

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Edukace a příprava pacientů na operaci –
endoprotéza kyčelního kloubu**

bakalářská práce

Autor práce: Karolína Tesařová

Vedoucí práce: Mgr. Magdaléna Lavičková

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Karolína Tesařová**
Studijní program: Ošetřovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Edukace a příprava pacientů na operaci - endoprotéza kyčelního kloubu**
Cíl práce: Cíl 1. Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry informují pacienta o přípravě k výkonu TEP kyčelního kloubu a pooperačním režimu.
Cíl 2. Zjistit, jaké informace byly pacientovi poskytnuty před operací TEP kyčelního kloubu.



Mgr. Magdaléna Lavičková
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Edukace a příprava pacientů na operaci – endoprotéza kyčelního kloubu“ je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou obsaženy kapitoly věnující se anatomii kyčelního kloubu, edukační činnosti sester, rozdělení a druhům endoprotéz, dále také přípravě pacientů na operaci a pohybovému režimu po TEP kyčelního kloubu. Praktická část se zabývá otázkami, jak probíhá edukace zdravotních sester a do jaké míry jsou pacienti edukováni.

Klíčová slova

edukace; kyčelní kloub; operace; pacient; příprava

Abstract

The bachelor thesis on "Education and preparation of patients for surgery – thoracic joint endoprosthesis" is divided into the theoretical and research part. In the theoretical part it deals with anatomy of the hip joint, education activity of the nurse, and types of endoprostheses, preparation of patients for operation and movement regime after TEP of the hip joint. The practical part deals with the questions of how nurses are educating patients and to what extent patients are educated.

Keywords

education; hip joint; operation; patient; preparation

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 20. dubna 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych především poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Magdaléně Lavičkové za vedení mé práce, za konzultace a cenné rady, které mi pomohly se zpracováním a dokončením mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Nemocnici Třebíč, personálu a pacientům za ochotu a možnost provádět výzkum na oddělení ortopedie.

Obsah

Úvod.....	8
Motivace	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Anatomie	10
1.1.1 Obecná anatomie kosti a kloubu	10
1.1.2 Pletenec dolní končetiny	11
1.1.3 Pánevní kost.....	11
1.1.4 Kyčelní kloub.....	12
1.2 Indikace k operaci TEP kyčelního kloubu	14
1.2.1 Artróza kyčelního kloubu	14
1.2.2 Revmatoidní artritida	14
1.3 Předoperační příprava	15
1.3.1 Standartní vyšetření před operací	15
1.3.2 Dlouhodobá příprava na operaci	16
1.3.3 Krátkodobá příprava na operaci.....	17
1.3.4 Bezprostřední příprava na operaci	18
1.3.5 Prevence TEN	19
1.3.6 Příprava operačního pole	19
1.4 Endoprotéza kyčelního kloubu.....	20
1.4.1 Cementované endoprotézy.....	20
1.4.2 Necementované endoprotézy	21
1.5 Pohybový režim po operaci endoprotézy kyčelního kloubu	22
1.6 Edukace	23
1.6.1 Edukace v praxi	23
1.6.2 Specifika edukace u pacientů s TEP kyčelního kloubu	24
2 Výzkumná část.....	25
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	25
2.2 Metodika výzkumu.....	26
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	27
2.4 Průběh výzkumu.....	27
2.5 Zpracování získaných dat.....	28
2.5.1 Výsledky porovnání odpovědí všeobecných sester	28
2.5.2 Výsledky porovnání odpovědí pacientů	34
3 Diskuze	39
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	45

Závěr	46
Seznam použité literatury	48
Seznam použitých zkratek	50
Přílohy.....	51

Úvod

V této bakalářské práci se zabývám edukací a přípravou pacienta na operaci endoprotézy kyčelního kloubu. Téma mé práce jsem si vybrala, protože k oboru ortopedie mám blízký vztah a chtěla bych na ortopedickém oddělení v budoucnu pracovat. V současné době je totální endoprotéza kyčelního kloubu běžným zákrokem a pacientů, u kterých je indikován, stále přibývá. Jedná se o operační výkon, při kterém se kompletně nahradí poškozený kyčelní kloub umělým materiálem. Cílem je zmírnění bolesti a zlepšení pohyblivosti. Při tomto zákroku je podle mého názoru velice důležitá edukace, jelikož se jedná o zákrok, který změní život pacienta po operaci. Dojde ke zlepšení kvality života pacienta, změnou tedy také je, že pacient musí po operaci dodržovat pohybová opatření. Proto by měl být kladen důraz na poskytování informací o celém procesu. Jelikož se jedná o velkou ortopedickou operaci, je důležitou součástí předoperační příprava, a to jak fyzická, tak psychická.

V teoretické části se zabývám nejprve anatomií, pokračuji indikacemi k operaci a předoperační přípravou. Předoperační přípravu jsem rozdělila jednotlivě podle časového rozložení. Dále se zaměřuji na to, co vlastně endoprotéza je a jaké jsou její druhy. Nakonec se v práci zaměřuji na pohybový režim po operaci a edukaci pacienta.

Ve výzkumné části jsem stanovila dva cíle. Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak všeobecné sestry pacienty před operací edukují. Druhým cílem bylo zjistit, jak pacienti edukaci od sester vnímají a jaké informace jim tedy byly poskytnuty. Osobně si myslím a předpokládám, že edukace sester je více než dobrá. Informují pacienta o všem, co je v jejich kompetencích a informace podávají opakovaně a jasně. Můj další předpoklad tedy je, že pacienti informacím, které jim všeobecné sestry sdělují rozumí, a jsou s nimi spokojeni. Také, že je pro ně edukace dostačující a ví vše, co je pro ně důležité.

Motivace

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala za účelem získání informací týkajících se TEP kyčelního kloubu, protože mě obor ortopedie velmi zajímá a chtěla bych se mu v budoucnu věnovat. Na oddělení ortopedie je hospitalizovaných mnoho pacientů, kteří podstupují operaci kyčelního kloubu, proto od práce očekávám velký přínos pro mé budoucí zaměstnání. Myslím, že informovanost o tomto zákroku, edukaci a celkovém pohybovém režimu je více než důležitá.

1 Současný stav problematiky

1.1 Anatomie

1.1.1 Obecná anatomie kosti a kloubu

Kostní tkáň tvoří osteocyty a mezibuněčná hmota, ta má složku organickou a anorganickou. Organickou složku tvoří kolagenní vlákna spojená s amorfní hmotou. Anorganická složka vznikla ukládáním minerálních solí, kalciumfosfátu a kalciumkarbonátu. Během života se poměr těchto složek mění. Kostní tkáň je tvořena na podkladě chrupavky (chondrogenně), nebo vaziva (desmogenně). (Merkunová, 2008)

Na povrchu kosti se nachází okostice (periost), je bohatě krevně zásobená a inervovaná. Pod okosticí je vrstva kompakty a uvnitř kosti je spongióza. Dřeňová dutina, která se nachází ve středové části dlouhých kostí je vyplněna kostní dřeví. V kostní dřeví vznikají krevní elementy, v průběhu života se kostní dřeví mění z červené na žlutou a v pozdním věku na šedou kostní dřeví. Kosti mohou být spojené pevně chrupavkou, vazivem, kostní tkání nebo pohyblivě, tedy kloubním spojením. (Merkunová, 2008; Fiala, Valenta, Eberlová, 2015)

Kloub (articulatio synovialis) je spojení dvou nebo více kostí, které umožňuje pohyb. Styčné plochy jsou potaženy hyalinní chrupavkou, obvykle v podobě kloubní hlavičky a jamky, ty jsou zavzaty do kloubního pouzdra. Kloubní pouzdro je tvořeno dvěma vrstvami. Zevní vrstva je tvořena kolagenním vazivem a vnitřní vrstvu tvoří synoviální membrána. Buňky synoviální membrány produkují synoviální tekutinu tzv. kloubní maz, ten je významný při výživě bezcévných kloubních chrupavek a zvyšuje skluznost styčných ploch. (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015)

Kloubní vazy (ligamenta) se nachází zevně od kloubního pouzdra, ale mohou probíhat i uvnitř, jsou s kloubním pouzdem pevně spojeny. Pohyby kloubu, které je možné provádět je ohnutí (flexe), natažení (extenze), přitažení (addukce), odtažení (abdukce) a otáčení (rotace) zevní nebo vnitřní. (Čihák, 2011)

1.1.2 Pletenec dolní končetiny

Pánevní pletenec se skládá ze dvou pánevních kostí (ossa coxae) a nepárové křížové kosti (os sacrum). Pasivní částí pletence dolní končetiny jsou pánevní, křížová kost a jejich spoje. Aktivní částí jsou svaly kyčelního kloubu a stehenní svaly. Pánevní kost je tvořena kostí kyčelní, sedací a stydkou, tyto kosti byly původně samostatné. (Dylevský, 2009a)

Významem pánevních kostí je transmisní, ochranný a podpůrný systém. Jsou zde přítomny inzerční plochy, to jsou plochy, na které se upínají svaly nebo tam začínají. Pánevní kosti a jejich spoje tvoří kruh, ten je poměrně pevný a pružný. Je podepřen hlavicemi stehenních kostí. Pánev je skloněná přední částí dolů a dozadu, kvůli rozložení hmotnosti. V oblasti vyklenutí křížové kosti dopředu se náhle mění zakřivení páteře z kyfózy křížové kosti na bederní lordózu. Těžiště těla se tak posouvá nad kyčelní klouby.

Ochranné funkce pánve jsou dány mechanickou odolností stěn pánevních v rozsahu horních segmentů kosti křížové. První křížový obratel přejímá váhu trupu, začínají zde zesílené pásy kostí přibližně rovnoběžně s čarou oddělující malou a velkou pánev (linea terminalis) a končí u okrajů jamky kyčelního kloubu. Z okrajů kloubní jamky se táhne dolní zesilující pás, který jde v rameni kosti sedací a končí v hrbole sedacím (tuber ischiadicum) Horní zesilující pás, probíhá směrem ke kosti stydké. Mezi orientační body pánve, které se nacházejí na horním hřebenu kyčelní kosti, patří přední horní trn kyčelní kosti (spina iliaca anterior superior) a zadní horní trn kyčelní kosti, ten je hůře hmatný. (Dylevský 2009a; Merkunová, 2008)

1.1.3 Pánevní kost

Pánevní kost tvoří kyčelní kost (os ilium), velká plochá kost tvořená tělem, které je součástí jamky kyčelního kloubu a lopaty kosti kyčelní vybíhající směrem nahoru, její horní okraj nazýváme hřeben, který slouží úponu abdominálních svalů a v přední části je ukončený předním horním trnem. Na vnější straně lopaty kosti kyčelní se v mělké kyčelní jámě nachází kloubní plocha křížokyčelního kloubu. Šikmo nad a za tímto prostorem z nerovného povrchu, tzv. drsnatiny, jsou připnuty vazy zpevňující kloub křížokyčelní, tuhý kloub s velmi malou pohyblivostí, vyskytující se mezi křížovou kostí a kostí kyčelní. (Dylevský, 2019)

Hranice mezi velkou a malou pávní a konec kyčelní jámy je obloukovitá hrana, nacházející se na vnitřní ploše. Další kosti, které tvoří pánev jsou stydká a sedací, ty ohraničují tzv. ucpaný otvor. Dolní obvody kostí sedacích tvoří sedací hrboly. Křížokyčelní kloub je tvořen pánevními kostmi, které jsou kloubně spojeny s kostí křížovou. (Dylevský, 2009a; Merkunová, 2008)

1.1.4 Kyčelní kloub

Kyčelní kloub (articulatio coxae) je spojením pánevních kostí a volné dolní končetiny. Skládá se z kulovité kloubní hlavice kosti stehenní a hluboké jamky (acetabulum). Jamka kyčelní kosti a hlavice stehenní kosti tvoří kloubní plochy kyčelního kloubu. Jamka kyčelního kloubu má tvar polokoule a jejím nejhlubším místem je střed, tzv. fossa acetabuli. Horní okraj je nejsilnější a je zpevněn dvěma systémy kostních trámů do tvaru gotického oblouku. (Dylevský, 2009b)

Kloubní hlavice s krčkem kosti stehenní přechází do těla femuru, je tedy proximálním koncem femuru. Hlavice kloubu je obvykle kraniokaudálně zploštělá a její průměr je asi 5 cm. Osa krčku a osa těla femuru svírá tzv. kolodíafyzární úhel 125° , s narůstajícím věkem se úhel zmenšuje. (Dylevský, 2009a)

Svaly kyčelního kloubu

Na přední straně kyčelního kloubu leží velký sval bedrostehenní (m. psoas major), kyčlostehenní sval (m. iliacus), přímý sval stehenní (m. rectus femoris) a krejčovský sval (m. sartorius). Tyto svaly vykonávají flexi v kyčelním kloubu a při chůzi provádějí výkrok dolní končetiny vpřed. Inervovány jsou cestou n. femoralis. Na zadní straně kyčelního kloubu se nachází velký sval hýžd'ový (m. gluteus maximus), který je inervován z n. gluteus inferior, dvojhlavý sval stehenní (m. biceps femoris), poloblanitý sval (m. semimembranosus) a pološlašitý sval (m. semitendinosus), ty vykonávají při chůzi extenzi v kyčelním kloubu, kmih dolní končetiny vzad. Další svaly leží na vnitřní straně stehna a jejich úkolem je vykonávání centrace dolní končetiny, patří k nim krátký, velký a dlouhý přitahovač (m. adductor brevis, magnus a longus), štíhlý sval (m. gracilis) a hřebenový sval (m. pectineus).

Na stehně z vnější strany je uloženo několik malých svalů, jejich funkcí je abdukce stehna. Nachází se zde střední a malý sval hýžd'ový (m. gluteus medius, minimus), horní a dolní sval dvojčecí (m. gemellus superior, inferior), hruškovitý sval (m. piriformis), vnitřní a vnější sval ucpávací (m. obturatorius internus, externus), čtyřhranný sval stehenní (m. quadratus femoris) a napínač stehenní povázky (m. tensor fasciae latae). Přibližně sedmdesát pět procent svalů, které jsou uloženy při kyčelním kloubu tvoří skupina vnějších rotátorů umožňující otáčení v kyčelním kloubu. (Dylevský, 2009a; Nelson, Kokkonen, 2015; Schwichtenberg, 2008)

Vazy kyčelního kloubu

Vazy kyčelního kloubu jsou nezbytné pro jeho funkci. Spojení hlavice stehenní kosti s acetabulem zajišťuje oblý vaz (ligamentum teres). Na přední straně kloubu se nachází kyčlostehenní vaz (ligamentum iliofemorale), vaz zabraňující zaklonění trupu, svým napětím ukončuje extenzi v kyčelním kloubu. Stydkostehenní vaz (ligamentum pubofemorale) odstupuje od horního okraje stydké kosti a vede ke stehenní kosti, tam se připojuje k sedostehennímu vazu. Omezuje abdukci a zevní rotaci kloubu. Sedostehenní vaz (lig. ischiofemorale) je krátký vaz, který se nachází na zadní straně kyčelního kloubu, prochází od okraje acetabula k zevnímu ramenu iliofemorálního vaz, omezuje addukci a vnitřní rotaci v kloubu. Zona orbicularis je kruhovitý vaz, obtáčející krček stehenní kosti, vaz na horní ploše krčku dosahuje šířky 5–7 mm. (Dylevský, 2009a; Nelson, Kokkonen, 2015)

1.2 Indikace k operaci TEP kyčelního kloubu

Nejčastější indikace k operaci TEP kyčelního kloubu je zejména primární artróza kyčelního kloubu. Dále koxartróza postdysplastická, artróza posttraumatická, poškození kloubu v důsledku revmatického onemocnění. Časté jsou také traumatické zlomeniny krčku kosti stehenní, vrozené vady, revmatoidní artritida, příčiny onkologického onemocnění a další onemocnění, jako je například srpkovitá anemie nebo idiopatická avaskulární nekróza hlavice. (Dungl a kol., 2014)

1.2.1 Artróza kyčelního kloubu

Artróza kyčelního kloubu je degenerativním onemocněním, při kterém dochází k opotřebování struktur kloubu, zejména chrupavky. Chrupavka se postupem času ztenčuje až vymizí. Na rentgenovém snímku je pak zhodnocen nález. Při prvním stádiu dojde ke snížení šterbiny kloubu z důvodu destrukce chrupavky, poté se začnou tvořit výrůstky, tzv. osteofyty, až dojde k úplné destrukci kloubu. Artróza je dělená podle příčiny na primární, kdy příčina není jasná, ale vlivem může být genetika, nebo příčina sekundární, kdy se artróza objeví v důsledku jiných onemocnění, při kterých dochází k deformitám kloubu. Dalšími důvody mohou být infekce nebo úrazy. Vliv na onemocnění má také nadváha, zaměstnání nebo sport a nadměrné zatěžování kloubu. Nejprve se objevují bolesti v kloubu při chůzi nebo aktivitě, po nějaké době se bolest vyskytuje i v klidu nebo v noci. Postupem času dochází k omezenému pohybu v kloubu nebo úplné nepohyblivosti. Léčba je zaměřena pouze na změnu stylu života, redukci váhy a cvičení, které je zaměřené na zachování pohyblivosti kloubu. Při bolesti se podávají analgetika a nesteroidní antirevmatika. V pokročilém stádiu onemocnění je lékařem indikována totální endoprotéza kyčelního kloubu. (Levitová, Hošková, 2015)

1.2.2 Revmatoidní artritida

Revmatoidní artritida je chronické autoimunitní zánětlivé onemocnění postihující klouby. Projevy onemocnění jsou bolest a otoky kloubů, ztuhlost, omezení hybnosti. Bolest se objevuje v klidu nebo při pohybu či pohmatu. U kloubu postiženého tímto onemocněním dochází k destrukci chrupavky a ostatních okolních částí kloubu, tedy kostí, vazů i šlach. Onemocnění může postihnout všechny klouby těla, nejčastěji jsou to však drobné klouby, dále klouby ramenní, loketní a kolenní.

Postiženy mohou být i kyčelní klouby. Často bývají přítomny mimokloubní projevy, nejčastějšími jsou tzv. revmatoidní uzly, řidnutí kostí, cévní infekce, onemocnění srdce, chudokrevnost a další. (Lužná, Vránová, 2011)

1.3 Předoperační příprava

Předoperační péče zahrnuje celkovou péči o nemocného v období mezi rozhodnutí o operaci do chvíle předání pacienta na operační sál. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Příprava pacienta na operaci začíná při plánování operačního zákroku, kdy je důležité vysvětlení operačního zákroku lékařem, který zapojuje pacienta do procesu léčby. Vzniká tak důvěra mezi pacientem a lékařem a jím zvolené operační techniky a metody. Po vysvětlení a psychické přípravě na výkon by měl pacient podepsat informovaný souhlas s dohodnutým operačním výkonem. Informovaný souhlas zahrnuje informace o výkonu, který má být proveden, o možných alternativách, jaké výhody zákrok přinese nemocnému a také o rizicích a nevýhodách spojených s daným výkonem. Lékař by měl poskytovat informace srozumitelně ústní i písemnou formou, např. pomocí edukačních letáků a přizpůsobit edukaci pacientům, kteří mají smyslový deficit. U dětí se bere ohled na věk, lékař by měl informace přizpůsobit, o zákroku poté rozhoduje zákonný zástupce dítěte. (Policar, 2010; Janíková, Zeleníková, 2013)

1.3.1 Standartní vyšetření před operací

Standartní vyšetření, které zahrnuje dlouhodobá předoperační příprava, je zhodnocení informací z anamnézy, fyzikální vyšetření a interní vyšetření, které je stanoveno v souvislosti s připravovaným operačním zákrokem. Interní vyšetření provádíme za účelem zjištění vitálních funkcí, realizujeme laboratorní vyšetření. Doporučená vyšetření jsou kompletní krevní obraz a koncentrace hemoglobinu, elektrolyty, vyšetření koagulace, jaterní testy, albumin, urea a kreatinin, EKG a u pacientů zdravotně zdatných nad 40 let rentgenové vyšetření srdce a plic. U žen je běžné gynekologické vyšetření a provedení gravitestu, pokud je pravděpodobnost těhotenství. (Janíková, Zeleníková, 2013; Barash, Cullen, Stoelting a kol., 2015)

1.3.2 Dlouhodobá příprava na operaci

Příprava k operaci začíná interním vyšetřením pacienta, změřením fyziologických funkcí a sběrem podrobné anamnézy, což znamená zjištění osobních dat, nynějších potíží a onemocnění, dřívějších onemocnění, úrazů a předešlých operačních zákroků. Fyzikální vyšetření zahrnuje vyšetření pacienta pomocí pohledu, poklepu, pohmatu, poslechu a vyšetření per rectum. Součástí fyzikálního vyšetření je také vyšetření chrupu, případně jeho ošetření. Vyšetření chrupu provádí dentista, pacient poté přichází se zprávou o vyšetření. (Slezáková a kol., 2010)

Do interního vyšetření před operací dále patří screeningové vyšetření krve. Na biochemické vyšetření krve se odebírá krev na jaterní testy, ureu, kreatinin, CRP, hodnotu glykemie, ionty a minerály. Na hematologické vyšetření je odebírána krev na krevní obraz, sedimentaci, APTT a INR. Dále na krevní skupinu a Rh faktor. Provádí se také serologické a virologické vyšetření na HbsAg, HCV a HIV. Screeningové vyšetření moči zahrnuje močový sediment a moč chemicky. Před operací musí být známe zánětlivé faktory, pacient může podstoupit operaci pouze pokud je bezinfekční, proto je nutné mít v předoperačním období negativní kultivaci. Interní vyšetření zahrnuje také EKG a RTG srdce a plic. Výsledky interního vyšetření musí být aktuální, nesmí být starší 14 dnů před plánovanou operací. U pacienta s pozitivní anamnézou (ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, cévní onemocnění nebo onemocnění ledvin) se provádí paraklinické vyšetření podle typu onemocnění. Při srdečním onemocnění se jedná o echokardiografii, ergometrii. Dále spirometrii u pacientů s plicním onemocněním a u onemocnění cév sonografii, angiografii. (Krška a kol., 2011); (Slezáková a kol., 2010)

Před operací TEP kyčelního kloubu lékař provede kineziologické vyšetření, vyšetření aktivní, pasivní a patologické hybnosti. Rentgenové snímky kyčelního kloubu jsou ve dvou projekcích, tj. klasické a případně artrografie, denzitometrie nebo angiografie. Dále se využívá scintigrafie skeletu, sonografie, CT a NMR. Další vyšetření, která pacient absolvuje jsou krční a urologické vyšetření, ženy podstupují gynekologické vyšetření. (Krška a kol., 2011)

Lékař poté doporučí vhodnou volbu anestezie, při operaci TEP je nejčastěji používána celková anestezie, ale operaci lze provést i v anestezii spinální, kdy pacient zůstává při vědomí a je znecitlivěna pouze dolní polovina těla. Ze strany anesteziologické přípravy jde zejména o vyšetření týkající se stavu cévního systému, vnitřního prostředí a celkového stavu pacienta. Dalším bodem je samotná příprava pacienta k operaci, která se dělí do tří částí – celková obecná příprava, celková speciální příprava a příprava místní. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Průběh obecné celkové přípravy závisí na hodnocení komplexního stavu pacienta a narušení jednotlivých systémů. Systémy lze klasifikovat podle schémat APACHE I-III, SAPS, klasifikace podle ASA, NYHA a Goldmanova indexu. (Krška a kol., 2011; Slezáková a kol., 2010)

Autotransfuze

Je transfuze krve získaná od samotného pacienta a určena pro něho samého. Výhodou je, že nedochází k přenosu infekčních onemocnění a je bez hrozby neshodností antigenů erytrocytů, leukocytů, trombocytů a bílkovinných antigenů. Zamezuje se také riziku komplikací, které se mohou po podání transfuze objevit. Krev je připravena okamžitě vzhledem k tomu, že se neprovádí křížová zkouška. Autotransfuze je vhodná u pacientů postupujících ortopedickou, chirurgickou nebo gynekologickou operací. Odběry krve probíhají v týdenních intervalech a týden před plánovaným zákrokem. V případě nutnosti se může časové rozmezí mezi odběry zkrátit na 3 dny. Odebírá se 400-450 ml krve, množství závisí na hmotnosti pacienta. (Slezáková a kol., 2010)

1.3.3 Krátkodobá příprava na operaci

Krátkodobá příprava před operací probíhá 24 hodin před začátkem operace, kdy anesteziolog rozhodne podle předoperačních vyšetření o vhodném typu anestezie a premedikaci. Premedikace se preferuje v perorálním podání, večerní premedikace se podává ve 22:00 hodin, ranní premedikace v 6:00 hodin. Pacient je anesteziologem informován o průběhu anestezie a podepisuje informovaný souhlas. Ráno v den operačního zákroku se dbá na důkladnou hygienickou péči, provádí se celková koupel pacienta a v rámci přípravy operačního pole se důkladně oholí a odmastí část těla, na které bude zákrok proveden, následuje dezinfekce pupku.

V oblasti přípravy gastrointestinálního traktu je nutné 6-8 hodin před operací lačnit, premedikaci před operací je dovoleno zapít jen vodou v malém množství, tj. do 30ml. Pacientovi je podán glycerinový čípek na vyprázdnění. Podle ordinací lékaře zajistíme invazivní vstupy (PVK, PMK). U žen je doporučeno odlakování nehtů. (Janíková, Zeleníková, 2013; Jindrová, Stříteský, Kunstýř a kol., 2016)

1.3.4 Bezprostřední příprava na operaci

Bezprostřední příprava na operaci probíhá 2 hodiny před plánovaným zákrokem. Příprava spočívá v kontrole vitálních funkcí pacienta, sundání šperků a případné zubní náhrady, sepsání a sbalení osobních věcí a v přiložení elastických punčoch nebo vyvázání bandáží, pokud nejsou kontraindikovány, např. při amputaci dolní končetiny nebo při ischemické chorobě dolních končetin. V rámci prevence tromboembolické nemoci se spolu s bandážemi DK aplikuje nízkomolekulární heparin. (Slezáková a kol., 2010)

Probíhá kontrola dokumentace a označení operačního pole, to je oholeno v dostatečném rozsahu a je na něj aplikována dezinfekční pěna. Pacient stále lační, zajišťují se invazivní vstupy, pokud nebyly zavedeny dříve. Premedikaci a její čas podání vyhodnotí a určí anesteziolog, nejčastěji se užívá perorálně nebo intramuskulárně 30-60 minut před zákrokem a podává se za účelem zklidnění, zmírnění úzkosti, slouží jako prevence alergické reakce a omezuje sekreci slin a žaludečních šťáv. Po užití premedikace musí mít pacient klidový režim a být kontrolován zdravotnickým personálem. Důležitá je komunikace s pacientem a jeho psychická příprava. (Krška a kol., 2011)

Před operací jsou podány antibiotika z důvodu minimalizace rizika infekce a možných komplikací po operaci, u rozsáhlých výkonů se aplikují dvě až tři dávky ATB. První dávka je pomalou aplikací podána asi 30 minut před samotným začátkem operace, druhá dávka je aplikována po třech až čtyřech hodinách a třetí dávka po šesti až osmi hodinách od druhé aplikace. K ortopedickým operacím se využívají peniciliny a cefalosporiny. Profylaxe končí za 24 hodin po operačním zákroku. (Janíková, Zeleníková, 2013; Krška a kol., 2011)

1.3.5 Prevence TEN

V průběhu operačního zákroku vznikají patologické předpoklady pro hemokoagulaci a hemostázu. Každá operace představuje riziko vzniku hluboké žilní trombózy nebo plicní embolie. Míra rizika závisí na typu operace, u TEP kyčelního kloubu a dalších ortopedických operací je toto riziko nejvýznamnější. Kloubní náhrady velkých kloubů jsou také spojeny s věkem pacientů, který bývá vyšší. Průměrný věk pacientů podstupujících ortopedickou operaci je 60 let a více. (Skalická a kol., 2007)

Prevence TEN se zaměřuje na dostatečný pitný režim a přiložení elastických obinadel nebo kompresních punčoch. Nejvyšší tlak na dolní končetinu by měl působit v oblasti nártu, kotníku a bérce. Farmakologickou prevencí je podávání nízkomolekulárního heparinu, ty se aplikují pod kůži jednou denně. Důležitá je zejména včasná mobilizace pacienta a rehabilitace. (Herman, Musil a kol., 2011)

1.3.6 Příprava operačního pole

Po celkové hygieně pacienta se zaměřením na kožní rýhy pod prsy, břichem a v oblasti slabin, probíhá příprava operačního pole. Operační pole je zbaveno ochlupení, rozsah holení závisí na zvyklosti oddělení. Oholení dlouhou dobu před operací se nedoporučuje, protože zvyšuje výskyt bakteriální flóry na povrchu kůže, mělo by tedy být uskutečněno těsně před výkonem. K holení se používají jednorázová holítko. Na některých odděleních je dostupný holící strojek, nevýhodou je však jeho údržba. Holení musí být šetrné, aby nedošlo k poškození kůže, drobná poranění mohou být vstupní bránou infekce. Po důkladném oholení se na kůži aplikuje kožní antiseptikum, je možnost přiložení samolepící plastikové fólie. (Krška a kol., 2011; Slezáková a kol., 2010)

1.4 Endoprotéza kyčelního kloubu

Jedná se o náhradu kloubu umělými technickými prostředky, ty mohou být keramické, kovové nebo kombinace obou. Při totální endoprotéze kyčelního kloubu se implantuje dřík s hlavicí a kloubní jamkou. Životnost totální endoprotézy je přibližně 10–15 let a dělí se podle způsobu, kterým jsou fixovány v kosti. (Schneiderová, 2014; Krška a kol., 2011)

Rozdělení endoprotéz kyčelního kloubu

Endoprotézy je možné dělit z několika hledisek, z hlediska rozsahu náhrady jsou endoprotézy cervikokapitální, kdy se nahrazena pouze proximální část femuru, nebo endoprotézy totální, kdy se provede i výměna acetabula. Další dělení je podle způsobu upevnění do kosti, to jsou endoprotézy cementované, necementované nebo hybridní. Hybridní endoprotéza se využívá stále častěji, jamka je připevněna bez cementu a femorální dřík je připevněn kostním cementem. (Dungl a kol., 2014)

1.4.1 Cementované endoprotézy

Cementované endoprotézy jsou do kosti upevněny za pomoci cementu, ten je tvořený polymetylatrylátem, který funguje jako pevná a pružná mezivrstva v prostoru mezi kortikální kostí a dříkem endoprotézy. Nevýhodou u cementovaných endoprotéz je, že často dochází k poškození cementovaného lůžka. Jeho účelem je pevné spojení. Dříky cementovaných endoprotéz mají kulatý nebo oválný průřez, nevyskytují se na něm hrany a má leštěný nebo matový povrch. Cementovaný dřík má velmi dobrou primární stabilitu, výhodou je tedy rychlá mobilizace po operaci. Dříky jsou vyráběny v ušlechtilých konstrukčních ocelích, slitin chromu, kobaltu a molybdenu. Cementované femorální komponenty mohou být monolitní nebo modulární, které jsou používány častěji. Cementovaná jamka má také dobrou primární stabilitu, s cementovaným dříkem jde o často používaný implantát spíše u starších pacientů. (Dungl a kol., 2014; Krška a kol., 2011)

1.4.2 Necementované endoprotézy

Necementovaná endoprotéza je mechanicky upevněna přímo do kosti bez kostního cementu. Je zde určitý rozdíl v provedení fixace acetabulární a femorální komponenty, avšak je přítomen společný průběh vývoje fixace komponent ke kosti. Stabilní a pevné spojení se nazývá osteointegrace. Primární stabilita je dána technicky správným provedením implantace, je to dosažená pevnost připevnění endoprotézy hned po její implantaci. Připevnění by mělo vydržet alespoň 3-6 měsíců, než přejde do další fáze, tedy do sekundární stability, která je důležitým faktorem pro dlouhodobou fixaci. Strukturovaný povrch plynule přechází k rozvoji povrchového spojení mezi endoprotézou a kostí (osteogeneze). K terciální stabilitě dochází několik let po operaci, kdy v místech největšího zatěžování dojde k zesílení kostní struktury a v místě, které je nejméně zatěžováno dojde k úbytku kostní tkáně, což je takzvaný stress shielding. (Dungl, 2014; Schuler, Oster, 2010)

Necementované dříky endoprotéz lze dělit podle designu na rovné dříky, těch je několik typů – rovné dříky, anatomické dříky, které kopírují tvar horní části stehenní kosti a custom made dříky. Povrchová úprava se týká převážně necementovaných endoprotéz, jsou v neleštěné variantě a mají různé struktury. Drsnosti a struktury je dosaženo například pískováním nebo tryskáním za vysokých rychlostí. Necementované dříky jsou nejčastěji vyráběny z titanových slitin. Necementovaná jamka je vždy modulární, kotvící část je na vnějším povrchu opatřená závity, jamka je tedy zašroubována do kostního lůžka. (Dungl, 2014; Schneiderová, 2014)

1.5 Pohybový režim po operaci endoprotézy kyčelního kloubu

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je řazena mezi složité operace, u kterých je dodržováno náročné pooperační období s využitím rehabilitace a nácviku správných pohybů při činnostech prováděných pacientem. Způsob rehabilitace se odvíjí od zdravotního stavu pacienta a doporučení operátora. Úkolem sestry je zajistit správnou polohu polohováním a dohlédnout na správné pohyby pacienta na lůžku. (Vytejšková a spol., 2011)

První den po operačním výkonu pacient provádí dechovou gymnastiku, cvičí s horními končetinami, dorsální a plantární flexi s DK, izometrická cvičení hýžďového svalstva a cvičí čtyřhlavý sval stehenní. Na lůžku je poloha v leže na zádech, nesmí dojít k překřížení dolních končetin nebo k rotaci operované končetiny směrem ven tj. k zevní rotaci, při změně polohy pacienta je mezi kolena vložen polštář nebo molitanová kostka. Přes noc a při spánku použijeme antirotační botičku, abychom zamezili rotaci a dalším zakázaným pohybům. (Vytejšková a spol., 2011; Levitová, Hušáková, 2018)

Druhý a třetí pooperační den se doplňuje cvičení kyčelního kloubu, pacientovi se dopomáhá udržovat správnou polohu, především flexi do 90 stupňů, abdukci a vnitřní rotaci. Přidává se polohování na zdravý bok s molitanovým klínem mezi kolena, zabrání se tak vykloubení. Nacvičuje se sed na lůžku s nohama z lůžka a začíná se s vertikalizací. Pacient nacvičuje chůzi o francouzských holích, nácvik začíná simulací nášlapu. Po operaci také probíhá nácvik chůze na schodech, chůze po nerovném terénu, sed na toaletu nebo křeslo. Pokračuje učení soběstačnosti a doporučují se nutné nebo vhodné úpravy domácího prostředí. (Dungl a kol., 2014; Levitová, Hušáková, 2018)

Nebezpečí luxace endoprotézy je zabráněno, pokud se eliminují takzvané zakázané pohyby, což jsou především zevní rotace a addukce, dále je zakázaným pohybem flexe končetiny nad 90 stupňů v kyčelním kloubu. Úkolem je také informovat pacienta o běžných situacích, ve kterých k těmto pohybům dochází a jak se jim případně vyhnout. (Dungl a kol., 2014)

1.6 Edukace

Edukace je definována jako proces, při kterém se systematicky a záměrně působí na jedince, ovlivňuje se tak jeho chování a tím dochází k pozitivním změnám jeho návyků a dovedností, zároveň se tím posilují jeho vědomosti v dané problematice. (Juřeníková, 2010)

Edukace je výchovně-vzdělávací proces, napomáhá pacientovi se kvalifikovaně rozhodovat o procesu zdravotní péče, je tím zajištěno podílení se na léčbě, včetně pacientových blízkých, u kterých se zvyšuje dovednost zapojit se do procesu a postupech léčby. Pacienta edukují všichni členové zdravotnického týmu a zdravotníci z různých oborů v rámci svých kompetencí a míry informací zvládnutelné. Po zhodnocení schopnosti a potřeb pacienta je proveden záznam do příslušné zdravotnické dokumentace. U dobře fungující edukace je nutné zjistit a odhadnout, co je nezbytné, aby se pacient a jeho blízcí dozvěděli a zvolit vhodnou formu předání konkrétních informací. Edukační proces zajišťuje informovanost nejen před hospitalizací a v průběhu hospitalizace, ale i po propuštění do domácího prostředí. (Joint Commission International, 2008)

1.6.1 Edukace v praxi

Všeobecné sestry, které edukují pacienta musí mít komunikační znalosti a dovednosti, vybírají vhodnou metodu a formu edukace, komunikace může být jednosměrná (vyslyšení informace bez reakce), nebo oboustranná (při zpětné odezvě). Při komunikaci se snažíme odstranit komunikační šum, ke kterému může dojít, jak ze strany pacienta (bolest, únava), tak ze strany prostředí, kde dochází k nedostatku pozornosti. Pozornost je důležitá pro dobré přijetí správných informací od edukujícího. Dalším problémem může být vysoká koncentrace informací, které jsou pacientovi sděleny za poměrně krátkou dobu. Při verbální komunikaci by sdělování informací mělo být výstižné a jasné v jednodušších větách, dobře načasované a přizpůsobené schopnostem a vědomostem každému jedinci. Při neverbální komunikaci s pacientem je důležité navodit přátelskou atmosféru, pocit klidu a umožnit pacientovi navázat oční kontakt, proto by měl zdravotník u pacienta sedět a být tak v přibližně stejné výšce očí. Edukace probíhá opakovaně, může být individuální, skupinová nebo hromadná. (Juřeníková, 2010; Levitová, Hušáková, 2018)

1.6.2 Specifika edukace u pacientů s TEP kyčelního kloubu

Cílem edukace u pacienta s TEP kyčelního kloubu je, aby pacient sám dobře znal a dokázal vyjmenovat zásady pohybového režimu, je si vědom komplikací, které by po operaci mohly nastat a zná zásady výživy pro snížení hmotnosti. Pacient je informován o prevenci týkající se tromboembolické nemoci, tedy aplikaci nízkomolekulárního heparinu, který je aplikován 10 dní po operačním zákroku a o přiložení bandáží na dolní končetiny.

Probíhá edukace o pohybovém opatření, které po operaci musí být dodržováno tzn. první den pacient leží na lůžku, operovaná končetina je ve zvýšené poloze, vložena do antirotační boty, mezi kolena je vložen molitanový hranol. Pacient je informován o zakázaných pohybech, tj. vytáčení končetiny do zevní rotace, vnitřní rotace, křížení končetiny, abdukce, flexe kyčle nad 90 stupňů, hrozí luxace. (Vytejková a spol., 2011)

Všeobecné sestry také informují o dostupných pomůckách, které by měl pacient využívat. Při osobní hygieně je vhodný sprchový kout, nikoli vana, ve sprchovém koutu by mělo být madlo a protiskluzová podložka. Pokud je používána vana, je dobré ji vybavit sedátkem. Sestra taktéž musí pacientovi vysvětlit, jak se oblékat a obouvat tak, aby nedošlo k flexi kyčle nad 90 stupňů, v prvních týdnech je vhodná pomoc druhých. Pacientovi se doporučí obuv, venkovní i domácí obuv musí mít pevnou patu. Probíhá edukace o správném sedu, o používání nástavce na toaletu a podsedácích nebo polštářích na židli či křeslo. (Imhoff, Beitzel, Stamer, Klein, Mazzocca, 2016; Vytejková a spol., 2011)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíle bakalářské práce

1. Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry informují pacienta o přípravě k výkonu TEP kyčelního kloubu a pooperačním režimu.
2. Zjistit, jaké informace byly pacientovi poskytnuty před operací TEP kyčelního kloubu.

Stanoveny byly tyto výzkumné otázky

1. Jakou formou a do jaké míry informují všeobecné sestry pacienta o přípravě na operaci?
2. Jak všeobecné sestry edukují pacienta o pooperačním a pohybovém režimu?
3. Jaká je spokojenost pacientů s mírou edukace a poskytnutými informacemi před operací?
4. Jaké informace o pohybovém režimu byly pacientovi před operací sděleny?

2.2 Metodika výzkumu

Pro mou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, sběr informací probíhal formou rozhovoru, který byl uskutečněn se všeobecnými sestrami a pacienty na oddělení ortopedie. Rozhovor určený pro všeobecné sestry se skládá ze sedmi otázek, vyskytují se zde otázky týkající se jejich edukační činnosti a informací, které pacientům poskytují před operací totální endoprotézy kyčelního kloubu. Zjišťuje, jaké informace jsou pacientovi podávány o pooperačním pohybovém režimu a nezbytné úpravě domácího prostředí. Rozhovor pro pacienty obsahuje devět otázek na informace, které jsou jim poskytovány a spokojenost pacientů s edukací všeobecných sester. Dále, zda mají dostatečné informace o pohybovém režimu a dostupných zdravotních pomůckách. Některé otázky rozhovoru byly vytvořené tak, aby při jejich vyhodnocení mohlo dojít ke srovnání. Rozhovory s respondenty probíhaly anonymně s jejich písemným souhlasem, byli seznámeni s tím, že informace, které poskytnou, budou použity pouze pro účely výzkumu k této práci. Rozhovor s respondenty byl zaznamenáván pomocí audio nahrávky na mobilní telefon. Otázky i odpovědi respondentů byly přepsány do počítače a následně vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování metodou „tužka a papír“. Informované souhlasy nejsou přiložené do příloh kvůli zachování anonymity. Je možné do nich nahlédnout u autorky této práce. Žádost o povolení výzkumného šetření se nachází v příloze A.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Rozhovor byl prováděn se čtyřmi všeobecnými sestrami pracujícími na oddělení ortopedie a čtyřmi pacienty hospitalizovanými na ortopedickém oddělení po operaci TEP kyčelního kloubu. Ke zpracování výsledků bylo tedy použito osm rozhovorů. Rozhovory probíhaly v Nemocnici Třebíč. Respondenti pacienti byli ženy i muži ve věku 59 až 87 let a stejně jako respondentky sestry, byli ochotní odpovídat na otázky. Rozhovory s pacienty probíhaly na pokoji a rozhovory se sestrami byly provedeny v soukromí na ošetrovně. Všeobecné sestry jsou ve výzkumném šetření označeny R1 – R4 a respondenti pacienti jsou značeni R5 – R8.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkum k bakalářské práci probíhal po dobu tří měsíců od 1. ledna 2019 do 31. března 2019 na ortopedickém oddělení Nemocnice Třebíč.

2.5 Zpracování získaných dat

Výsledky mého výzkumu jsou rozděleny do dvou částí, a to porovnání odpovědí všeobecných sester a porovnání odpovědí pacientů. Všechny rozhovory byly doslovně přepsány z audio nahrávky. Otázky, na které jsem se v rozhovoru ptala všeobecných sester a pacientů jsou součástí přílohy B a C.

2.5.1 Výsledky porovnání odpovědí všeobecných sester

Odpovídaly respondentky R1, R2, R3, R4 – sestry pracující na oddělení ortopedie.

1. Jaká je délka vaší praxe na tomto oddělení?

R1: „4 roky“

R2: „4roky“

R3: „12 let“

R4: „9 let“

R1 a R2 pracují na ortopedickém oddělení čtyři roky, R3 dvanáct let a R4 devět let.

2. Kdy se pacient poprvé setkává s informacemi, které se týkají TEP kyčelního kloubu?

R1: „Na ortopedické ambulanci.“

R2: „Když pacient přichází na ambulanci, kde ho informuje lékař.“

R3: „Většinou se s informacemi setkává poprvé, kdy je zjištěno, že má pacient artrózu, která je v pokročilém stádiu a je nutná operace. Poté na ambulanci.“

R4: „V podstatě na ambulanci, kdy pacienta objednávají.“

Všechny respondentky se shodují, že pacient je poprvé o TEP kyčelního kloubu informován na ortopedické ambulanci, R2 dodává, že úvodní informace na ortopedické ambulanci pacientům podává lékař. R3 navíc odpovídá, že pacient se s informacemi setkává, když je zjištěna artróza kyčelního kloubu v pokročilém stádiu a je nutné podstoupit operaci.

3. Informujete pacienta spíše formou osobní komunikace nebo tištěnou formou pomocí edukačních letáků?

R1: „*Na ambulanci pacienta informuje lékař ústně i pomocí letáků a poté, když je pacient zván na samotný výkon. Ve chvíli, kdy dostane termín, tak edukujeme tištěnou formou.*“

R2: „*Samozřejmě většinou mluvím s pacientem, ale letáky jsou taky velmi důležité.*“

R3: „*K nám přijdou pacienti informovaní a připravení z ambulance, ale určitě informujeme písemnou i ústní formou, kdy paní vrchní sděluje pacientům, jaké vyšetření je potřeba si zařídit.*“

R4: „*Obojí, dostávají informační letáky a zároveň informujeme ústně. Jinak jsou to letáky spíše týkající se pooperačního období a režimu po operaci.*“

I u této otázky se odpovědi respondentek shodují. Ve chvíli, kdy je pacient přijat na ortopedické oddělení sestry edukují jak ústně, tak tištěnou formou pomocí edukačních letáků. R3 dodává, že ohledně předoperačních vyšetřeních jsou pacienti informováni vrchní sestrou ortopedického oddělení. R2 spíše edukuje pacienty ústně, ale letáky považuje také za velmi důležité. R4 navíc dodává, že informační letáky jsou zaměřeny spíše na pooperační období a režim, který pacient po operaci musí dodržovat.

4. Co zahrnujete do nezbytných informací, které by se pacientovi před operací měly poskytnout?

R1: „*Ve své podstatě pacient je informován, jak dlouho pravděpodobně délka hospitalizace bude trvat, co operace jako taková obnáší, a hlavně, co si má nachystat doma. Pokud je to pacient po operaci TEP kyčle, tak je informován o tom, že je domů potřeba zakoupit klín. Zařídit zvýšenou postel a nesmí sedat do nízkých poloh, to znamená pořídit například vyšší židli nebo křeslo a podobně. To je zřejmě to nejdůležitější, co se týká odchodu domů. Jinak jsou to běžné informace o tom, co ho čeká, jak bude vše probíhat, tyto informace mají v dokumentech napsané. Také sdělujeme, že pacient půjde šestý den po operaci domů, na rehabilitační oddělení se momentálně už nechodí a je potřeba si co nejdříve zařídit lázně.*“

R2: „Když pacient přichází k nám na oddělení, tak ho poučím o oddělení, jak to tady funguje a zároveň, jak se má připravit na tu operaci. Pokud je to na TEP kyčle, tak musí vypít nutriční doplněk. Od půlnoci už pacient nesmí jíst, pít a kouřit. Ráno v den operace dostává premedikaci a antibiotika. O celém tomto průběhu pacienta poučíme. Sdělíme pacientovi, kdy ráno vstane, že po operaci půjde na jednotku intenzivní péče.“

R3: „Určitě informace o tom, jak si doma vytvořit zázemí, do kterého by se mohli vrátit. Úprava prostředí a přizpůsobení prostředí režimu. Vyšší sedačky, vyšší WC, mít nějaký nástavec a také je informovat, že nebudou plně soběstační. Je dobré mít alespoň chvíli doma někoho, kdo by se o ně postaral.“

R4: „Pacient před těsně před operací nesmí od půlnoci jíst, pít, kouřit a užívat mentolové bonbóny, dále informujeme o tom, co tedy bude ráno, to jsou informace o premedikaci a přiložení bandáže na neoperovanou dolní končetinu, vždy vysvětlím proč. Vyčistíme pupek a pacientovi věci se sbalí, protože po operaci půjde přímo na oddělení intenzivní péče. Tam, pokud se nevyskytnou komplikace, bude jen jednu noc a poté se vrátí k nám na ortopedické oddělení. Na našem oddělení poté zůstává pět nebo šest dní.“

R1 říká, že ve své podstatě je pacient informován o pravděpodobné délce hospitalizace a co vše operace, jako taková obnáší, dále do důležitých informací řadí informace o režimu a dostupných pomůckách, které bude pacient po příchodu do domácího prostředí potřebovat. R1, R3 se shodují na informacích, které pacientovi podávají. Informace se týkají zejména pohybového režimu, který pacient bude muset po operaci dodržovat. Jedná se o informace o nutnosti zakoupení si klínu, který se po operaci vkládá mezi kolena. Dále, že je nutné pořídit vyšší židli nebo různé podsedačky, aby nedocházelo k sedu v nízkých polohách. R3 navíc dodává, že je dobré mít v prvních dnech po operaci v domácím prostředí k dispozici někoho, kdo by jim pomohl při běžných činnostech. Když je pacient před operací přijat na oddělení, R2 do nezbytných informací řadí poučení o oddělení a jeho harmonogramu, zároveň se s R4 shodují na informacích o samotné přípravě k operaci. Informace se týkají stravy, tedy, že pacient nesmí od půlnoci jít ani pít. Dále, že je zakázáno kouřit a podávají informace o premedikaci a času jejího užití. R2 zmiňuje antibiotickou profylaxi a užití nutričního doplňku, který se v případě operace TEP podává.

R4 dodává, že pacientovi jsou poskytovány informace týkající se bandáží dolních končetin a upozorňuje pacienty o zákazu užívání mentolových bonbónů. R1, R2 a R4 považují za důležité také pacienta informovat o tom, že po operaci pacient bude den po operaci uložen na oddělení intenzivní péče. Pokud nenastanou komplikace je přesunut zpět na standardní oddělení, na ortopedické oddělení poté zůstává asi 6 dní. R1 dodává, že na rehabilitační oddělení se již po operaci nechodí a je potřeba, aby si pacient zařídil pobyt v lázních.

5. Jak informujete pacienta o pooperačním režimu, který bude muset po operaci dodržovat?

R1: „*Pooperační režim jako takový, co se týká rehabilitace, tak pacienta informuje rehabilitační sestra, kdy pacient přichází z JIP. Rehabilitační sestra podá instrukce o základním režimu. První den po operaci pacient cvičí jen na lůžku pod dohledem fyzioterapeutky a druhý den po operaci se začne pacient vertikalizovat. Poté už se přidává i ostatní zdravotnický personál, který sleduje pacienta v těch režimových opatření, eventuálně upraví režim nebo upozorní pacienta na špatný návyk.*“

R2: „*Informujeme o chůzi nebo cvičení a polohování na lůžku. Pacient musí být víceméně v poloze na zádech, poté sdělujeme, jak se smí stáčet na stranu, že musí mít mezi nohama vždy vložený klín. Poučíme, jak správně sedat. Důležitý je i výběr bot, ty by měly být nízké a zavřené, nastavíme berle. Pokud jde o chůzi, jakmile vyndají Redonovu drenáž, tak pacienta učíme chodit. Ostatní cviky provádí spíše rehabilitační sestra.*“

R3: „*Ústně a musí být ty informace sdělovány postupně, protože když se jimi pacient zahltí moc, tak se v tom potom ztrácí. Když je pacient po operaci a leží, tak říkat převážně jen na jakou stranu se mohou polohovat. Druhý den se posazují, kdy má dolní končetiny v lůžku, poté svěšené dolní končetiny z lůžka. Když vertikalizujeme, tak informujeme, jakým stylem se chodí o berlích, na jakou stranu se otáčet při chůzi. Většinou až po operaci teprve pacienti zjistí, co to obnáší.*“

R4: „*Ústně, informujeme o tom, že bude muset mít vložený klín mezi kolena, fixační botu na noc, aby končetinou neotáčel. Dále, že musí mít zvýšený sed.*“

R1 říká, že o pooperačním režimu týkajícího se rehabilitace informuje rehabilitační sestra, kdy je pacient přeložen z JIP. Rehabilitační sestra podává instrukce o základním režimu. První den cvičí pacient pod dohledem fyzioterapeutky, další dny už se přidává i další zdravotnický personál, který dohlíží na daná režimová opatření, případně upozorní na špatný návyk. R2, R3 a R4 edukují pacienta v oblasti polohy na lůžku, tedy mít vždy vložený klín mezi kolena, dále na kterou stranu se je možné se otáčet, o správném zvýšeném sedu a chůzi o berlích. R2 a R3 zmiňují správný styl chůze o berlích a na jakou stranu se při chůzi otáčet. R2 upozorňuje i na vhodnou obuv, kdy je dobré mít nízký podpatek a uzavřenou patu. R4 zmiňuje také přiložení antirotační boty na operovanou dolní končetinu, aby nedošlo k rotaci končetiny, při kterém by mohlo dojít k vykloubení endoprotézy. Ta se využívá zejména v noci, kdy pacient neovlivňuje pohyby ve spánku. R3 zmiňuje, že je důležité pacienta edukovat postupně a opakovaně a není dobré pacienta zahltit informacemi.

6. Jak pacienta informujete o pohybech, které po operaci smí a nesmí provádět?

R1: „Pacienta navštíví operátor, který mu přesně vysvětlí, že nesmí provádět zevní rotaci. Dále, že pacient nesmí sedat do hlubokého. To jsou informace, které podává spíše operátor a fyzioterapeutka.“

R2: „Pacient nesmí křížit nohy a předklánět se, úhel sedu musí být 90 stupňů, takže k posteli přidáváme stoličku, aby byl sed takový, jaký má správně být. První den nesmí na stranu, a když poté polohujeme, tak jen s přiloženým klínem.“

R3: „Nesmí sedat do ostrého úhlu. O chůzi o berlích, že jdou prvně berle, poté operovaná, poté zdravá končetina, takto se chodí i ze schodů. Do schodů je to naopak, kdy jde nejdříve zdravá končetina, poté operovaná a nakonec berle. Otáčí se směrem ke zdravé končetině po malých krůčcích. Nesmí dělat velké oblouky v kloubu. Při posazování a uléhání musí mít klín mezi kolena. Nesmí končetiny křížit a nesmí lehat na operovaný bok.“

R4: „Sdělujeme pacientovi, jaké pohyby smí a nesmí dělat a také na oddělení chodí rehabilitační sestra, která by pacienta měla poučit. My sdělujeme jen základní informace.“

R1, R2, R3 a R4 informují pacienta o zakázaných pohybech, tedy o rotaci a křížení končetiny, o sedu do hlubokých poloh. Upozorňují pacienta na zákaz pohybu v kloubu nad 90 stupňů v sedu i předklonu. Dále je nutné mít vložený klín mezi kolena. R2 a R3 se shodují na polohování pacienta, kdy pacient nesmí ležet na operované končetině. R3 zmiňuje také důležitý nácvik chůze o berlích. Nejprve pacient předsouvá berle, za nimi jde operovaná končetina, poté zdravá končetina a takto pacient chodí i dolů ze schodů. Do schodů směrem nahoru je to naopak. Nejprve jde zdravá končetina, poté operovaná a nakonec berle. Pacient se při chůzi otáčí směrem ke zdravé dolní končetině po malých krocích. R1 a R4 ale říkají tyto informace o pohybovém režimu podává spíše operatér nebo fyzioterapeut.

7. Na jaké nezbytné úpravy domácího prostředí a používání zdravotních pomůcek by se měl pacient připravit?

R1: „Měl by mít zvýšenou postel, zajištěný klín a nejlépe bezbariérový přístup.“

R2: „Určitě WC zvýšené, aby úhel sedu nebyl více než těch 90 stupňů. Do vany existují sedátka a dále také informujeme o chůzi po schodech.“

R3: „Důležité jsou sedy, takže nástavec na WC, nebo rovnou pořídit vysoké WC. Dále křesla, židle i lůžko nebo vyšší matraci. Nesmí se ani předklánět, takže jsou k dispozici různé podávky na věci.“

R4: „Aby měl stále zvýšený sed, takže zvýšenou toaletu. Klín mezi kolena a nástavce na sezení.“

R1, R2, R3 a R4 se shodují na tom, že pacient musí mít zvýšenou polohu při sedu, a to i při sedání do lůžka, tudíž je nutné pořídit zvýšenou matraci nebo celou postel. R1 doporučuje nejlépe bezbariérový přístup. R2 navíc dodává, že je možné a vhodné pořídit si domů sedátka do vany. R3 zmiňuje neméně důležitý nástavec na toaletu. Dále jsou k dispozici podávky na věci, které mohou být pro pacienta těžce dostupné.

2.5.2 Výsledky porovnání odpovědí pacientů

Odpovídali respondenti R5, R6, R7, R8 – pacienti po operaci TEP kyčelního kloubu hospitalizovaní na ortopedickém oddělení. Respondenti byli tři muži a jedna žena.

1) Jaké jsou vaše iniciály?

R5: „J.K.“

R6: „J.Š.“

R7: „J.K.“

R8: „Z.K.“

2) Jaký je váš věk?

R5: „80 let“

R6: „74 let“

R7: „59 let“

R8: „87 let“

3) Je to vaše první operace TEP?

R5: „*Ano, byla to moje první operace. Byla jsem na jiných, ale operace kyčelního kloubu byla poprvé.*“

R6: „*Ano, byl jsem na operaci s kyčlí poprvé a doufám, že naposledy.*“

R7: „*Je to 4. operace kyčle. Vždy je to výměna. Levá kyčel mi odešla po třech letech a pravá po pěti letech.*“

R8: „*Ano, první operace kyčle.*“

R5, R6 a R8 se v odpovědích shodují, operaci kyčelního kloubu podstoupili poprvé. R6 navíc dodává, že ji znovu již nechce podstoupit. R7 odpovídá, že momentálně byl na čtvrté operaci kyčelního kloubu. Vždy se jedná o jeho výměnu. Říká, že levý kyčelní kloub musel být vyměněn po třech letech a pravý po pěti letech.

4) Jaké informace vám byly sestrami sděleny před operací TEP kyčle?

R5: „*Já jsem upadla a operaci jsem měla akutní. Ráno mi zavolali, ať druhý den přijdu. Takže mi nic neříkali. Pan primář u mě byl a říkal, že je to nebezpečné a že budu mít štěp o dárce.*“

R6: „*Říkali mi vše, co mě bude čekat. Že to bude bolestivé, a že to nebude „brnkačka“. Mám za sebou operaci srdce, trojnásobný bypass. Něco o tom vím, ale tohle pro mě bylo nové. Chodil jsem po vyšetřeních, poté mi bylo doporučeno, že bych měl být umrtvený lokálně, což nemělo chybu. Já jsem po operaci hned přijel na pokoj a hned jsem volal manželce, že už mám po operaci. Nic mě nebolelo, ale potom to přicházelo k sobě. To si musí člověk protrpět. Říkali mi hlavně o uspání, jak bude probíhat.*“

R7: „*Poprvé jsem tu operaci měl narychlo. Byl jsem u lékaře a říkal jsem mu, že mě bolí kyčle. Lékař mi řekl, že to jsou bolesti nejspíš od páteře. Dělali mi vyšetření a zjistili, že mám špatné kyčle. Informace, které mi sestry řekly, se týkaly oddělení a toho, co mě bude čekat*“

R8: „*Všechno, co se týká pokojů a chodu oddělení a jak všechno bude probíhat.*“

U respondentky R5 šlo o poměrně akutní záležitost, byla přijata k operaci velmi rychle. Operaci absolvovala z důvodu pádu, k přijetí byla telefonicky zvána na druhý den po úrazu. Informace sděloval lékař. R7 měl první operaci také narychlo. Další už byly plánované po delší časový úsek, sestry respondentovi R7 stejně jako respondentovi R6 sdělily informace o tom, co vše ho před operací bude čekat a na co se připravit. Respondent R6 zmiňuje, že byl upozorněn na to, že se jedná o velmi bolestivý zákrok. Má po operacích srdce, ale toto pro něj bylo zcela nové. Po tom, co proběhla předoperační vyšetření, byl seznámen s možnostmi anestezie.

5) Byl jste informován o tom, jak bude probíhat příprava k operaci?

R5: „*Nepamatuji si, vše bylo narychlo.*“

R6: „*Ano informovali mě o tom, že nesmíme jíst, kouřit. Pít jsem měl hodně, abych byl zavodněný, ale před operací už také ne. To bylo tak zhruba vše.*“

R7: „*Ano, nejíst, nepít, nekouřit. Poté se ptali, jak budu chtít být uspán. Dělali bandáž končetiny, měly být vyndané zuby a sundané šperky.*“

R8: „*Musel jsem být umytý a být připravený. Nesměl jsem nic jíst a musel jsem být vyprázdněný.*“

R5 odpovídá, že informace, které jí byly sděleny si nevybavuje. R6, R7 a R8 se shodují na tom, že jim byly podány informace v oblasti výživy, tedy to, že nesmí nic jíst a pít. Dále, že nesmí kouřit, R8 k tomuto navíc dodává, že musel být vyprázdněn. R7 dále zmiňuje vyndání zubní náhrady, sundání šperků a přiložení bandáží na DK. R8 si vzpomíná na důkladnou hygienu před operací. Z těchto odpovědí je zřejmé, že pacienti jsou informováni o tom, jak bude probíhat příprava k operaci, jeden z respondentů si však na informace nevzpomíná.

6) Jsou pro vás poskytnuté informace srozumitelné, nebo jste nějaké informaci neporozuměl?

R5: „*Ano, všechno, co mi řekli, tak bylo srozumitelné.*“

R6: „*Ano, vždy jsem tomu rozuměl. Sestrám i doktorům.*“

R7: „*Jsou srozumitelné, říkají to hezky, aby to každý pochopil.*“

R8: „*Ano většinou jsem rozuměl, ale někdy taky ne. Já totiž hůře slyším, ale tomu, co mi říkají jsem rozuměl. Případně se zeptám.*“

V tomto případě se všichni respondenti na odpovědi shodují, rozumí všem informacím, které jsou jim poskytovány. Z těchto odpovědí vyplývá, že všeobecné sestry podávají informace srozumitelnou formou. Respondent R8 dodává, že kvůli svému sluchu občas nerozumí, co je mu sdělováno, ale říká, že se případně na informace zeptá.

7) Máte informace o tom, jak se po operaci pohybovat a které pohyby smíte dělat?

R5: „*Ano mám, druhý den už jsem cvičila, posadila jsem se na posteli a pomalu už začnu chodit o berlič, pokud mi vyndají Redonovu drenáž. Včera tu byla sestra a jen mi pohybovala s končetinou na posteli. Jen trochu pohyby do strany a nahoru.*“

R6: „*Tohle si člověk moc nepamatuje, ale každý den mi vysvětlují, co mohu a nemohu dělat. Poradí mi. Prý musím mít nohu rovně. V botičce jsem měl končetinu asi dva dny, ale už chodím o berlič. Začátky byly kruté, ale to se musí zažít.*“

R7: „*Ano, že nesmím překřížit nohy a dávat je od sebe. Mít úhel končetiny k trupu do 90 stupňů a nesmím sedat do nízkého křesla. Nesmím vytáčet nohu, mám ji momentálně v botičce. Tu nám nechávají, než člověk začne chodit. Zatím musím ležet na zádech a potom, jak to půjde.*“

R8: „*Ano, mám informace, ale zatím mám jen ležet. Byla tady sestra a říkala, že mám jen cvičit s prsty. Musím mít klín mezi koleny.*“

Všichni respondenti se shodují na podobných odpovědích. Nejprve cvičí s končetinou na lůžku, R5 se druhý den posazovala a byla informována o správném sedu. Dále se s R7 shodují na odpovědi, že jakmile jim bude vyndána Redonova drenáž začne nácvik chůze o berlích. R6, R7 a R8 zmiňují, že jsou seznámeni se správnou polohou dolní končetiny a jsou si vědomi, že je důležité mít vložený klín mezi koleny. R6 navíc dodává, že měl na noc končetinu vloženou do antirotační boty asi dva dny.

8) Jste informován o tom, které pohyby se po operaci nesmí provádět a proč?

R5: „*Ano, nesmím je dávat k sobě, mám mezi koleny polštářek, a i když jdu z postele, tak nesmím překřížit dolní končetiny.*“

R6: „*Nesmí se dělat prudké pohyby a překřížit nohy. A vytáčet končetinu.*“

R7: „*Ano, cvičit s končetinou, ale zatím ležím. Zítra až mi sundají Redonovu drenáž, tak začnu chodit. Každý pohyb musí být opatrný a musí být mezi koleny klínek. Po malých krocích a mám u postele bednu.*“

R8: „*Ano, musím mít ten klín abych nekřížil nohy a nesmím ani moc roztahovat nohy, aby se ten kloub nevykloubil.*“

Všichni respondenti se shodují na odpovědi, že jsou informováni, které pohyby nesmí po operaci dělat. Shodují se tedy na nutnosti mít vložený klín mezi koleny, na zákazu křížení končetin přes sebe a vytáčení končetiny. R7 navíc dodává, že má informace o tom, že nesmí uvést končetinu do úhlu 90 stupňů vůči ose těla a nesmí tedy sedat do nízkých poloh. R8 také zmiňuje velké pohyby v kloubu kvůli možné luxaci kyčelního kloubu.

9) Jaké zdravotní pomůcky vám byly doporučeny po operaci používat?

R5: „Berle, klínek, máme tady podsedák, ale zatím mi nic neříkali. Potom jsem měla na noc botu první den a nevím, jestli mi ji teď budou ještě dávat.“

R6: „Byly mi doporučeny berle, sedátko na toaletu a měl bych mít i podsedák do křesla, to všechno mám doma nachystané a také mám novou vysokou a tvrdou postel. Ta nemá chybu. Čekám jen na to až mě propustí a budu moci jít domů.“

R7: „Klín, nějaký gel před operací. Madla a sedátka na záchod a do sprchy. Stoličku si dávám do sprchového koutu.“

R8: „No tak ten klín jsem si musel obstarat, potom na záchod podsedák, aby byl zvýšený. Potom mě doporučili stahovací podkolenky. Doma nemám žádné opěrky, tak mi doporučili i madla.“

Z odpovědí respondentů, je zřejmé, že jsou informováni o dostupných pomůckách, které by měli nebo je doporučené po operaci používat. Všichni se shodují na různých podsedácích do křesel nebo toaletu. Každý z respondentů však dále zmiňuje odlišné pomůcky. R5 a R6 se shodují na berlích, R6 navíc zmiňuje, doporučení vysoké postele. R7 říká, že si pořídil domů madla a sedátka do koupelny. R8 taktéž souhlasí s pomůckami do koupelny a zmiňuje navíc stahovací punčochy.

3 Diskuze

V mé bakalářské práci, kterou jsem zpracovala na téma „Edukace a příprava pacienta na operaci – endoprotéza kyčelního kloubu“, jsem si stanovila dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry informují pacienta o přípravě k výkonu TEP kyčelního kloubu a pooperačním režimu. Druhým cílem bylo zjistit, jaké informace byly pacientovi poskