmí být „mrzačeno“ léčením. V době temného středověku udržovali vzdělanost arabští učenci. V 11. století vydal Avicena v Buchaře Canon Medicina a ve Španělsku v Cordobě Albu-Casis, kde popsal dva typy chirurgických výkonů (Dungl, 2014).

K postupnému vzniku lůžkových oddělení docházelo ve velkých časových intervalech. Mezi prvními bylo otevřeno oddělení pro skoliotiky, a to v Holandsku roku 1660. Jako další vznikl v Anglii roku 1740 Royal mineral water hospital v Bathu, který se věnoval léčení artritidy. Roku 1780 ve Švýcarsku Venel založil první ortopedický ústav, kde léčil nemoci chodidel a skoliózu. Dle Venelova příkladu dále docházelo k postupnému otevírání různých oddělení a ortopedických nemocnic a ortopedie se ve světě začala formovat jako samostatný obor (Dungl, 2014).

Od poloviny 19. století docházelo v oboru k zásadním změnám. Aby bylo možno provádět časově náročnější a bolestivější operace, byla roku 1846 do praxe zavedena anestezie, která měla vyřadit z funkce CNS. Dále se začalo též dbát na sterilitu operačního prostředí a užívaly se kaučukové rukavice. Díky těmto novinkám nebyly tak časté pooperační komplikace a lépe se hojily rány. Průkopníky v oblasti sterility byli I. F. Semmeweils, L. Pasterur a J. Lister. Mezi další vynálezy, jež nám i v současnosti velmi pomáhají ve zdravotnictví, patří rentgenové paprsky, které objevil W. C. Rontgen roku 1895. Prvním a velmi známým rentgenovým snímkem byla ruka Rontgenovy manželky. Za objevením antibiotika penicilinu roku 1928 stál Alexander Fleming. Uvedení antibiotik do praxe vedlo k lepšímu a rychlejšímu hojení vzniklé infekce (Duda, 2015).

Od 19. století začaly vznikat různé spolky, jejichž úkolem bylo shromažďovat nejlepší lékaře z oboru. Ve Spojených státech byla založena Americká společnost

ortopedická, kam patřily obory operační a traumatologie pohybového ústrojí. Obdobně tomu bylo i v ostatních zemích, jen v Německu a Rakousku - Uhersku dovolili chirurgové ortopedům pouze konzervativně léčit chronické onemocnění. Roku 1900 byla založena ortopedická společnost – DGOT, která od počátku sdružovala všechny německy mluvící ortopedy. Jako zakladatelé jsou udáváni Chlumský, Lorenz a Hoffa (Dungl, 2014).

Profesor V. Chlumský roku 1922 napsal první Ortopedickou učebnici v českém jazyce a později založil časopis, ve kterém lékaři (nejen z České republiky, ale i ze Slovenska a Jugoslávie) pravidelně publikovali. Tento časopis byl prvotně pojmenován „Slovanský sborník ortopedický“, avšak název byl v průběhu let mnohokrát změněn. Dosud časopis vychází a od roku 1950 nese název „Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca“ (Dungl, 2014).

Roku 1912 dánský chirurg Severin Nordentoft hovořil o experimentu zavedení endoskopu do kolenního kloubu na 41. kongresu Společnosti německých chirurgů, kde jako první uvedl latinský termín výkonu „arthroscopia genu“, který užíváme dodnes (Krška et Burget, 2011). Artroskopický zákrok provedl jako první Japonec Takagi, jenž v roce 1918 zavedl první cystoskop do kolenního kloubu. Michael S. Burman v roce 1931 napsal první popis artroskopie (dále jen ASK) ramene, přičemž samotný výkon vyzkoušel na mrtvém těle. Do klinické praxe artroskopii uvedl Japonec Takagi roku 1935. Následující roky šlo pouze o výkony diagnostické. První rekonstrukční ASK provedl počátkem 80. let Johnson. ASK postupně začala vytlačovat klasickou otevřenou operativu a došlo tak především ke zmenšení zásahu do pacientova těla a snížení rizik infekce (Příkryl, 2007).

1.2 Anatomie ramenního kloubu

Ramenní kloub (articulatio humeri) je volný kloub kulovitého tvaru spojující hlavici pažní kosti s pletencem horní končetiny. Pouzdro ramenního kloubu je volné, dlouhé a na přední straně slabé (Dylevský, 2009). Kloubní pouzdro je vcelku silné, začíná se upínat na kloubní jamku a vede dále k anatomickému krčku (Repko, 2012). Mezi důležité svaly pro pohyb ramenního kloubu řadíme sval deltový (udržuje správné napětí v hlavici humeru), nadhřebenový a podhřebenový (odtahují a pomáhají zevní rotaci ramenního kloubu) (Ňaňka 2015).

Horní končetina je k trupu připojena pletencem, který je velmi pohyblivý a neúplný, jeho dvěma hlavními funkcemi jsou úchop a manipulace. Pletenec se skládá

z klíční kosti, lopatky a hrudní kosti. Vpředu se uzavírá hrudní kostí a vzadu je otevřený, nacházejí se tam svaly. Lopatka je plochá, menší než hlavice pažní kosti (Dylevský, 2009). Jamka lopatky je při okrajích vyplněna vazivovým kloubním lemem, labrum glenoidale, který má za úkol zvětšovat plochu jamky a stabilizovat ramenní kloub (Dungl 2014).

Klíční kost je přibližně 12 až 17 cm dlouhá a je uložena v podkoží. Nejmohutnější je kloubní lem, který je tvořen vazivem na předním okraji jamky, kde je vysoký až 5 mm. Přesto se hlavice opírá o jamku pouze čtvrtinou své plochy, zbytek délky se opírá o kloubní pouzdro. Důležitá je stabilita ramenního kloubu, kterou jistí okolní svaly tak, aby nedocházelo k jeho vykloubení (Naňka, 2015).

Ramenní kloub je nejpohyblivějším kloubem těla, je jím možno provádět mnoho pohybů, například ventrální flexi (předpažení – do 80 stupňů), dorzální flexi (zapažení – do 40 stupňů), abdukci a addukci (upažení, připažení – 90 stupňů), vnitřní a zevní rotaci (do 90 stupňů) a elevaci (vzpažení, pokračování abdukce – do 180 stupňů) (Hanzalová, 2009).

1.3 Vyšetřovací metody ramenního kloubu

Dle Příkryla (2007) se klinické vyšetření skládá nejprve z aspekce ramene a následně z palpce. Aspekce je pohled, kde lékaře především zajímají různé svalové kontraktury, tvar ramene a případný otok. Sestra pacientovi napomáhá se svlékáním oblečení z důvodu zhoršené hybnosti končetiny. Poté je třeba, aby lékař zjistil palpací přesné místo bolesti tak, aby byl schopen přesněji diagnostikovat postižení či poškození ramene. Následně lékař porovnává pohyblivost ramene s druhým nepostiženým ramenem. Na rozdíl od Příkryla Dungl (2014) preferuje prvenství sběru informací do anamnéz. Je velmi důležité získat od pacienta informace o osobní a rodinné anamnéze, přičemž nás především zajímají předešlá zranění dané končetiny či kloubu, onemocnění a možnost vrozených vývojových vad v rodině. Kromě toho sestra zjišťuje, jaké zaměstnání pacient vykonává a jaké jsou jeho sportovní aktivity. V případě, že pacient sportuje, sestra se ptá na druh sportu, jak dlouho sportuje a při jaké činnosti došlo k úrazu (Dungl, 2014).

Příkryl (2007) popisuje jednotlivé specifické testy, které napomáhají přesnějšímu odhalení poškození. „*Testy na subakrominální impingment a rotátorovou manžetu mají velmi intimní vztah z anatomického hlediska, a proto i patologické procesy v těchto strukturách často probíhají společně.*“ (str. 15, Příkryl, 2007) Dle Příkryla jsou dvěma

nejdůležitějšími testy Hawkinsův a Neerův. Hawkinsův test vyvolává bolestivost při flexi a abdukci v 90 ° společně s prováděním plného rozsahu rotace. Je vhodný pro prokázání subakromiální burzitidy. Neerův test je definován takto: „*Při flexi ramene ve vnitřní rotaci paže a fixaci lopatky, vystřeluje bolest už okolo 90 °.*“ (str. 16, Příkryl, 2007) Dále existují testy na patologii šlach dlouhé hlavy bicepsu, na nestabilitu ramene a test na akromioklavikulární kloub (dále jen AC kloub). V posledním uvedeném testu autor zmiňuje příznak šály. Ten se projeví, vyzve-li lékař pacienta, aby si postiženou rukou sáhl na zdravé rameno. Bolestivost by měla být lokalizována v AC kloubu a pacient by ji měl popsat jako bolest vystřelující (Kolář, 2009).

Mezi zobrazovací metody patří rentgenové vyšetření v předozadní a boční projekci, ultrasonografie, výpočetní tomografie a magnetická rezonance, která v posledních letech nabývá na důležitosti. Příkryl (2007) se zmiňuje o kvalitním posunu vědy dál. Magnetická rezonance (dále jen MR) je vyšetřovací zobrazovací metoda zobrazující určité tkáně, jež umí podávat poměrně přesné informace o svalových úponech i kloubních pouzdrech. „*Jde však o vyšetření statické, které nemusí odhalit trhliny v úponech či v pouzdru, které jsou během vyšetření těsně při sobě a objevují se až při pohybech kloubu.*“ (str. 19, Příkryl, 2007) Jako perspektivní novinku Gallo (2011) uvádí podávání kontrastní látky při MR. Při použití kontrastní látky například u SLAP léze je lépe vidět poškození, které během obyčejné MR není znatelné. Dosud nejsou známy žádné škodlivé účinky MR, které by ohrožovaly pacienta. Rentgenové vyšetření (dále jen RTG) patří mezi základní a nejčastěji užívané. Touto metodou se zobrazuje celé tělo. RTG je založeno na vlastnostech záření pronikajícího přes lidskou tkáň. Výsledný stínový obraz závisí na tom, jak tkáň pohlcují RTG záření. V případě větší absorpce je samotný obraz světlejší. Pomocí ultrasonografie (dále UZ) lékař prokazuje poškození labrum glenoidale posterior. Přední labrum je špatně vyšetřitelné (Gallo, 2011).

1.4 Indikace a kontraindikace k artroskopii ramenního kloubu

Indikací k výkonu je vždy ošetření posttraumatických poškození (Repko, 2012). K poškození dochází nejčastěji ze tří příčin – úrazem, zánětlivým onemocněním a bezúrazovým poškozením. K úrazové příčině dochází u míčových sportů, jako jsou například házená, volejbal a basketbal. Často jde o opotřebování z častých úrazů neboli mikrotraumat vznikajících spíše při švihových pohybech s pažemi nad hlavou. Díky degenerativním změnám dochází k zánětlivým onemocněním a artróze.

U neúrazových příčin jsou důležitou součástí vrozené anomálie pojivové tkáně (Paša, 2010).

Po prokázání poškození v ramenním kloubu a přilehlých oblastech se lékař, poté, co vyčerpá všechny konzervativní metody bez známek úlev, přikloní k samotné artroskopii. Jestli lékař přistoupí k artroskopii, závisí také na pacientem vykonávaném zaměstnání a na tom, zda se jedná o dominantní končetinu. Tuto metodu dále lékaři využívají k uvolnění prostoru mezi hlavicí pažní kosti a podklíčkem, k prohlížení poškozeného kloubního pouzdra s následným odstraněním volných tělísek (Veselý, 2011). Nejčastěji dochází k poškození rotátorové manžety, k nestabilitě ramenního kloubu, k impingement syndromu, k syndromu zmrzlého ramene či k onemocnění šlach bicepsu (Krška et Burget, 2011).

Hlavními důvody kontraindikace bývají infekce kožního krytu kloubu a okolních měkkých tkání, akutní záněty žil, ischemie končetiny a z pohledu anesteziologů celkový špatný stav pacienta (Krška et Burget, 2011).

1.5 Artroskopie ramenního kloubu

„Artroskopie je endoskopická metoda umožňující lékaři prohlédnout kloub pomocí mikrokamery, která je do kloubu zavedena z drobné kožní incize, a dle nálezu se pak provede vlastní operační výkon.“ (str. 130, Krška et Burget, 2011) Je to diagnostická metoda, která následně přechází do metody léčebné využívající vstřebatelných i nevstřebatelných implantátů (Janíček, 2012).

Dle Czudka (2009) je artroskopie ramenního kloubu druhou nejčastější artroskopickou operací. Tento typ operace je málo invazivní, minimálně zatěžuje pacienta, a proto je zařazen do jednodenní chirurgie. Výhodou pro samotného pacienta je, že pokud se u něj neobjeví žádné pooperační komplikace, je mu umožněn odchod již první den po výkonu (Kautzner, 2010).

Pomocí moderní optiky, artroskopu o velikosti 4 mm a s úhlem pohledu 30 °, je přenášén obraz na monitor, který operatér sleduje. Pro lepší přehlednost je do kloubu průběžně přiváděn fyziologický roztok sterilní hadicí pomocí pumpy či gravitace (Krška et Burget, 2011).

Janíček (2012) řadí mezi základní vybavení k artroskopii artroskop, kameru, světelný zdroj, pumpu, nástroje (nůžky, háčky, kleště, skob), Shaver, VAPR, laser a další dle potřeb operatéra.

V ramenním kloubu se nejčastěji provádí výkony v subakromiálním prostoru a v akromioklavikulárním skloubení. Tento výkon je obvykle prováděn v celkové anestezii nebo v regionální anestezii – interskalenický blok. Po přivezení na sál musí být pacient napolohován na operačním stole. Dle Czudka (2009) je uložen na bok nepoškozeného ramene. Sanitář připraví plastovou destičku a ostatní pomůcky pro zavěšení končetiny v ose na speciálním rámu. Destička je pacientovi připnuta na dlaň a mezi prsty (Veselý, 2011). Tato pomůcka lékaři pomůže v odtažení jednotlivých částí ramenního kloubu. Přikryl (2007) dodává, že je vhodné pokrčit operantovu spodní dolní končetinu v kyčli i v koleni. Mezi kolena a pod kolena spodní končetiny doporučuje vkládat jakoukoliv měkkou podložku, aby nedocházelo k otlakům. Jako další radu udává, že by měl být trup pacienta lehce skloněn na záda, tak aby úhel mezi stolem a zády svíral 30 °. Po příchodu na sál operatér spolu se sestrou instrumentářkou pacienta zarouškuje a řádně dezinfikuje celou operační plochu končetiny. Pozice operátéra je vždy za pacientovými zády. Po domluvě s anesteziologem může začít operovat. Lékař provede dva malé řezy. Dorzální přístup slouží ke vstupu kamery, pomocí níž lékař prohlédne nitrokloubní stav chrupavek, kloubních ploch, labra a rotátorovou manžetu. U složitějších výkonů, jako například při sutuře rotátorové manžety a sutuře glenoidálního labra, je však možné mít více vstupů pro speciální kotvicí prvky. Dle zhodnocení aktuálního stavu ramenního kloubu zavede operatér ventrálním přístupem potřebné nástroje k operačnímu řešení.

Krška (2011) naopak doporučuje nasazovat operantovi v poloze na boku speciální ortézu na loket. Ta má za úkol udržovat v loketním kloubu mírnou flexi a na ni je následně upevněna trakce v ose končetiny. Po splnění všech kroků sanitář pacienta přetočí zpět na záda do polosedu, kdy horní končetina je volně položená. Při samotném výkonu operatér využívá artroskopickou pumpu s kontrolovaným průtokem i vzduchem. Jelikož při samotném výkonu nelze užít turniket, používá se k zastavení krvácení elektrokauter. Elektrokauter je přístroj pracující s vysokofrekvenčním elektrickým proudem, užíváme jej k ošetření měkkých tkání.

Jednotlivé výkony se časově mohou lišit. Czudek (2009) udává, že stabilizaci ramene jsou lékaři schopni dokončit za pouhých 30 minut, na rozdíl od sutur rotátorových manžet, které mohou trvat i dvě hodiny.

1.5.1 Druhy arthroscopických výkonů

Mezi další nejčastější výkony při arthroscopiích autor uvádí i synovektomii, diagnostiku a ošetření SLAP, verifikaci rotátorové manžety, stabilizaci ramenního kloubu a release axilárního recesu jako součást výkonu v subakromiálním prostoru při frozen shoulder (Czudek, 2009).

Stabilizace ramenního kloubu byla v minulosti prováděna klasickou otevřenou operací, která byla velmi zpochybňována, jelikož výsledky nebyly zcela lichotivé. Zhruba od roku 2005 si lékaři tento arthroscopický výkon osvojili a přestali ho provádět otevřenou cestou. Nejdříve bývá zahájena konzervativní léčba, ale pokud problém přetrvává i nadále, je vhodné přejít k operativnímu řešení. Při zavedení optiky můžeme vidět odtržení přední chrupavčité části jamky tzv. Bankartův defekt (Czudek, 2009). Celý komplex je společně zafixován zpět k přednímu okraji pomocí speciálních skobek. Po výkonu je pacient poučen o nutné fixaci v Desaultově obvazu po dobu 4 až 6 týdnů a poté je vhodná postupná rehabilitace. Desaultův obvaz je užíván k úplnému znehybnění ramenního kloubu a celé paže. Vatou se vypodloží podpaží a ženám prsa a poté se fixuje končetina několika obinadly kolem trupu. Jako poslední vrstva se dává škrobový obvaz, který vše zpevní (Dungl, 2014).

Rotátorová manžeta je společným úponem šlach svalů ramene. K ruptuře rotátorové manžety může docházet poraněním nebo bez poranění. K poranění dochází u mladších jedinců a spíše u sportovců. Toto poranění je časté u silových sportů při nedodržení dostatečného rozcvičení (Pilný, 2007) v případě, kdy se jedná o dlouhodobé a opakované přetěžování manžety v místě, kde je nejméně zásobená. Nejdříve se objeví otoky a postupně u manžety dochází k rozvláknění. Postupně se dál trhá a vznikají nové jizvičky. Toto poškození se vyskytuje nejčastěji u starších jedinců, není to však pravidlem (Janíček, 2012). Podle Přikryla (2007) jde o dlouhodobý impingement syndrom. Pro postižené je největším problémem abdukce s ventroflexí (jako příklad je udáván bolestivost při oblékání trika). Nyní se využívá k vyšetření arthrografie s kontrastní látkou, kde pozorujeme zatékání kontrastu z glenohumerálního kloubu do subakromiálního prostoru, což je pro nás jasnou známkou léze. Avšak ani negativní nález neznamená, že léze není přítomná. Je proto vhodné objednat pacienta na magnetickou rezonanci, kde se lépe pozná závažnost poškození. Po zjištění poškození se lékař přiklání k ASK ramenního kloubu. Po samotném operačním výkonu je vhodné ponechat končetinu ve speciální dlaze, která pacientovi fixuje paži a zápěstí

k trupu a tím znemožňuje nežádoucí pohyb. Dlahu by měl mít pacient maximálně 7 až 14 dní a poté by měl začít pasivně rozcvičovat (Příkryl, 2007).

SLAP léze neboli superior labrum anterior posterior je poškození horního labra zepředu zezadu. Nejspíše bývá způsobeno častou traumatizací a opakovanými tvrdými nárazy (Příkryl, 2007). Bolestivost se nejčastěji vyskytuje při fyzické zátěži, pacient může mít i mírný pocit nestability. K lézi nejčastěji dochází švihovými pohyby či pádem na ruku, a tím postupně dochází k mikrotraumatům struktur kloubu (Gallo, 2011). Máme základní čtyři typy rozdělení dle Snydera: u prvního typu je šlacha pevná a horní labrum je lehce rozvlákněné a zdrsňelé, u druhého typu dochází k uvolnění zdrsňelé části a třením se zvedá od šlachy bicipitu. Třetí typ znamená, že horní labrum je odtrženo, šlacha dlouhé hlavy bicepsu je bez poškození, u posledního typu je horní labrum odtrženo, ale šlacha dlouhé hlavy bicepsu má podélnou trhlinu (Příkryl, 2007). Po operačním zákroku má pacient končetinu fixovanou až na 6 týdnů v Desaultově obvazu. Pacient smí rozhýbávat zápěstí, ale zbytek končetiny musí nechat v klidu (Dungl, 2014). Tento typ poškození bývá nejčastěji diagnostikován u sportovců – házenkářů a volejbalistů, kterým se doporučuje začít trénovat nejdříve až po 6 měsících (Příkryl 2007).

V Impingement syndrom jde o bolestivé postižení v oblasti subakromiálního prostoru, kde je drážděna rotátorová manžeta v úponu mezi hlavicí a acromiem. Dochází k zúžení, a tím k častějším a větším nárazům na rotátorovou manžetu. Pacienti udávají bolestivost při předpažení nejčastěji v rozmezí pohybu mezi 60 až 120 stupni, je to ale velmi individuální. Onemocnění se projevuje od lehkých bolestí až po nemožnost zvednout končetinu. Důsledkem je naprasknutí či úplné prasknutí manžety (Herle, 2010). Používáme zde vyšetření dle Neera k přesnějšímu zjištění poškození. Lékař stojí z boku vyšetřovaného. Jednou rukou fixuje lopatku postižené strany a druhou rukou provádí pasivní předpažení s vnitřní rotací až nad hlavu. Při tomto testu dochází ke stlačení šlachy m. supraspinatus akromionem. Pro potvrzení pozitivního testu pacient uvádí bolest na ventrální (přední) a laterální (boční) straně ramene (Kolář et al., 2012). V prvním stádiu se především objevuje otok a hemoragie. Projevuje se většinou pouze při aktivitách a u mladších jedinců, stav je reverzibilní. Ve druhém stádiu jsou čtenější mikroruptury a ztlušťuje se burza, obtíže jsou především při elevaci končetiny. V posledním stádiu jsou bolesti stálé i v nočních hodinách. Gallo (2011) ještě udává třetí stádium, v němž dochází k ruptuře rotátorové manžety, změnám na nadpažku a

pažní kosti a postupně dochází k poškození úponu dlouhé hlavy bicepsu. Pomocí artroskopie se zaoblí kost nadpažku a odstraní se měkké tkáně. V případě nutnosti se přišije šlacha zpět k úponu. Po operaci se doporučuje systematická rehabilitace, hlavně se zaměřením na obnovení síly a plného rozsahu pohybu. (Příkryl, 2007)

Syndrom ztuhlého ramene neboli „frozen shoulder“. Tento termín prvně použil v roce 1934 Codman, který onemocnění charakterizoval náhlým nástupem bolestivosti s následným omezením hybnosti (Dunzl, 2014). Dunzl (2014) dodává, že tento syndrom je těžké vymezit a popsat, natož léčit. Příčiny vzniku problémů nejsou známy, ale dříve byly popsány jako chronické záněty kloubního pouzdra, které nebyly nikdy potvrzeny. Dělí se na primární ideopatický syndrom a dále na sekundární syndrom, ke kterému dochází po předchozím úrazu. Léčba je náročná a dlouhodobá. Lékaři doporučují užívání analgetik a pravidelné docházení na rehabilitace. Na rehabilitacích je důležité ruku cvičit do všech směrů a využívat všechny dostupné metody. Jako osvědčené se ukazují DD proudy, ultrazvuk a diatermie. V rámci možností se doporučují i hodiny plavání, kde ruku částečně pasivně rozhýbáváme (Příkryl, 2007). Samotný výkon je indikován velice zřídka, a to pouze po vyčerpání všech konzervativních postupů. Po operaci opět následuje cílená rehabilitace (Příkryl, 2007).

Synovektomie neboli synovialitida je zmnožení kloubní výstelky s výpotkem, může být součástí systémového onemocnění nebo jednotlivého poškození. Vždy by měla být součástí i biopsie vzorku k histologickému posudku (Dunzl, 2014). Samotné odstranění můžeme provést pomocí přístroje Shaver, jedná se o mechanickou rotační frézu mající za úkol očistit celé okolí a přístroj VAPR, jenž se používá ke snížení krvácení při výkonu v okolí měkkých tkání. Důležité je celý prostor pečlivě zkontrolovat. Po výkonu by končetina neměla být fixována (Novotný, 2007).

1.6 Předoperační příprava u pacienta před artroskopií ramenního kloubu

Před operací je realizován soubor vyšetření pacienta, která zpravidla provádí praktický lékař, popřípadě internista. Samotné předoperační vyšetření bývá nejen před každým plánovaným výkonem, ale i před neodkladným. Mělo by vycházet ze svědomitého zhodnocení stavu pacienta, sběru anamnézy a vyhodnocení laboratorních vyšetření. Výstupem z této zprávy bývá posouzení pacienta a jeho celkového stavu, navržení případných opatření pro snížení rizik komplikací. Při malých chirurgických výkonech stačí, aby sestra odebrala krev, a to především na krevní obraz, dále moč + sediment, glykemii, ureu, kreatinin. U starších pacientů nad 50 let je

vhodné, aby lékař vyšetřil elektrokardiografii (dále jen EKG). U všech výkonů je vyšetření rozsáhlejší a je v něm zapotřebí doplnit rentgenové vyšetření srdce a plic (dále jen RTG S+P), EKG. Sestra odebere krev na APTT, INR, minerály, glykémii, cholesterol, ureu, kreatinin a krevní skupinu (Blažek, 2012).

Cílem každé předoperační přípravy by mělo být nachystat pacienta k operačnímu výkonu. Po přijetí na oddělení je důležité, aby nemocniční personál pacientovi vše řádně vysvětlil. Lékař by měl citlivě vysvětlit postup operace od odvozu z pokoje až po příjezd zpět na pokoj, měl by dát pacientovi dostatečný prostor zeptat se na vše, co mu není jasné (Spilka, 2013).

1.6.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá předoperační péče je prováděna zhruba 14 dní před plánovaným výkonem. Důležitý je sběr anamnézy. Sem patří veškeré údaje o zdravotním stavu pacienta. Vyšetřující lékař zjišťuje rodinnou, osobní, farmakologickou i pracovní anamnézu. Zde je nutné, aby sestra zjistila mimo jiné i alergie. Následuje fyzikální vyšetření, což představuje celkové lékařské vyšetření stavu pacienta za pomoci inspekce, auskultace a palpce. V rámci této části předoperační přípravy je zahrnuto i vyšetření fyziologických funkcí, které provádí sestra. Jejím úkolem je změřit hodnoty krevního tlaku, pulsu, dechu a vědomí. V rámci laboratorního vyšetření je požadován sestrou prováděný sterilní odběr krve odesílaný na hematologii, biochemii a hemokoagulaci. Dále je nutné, aby převzala od pacienta vzorek moči na biochemické vyšetření, kde lékaře zajímá především vyšetření na moč a sediment (Chrobák, 2007).

Elektrokardiografie (EKG) je základní vyšetřovací metoda v kardiologii. Jejím principem je snímání elektrické srdeční aktivity a její následné hodnocení za pomoci elektrokardiogramu. Při tomto vyšetření sestra pacientovi přikládá snímací elektrody na hrudník a končetiny. Po přiložení počká na ustálení EKG křivky a vytiskne záznam pro lékaře, který jej zkontroluje a popřípadě vyhodnotí. Posledním důležitým vyšetřením je rentgen (RTG) srdce a plic (Zeman, 2011).

1.6.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobou předoperační péčí rozumíme péči v časovém rozsahu 24 hodin před operací. Péče probíhá při samotném pobytu v nemocnici. Při každé hospitalizaci musí pacient podepsat několik dokumentů, a to souhlas s hospitalizací, seznámení v rámci hospitalizace a následně i s plánovaným výkonem a anestezií. Sestra pacienta

poučí o vnitřním řádu nemocnice, použití signalizačního zařízení a uložení osobních věcí na oddělení (Wilson, 2006).

Součástí krátkodobé předoperační přípravy je fyzická příprava. Jedná se o celkovou přípravu, kdy pacient dodržuje nařízení o zákazu kouření, jezení a pití alespoň 6 až 8 hodin před výkonem. Smyslem zákazu je zabránit a předejít možnému zvracení a aspiraci po provedeném výkonu. Dále sem patří celková důkladná hygiena zahrnující pečlivé osprchování. Pokud je potřeba oholení operačního pole, pak je prováděno nasucho buď pacientem, anebo za pomoci zdravotnického personálu. U žen je potřeba, aby sestra poukázala na nutnost odstranění líčení, nalakovaných nehtů a případně umělých nehtů. Je nutné, aby pacient odložil všechny šperky, zubní vyjímatelnou protézu a naslouchadlo, pokud má. Ráno před operací mu sestra za použití elastických obinadel zabandážuje dolní končetiny. Zpravidla pacientovi může být naordinována antikoagulační léčba, což znamená, že sestra pacientovi subkutánně aplikuje nízkomolekulární heparin (Fraxiparine, Clexane). Léčba je ordinována před i po výkonu (Vojtová, 2012).

Naposlední součástí je anesteziologická příprava. Do této přípravy spadá i návštěva anesteziologa, jehož povinností je zkontrolovat, zhodnotit předoperační vyšetření, určit typ anestezie a následně seznámit pacienta možnými riziky výkonu. Cílem anesteziologické přípravy je tedy zjistit skutečnosti, které by mohly ovlivnit průběh anestezie (Slezáková, 2010).

Termínem bezprostřední předoperační příprava rozumíme dobu 2 hodin před operací. Sestra kontroluje ošetrovatelskou dokumentaci pacienta, jeho lačnění, psychický stav, hygienu, operační pole a přiložení bandáží na dolní končetiny. Přibližně 45 minut před odvezením na sál je nutné, aby se pacient vymočil a převlékl, pak je mu aplikována premedikace dle doporučení anesteziologického lékaře. Sestra pacientu aplikuje opiát (Dolsin, Morfin) a vagolitykum (Atropin) intramuskulárně injekci. Po aplikaci injekce již pacient nesmí vstávat z lůžka, poté může být odvezen na operační sál (Slezáková, 2010).

1.7 Anestezie u pacienta

Anestezie je umělé uspání pacienta či znecitlivění určité části těla s cílem umožnění bezbolestného lékařského zákroku. Počátky anestezie sahají již do starověku, především v Egyptě byly užívány různé přírodní látky jako opium a mandragora. Anestezie, v podobě, jakou známe dnes, se však objevila jen 165 let zpátky. Většina

významných novinek vznikala postupně až po roce 1940 a nikdo by si již nedokázal představit operaci bez anestezie (Málek, 2011). Ve světě se užívaly jako tlumicí látky přírodní drogy (sliny ze žvýkání koky) a alkohol. Načež ve středověké Evropě se používaly různé byliny, například mandragora, bolehlav, blín a čemeřice (Pearce, 2008).

Anestezii dělíme na celkovou, místní a kombinovanou. Cílem celkové anestezie je vyřazení všech podnětů centrální nervové soustavy a uvedení pacienta do bezvědomí, přičemž z bezvědomí jej nelze probudit bez medikamentů. Celková anestezie se dělí na tři druhy, a to inhalační, intravenózní (intramuskulární) a doplňovanou. Inhalační anestezie je navozena vdechováním plyných látek, anestetik. Intravenózní anestezie představuje vpravení anestetika do žíly.

Doplňovanou anestézií rozumíme, že pacient dostává farmaka dle potřeb operátora, aby zároveň došlo ke snížení nežádoucích účinků. Z analgezie se nejčastěji podávají opioidy, například morphin, sufentanil a fentanyl. K potlačení bolesti a k navození stavu bezvědomí se užívají benzodiazepami a ze svalových relaxancií suxametonium či atrakurium (Málek, 2011).

Místní anestézií rozumíme vyřazení podnětů z určité části těla. Málek (2011) udává, že se dá vyvolat několika způsoby, například teplem, chladem, ale i použitím místních anestetik. Nervovou blokádu může lékař provádět buď jednorázově, anebo v případě ponechání katétru je možné ji intermitentně či kontinuálně prodlužovat. Při ponechání se může využít na léčbu pooperační bolesti. Místní anestezii můžeme dělit dle místa podání na topickou, infiltrační, intravenózní regionální a svodnou. Svodná anestezie je doménou anesteziologů s výbornou znalostí anatomie příslušných nervů. Jde tedy o cílené podání anestetika k nervům. Známe spinální (do míšního kanálu) a epidurální anestezii (do prostoru mezi vakem plen a stěnou páteřního kanálu) (Málek, 2011). V rámci této bakalářské práce se budeme dále věnovat blokádě brachiálního plexu. Michálek (2011) udává, že k bezchybnému provedení je potřebná výtečná znalost topografické anatomie. „*Anatomie brachiálního plexu je poměrně komplikovaná, nervy zásobující horní končetinu pocházejí z 5 míšních kořenů tvořených předními větvemi krčních nervů C5 – C8 a z prvního hrudního nervu s příspěvkem z C4 a T2 a směřují od meziobratlových otvorů k prvnímu žeburu. V průběhu mezi musculi scaleni se začínají kořeny spojovat do 3 nervových kmenů (C5 a C6 tvoří horní, C8 a T1 dolní, střední kmen je tvořen pouze kořenem C7).*“ (str. 97, Málek, 2011) Těsně nad klíčkem se jednotlivé kmeny dělí na přední a zadní větev. Po průchodu kolem klíční kosti se napojují k podklíčkovým cévám a probíhají po celé horní končetině. Plexus je vhodné

blokovat v místě nad klíčkem, ten je uložen mezi musculus scalenus anterior a medius. Mezi příčným výběžkem C6 a axilou probíhá osa brachiálního plexu. Zpravidla se užívá interskalenický prostor. Provedení interskalenického bloku probíhá u pacienta vleže na zádech s podložkou pod hlavou podložku. Pacienta požádáme, aby otočil hlavu směrem od anesteziologa. Lékař pomocí nedominantní končetiny položí dva prsty na zadní stranu kývačů hlavy. Když prsty posune dorzálním směrem, dostane se do interskalenického prostoru. Prostor lékař kontroluje pomocí ultrasonografie. Je-li si jistý místem vpichu, může zavést jehlu do tohoto prostoru, ale musí dát pozor, aby pacienta nevystavil riziku punkce a. vertebralis. Brachiální plexus je uložen přibližně 0,5 až 1 cm pod kůží. Nyní sestra lékaři dle jeho požadavků podává natažené anestetikum. Při aplikaci látky se podává přibližně 15 až 20 ml lokálního anestetika. I nadále se v průběhu aplikace využívá ultrasonografie z důvodu kontroly správnosti aplikace anestetika (Nalos, 2010).

1.8 Pooperační péče o pacienta

Cílem každé pooperační péče je pomoci pacientu vrátit se co nejdříve do běžného života. Po skončení operačního výkonu pacient i nadále zůstává pod stálým sesterským dohledem. Sestra sleduje, zda má stabilizovaný oběh, zda spontánně dýchá a je po narkóze schopen kašlat a polykat. Pooperační péče tedy začíná v předsáli operačního sálu v okamžiku, kdy je pacient převzat sestrou z oddělení od anesteziologa a anesteziologické sestry. Spolu s ním jsou přebírány informace o aktuálním stavu, krevním tlaku, pulsu, dechu a vědomí. Do 24 hodin po operaci je pacient v pravidelných intervalech sledován v závislosti na rozsahu výkonu. V těchto brzkých hodinách po výkonu je nejvyšší riziko vzniku komplikací spojených s operačním výkonem (Bartůněk, 2016).

Do ošetrovatelské péče zahrnuje Boušová (2013) správnou úpravu lůžka, v případě nesamostatnosti pacienta i pravidelné polohování a sledování vitálních funkcí. Sestra dále kontroluje bolest, nauzeu a močení pacienta. Mužům sestra připraví k lůžku močovou láhev a poučí je o nutnosti vymočení do 8 hodin od výkonu. Ženské pacientky jsou poučeny, aby v případě potřeby močení přivolaly signalizačním zařízením sestru, která následně donese podložní mísu. V případě prvního močení od výkonu sestra do dokumentace zaznamená čas a množství moči. Může dojít ke komplikaci, že se pacient nevymočí do 8 hodin po zákroku. Z tohoto důvodu sestra nebo lékař poté provede jednorázovou katetrizaci (Zeman, 2011).

Sestra v pravidelných intervalech kontroluje stav operační rány, funkčnost Redonových drénů, které zabezpečí proti jejich nechtěnému vytažení. V průběhu následujících hodin u pacienta i nadále sleduje vitální funkce a množství krve v redonově drénu, které pečlivě zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Bolest v ráně a okolí je pravidelným jevem, který sestra tlumí podáním analgetik podle ordinace lékaře. Následně je důležité, aby pacienta poučila o pooperačním režimu, který zahrnuje především klid na lůžku dvě hodiny po přivezení z operačního sálu (Boušová, 2013).

Zeman (2011) dokonce doporučuje po prvním probuzení z narkózy podání analgetik, která podává sestra v pravidelných intervalech na základě potřeby pacienta. K tlumení pooperační bolesti je vhodné aplikovat jak opiáty, tak analgetika (Tramal). Dále je nutné pečovat o hygienu operovaného pacienta, jejíž provedení bývá většinou ztíženo omezenou hybností pacienta. Ošetrovatelský personál mu proto pomáhá, nenahrazuje však samotnou činnost, čímž se snaží pacienta podpořit v soběstačnosti.

Čoupková (2010) říká, že pokud jsou fyziologické funkce pacienta odlišné od standardních hodnot, pak sestra o skutečnosti informuje lékaře oddělení. Tyto hodnoty sestra sleduje do stabilizace fyziologických norem a dle požadavků lékaře. Zpravidla druhý den po operaci lékař za asistence sestry odstraní redonův drén. Sestra podá lékaři sterilní peán a nůžky. Při vytažení redonu sestra přiloží do rány sterilní čtverec a ránu sterilně zakryje. Dle aktuálního stavu pacienta je rozhodnuto lékařem o jeho propuštění. Před propuštěním si však sestra musí být jistá, že pacient alespoň částečně zvládá běžné denní činnosti. V průběhu pooperační péče sestra sleduje, jak je pacient schopen se stravovat, oblékat a jak zvládá hygienu. Pacient je lékařem informován o nutnosti kontrolní návštěvy k vytažení stehů 10. den po operaci a o možnostech tlumení bolesti (Janíková, 2013).

1.8.1 Potřeby pacienta v pooperačním období

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku. Zajištění a uspokojení bezprostředních potřeb člověka je hlavním úkolem profesionální ošetrovatelské péče. Dále je povinností zdravotnického personálu v ošetrovatelské péči aktivně vyhledávat možnosti k uspokojení základních biologických potřeb (Šamánková, 2011). Soběstačnost je nejzákladnější potřebou každého člověka, a tak je v tomto ohledu nutné pacientovi v pooperačním období pomoci. Sestra musí pacienta vnímat jako bytost holistickou, tedy jako celek. Zde je velmi důležité, aby sestra věděla, že porucha jedné části napomáhá k poruše další části a

tím hrozí selhání celého systému. Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské a léčebné péče je uspokojení potřeb, jako jsou jistota, bezpečí a informovanost (Trachtová, 2013).

Do pooperačního období se pacient dostává bezprostředně po ukončení operačního výkonu a odeznění anestezie. Tato péče je součástí ošetrovatelské a léčebné péče, kde je důležité u pacienta zajistit prevenci a rozpoznání případných operačních komplikací a v případě potřeby nastavit okamžitou léčbu. Jako cíl autorka uvádí bezpečné provedení pacienta tímto obdobím (Jedličková, 2012).

Ve zdravotnictví vycházíme z hierarchického uspořádání potřeb člověka dle teorie A. H. Maslowa. Samotné potřeby nemocného jedince jsou uspořádány dle jejich aktuálnosti. A. H. Maslow byl narozen 1. dubna roku 1908 v New Yorku a byl to psycholog. Během svého života vytvořil teorii motivace, ze které vychází hierarchická teorie potřeb, a vznikla Maslowova pyramida potřeb (viz přílohu číslo 1). Ta mezi nejzákladnějšími potřebami uvádí potřeby fyziologické, dále bezpečí a jistoty, sounáležitosti a úcty (Trachtová, 2013). Vzhledem k tématu se budeme zabývat především potřebami fyziologickými, které jsou pro pacienta primárními. V průběhu nemoci pacienti o tyto potřeby postupně ztrácí zájem, ten se však obnoví při zlepšení zdravotního stavu. Hlavní povinností zdravotnického personálu je zabezpečení potřeb (Šámánková, 2011). Plevová (2011) uvádí, že je důležitá motivace, které napomáhá k uspokojování potřeb a tím k rychlejšímu procesu navrácení do běžného života.

Sestra pacientovi pacienta vede k soběstačnosti a sebepěči, jež je definována jako zajištění péče o sebe vlastními silami. Pár hodin po operaci je pacient zesláblý, unavený a bolestivý. V této fázi nastupuje pomoc sestry, která pacientu především pomáhá při sebeobsluze, hygieně a oblékání. Péče o osobní hygienu je značně ztížená z důvodu omezení jedné z končetin (Halmo, 2014). U všech pacientů po operaci je důležité, aby je sestra podpořila v oblastech pohybu, hygieny, ale především v oblékání. Pacienti po artroskopii ramenního kloubu však nemívají natolik zhoršenou soběstačnost v rámci pohybu a vyprazdňování oproti pacientům po výkonech na dolních končetinách (Trachtová, 2013). Pacienti po blokadě brachiálního plexu mají po operaci umrtvenou operovanou končetinu ještě přibližně 8 až 12 hodin. Tím hrozí, že by si ji mohli nevědomky poškodit, proto je při převlékání či jiném pohybu nutno dát pozor na končetinu. Zde je potřeba správně nacvičit techniku oblékání. Hygienická péče představuje soubor pravidel a postupů, které mají vést k podpoře a ochraně pacienta. Hygiena patří mezi základní potřeby. Před hygienou je vhodné, aby sestra zjistila, kterou ruku má pacient dominantní (Kelarová, 2015). Hygienickou péči je pacient

schopen vykonat samostatně nebo s asistencí sestry, která mu pomůže v hygienické očiště oblasti, kam sám nedosáhne. Při hygieně je důležité, aby byl pacient opatrný a nevytrhl si Redonův drén či ostatní invazivní vstupy. Dále by jej měla sestra poučit, že je nutné dbát opatrnosti a nemanipulovat příliš s operovanou končetinou. Při hygienické péči má hlavní úlohu sestra a jde jí především o odstranění možných nečistot a zápachu. Tím se zabrání případnému vzniku a rozvoji infekce v operační ráně. Správnou hygienou sestra pacientovi navodí pocit pohody a klidu, což má vliv na udržení jeho psychické pohody (Vytejková, 2011). Dále je vhodné, aby si zdravotnický personál všiml možné změny barvy a napětí pokožky, protože v okolí operačního místa hrozí krevní výron (Hofmannová, 2008). Po obnovení všech základních potřeb nastává zkvalitnění pacientova života, naopak z důvodu jejich nenaplnění může u pacienta vzniknout frustrace (Šamánková, 2011).

Další důležitou potřebou je bezpečí a jistota, kde je důležitá i důvěra a spolehlivost při hospitalizaci nejen mezi pacientem a sestrou, ale i mezi pacientem a lékařem. Zde je důležité, aby pacient věděl o všem a měl možnost se zdravotnickým personálem spolupracovat na obnovení soběstačnosti. Prioritou bývá zbavení akutní bolesti i případných nežádoucích komplikací po operaci jako je nechutenství, zvracení, únava. Pocit nenaplnění potřeb může pacientovi způsobit stres nebo frustraci (Šamánková, 2011).

K vyhodnocení soběstačnosti sestra využívá nejčastěji Barthelův test (dále jen ADL; viz přílohu 2). V této škále sestra vyhodnocuje běžné denní aktivity pacienta. Především se zjišťuje schopnost pacienta se najíst, napít, obléknout, dále možnost vykonání osobní hygieny, inkontinence stolice a moči, přesun pacienta z lůžka na židli a zpět. Dále se hodnotí chůze pacienta po rovině a po schodech, a zda k tomu potřebuje nějaké kompenzační pomůcky. Po vyhodnocení těchto skutečností získá sestra informace o nutnosti pomoci zdravotnického personálu či rodiny (Tóthová, 2014).

Psychosomatika je dalším důležitým faktorem v uzdravování. Pro sestru je tedy hlavním cílem uspokojení potřeb pacienta, a tím podpoření jeho psychiky. Sestra musí sledovat jeho projevy a reakce, které bývají verbální či nonverbální. Pocity pacienta, že se jeho stav zlepšuje, jsou vždy čistě subjektivní. Pokud jej sestra vede k překonání obav, úzkosti či bezmoci, může nastat vlastní proces uzdravování. Pokud by dlouhodobě nebyly uspokojeny potřeby nemocného, mohlo by nastat zhoršení zdravotního stavu, případně narušení zdraví. Zde je důležitá spolupráce mezi sestrou a rodinou pacienta (Mastiliaková, 2014).

1.9 Bolest u pacienta

Definice bolesti dle WHO (Světová zdravotnická organizace) a IASP (Mezinárodní asociace pro studium bolesti): „*Bolest je nepříjemný smyslový a pocitový zážitek multidimenzionálního rázu ve spojení se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně anebo je v termínech takového poškození popisován.*“ (str. 17, Rokyta, 2012)

Bolest dělíme na dvě základní složky, akutní a chronickou. Akutní bolest je charakterizována náhlým začátkem, rychle ustupuje, má tedy krátké trvání. Je to předpokládána fyziologická odpověď na operační výkon. Akutní bolest má ochranné účinky a často i obranný reflex (Rokyta, 2009). Pokud bolest přetrvává déle jak 6 měsíců, stává se chronickou. Její lokalizace může být neurčitá. Jde především o obranu organismu pacienta, kde není jiná možnost než se bránit. Chronická bolest většinou pacienta doprovází pacienta už před samotným artroskopickým zákrokem (Kolář, 2009).

Je-li pacient schopen komunikace, je vhodné užívat k zjištění intenzity bolesti vizuální analogovou škálu (dále jen VAS). VAS je jednoduchá a dobře se hodnotí aktuální bolesti pacientů. Pokud pacient komunikuje bez obtíží, je nutné, aby sestra zjistila lokalizaci, kvalitu a intenzitu bolesti. Posléze informuje lékaře o stavu pacienta. Sestra nemá kompetence k indikaci analgetik. K rychlejšímu nástupu pocitu úlevy je vhodné dopomocť pacientovi k úlevové poloze a podložit mu končetinu, nebo v případě, že nemá od operátora nasazenou fixaci, uložit mu operovanou končetinu alespoň do závěsu (Vaňásek, 2014).

Akutní bolestivost v operační ráně je v důsledku poškození tkáně, ke kterému došlo během operace. Bolest je pravidelným úkazem a nejčastěji se objevuje po vymizení účinku anestetik (Kolář, 2009). V rámci snahy zmírnit bolest může sestra pacientovi doporučit úlevovou polohu, kterou nejlépe docílí podložením dané končetiny například polštářem. Dále sestra přiloží na operované rameno chladný obklad. Pak sleduje, zda nastalo zklidnění či odeznění bolesti. Sestra musí pravidelně a pečlivě zaznamenávat do zdravotnické dokumentace pooperační bolest pacienta (McGonigle, 2006). Rokyta (2009) doporučuje, že je vhodné na akutní bolest správně nastavit léčbu, a to co nejrychleji. Častým problémem je, že v mnoha nemocnicích je bolest nevhodně a nedostatečně léčená. Dále doporučuje zahájit léčbu bolesti již před samotným operačním zákrokem. Rokyta (2012) dále píše o faktorech, které ovlivňují samotnou pooperační bolest. Zmiňuje především kvalitu, intenzitu a dobu trvání.

Rokyta (2012) uvádí, že analgezie je dělena na regionální a systémovou. Analgezií rozumíme odstraňování bolesti. Regionální analgezie má za úkol tlumit bolest přímo v místě bolesti bez útlumu centrální nervové soustavy (dále jen CNS), podává se přímo na potřebné místo (lokálně). Kdežto systémová analgezie představuje možnost tišení bolesti, kde účinná látka má působit přímo v CNS. Nejčastěji ji aplikujeme injekčně pod kůži (s. c. - subkutánní injekce), do svalu (i. m. - intramuskulárně) nebo do žíly (i. v. - intravenózně) (Hájek, 2014).

1.10 Rehabilitace

Roku 1969 byla rehabilitační péče definována dle WHO jako „kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískávání co možná největšího stupně funkčních schopností.“ Následně byla roku 1981 definice WHO rozšířena „*rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který způsobuje disabilita, následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého*“ (str. 2, Kolář, 2009).

Cílem rehabilitace po operaci ramenního kloubu je dosáhnout co nejlepšího bezbolestného pohybu v ramenním kloubu. Dále je potřebná mobilizace a uvolnění subakromiálního prostoru prevence přilnavosti měkkých tkání okolo kloubu a navrácení funkčnosti všech svalů, které se na pohybu podílejí (Frič, 2006). Dále je důležitá správně vedená rehabilitace a podpora v co největší samostatnosti klienta (Švestková, 2013).

Působením operačních výkonů dochází uvnitř organismu k mnohým změnám. Každý operační výkon je zásahem do jednotlivých částí – do kůže, podkoží a svalů. Rameno je kloubem, který je na omezení pohybu velmi citlivý. Při imobilizaci již může během pár dnů dojít k úbytku svalů, a tím snížení hybnosti. Samotný pooperační režim záleží na typu provedeného výkonu. Po určitých zákrocích dostávají pacienti na sále fixační ortézy, v jiných případech obdrží pouze pruban. Ten je jim druhý den při propuštění sundán a následně se jim aplikuje Desaultův obvaz (Příkryl, 2007).

U větších výkonů, jako jsou například ruptura rotátorové manžety a SLAP léze, se doporučuje dodržovat až 6 týdnů klid operované končetiny. Doporučuje se pouze pasivní cvičení, které je zajištěno s pomocí zdravé končetiny či s asistencí fyzioterapeuta. Pacient smí postupně rozhýbat zápěstí a loketní kloub až kolem čtvrtého pooperačního týdne. Ostatní aktivní pohyby jsou doporučovány až

po šestitýdenním klidu. Pacienti by si měli dát pozor na pohyby jako je upažení (abdukce) a předpažení či zapažení (ventrální a dorzální flexe) (Příkryl, 2007).

U operací v SA prostoru – synevektomie a po syndromu ztuhlého ramene se naopak doporučuje hned druhý den po extrakci redonova drénu začít s rehabilitací. Vhodnou pomůckou je motodlaha, která provádí pasivní cvičení končetiny, a tím pacientovi pomáhá v počátcích rehabilitace. Posléze je toto cvičení potřeba doplnit aktivním cvičením, které už vede fyzioterapeut (Dvořák, 2007). V této době se tedy začíná postupně s asistovaným aktivním pohybem. Zde se fyzioterapeut soustředí na provádění cviků na posílení svalů ramenního pletence. Mobilizují se svaly lopatky, všechny tři kloubní spojení v rameni a žebra. Při cvičení si pacient napomáhá zdravou končetinou nebo mu pomůže fyzioterapeut. Cvičí se pouze do bolesti pacienta. V případě bolesti je vhodné zmenšit rozsah cvičebního pohybu (Kolář, 2009). Jako další vhodné cvičení Příkryl (2007) udává cvičení v bazénu, které může být pro pacienty relaxační a zároveň posilovací.

Je-li pacient stabilní, bez známek akutního zánětu a je schopen přejít zpět do běžného života, je propuštěn s plánem dalších ambulantních kontrol. Před propuštěním je vhodné zjistit jeho rodinné zázemí, a zda mu má kdo v domácnosti případně pomoci (Bartůněk, 2016).

Dále pacient pokračuje v upevňování stabilizace ramenního kloubu. Díky tomu se postupně zvětšuje rozsah pohybů v ramenním kloubu. Plnou zátěž lékaři po ASK ramenního kloubu odhadují nejdříve za 6 měsíců. Uzdravení samotného ramenního kloubu může trvat i celý rok (Boušová, 2013).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit problematiku předoperační a pooperační péče z pohledu pacienta.
2. Zjistit zvláštnosti ošetrovatelské péče před a po artroskopii ramene.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak pacienti vnímají předoperační přípravu u artroskopie ramene?
2. Ve kterých oblastech byly pro pacienty nedostatečné informace?
3. Jak vnímají pacienti pooperační péči po artroskopii ramene?
4. Jaké jsou zvláštnosti předoperační přípravy z pohledu sestry?
5. Jaké jsou zvláštnosti pooperační péče z pohledu sestry?

Operacionalizace pojmů

- Předoperační příprava – soubor vyšetření s cílem připravit pacienta k operačnímu výkonu.
- Pooperační péče – péče o pacienta po přivezení z operačního sálu na standardní pokoj a cílem každé pooperační péče je pomoci pacientovi vrátit se co nejdříve do běžného života.
- Artroskopie ramene – je to operační zákrok, při kterém je pacientovi v celkové narkóze zavedena kamera a endoskopické nástroje do ramenního kloubu.
- Pruban – velmi elastický obvaz se širokými oky určený k rychlé fixaci na kterémkoliv místě těla. Přizpůsobuje se tvaru těla hlavně neškrťí a nevytahuje se.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Za účelem naplnění cílů této bakalářské práce autorka realizovala kvalitativní výzkumné šetření. Ke sběru dat použila techniku polostrukturovaného rozhovoru. K výběru výzkumného souboru autorka využila techniku záměrného výběru, přičemž hlavním kritériem byl pacient, který absolvoval artroskopickou operaci ramenního kloubu a dalším kritériem byla sestra, která tyto pacienty ošetřuje. Sběr dat probíhal v nemocnici nacházející se v Jihočeském kraji, autorka oslovila především hlavní sestru, jež s výzkumným šetřením souhlasila a souhlas s výzkumem stvrdila písemně. Ústní souhlas s výzkumem dále udělili jak primář oddělení a vrchní sestra, tak i staniční sestra oddělení.

Autorka pro účely výzkumného šetření oslovila ve shora uvedené nemocnici 5 sester a 5 pacientů. Všem subjektům účastnícím se výzkumného šetření byl sdělen důvod a smysl výzkumu, účastníci byli rovněž informováni o anonymitě dat. Účastníci výzkumu následně souhlasili s poskytnutím rozhovoru a autorce udělili souhlas se získáváním dat a souhlas s jejich zpracováním v rámci výzkumné části bakalářské práce.

Pro účely výzkumného šetření byly vytvořeny otázky zvlášť pro sestry (Příloha 3) a otázky zvlášť pro pacienty (Příloha 4).

Na začátku výzkumného šetření provedla autorka rozhovory se sestrami, které pracují na ortopedickém oddělení, na němž ošetřují pacienty po artroskopické operaci ramenního kloubu. Rozhovory prováděla autorka osobně a trvaly přibližně dvě hodiny. Průběh rozhovorů autorka zaznamenala v písemné formě. Vybrané pacienty, kteří podstoupili artroskopickou operaci ramenního kloubu, oslovila autorka v různých dnech následujícího týdne.

Při přepisu rozhovorů zvolila autorka metodu přímých citací (CD příloha). Výsledky zkoumání byly zpracovány metodou otevřeného kódování technikou tužka a papír dle autorů Švaříček R., Šedřová K. a kol 2014. Otevřené kódování je technika, která byla vyvinuta v rámci analytického aparátu zakotvené teorie, kde díky jednoduchosti a zároveň účinnosti je nejčastěji užívaná. Samotné kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány a vzápětí složeny novým způsobem (Švaříček, 2014).

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření je tvořen záměrně vybranými pěti sestrami pracujícími na lůžkové části ortopedického oddělení a pěti pacienty, kteří podstoupili artroskopickou operaci ramenního kloubu. S výběrem sester a pacientů pomohla vrchní sestra. V textu jsou tázané sestry značené S1, S2, S3, S4 a S5 a pacienti P1, P2, P3, P4 a P5. Základní identifikační údaje o respondentech jsou pro lepší přehlednost uvedeny v tabulce 1 a v tabulce 2.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje sester

V tabulce 1 jsou zaznamenány základní identifikační údaje týkající se sester, a to věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe a počet pacientů po artroskopické operaci ošetřených za měsíc.

Tabulka 1: Identifikační údaje sester

Respondenti	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet let Praxe	Počet ošetřených za měsíc
S1	34	Střední zdravotnická škola – obor Všeobecná sestra	2,5 roku	15 P/K
S2	42	Střední zdravotnická škola – obor Všeobecná sestra	12 let	10-15 P/K
S3	25	Všeobecná sestra – Mgr.	2 roky	20 P/K
S4	23	Všeobecná sestra – Bc.	2 roky	13 P/K
S5	23	Střední zdravotnická škola – obor Zdravotnický asistent	1 rok	16 P/K

Zdroj: vlastní

4.1.1 Kategorie 1 – Informovanost při příjmu

V první kategorii zjišťujeme, o čem sestry informují pacienty chystající se podstoupit artroskopickou operaci ramene při příjmu na oddělení.

Respondentky S1, S2, S3 a S4 se shodují, že pacientům musí být dostatečně vysvětlen obsah jednotlivých dokumentů, jež pacienti podepisují. Respondentky S1 a S2 označují za hlavní zdroj informací o průběhu výkonu lékaře na příjmové ambulanci, jenž provádí příjem následující po sesterském příjmu. V tomto směru respondentka S1 udává: *„Po sběru našich potřebných dat přichází na řadu lékařský příjem, kde pan doktor se vším srozumí P/K ohledně příjmu a plánované operace.“* Respondentky S1, S2, S3 a S4 se dále shodují, že při přijetí pacientů na oddělení vysvětlují způsob fungování signalizačního zařízení a sdělují, kdy je možné je využít. Tyto respondentky dále rovněž zmiňují, že je vhodné pacientům ukázat způsob, jakým lze polohovat postele. Respondentka S3 uvádí: *„Ke konci všechny pacienty doprovodím na jejich pokoj a ukážu jim signalizační zařízení a polování lůžka.“* Respondentka S1 hovoří o poučení pacientů takto: *„Vysvětlím jim premedikaci, kde se často ptají na injekci a diví se, že se u nás podává v tabletové formě. Poučím je o hygienické přípravě, oholení operačního pole, odličení, odlakování nehtů a odstranění šperků.“* Respondentka S2 také zmiňuje odstranění šperků: *„Když je možnost, poprosím doprovod, aby tyto cennosti odnesl.“* A dále respondentka S2 dodává: *„Při příjmu pacienty informuji o možnosti uschování cenností a finanční hotovosti do centrálního trezoru.“* Respondentky S1, S4 a S5 pacienty poučují o nutnosti dodržet lačnění od půlnoci a zdůrazňují, že nesmí pít, jíst, kouřit a žvýkat. Respondentka S4 popisuje nezbytnost lačnění: *„U toho jim řeknu, že pokud by to porušili, mohlo by jim být špatně a nemuseli by je vzít ani k operaci.“* Respondentky S1 a S2 udávají, že se jich pacienti často ptají, kdy se dostanou na řadu, dále na možné komplikace a na přibližnou dobu propuštění. Respondentka S4 dodává, že se jí pacienti dotazují i na druh plánované anestezie. Respondentka S3 uvádí: *„Seznámím pacienta s chodem oddělení, a kde si může poctivě přečíst řád oddělení a práva pacientů.“* Respondentka S5 na rozdíl od ostatních doplňuje: *„A nakonec je to klasická edukace ohledně našeho oddělení jako návštěvní hodiny, kontakt na oddělení, strava.“*

4.1.2 Kategorie 2 – Ošetřování před výkonem

V této kategorii se zabýváme oblastí ošetřovatelských výkonů u pacienta při přijetí na oddělení.

Respondentky S1, S2, S3 a S4 na prvním místě uvádějí nezbytnost správné hygienické přípravy podpažní jamky a oholení operačního pole. Respondentka S1 udává: *„Ženy jsou většinou v podpaží oholené a záda nejsou třeba holit. U mužů je chodí holit večer před výkonem sanitář/ka.“* Respondentka S2 dodává: *„Vysvětlím, že je ráno po probuzení vhodné se dojit vysprchovat a případně dočista oholit operační pole.“* Respondentka S2 doplňuje, že pokud si pacient přinese své léky, odebere mu je a uschová na sesterně. Respondentky S2 a S3 sdělují, že po přijetí na oddělení pacientu nasadí identifikační náramek, přičemž respondentka S3 dodává: *„Na oddělení ještě zjistím ošetřovatelskou anamnézu, dle vyhodnocení rizika pádu P/K nasadím identifikační náramek, kde napíšu jméno, příjmení, rok narození a oddělení, na kterém je hospitalizován.“* Respondentky S1, S2, S3 a S4 se shodují, že pacienti jsou hospitalizováni vždy den před plánovaným výkonem operace. S1, S2, S3 a S4 zmiňují možnost propuštění pacienta na noc domů, pro takový případ však zdůrazňují jeho povinnost vrátit se následující ráno mezi 6:00 a 7:00.

4.1.3 Kategorie 3 – Pooperační péče

Do této kategorie jsme zařadili informace spojené s ošetřováním pacienta po operaci.

Respondentky S1, S2, S3 a S4 sdělují, že po operaci ramenního kloubu je pravidelně využíván dospávací pokoj, v němž pacienti pobývají buď po dobu přibližně dvou hodin po výkonu operace, nebo po dobu nutnou ke stabilizaci fyziologických funkcí. Přesněji respondentka S1 udává: *„Pacienti bývají po výkonu na dospávacím pokoji ještě tak 1 – 2 hodiny, kde jsou nepřetržitě sledováni. Po stabilizování jejich funkcí nám sestry zavolají na oddělení a my si pacienty přebereme.“* Nutnosti měření fyziologických funkcí v pravidelných intervalech zmiňují všechny respondentky S1, S2, S3, S4 i S5, přičemž respondentka S4 podotýká: *„Po přivezení na standardní pokoj jim měříme v pravidelných intervalech tlak a puls dle ordinace ARO lékaře, který byl přítomen u operace pacienta. Podle naordinované léčby ARO lékařem se vždy řídíme do půlnoci, poté platí ordinace sloužícího lékaře našeho oddělení.“* Respondentky S1, S2, S3 a S4 poučují pacienty o možnosti použití signalizačního zařízení v případě potřeby a v případě bolesti. Respondentka S3 sděluje: *„Dám mu ke zdravé ruce zvoneček*

a poučím ho o tom, že v případě bolesti či jakéhokoliv problému si má zazvonit.“ Respondentky S1 a S4 uvádějí, že pacientu ihned donesou led na operované rameno a kontrolují citlivost a hybnost prstů. Kontrolu cití potvrzuje i respondentka S3. Respondentka S1 tvrdí: *„Na operované končetině sleduji citlivost a hybnost prstů, většinou jsou pacienti po bloku, tak ruku necítí ještě tak 12 hodin po operaci.“* Respondentka S2 se naopak zaměřuje na kontrolu krytí rány a sděluje: *„Po převezení z dospávacího pokoje si zkontroluji, zda krytí rány neprosakuje, jestli redon je správně puštěn a dám ho do držáku na posteli, aby nezůstal na posteli nebo se neválel po zemi.“* Pacientovu operační ránu kontrolují i respondentky S1, S2, S3 a S5. Všechny respondentky S1, S2, S3, S4 a S5 se shodují, že sledují množství tekutiny odvedené Redonovým drénem. Pouze respondentka S3 se jako jediná zmiňuje o nutnosti podání emitní misky do pacientovy bezprostřední blízkosti pro případ možné nevolnosti po anestezii. Respondentka S2 považuje za nezbytné poučit pacienta o klidovém režimu po operaci: *„Pacienta poučím o tom, že až za 2 hodiny bude moct vstávat, tak aby si Redon vždy bral s sebou, hrozilo by mu jeho vytržení a tím by si způsobil i bolesti.“*

4.1.4 Kategorie 4 – Pooperační bolest

Předmět této kategorie tvoří problematika tišení bolesti v rámci pooperační péče.

Respondentky S1, S3 a S4 nabízí pacientům analgetika ihned po přivezení na standardní pokoj, přičemž respondentka S4 jako jediná zdůrazňuje: *„Ptám se jich hned po přivezení ze sálu, to většinou ještě bolesti ale nemají, protože mají píchnutý blok. I přesto se chodím pravidelně vyptávat, jestli nemají bolesti.“* O nejčastějším způsobu podání analgetik se zmiňuje respondentka S1: *„Většinou podáváme injekčně analgetika či v infuzi i. v. cestou, když mají pacienti ještě žilní vstup.“* Respondentky S2 a S5 neuvádí přímé nabízení analgetik pacientovi. Respondentky S2, S3 a S4 sdělují, že monitoraci bolesti provádí v pravidelných intervalech 4 hodin, a to až do půlnoci. Od půlnoci ji uskutečňují v intervalech 6 hodin. Respondentky S1, S3, S4 a S5 uvádějí, že do půlnoci podávají pacientům analgetika dle ordinace ARO lékaře a poté dle lékaře příslušného oddělení.

4.1.5 Kategorie 5 – Informovanost před dimisí

V této kategorii jsou uvedeny informace, jež sestry poskytují pacientům při propuštění do domácí péče.

Respondentky S1, S2, S3, S4 a S5 v rámci výzkumu sdělují, že všechny informace vysvětluje lékař, který předává i propouštěcí zprávu. Respondentky S1, S2, S3 a S4

dodávají, že každého pacienta pečlivě uvědomí o nutnosti péče o ránu. Respondentky S1, S2, S3 a S4 vysvětlují pacientovi způsob péče o ránu, tj. upozorňují ho o nutnosti suchého sterilního krytí a zákazu přímého máčení operační rány. Pro případ nechtěného stržení náplasti respondentky S1 a S2 pacientu ukazují, jakou vhodnou náplast si může v lékárně zakoupit. Respondentka S1 říká: „*Před propuštěním řeknu pacientovi o tom, jak se má starat o pooperační ránu, že ji nemá namáčet, o možnosti zakoupení náplasti v naší lékárně v případě potřeby přelepení operační rány.*“ Respondentka S3 poskytuje pacientovi dvě náhradní náplasti. Po převazu rány respondentky S1 a S3 posílají pacienty na ambulanci, neboť tam se nacházejí sestry, jež uváží Desaultův obvaz. Respondentka S2 sděluje: „*Vysvětlím mu, že v případě otoku, krvácení nebo zvýšené teploty by se měl co nejdříve dostavit na pohotovost naší ambulance.*“ Respondentka S2 zmiňuje návštěvu rehabilitační sestry: „*Rehabilitační sestřička by měla pacienta poučit dle jeho zákroku, co má či nemá dělat s končetinou.*“ Respondentka S4 udává: „*Co se týče hýbání s končetinou, to u nás řeší lékař a rehabilitační.*“ Respondentky S1, S2, S3, S4 a S5 se vyjadřují tak, že před dimisí vysvětluje rehabilitační sestra pacientům, jak by měli hýbat s končetinou.

4.2 Identifikační údaje pacientů

V tabulce 2 jsou zaznamenány základní identifikační údaje týkající se pacientů. Mezi tyto údaje zahrnujeme pohlaví, věk a povolání.

Tabulka 2: Identifikační údaje pacientů

Dotazovaní	Pohlaví	Věk	Povolání
P1	Muž	61	Sanitář
P2	Žena	73	Důchodkyně
P3	Žena	46	Manažerka
P4	Žena	18	Studentka
P5	Muž	55	Strojvedoucí

Zdroj: vlastní

4.2.1 Kategorie 1 - Doba doporučení operace, úraz

Tato kategorie zjišťuje, po jaké době byla realizována operace a jak došlo ke zranění pacientova kloubu.

Respondent P1 popisuje, že k jeho úrazu došlo v rámci výkonu pracovní činnosti, neboť si rameno poškodil při polohování pacientky. Respondent P1 sděluje: „Operace mi byla doporučena přibližně skoro až po 2 až 3 měsících, kdy jsem ji z počátku odmítal. Operován jsem byl nakonec až po 8 měsících od úrazu.“ Respondentka P2 uvádí: „Úraz se mi stal při práci na zahrádce. Operace mi byla doporučena přibližně až po roce. Termín operace byl volný až za 2,5 měsíce. Tím pádem jsem byla odoperována až po více než roce od úrazu.“ Respondent P5 sděluje, že si úraz způsobil také při zahradních pracích, s to při sekání dříví, k operaci došlo po 7 měsících. Respondentky P3 a P4 se zranily při volnočasových aktivitách. Respondentka P3 udává, že si rameno poranila při bowlingu: „Hned po výsledcích z magnetické rezonance, což bylo dva měsíce od úrazu, mi lékař dal datum operace. Celkově jsem byla odoperována po 4 měsících od úrazu.“

Respondentka P4 oznamuje, že se zranila při kolektivním sportu a termín k operaci dostala po půl roce od prvotního úrazu.

4.2.2 Kategorie 2 – Podání informací lékařem a sestrou při přijetí

V této kategorii se zabýváme mírou informovanosti pacientů o léčbě.

V souvislosti s tím respondent P1 uvádí: „*Myslím, že vše potřebné mi sestřička při příjmu sdělila. Jen jsem se jí zeptal, jakou premedikaci budu mít před operací. Sestra mi řekla, že používají tabletky jako premedikaci, a to mě zaskočilo. Jak pracuji v nemocnici, nejčastěji jsem vídal, že píchají injekce právě.*“ Respondentka P2 sděluje: „*Sestřička mě informovala o předoperační přípravě, hlavně že od půlnoci nesmím nic jíst ani pít. Poučila mě, že musím všechny šperky sundat, a ptala se mě, zda nemám zubní protézu.*“ Stejně byli informováni i respondentka P3 a respondent P5, přičemž respondentku P3 sestra ještě poučila o nutnosti oholení operačního pole. Respondent P1 sděluje, že byl dále informován lékařem: „*Pan doktor mi ještě vysvětlil, co bude arroskopická operace obnášet a jak bude probíhat.*“ Obdobných informací se dostalo i respondentkám P3 a P4 a respondentovi P5. Respondentce P4 lékař navíc ukázal video o průběhu operace, aby znázornil úkony, jež budou prováděny. Na otázku, zda se respondentovi P1 poskytnuté informace jevíly jako dostatečné, se respondent P1 vyjadřuje takto: „*Především mě zajímalo, co mě bude čekat po operaci, jaká bude další léčba a kdy budu moct jít do práce. Na tyhle otázky jsem se musel zeptat, to mi sám od sebe lékař neřekl, ale když jsem se pana doktora zeptal, rád mi odpověděl.*“ O délku následné léčby, tj. léčby po operaci a délku pracovní neschopnosti, se zajímali respondentka P3 a respondent P5. Respondentka P2 spíše postrádala informace: „*Chyběly mi informace ohledně toho, jak to bude probíhat na sále.*“ Pouze respondentku P4 zajímalo: „*Sestřičky jsem se jen ptala, jestli mě to bude hodně bolet a na jak dlouho to pak vidí, kdy se budu moct vrátit ke sportu.*“ Respondentce P3 určité informace chyběly, nicméně ostatní se shodli, že jim poskytnuté informace byly víceméně dostačující, v případě potřeby se lékaře nebo sestry ještě dále zeptali.

4.2.3 Kategorie 3 – Příjem na oddělení

Předmětem této kategorie je popis průběhu příjmu na ortopedickém oddělení. Klademe důraz na zjištění, zda sestra pacientu dostatečně vysvětlila předoperační přípravu, premedikaci a jeho umístění po operaci.

Respondenti P1, P2, P3, P4 a P5 uvádí, že s nimi byly sepsány souhlasy, přičemž jim sestřička vysvětlila podstatu těchto dokumentů. Respondent P1 udává: „*Po*

podepsání všech papíru nás sestra hromadně odvedla na oddělení a ukázala nám, kde jsou toalety, sprcha a kávovar. Rozdělila nás na pokoje a poučila, jak se polohují postele.“ Respondentům P1, P3 a P4 bylo umožněno spát noc před operací doma, k tomu byli sestrou poučeni, že musí v den operace dorazit na oddělení mezi šestou a sedmou hodinou ranní. Respondent P1 uvádí: *„Já šel ten den ještě domů, měl jsem dovoleno přijít v den operace ráno na 6:30. Sestřička mě požádala, abych se oholil a že si to ráno jiná sestřička zkontroluje.*“ Respondentka P4 byla překvapena, že mohla jít na noc domů, ale hned této možnosti využila. Všem z nich sestra sdělila, že je nutné, aby druhý den ráno byli na lačno a měli oholené podpaží, případně i rameno, respondentka P4 udává: *„Informovala mě o nutnosti lačnění od půlnoci, o oholení operačního pole, protože jsem šla domu.*“ Respondentka P2 a respondent P5 neměli možnost přespat doma a byli tedy hospitalizováni již den před operací. Respondentky P2, P3, P4 a respondent P5 uvádějí, že byli poučeni o nutnosti lačnění, zákazu kouření, pití a žvýkání, pouze respondent P1 se o tomto poučení nezmínil.

4.2.4 Kategorie 4 – Předoperační příprava

V této kategorii se zabýváme všemi úkony, jež předcházejí samotnému výkonu.

Respondent P1 a respondentky P3 a P4, kteří spali doma před operací, dostali hned při příchodu na oddělení identifikační náramek. Respondentka P2 se zmiňuje o hygieně a oholení operačního pole a říká: *„Na oddělení mě večer sanitářka oholila a rovnou mi řekla, ať si sundám šperky.*“ Všichni respondenti P1, P2, P3, P4 i P5 uvádějí, že byli před operací sestrou posláni na toaletu. Respondent P1 a respondentky P3 a P4 hovoří o převlečení se do nemocniční košile, přičemž respondent P1 říká: *„Přikázala mi všechno svléci a dala mi košilku – andílka.*“ Premedikaci formou tablety obdrželi respondenti P1 a P5 a respondentka P3, sestra jim vysvětlila důvod podání. Respondentka P3 dodává: *„Sestřička mě uklidňovala, ať se nebojím, a přinesla prášek na zklidnění. Pak mi řekla, že mě za chvíli odvezou na sál.*“ Respondentky P2 a P4 obdržely premedikaci formou injekce, dostalo se jim i vysvětlení důvodu takového podání. Respondenti P1, P2, P3, P4 a P5 získali od sestry informace o zabandážování obou dolních končetin. O možnosti převezení ze sálu na dospávací pokoj byl jako jediný sestrou předem poučen respondent P5, na rozdíl od něj tedy respondent P1 a respondentka P2 o dospávacím pokoji nevěděli. Respondentka P3 dodává: *„Řekla mi, že se vrátím pak zpět na oddělení.*“ Respondentka P4 uvádí: *„Ano, řekla mi, že po skončení operace mě převezou zpět na pokoj.*“

4.2.5 Kategorie 4 – Pooperační péče

V kategorii „*Pooperační péče*“ se zabýváme tím, jak pacienti vnímají pooperační péči.

Všichni respondenti P1, P2, P3, P4 a P5 se shodují na tom, že jim sestra po operaci měřila fyziologické funkce. Respondentce P3 byla dokonce změřena i tělesná teplota, nikdo jiný z respondentů se o tomto úkonu nezmínil. O měření glykémie ihned po přivezení ze sálu na pokoj se jako jediná zmiňuje respondentka P2: „*Pak se brzy vrátila, aby mi změřila tlak. Jelikož jsem diabetička, měřila mi i cukr.*“ Dále nejčastěji všichni hovoří o kontrole stavu a pravidelném přikládání studených obkladů: „*Řekla mi, že pokud bych měl bolesti, tak si mám zazvonit. Hned mi přinesla led, který mi dala na operované rameno,*“ uvádí respondent P5. Respondent P1 jako jediný neudává, že mu byly nabídnuty léky na bolest, a proto o ně požádal. Všichni respondenti se rovněž shodují, že jim byla operační rána pravidelně sestrou kontrolována. Respondent P1 opět jako jediný sděluje, že mu byla kontrolována hybnost prstů i Redonův drén: „*Sestřička se mi chodila často dívat na ránu, redon a zkoušela, zda cítím a hýbu s prsty.*“ Ohledně fixace se respondenti P2, P3, P4 a P5 vyjadřují tak, že měli přiložený pruban na těle, avšak respondent P1 se po operaci probudil s ortézou. Na dospávací pokoj byli umístěni pouze respondenti P1 a P5 a respondentka P2, respondentky P3 a P4 nebyly na dospávacím pokoji a vrátily se tam, kam jim řekla sestra, tedy na standardní pokoj. O probuzení na dospávacím pokoji hovoří respondent P1: „*Po probuzení jsem byl na dospávacím pokoji asi prý hodinku. Tam mi na nějakém monitoru měřily tlak. Pak si pro mě přišla sestřička se sanitářem a odvezli mě zpět na můj pokoj.*“ Respondentka P2 ani nevěděla, že byla na dospávacím pokoji: „*Prvně jsem se probudila na sále. Pak jsem ještě spala dál. Moc si nepamatuji, že jsem byla na pooperačním pokoji, to mi až řekla sestřička.*“ O signalizačním zařízení, zvonečku, byli ihned po přivezení na běžný pokoj informováni všichni respondenti P1, P2, P3, P4 a P5. Respondent P4 říká: „*Po přivezení na pokoj mi řekla sestřička, co smím a co ne. Dala mi k ruce zvoneček, ať si zazvoním, pokud budu mít bolesti.*“ O tom, zda s někým mluvil lékař a poučil ho o pooperační péči, se zmiňuje jen respondent P5, kterému vše ale bylo zopakováno až odpoledne při odpolední vizitě. Respondent P5 si myslel, že první probuzení bylo na dospávacím pokoji: „*Popravdě ani nevím, že se mnou pan doktor mluvil, když jsem byl po operaci. Řekl mi to až odpoledne, když se za mnou zastavil. Probudil jsem se až na dospávacím pokoji, kde mi sestřička oznámila, že už pojedu zpět na oddělení.*“ Respondentovi P1 a respondentce P4 bylo řečeno, že se operatér dostaví až odpoledne, aby je informoval

o pooperační péči. Respondentky P2 a P4 byly lékařem informovány o pooperační péči. O pooperační péči byla poučena respondentka P3, a to jak od sestry, tak i od lékaře.

4.2.6 Kategorie 5 – Sebeobsluha po operaci

Na tomto místě zjišťujeme, které činnosti dělají respondentům problémy.

Z dotazovaných měli největší obtíže se sebeobsluhou respondentka P2 a respondent P5, kteří zdůraznili potíže při provádění hygieny, oblékání a stravování. Respondentka P2 uvádí: „*Na toaletě jsem měla problémy s utíráním, ale o pomoc jsem si neřekla, styděla jsem se.*“ Respondent P5 zmiňuje další zásadní problémy: „*Najíst se, napít se – měl jsem s sebou flašku dobré vody a nemohl jsem si ji otevřít, tak mi ji otevřela sestřička a shodli jsme se, že mi ji nechá otevřenou. S jídlem jsem se snažil poprat sám.*“ Respondentka P3 při stravě pomoc nevyžadovala, ale sděluje: „*Při hygieně mi pomáhala dcera. Nechtěla jsem otravovat sanitárku, tak jsem poprosila dceru, když přišla na návštěvu, aby mě umyla. Šlo spíše o místa, kam jsem nedosáhla.*“ Na rozdíl od ostatních respondentka P4 udává, že neměla skoro žádné potíže se sebeobsluhou až na jediný problém: „*Až večer, když mi přinesla ošetřovatelka večeri, jsem měla problém vymotat přístroje z ubrousku. Ty jsem nakonec zvládla vyndat. Dále mi dělalo problém otevřít umělou krabičku se salátem a ani mi nebyla nabídnuta žádná pomoc.*“ Respondent P1 žádné obtíže nesdělil.

4.2.7 Kategorie 6 – Podání informací sestrou před dimisí

Tato kategorie se zaměřuje na informace podávané sestrou před propuštěním do domácí péče.

Respondenti P1, P2, P4 a P5 udávají, že byli sestrou poučeni o tom, že je nutné ránu udržovat sterilně krytou a nenamáčet ji. Respondent P1 uvádí: „*Před propuštěním mi sestřička řekla, že nesmím ránu namáčet, že bych ji měl mít zalepenou do kontroly a vyndání stehů.*“ Respondentka P2 udává, že byla od sestry poučena takto: „*Od sestřičky jsem dostala informaci o následné kontrole k vyndání stehů, poučila mě, že nesmím s rukou hýbat a ani nesmím operační místo namáčet.*“ Respondenti P1, P2 a P5 se zmiňují, že dostali od sestry informace o tom, kdy mají přijít na kontrolu na ambulanci. Dále sestra předala respondentům P2, P4 a P5 před propuštěním lékařem vystavený recept. „*Sestra mi zopakovala, kdy mám přijít na kontrolu, dala mi propouštěcí zprávu s receptem. Naučila mě, jak si budu píchat injekce do břicha a jak dlouho. Dál mi řekla, že si rameno nesmím moc namáčet a že bych tam měl mít tu náplast. Myslím si, že jsem další informace nepotřeboval, neptal jsem se na nic víc,*“ říká respondent P5. Před

odchodem z oddělení byli respondenti P2, P3 a P4 odesláni na ambulanci, kde jim sestry udělaly fixaci, tzv. Desaultův obvaz. Respondentka P4 konkrétně poznamenává: *„Po předání propouštěcí zprávy a receptu na prášky na bolest jsem byla poslána dolu na ambulanci. Tam mi obvázáli do půl těla, prý se to jmenuje Desaultův obvaz.“* Dále respondentka P4 sděluje, že ji sestra poučila: *„Pak mi ještě řekla, že v případě nějakých potíží, jako je teplota a krvácení z rány, mám ihned přijít na ambulanci.“*

4.2.8 Kategorie 7 – Průběh rehabilitace

Respondenti P1, P2 a P3 uvádějí, že měli první rehabilitaci přibližně po 7 až 10 dnech od operace. Respondenti P1 a P2 absolvovali z počátku jen masáž operované končetiny a následně pasivní rehabilitaci, při níž jim s rukou hýbala fyzioterapeutka. Od druhé rehabilitace respondent P1 cvičil na motodlaze. Respondent P5 uvádí: *„Hned druhý den jsem cvičil na motodlaze s rehabilitační sestřičkou.“* Pouze respondent P4 měl mít končetinu 6 až 8 týdnů v klidu, mohl cvičit jen zápěstím. Za první mobilizaci po operaci respondentky P3 a P4 popisují vstávání z lůžka přibližně 2 hodiny po výkonu.

4.2.9 Kategorie 8 - Spokojenost pacientů

Kategorie zkoumá spokojenost pacientů při pobytu v nemocničním zařízení.

Respondenti P1, P2, P3, P4 a P5 udávají, že se jim na oddělení líbilo a personál byl příjemný. Respondentka P2 zmiňuje, že jedna ze starších ošetřujících sester na ni nebyla moc milá, ale jinak se jí taktéž na oddělení líbilo. Respondentky P3 a P4 podotkly, že by uvítaly, kdyby si na ně udělal operatér čas a přišel jim vše vysvětlit. Respondentka P4 zmiňuje: *„Rozhodně jsem proti tomu obvazu do půlky těla. Bylo v tom strašné horko, vše mě šíleně svědilo a bolela mě z toho příšerně ruka.“* Respondent P5 říká: *„Oddělení se mi vcelku líbilo, sestry byly hodné. Jen bych rád měl možnost jít hned po operaci v ten den domů, když jsem šel první na sál.“* S tímto by souhlasil i respondent P1, jelikož neměl žádné obtíže.

5 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit problematiku předoperační a pooperační péče z pohledu pacienta a zvláštnosti ošetrovatelské péče před a po artroskopii ramene. Pro splnění cílů jsme si položili tyto výzkumné otázky: 1. Jak pacienti vnímají předoperační přípravu u artroskopie ramene? 2. Ve kterých oblastech byly pro pacienty nedostatečné informace? 3. Jak vnímají pacienti pooperační péči po artroskopii ramene? 4. Jaké jsou zvláštnosti předoperační přípravy z pohledu sestry? 5. Jaké jsou zvláštnosti pooperační péče z pohledu sestry?

Pro získání potřebných dat byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo složeno ze dvou souborů zaměřených na sestry a pacienty. První výzkumný soubor tvořilo pět sester pracujících na ortopedickém oddělení v nemocnici v Jihočeském kraji, které se podílely na ošetrovatelské péči o pacienty po artroskopické operaci ramene. Druhým výzkumným soubor sestával z pěti pacientů po artroskopické operaci ramenního kloubu. Otázky v polostrukturovaném rozhovoru byly utvořeny cíleně za účelem získání přesných informací o předoperační a pooperační péči.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta před a po artroskopické operaci ramene, a to z pohledu sestry a pacienta. Ošetrovatelská péče je jednou z nejdůležitějších činností při výkonu práce sestry. I v případě sebekratší hospitalizace pacienta, je kvalitní sesterská péče nezbytná, neboť pouze ta zamezí vzniku komplikací.

Ve druhé polovině rozhovoru s pacienty nás především zajímaly informace týkající se předoperační a pooperační péče a dále jsme se zaměřili na oblast informovanosti pacientů. Pro lepší a přehlednější zpracování postupujeme dle jednotlivých kategorií.

V části výzkumného šetření věnujícího se době, po které byla doporučena operace, a příčinám poranění, můžeme shledat, že úrazy vznikly při různých činnostech. Dva respondenti se svěřili s tím, že se úraz odehrál při běžné domácí práci, další dva respondenti si úraz přivodili během sportování a poslední respondent utrpěl pracovní úraz. Zde můžeme konstatovat, že ke vzniku úrazu může dojít kdykoliv a při jakékoli činnosti, jen stěží se mu lze vyhnout. Ohledně doporučení k hospitalizaci s následnou artroskopií ramenního kloubu můžeme pozorovat, že doba doporučení byla různě dlouhá. Lékaři z oddělení, na němž probíhalo výzkumné šetření, odlišnou délku

odůvodňují velkým počtem zájemců o různé druhy operací. Pacienti pak musejí čekat přibližně dva až tři měsíce.

Dále jsme se při výzkumném šetření zajímali o informace, jež lékař a sestra poskytují při přijetí. Zaměřili jsme se zejména identifikaci oblastí, v nichž byly informace pro pacienty nedostačující. Dle Trachtové (2013) je hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské a léčebné péče uspokojení potřeb, jimiž jsou jistota, bezpečí, a především dostatečná informovanost pacienta. Informace jsou pacientům podávány ústně při příjmu na oddělení, avšak ne vždy přijímací lékař obsáhne vše, co by pacienty zajímalo. Ve většině případů bylo zjištěno, že respondentům nejvíce chyběly informace ohledně následné léčby po operaci, a to hlavně doba nástupu do práce či návratu do plnohodnotného života. Přestože se všichni respondenti shodli, že jim lékař dostatečně vysvětlil samotný operační zákrok, a jeden respondent dokonce uvedl, že mu příjmový lékař ukázal video na internetu a na jeho základě vše popsal, nebyly pro respondenty informace úplně dostačující. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina z dotazovaných se nebála zeptat se lékaře na informace, které nebyly zcela srozumitelně vysvětleny. Někteří respondenti se však zapomněli zeptat, a proto se tázali až sestru na lůžkovém oddělení, kde byli hospitalizováni. O podání informací sestrou se také respondenti zmínili a uvedli, že je především poučila o nutnosti předoperační přípravy, kam spadá i nutnost lačnění před výkonem. Tři respondenti udali, že je sestra požádala o odstranění šperků či případné zubní protézy v operační den. Následně jim vysvětlila nutnost dodržení osobní hygieny, a to především podpažní jamky, a oholení operačního místa. Informace podané sestrou se pacientům zdály být dostačující. Autorka po osobní zkušenosti s účastí u několika příjmů před operačním výkonem a po uskutečněném výzkumném šetření dospívá k názoru, že začínající sestry či lékaři obvykle poskytují pacientům větší množství informací. Úzce specializovaný nemocniční personál stále zmenšuje objem informací podávaných pacientům, neboť sám tato fakta považuje za samozřejmá. Po několikerém opakování instrukcí sestrou a lékařem tedy dochází ke ztrátě kompletních informací. Autorka pozoruje, že u sester s kratší praxí přijímání pacienti dostali největší množství informací, a tudíž neměli potřebu pokládat doplňující dotazy, zatímco v případě sester s praxí delší přijímání pacienti tyto kompletní informace neobdrželi, a proto měli zájem o doplnění. Sestrám a lékařům autorka doporučuje vytvoření pevné osnovy zachycující informace, které je vhodné a potřebné pacientům sdělit, a její následné dodržování. Takovým postupem bude zajištěna stabilní úroveň informovanosti, a pacient tak nebude mít pocit, že nebyl dostatečně informován.

V části pojednávající o příjmu na oddělení se zabýváme průběhem příjmu pacienta na lůžkové oddělení. Wilson (2006) udává, že je vhodné, aby sestra pacienta při přijetí poučila o vnitřním řádu oddělení, signalizačním zařízením a uložení osobních věcí. Zjistili jsme, že většina sester se snaží pacientům dostatečně vysvětlovat jednotlivé dokumenty. Z tvrzení respondentů lze dospět k tomu, že sestry plní všechny úkony, které vyjmenovává Wilson. Respondenti, kteří neměli na pokoji sociální zařízení, dále uvedli, že jim sestra ukázala umístění toalet a sprch. Dalším zjištěním je, že všichni respondenti byli sestrou řádně poučeni o nutnosti lačnění od půlnoci před výkonem. Sestry uvedly, že poctivě každého pacienta poučí o nutnosti lačnění od půlnoci, o ranní hygieně, signalizačním zařízením, odstranění šperků a případném odnesení cenností rodinou domů. Vojtová (2012) uvádí, že jde-li o celkovou přípravu pacienta, tedy dodržování nařízení o zákazu kouření, jídla a pití, je vhodné lačnit šest až osm hodin před výkonem. Tímto zákazem se zabraňuje a předchází možnému zvracení a aspiraci po provedeném výkonu. Lze se domnívat, že v rámci usnadnění informovanosti pacienta se v nemocnici, jež byla místem uskutečněného výzkumného šetření, zbytečně paušalizuje doporučená doba začátku lačnění, a to od půlnoci. Je však nutno podotknout, že během hospitalizace pacient nikdy nezná přesný čas začátku výkonu, čas operace plánovaný personálem se vždy navíc může změnit z důvodu nečekaného akutního příjmu, proto je generalizace začátku lačnění odůvodnitelná. Tři respondenti uvedli, že měli možnost jít domů hned po přijetí na oddělení, a i v takovém případě sestra pacienty ústně poučila o dodržení zákazu přijímání potravy od půlnoci. Tito pacienti byli také dále poučeni o potřebě důkladné hygienické přípravy, oholení podpažní jamky a o nutnosti návratu na oddělení v brzkých ranních hodinách.

Dále se zabýváme předoperační přípravou. Zjistili jsme, že tři respondenti ráno po příchodu na oddělení dostali identifikační náramek. Zbylí dva respondenti, kteří už spali noc před operací v nemocnici, se o náramku nezmínili. V nemocnici, v níž bylo výzkumné šetření prováděno, je v rámci předoperační přípravy velmi důležitá osobní hygiena podpažní jamky a oholení operačního místa před samotným výkonem. Oholení provádí u mužů sanitář a u žen sanitářka. Vojtová (2012) řadí do předoperační přípravy celkovou důkladnou hygienu zahrnující pečlivé osprchování podpažní jamky. V případě potřeby provede oholení operačního pole nasucho buď pacient, anebo zdravotnický personál. U žen je důležité, aby sestra poukázala na nutnost odstranění líčení, odlakování nehtů, případně i odstranění umělých nehtů. Je potřeba, aby pacient odložil všechny šperky a dále zubní vyjmutelnou protézu či naslouchadlo, pokud má. Informace

zjištěné během výzkumu se shodují s tím, co uvádí Vojtová. O kontrole naslouchadla se však ani jedna sestra nezmínila. V předoperační přípravě autorka neshledala žádné zvláštnosti. Můžeme však poznamenat, že oproti jiným zákrokům je v případě artroskopické operace ramene osobní hygiena důležitější, jelikož v podpaží se nachází velké množství potních žláz a nedostatečnou hygienou by se zvýšilo riziko infekce. Autorka se domnívá, že oholení operačního pole má vždy provádět zdravotnický personál, neboť se tím předejde nedostatečnému oholení, a tím i časové prodlevě při této části provádění hygieny. Soběstačný pacient by však mohl namítat, že mu není příjemné, když takto intimní akt provádí cizí osoba. V rámci bezprostřední přípravy sestra pošle pacienta vymočít se, převléci se do nemocniční košile a zabandážuje mu dolní končetiny (Slezáková, 2010). Z odpovědí všech dotazovaných pacientů vyplývá, že Slezákovou označené úkony byly ve zkoumaných případech zahrnuty do předoperační péče. Při vlastní praxi vykonávané na tomto oddělení se autorka setkává s tím, že každá sestra opravdu poučí pacienta o vhodnosti dojít si na toaletu a následně splní všechny výše uvedené kroky. Bylo zjištěno, že ne všem dotazovaným pacientům bylo předem oznámeno, že budou po operaci na potřebnou dobu umístěni na dospávací pokoj.

Dále se zabýváme pooperační péčí. Bartůněk (2016) vysvětluje, že pooperační péče začíná v předšálí operačního sálu, kdy je pacient převzat od anesteziologa a anesteziologické sestry sestrou z oddělení. Spolu s ním jsou přebírány informace o jeho aktuálním stavu, krevním tlaku, pulsu, dechu a vědomí. Do 24 hodin po výkonu je pacient v pravidelných intervalech sledován, a to v závislosti na rozsahu výkonu. Z šetření vyplynulo, že po přivezení z operačního sálu pacienta sestra převezme, přičemž s ním přebírá také dokumentaci, do níž v pravidelných intervalech zaznamenávají fyziologické funkce. První záznam je proveden bezprostředně po převzetí pacienta. Poté sestra prohlédne operační ránu, Redonův drén a následně pacienta poučí, aby na ni v případě bolesti zazvonil. Boušová (2013) uvádí, že sestra v pravidelných intervalech kontroluje stav operační rány a funkčnost Redonových drénů, které zabezpečí proti jejich nechtěnému vytažení. Lze shrnout, že sestry všechny tyto úkony provádějí. Bartůněk (2016) udává, že v době nedlouho po zákroku je nejvyšší riziko vzniku komplikací spojených s operačním výkonem, a proto je pacient sledován v pravidelných intervalech. S tímto výrokem se ztotožňuje i Jedličková (2012) a uvádí, že tato péče je součástí ošetrovatelské a léčebné péče, při níž je důležité u pacienta zajistit prevenci a rozpoznání možných operačních komplikací a v případě

potřeby zahájit okamžitou léčbu. Dle informací poskytnutých dotazovanými pacienty si sestry tuto skutečnost uvědomují, proto poctivě kontrolují každého operanta a jeho operační ránu, přičemž následně přinesou ledové obklady. Za zajímavé zjištění lze označit skutečnost, že pouze jediný z dotazovaných pacientů uvedl, že u něj byla kontrolována citlivost a hybnost prstů po operaci. Při sběru informací k výzkumnému šetření, měla autorka bakalářské práce možnost být u návratu jiných pacientů po operaci zpět na pokoj. U těchto pacientů sestry prováděly kontrolu operovaných končetin, včetně citu v nich, a bylo-li to možné, kontrolovaly i pohyb s nimi. Autorka předpokládá, že sestry provedení tohoto úkonu dodržují, a je možné, že pacienti zapomněli, že se jich sestry ptaly, či tento fakt pacienti opomněli zmínit. Po většině operací umísťují sestry některé pacienty ještě na 1 až 2 hodiny na dospávací pokoj. Dle Trachtové (2013) je nutné, aby zdravotnický personál vnímal pacienta jako holistickou bytost. Autorka bakalářské práce s tímto výrokem souhlasí, neboť být empatický je základem povolání veškerého zdravotnického personálu. Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že sestry byly vždy milé. Sestry ihned po přivezení na pokoj nabízejí pacientům analgetika a později se pacientů pravidelně dotazují na bolest. Pouze jediný pacient se o aktivním nabízení analgetik nezmínil, ale také léky sám nepožadoval. Zeman (2011) doporučuje po prvním probuzení z narkózy podání analgetik, která podává sestra v pravidelných intervalech na základě potřeby pacienta. Šámánková (2011) považuje za prioritu zbavit pacienta akutní bolesti a případných nežádoucích komplikací po operaci, jako je nechutenství, zvracení či únava. Vaňásek (2014) udává, že je-li pacient schopen komunikace, je vhodné užívat ke zjištění intenzity bolesti vizuální analogovou škálu. Pokud pacient komunikuje bez obtíží, je nutné, aby se sestra zjistila lokalizaci, kvalitu a intenzitu bolesti a posléze informovala lékaře o stavu pacienta. Sestra totiž nemá kompetence k indikaci analgetik. K rychlejšímu nástupu pocitu úlevy je vhodné dopomoci pacientovi úlevovou polohou a podložit mu končetinu nebo v případě, že nemá od operátora nasazenou fixaci, uložit mu operovanou končetinu do závěsu. Obvykle jsou analgetika podávána do žíly, méně často injekčně do hýždí. Za zajímavé zjištění lze označit skutečnost, že po zákroku byl zvolen jednotný způsob fixace operované končetiny. Čtyři pacienti měli paži po probuzení fixovanou na hrudi prubanem a pouze jeden pacient ji měl k tělu fixovanou ortézou. Příkryl (2007) informuje, že pacientu nesmí být po výkonu povoleno upažení a zevní vytočení ramene. Těmto pohybům zamezují oba dva druhy fixace, ortéza je však pevnější, jelikož v případě prubanu hrozí při neopatrném zacházení vyklouznutí, použití prubanu tedy není

zcela bezpečné pro zachování stabilní polohy operované končetiny. Po propuštění byl pacientům na ambulanci aplikován tzv. Desaultův obvaz. Ten Příkryl (2007) doporučuje zejména po větších výkonech na ramenním kloubu. Doporučuje jeho aplikaci na několik týdnů, přičemž postupné rozhýbávání zápěstí a loketního kloubu považuje za vhodné až kolem čtvrtého pooperačního týdne. Ostatní aktivní pohyby jsou bezpečné až po šestitýdenním klidu, po samotném sejmutí obvazu. V nemocnici, ve které probíhalo výzkumné šetření, je zdravotnickým personálem Desaultův obvaz upřednostňován, přestože samotným pacientům nevyhovuje. Pro ně by byla pohodlnější fixace ortézou, jíž by mohli sejmut během provádění hygieny a poté opět nasadit.

Dále jsme se zabývali zjištěním toho, co dělalo respondentům největší potíže, a tím, zda jim zdravotnický personál aktivně nabídl pomoc. Trachtová (2013) uvádí, že soběstačnost je nejzákladnější potřebou každého člověka, a tak je v tomto ohledu nutné pacientovi v pooperačním období pomoci. Sestra musí pacienta vnímat jako bytost holistickou, tedy jako celek. Je velmi důležité, aby sestra věděla, že porucha jedné části napomáhá k narušení části další, a tím hrozí selhání celého systému. Největší problém měli pacienti při osobní hygieně, utírání na toaletě a při převlékání. Potíží bylo i navečeření se či otevření lahve s pitím. Sestry se obecně moc nesnažily pacientům aktivně pomáhat, což je nutno hodnotit negativně. Z výzkumu vyplynulo, že dvě pacientky si o pomoc neřekly. První se styděla požádat o pomoc na toaletě a druhá raději počkala na člena rodiny, aby jí pomohl s hygienou. Jelikož i autorka bakalářské práce byla v roli pacienta, který podstoupil artroskopickou operaci ramene, může přisvědčit, že se také ostýchala požádat o pomoc a raději se pokoušela obsloužit se sama. Po vyhodnocení této kategorie je zřejmé, že ač je zdravotnický personál velmi aktivní v pooperační péči, v nabízení pomoci při různých úkonech lehce zaostává. Autorka se domnívá, že by bylo vhodné seznámit zdravotnický personál s tímto zjištěním. Výsledkem bude informace vedoucí ke zlepšení služeb pacientům.

Dále jsme zjišťovali, o čem sestra pacienty poučuje před propuštěním do domácí péče a zda je to pro ně dostatečné. Nejvíce sdělení poskytují lékaři, sestry informují pacienty zejména o nutnosti sterilního krytí operační rány až do první kontroly, o správné hygieně a o nutnosti dostavení se na ambulanci v případě komplikací. Po předání propouštěcích zpráv a případných receptů odvede sestra pacienta na ambulanci, kde ambulantní sestry aplikují Desaultův obvaz. Jakým způsobem smí pacienti hýbat s operovanou končetinou, jim vysvětlí lékař a případně rehabilitační sestra. Všem dotazovaným informace dostačovaly, na nic dalšího se nepotřebovali tázat.

Zaobírali jsme se i rehabilitací, která je nedílnou součástí léčby po artroskopické operaci ramenního kloubu. Cílem rehabilitace po operaci ramene je dosažení co nejlepšího bezbolestného pohybu v ramenním kloubu, v němž je potřebná mobilizace a uvolnění subakromiálního prostoru prevence přilnavosti měkkých tkání okolo kloubu a navrácení funkčnosti všech svalů, které se na pohybu podílejí (Frič, 2006). Všichni dotazovaní pacienti podstoupili ambulantní rehabilitační péči, avšak v různém časovém intervalu. Zpočátku respondenty čekalo cvičení, u nějž přístroj cvičí za pacienta. Dvořák (2007) uvádí, že vhodnou pomůckou je motodlaha, která provádí pasivní cvičení končetiny, a tím pacientovi pomáhá v počátcích rehabilitace. Motodlahou rozumíme pasivní pohybovou léčbu pomocí elektrického přístroje. Posléze je potřeba rehabilitaci prováděnou přístrojem doplnit aktivním cvičením, které už vede fyzioterapeut. Autorka klade důraz na to, aby fyzioterapeut správně nastavil všechny parametry přístroje pro operovanou končetinu, jelikož při nevhodném nastavení by mohlo dojít k nepříjemným bolestem a k případnému poškození končetiny. Autorce práce se při její druhé rehabilitaci přihodilo, že fyzioterapeut nepřenastavil parametry na její postavu, celou rehabilitaci tak protrpěla s velkými bolestmi. V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že jedna z pacientek se dostala do podobné situace, fyzioterapeut však v takové chvíli rehabilitaci přerušil a vše následně zkontroloval. Švestková (2013) říká, že je důležitá správně vedená rehabilitace. S tímto souhlasí i Kolář (2009), když uvádí, že se cvičí pouze do bolesti pacienta. V případě bolesti je vhodné zmenšit rozsah cvičebního pohybu. Další pacienti, kteří absolvovali rehabilitaci, uvedli, že zpočátku jim byla prováděna masáž operované končetiny, ta však pro ně naopak byla příjemná. Další pacient sdělil, že ještě před odchodem domů mu byla předepsána pasivní rehabilitace pomocí motodlahy. Příkryl (2007) za další vhodný pohyb označuje cvičení v bazénu, jež může být pro pacienty relaxační a zároveň posilovací. Autorka považuje za nezbytnou součást profese sestry být aktivní v dotazování a být připravena vyhovět pacientovi v maximální míře.

6 Závěr

Bakalářská práce je se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta před a po artroskopické operaci ramene z pohledu sestry a pacienta. Ošetrovatelská péče je jednou z nejdůležitějších činností při výkonu práce sestry. I v případě sebekratší hospitalizace pacienta je kvalitní sesterská péče nezbytná, neboť pouze ta zamezí vzniku komplikací.

Pro získání relevantních dat jsme v práci zvolili kvalitativní výzkum, jenž byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden s každým respondentem formou osobního setkání. Rozhovory byly uskutečněny v nejmenované nemocnici v Jihočeském kraji.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit problematiku předoperační a pooperační péče z pohledu pacienta a zvláštnosti ošetrovatelské péče před a po artroskopii ramene. K naplnění cíle bylo vytvořeno pět výzkumných otázek. Tyto otázky se věnovaly především předoperační a pooperační péči a dále hlavně oblasti informovanosti pacienta. Zjišťovali jsme také zvláštnosti péče o pacienta podstupujícího artroskopickou operaci ramenního kloubu.

V průběhu příjmu sestry vysvětlují jednotlivé dokumenty, které pacienti podepisují, vysvětlují pacientům signalizační zařízení, ukazují způsob polohování postele, kontrolují absenci šperků, zubních protéz, nalakovaných nehtů a líčidel, poučují pacienty o možnosti uložení cenností do trezoru, poučují o lačnění, hygieně a oholení operačního pole a o popisují chod oddělení. V rámci ošetřování před výkonem sestry opakují pacientům poučení o hygieně a oholení, kvalitu oholení následně kontrolují, uschovávají pacienty donesené léky, zjišťují anamnézu, přidělují identifikační náramek a poučují o možnosti strávení poslední noci před výkonem doma. Při pooperační péči sestry umísťují pacienty na dospávací pokoj, měří fyziologické funkce, vyptávají se na bolestivost, vysvětlují signalizační zařízení, ledují operační rány, kontrolují citlivost a hybnost prstů, kontrolují operační rány, poučují o manipulaci s Redonovým drénem a sledují množstvím tekutin jím odvedeným, poučují o klidovém režimu a aktivně nabízejí analgetika. Před dimisí sestry vysvětlují péči o ránu, poučují o situacích, při nichž je nezbytné navštívit ortopedickou ambulanci, posílají pacienty na ambulanci, aby jim byl aplikován Desaultův obvaz. Následně probíhá rehabilitace.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že po tomto typu výkonu je třeba dát v nemocnici, v níž výzkum probíhal, pozor především na kontrolu citlivosti a hybnosti operované končetiny, řádně informovat pacienty o uložení na dospávacím pokoji

v bezprostředním pooperačním období a poskytnout informace ohledně následné léčby, a to hlavně sdělit předpokládanou dobu nástupu do práce či návratu do plnohodnotného života. Cílem poskytování zdravotnických služeb je v dnešní době plně informovaný pacient a co nejkratší doba hospitalizace.

Při zpracování bakalářské práce jsme narazili na limity, jimiž je zejména nízký počet respondentů. Tento limit by bylo možno odstranit provedením výzkumu ve větším množství nemocnic, k takovému výzkumnému šetření jsme však nezískali dostatečné souhlasy.

Praktickým přínosem této bakalářské práce je informační brožura (viz. Příloha 5), která vznikla na základě poznatků získaných z výzkumného šetření a z odborné literatury. Tato brožura je určena budoucím operantům a obsahuje základní informace ohledně arthroscopické operace ramene, a to především shrnutí toho, jaká bude následná léčba. Tento výstup je zvolen, neboť jeho využití v plném ambulantním provozu či při příjmu pacienta k doplnění a ujasnění informací je pro pacienty nejvhodnější a sestřám pomůže ke zvýšení efektivity práce. Brožura je volně dostupná pro laickou veřejnost, neboť bude k nalezení v ortopedické ambulanci nemocnice, kde probíhal výzkum.

7 Literatura

1. ANDREWS, R., DAVID, T.J., 2009. *Arthroscopic Techniques of the Shoulder: A Visual Guide*, Thorofare, NJ: SLACK, 175 s. ISBN: 978-1-55642-838-8
2. BOUŠOVÁ, M., 2013. *Péče o pacienty po artroskopii*. *Sestra*. 2013, 23(2), 43-45. ISSN 1210-0404. Dostupné též z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-po-artroskopii469300>
3. CZUDEK, S., et al., 2009. *Jednodenní chirurgie - One-day surgery*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978- 80-247-1786-9
4. ČOUPKOVÁ, H., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 264 s., ISBN 978-80-2473129-2.
5. DUNGL, P., 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 1192 stran. ISBN 978-80-247-4357-8.
6. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Kineziologie: základy strukturální kineziologie*. Praha: Triton, 235 s. ISBN 978-80-7387-324-0.
7. FRIČ, V., 2006. *Náhrada ramenního kloubu* [on line].. *Sanquis*, č. 46, s. 29-36. ISSN: 1212-6535. [cit. 20. 12. 2016] Dostupné z <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art228>
8. GARTSMAN, G.M., 2009. *Shoulder Arthroscopy*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 380 s. ISBN 9781416046493.
9. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
10. JANÍČEK, P., 2012. *Ortopedie*. 3., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 112 s. ISBN 978-80-210-5971-9.
11. JANÍKOVÁ, E., et al. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
12. JEDLIČKOVÁ, J., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 268 s. ISBN 97880-7013-543-3.
13. KAUTZNER, J., 2010. *Artroskopické přístupy k velkým kloubům*. *Ortopedie*. 4(1), 21-27. ISSN 1802-1727.
14. KELLY, J., 2015. *Elite techniques in shoulder arthroscopy*. New York, NY: Springer Science+Business Media, 334 s. ISBN 9783319251011.

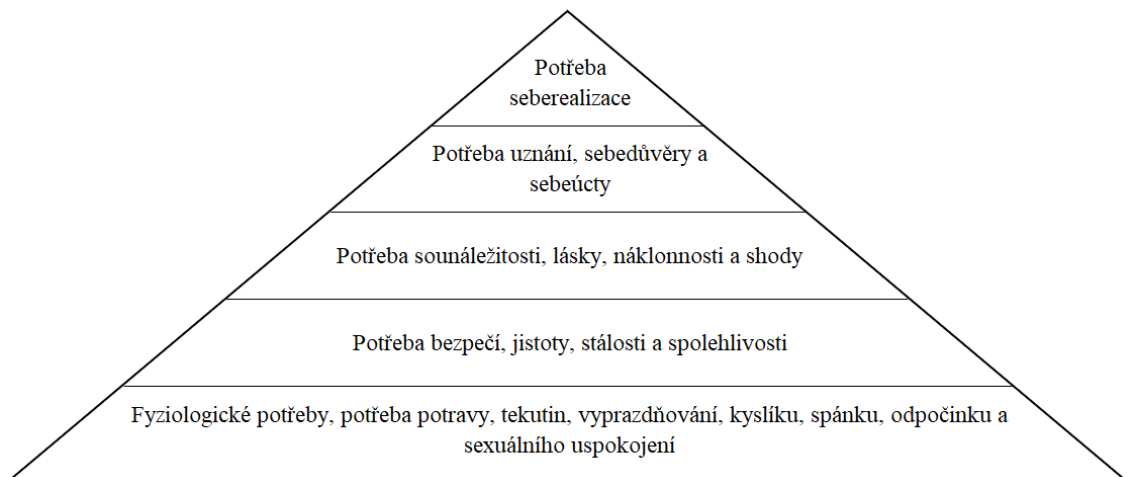
15. KELNAROVÁ, J., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2.přprac. vyd. Praha: Grada, 147 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
16. KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 713. ISBN 978-80-7262-657-1.
17. KRŠKA, Z., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 259 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
18. Málek, J., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 179 s. ISBN 978-80-247-3642-6
19. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 192 s. Praha: Grada. ISBN 978-80247-5376-8.
20. MICHÁLEK, P., et al., 2010. *Využití ultrazvuku v regionální anestezii a léčbě bolesti*. *Anest.Intenziv.Med.*, 21(1), 7-13. ISSN: 1214-2158
21. NALOS, D., et al., 2010. *Periferní nervové blokády: pro klinickou praxi včetně ultrazvukového navádění*. 189 s. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3280-0.
22. NAŇKA, O., et al., 2015. *Přehled anatomie*. 3. přprac. vyd. Praha: Galén, 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.
23. NOVOTNÝ, M., 2007. *Artrioskopie ramenního kloubu - indikace a technika*. *Ortopedie*. 1(6), 268-275. ISSN 1802-1727.
24. PEARCE, D., 2015. *UTOPIAN SURGERY: Early arguments against anaesthesia in surgery, dentistry and childbirth* [on line]. [cit. 18. 12. 2016] Dostupné z <https://www.general-anaesthesia.com/painless.html>
25. PILNÝ, J., 2007. *Prevence úrazů pro sportovce: taping: popis zranění, první pomoc, léčba, rehabilitace*. Praha: Grada, 103 s. ISBN 978-80-247-1675-6.
26. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
27. PŘIKRYL, P., 2007. *Artrioskopie ramene*. Praha: Galén, 68 s. ISBN 978-80-7262-508-6.
28. REPKO, M., 2012. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 97880-7013-549-5.
29. ROKYTA, R., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-2473012-7. ROKYTA,

30. ROKYTA, R., et al. 2012. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 747 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
31. SPILKA, J., 2013. *Chirurgie pro bakaláře*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 168 s. ISBN 978-80-260-3421-6.
32. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 134 s. ISBN 97880-247-3223-7. 4
33. ŠVAŘÍČEK, R., et al. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
34. ŠVESTKOVÁ, O., 2013. *Fyzioterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Fyzioterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 196 s. ISBN 978-80-260-4100-9.
35. TIBONE, J.E., et al. 2011. *Shoulder arthroscopy: DVD included*. 2nd ed. New York: Springer. 249 s. ISBN 9781441929723
36. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. přeprac. vyd. Praha: Triton, 160 s. ISBN 978-80-7387-785-9. 55
37. TRACHTOVÁ, E., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. přeprac. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013553-2.
38. VAŇÁSEK, J., 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 55 s. ISBN 978-807395-769-8.
39. VESELÝ, R., 2011. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 202 s. ISBN 97880-7013-539-6.
40. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80247-3419-4.
41. ZEMAN, M., et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. přeprac. vyd. Praha: Grada, 512 s., ISBN: 978-80-247-3770-6

8 Seznam příloh

Příloha 1	Maslowova pyramida potřeb
Příloha 2	Barthelův test základních všedních činností
Příloha 3	Otázky k rozhovorům se sestrami
Příloha 4	Otázky k rozhovorům s pacienty
Příloha 5	Informační brožura
Příloha 6	CD s rozhovory

Příloha 1 - Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: vlastní

Přepřacováno z: TRACHTOVÁ, E., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. přepřac. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013553-2.

Příloha 2 - Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

1. najedení, napití
 - samostatně bez pomoci 10
 - s pomocí 5
 - neprovede 0
2. oblékání
 - samostatně bez pomoci 10
 - s pomocí 5
 - neprovede 0
3. koupání
 - samostatně nebo s pomocí 5
 - neprovede 0
4. osobní hygiena
 - samostatně nebo s pomocí 5
 - neprovede 0
5. kontinence moči
 - plně kontinentní 10
 - občas inkontinentní 5
 - trvale inkontinentní 0
6. kontinence stolice
 - plně kontinentní 10
 - občas inkontinentní 5
 - inkontinentní 0
7. použití WC
 - samostatně bez pomoci 10
 - s pomocí 5
 - neprovede 0
8. přesun lůžko – židle
 - samostatně bez pomoci 15
 - s malou pomocí 10
 - vydrží sedět 5
 - neprovede 0
9. chůze po rovině samostatně
 - nad 50 m 15
 - s pomocí 50 m 10
 - na vozíku 50 m 5
 - neprovede 0
10. chůze po schodech
 - samostatně bez pomoci 10
 - s pomocí 5
 - neprovede 0

HODNOCENÍ: 0 - 40 bodů vysoce závislý
40 - 60 bodů závislost středního stupně
65 - 95 bodů lehká závislost
96 - 100 bodů nezávislý

Zdroj: vlastní

Přepřacováno z: KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 223 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

Příloha 3 - Otázky k rozhovorům se sestrami

1. Kolik je Vám let?

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

3. Jak dlouho pracujete na ortopedickém oddělení?

- Kolikrát do měsíce ošetřujete P/K po ASK ramenního kloubu?

4. Jaké informace podáváte P/K při přijetí na oddělení?

- Mají na Vás P/K doplňující dotazy?

5. Jaké ošetrovatelské výkony provádíte u P/K po přijetí na oddělení?

- Jak probíhá příjem pacienta?
- Jak připravujete pacienta před ASK ramenního kloubu? (holení?)
- Kdy k Vám operanti nejčastěji přichází? (v den operace či den předem)

6. Jak probíhá péče o P/K po přivezení ze sálu?

- Kam je P/K po operaci umístěn?
- čem informujete P/K po přivezení ze sálu?
- Na co především upozorníte P/K po operaci?
- Na co kladete speciální důraz po výkonu?
- Co sledujete u P/K po operaci?

7. Jak řešíte bolest u P/K po operaci?

8. Jak informujete P/K před dimisí?

Příloha 4 - Otázky k rozhovorům s pacienty

1. Rozhovor proběhl s:

MUŽ X ŽENA

2. Kolik je Vám let?

3. Jaké vykonáváte povolání?

4. Kdy Vám byla doporučena operace?

5. Při jaké aktivitě se Vám stal úraz?

6. O čem Vás informoval lékař? O čem Vás informovala sestra?

- Byly pro Vás sdělené informace dostačující?
- Pokud ne, sdělte, jaké informace jste si dohledával a z jakých zdrojů? Proč jste se nezeptal lékaře?
- Ptal jste se na některé doplňující informace sestry?

7. Jak probíhal Váš příjem na tomto oddělení?

- Dělal u Vás sestra nějakou předoperační přípravu?
- Před operací Vám šla sestra aplikovat injekci, vysvětlila Vám, co bude následovat?
- Jak probíhala komunikace sestry s Vámi?
- Co Vám sestra vysvětlila před odjezdem na operační sál?
- Byl jste informován, kde budete umístěn po operaci?

8. Jak probíhala péče po operačním zákroku?

- Kým jste byl informován o pooperační péči po ASK operaci ramenního kloubu?
- Kde jste se po operaci probudil?
- V jaké poloze byla Vaše operovaná končetina?
- Jakou jste měla následně po operaci fixaci?
- Měl jste k dispozici signalizaci pro přivolání sestry?
- Jaké výkony u Vás byly prováděny sestrou po operaci?
- Byly Vám nabídnuty léky na tlumení bolesti?
- Jak často po operaci za Vámi chodila sestra?

9. Co Vám dělalo největší potíže v rámci sebeobsluhy?

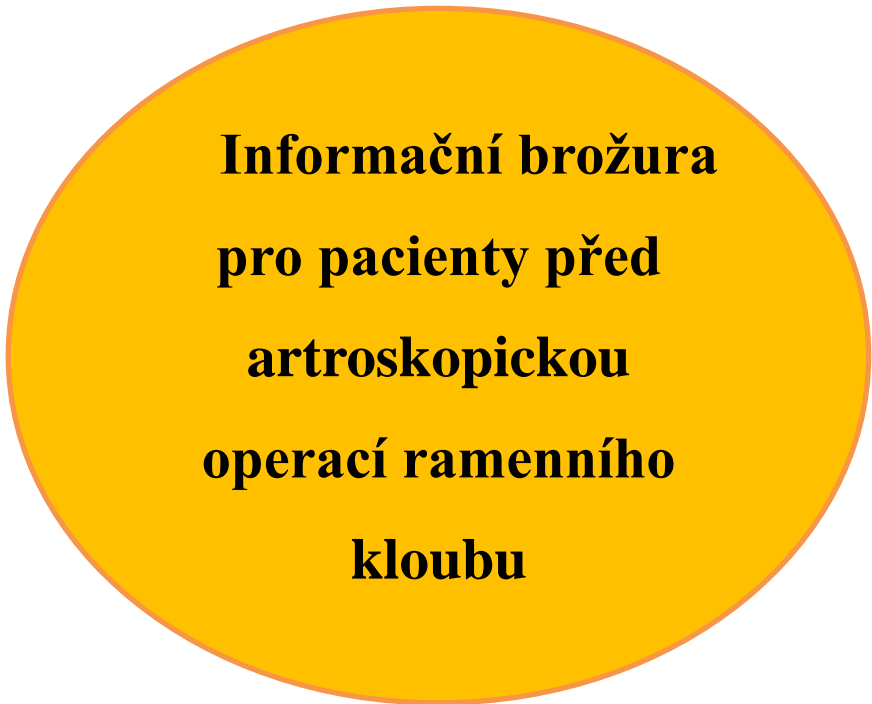
10. Jak probíhala Vaše první rehabilitace?

- Jak a kdy probíhala Vaše mobilizace?

11. O čem Vás sestra informovala před propuštěním do domácí péče?

- Co jste postrádal v informacích?

12. Co se Vám líbilo a nelíbilo? Co byste změnil?

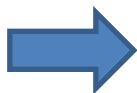


**Informační brožura
pro pacienty před
artroskopickou
operací ramenního
kloubu**

**Co je to artroskopie ramene?
(Dále jen ASK)**



Je to o mladá a velice šetrná vyšetřovací a operační metoda.



Jde o miniinvazivní zákrok, který je pro tělo šetrný a tím je rychlejší rekonvalescence.

**Jak dlouho budu v nemocnici
hospitalizován?**



Jeden den ráno probíhá příjem na oddělení, kde je možnost ještě odejít domu na propustku.



Druhý den ráno přijdete v brzkých ranních hodinách tak, aby byl čas na přípravu před operací.



Pokud po operaci neproběhnou žádné komplikace, jdete další den domů.

Co mě po operaci čeká?

- ➔ V případě výkonu dekompresního před propuštěním do domu rehabilitace - motodlaha.
- ➔ V případě, kdy proběhne operačně stabilizace ramene, budete mít pevnou fixaci tzv. Desaultův obvaz přibližně na 6 – 8 týdnů a pak až následně rozevíčovat rameno.

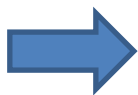
Jaké jsou výhody ASK ramene?

- ➔ Minimální zásah do struktur kloubu.
- ➔ Přesné zhodnocení poškození kloubu.
- ➔ Menší otok a bolestivost kloubu po operaci.
- ➔ Rychlejší návrat do osobního a pracovního života
- ➔ Nedojde k významné svalové ztrátě.

Jaké jsou nevýhody ASK ramene?

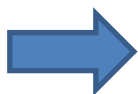


Je nutné vyhledat specializované pracoviště vybavené k provádění artroskopických výkonů a následné péči.



Je potřeba vyhledat lékaře, který se na tento typ artroskopie kloubů zákroku specializuje.

Za jak dlouho přibližně budu „fit“?



Při dekompresích se člověk do běžného života navrátí rychle.

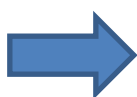


Při stabilizaci probíhá postupná léčba, nejprve je klidový režim s pevnou fixací, pak následně dochází k postupnému rozhýbávání zápěstí a lokte. Po úplném sejmutí fixace přichází pasivní rehabilitace na ambulancích, kde nejprve rehabilitujete pasivně a až postupem času dochází k plnému návratu do běžného života.

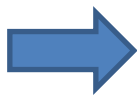


U sportovců se předpokládá doba 5 - 6 měsíců, než budou moci sportovat při plné zátěži.

Jak probíhá rehabilitace?



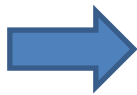
Nejdříve probíhá pasivní rehabilitace pomocí el. přístroje – motodlaha, kde za Vás cvičí sám přístroj, který je přesně nastaven na Vaše parametry.



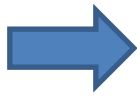
Míčkování – je velmi příjemná metoda, kde se pěnovým míčkem masírují měkké tkáně, aby nedošlo k srůstu jizvy ke tkáni.



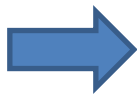
TMT = technika měkkých tkání, při této metodě dochází k jemnému ručnímu masírování.



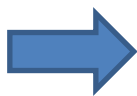
Další cvičení probíhá v předklonu se svěřenou operovanou končetinou, kterou se dělají malé kroužky v rameni, tak aby rameno nebylo namáháno. Je potřeba být opatrný, aby nedošlo k souhybu s lopatkou.



V počátcích rehabilitace je vhodné pomáhat si zdravou končetinou v pohybech, ale nedoporučují se dělat rotace v rameni.



Při každém cvičení je vhodné cvičit před zrcadlem, aby nedocházelo k nechtěnému zvedání lopatky a tím špatnému návyku.



Při ochabnutí svalstva se používají cvičební pomůcky jako overball, theraband, molitanový míček, atd.

PREFABRIKOVANÝ DESAULTŮV OBVAZ



ZÁVĚS NA PAŽI



MOTODLAHA



THERABAND



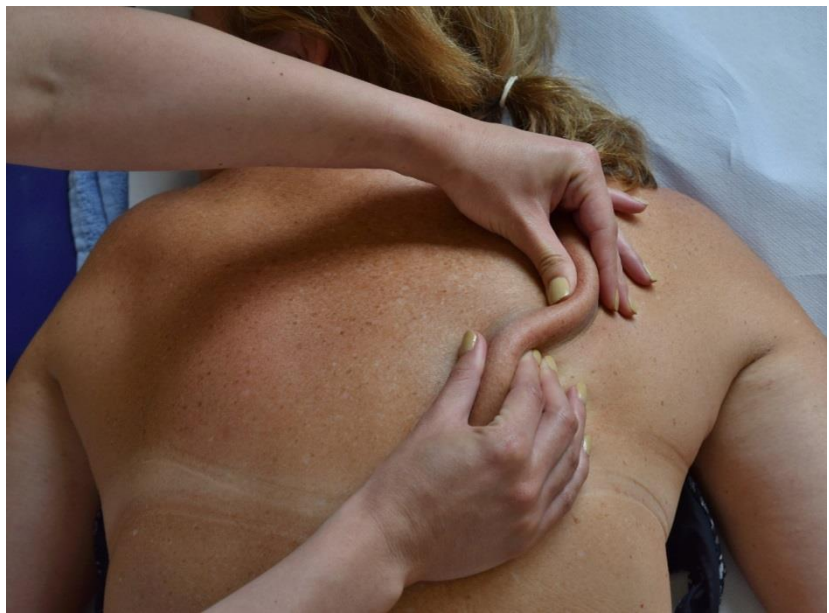
OVERBALL



MÍČKOVÁNÍ



TMT = TECHNIKA MĚKKÝCH TKÁNÍ



KINEZIOTAPE – STABILIZACE RAMENNÍHO KOUBU



KINEZIOTAPE - LYMFOTAPE RAMENNÍHO KLOUBU



Zdroje: Vlastní fotografie

Seznam použitých zkratk

AC kloub	Akromioklavikulární kloub
ASK	Artroskopie
DGOT	Deutsche Gessellschaft für Ortopadie und Traumatologie, Německá společnost pro ortopedii a traumatologii
IASP	Mezinárodní asociace pro studium bolesti
MR	Magnetická rezonance
RTG	Rentgenové vyšetření
SLAP	Superior labrum anterior posterior
SHAPER	Mechanická rotační fréza
UZ	Ultrazvukové vyšetření
VAS	Vizuální analogová škála
VAPR	Bipolární přístroj pro artroskopické odstranění měkkých tkání
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace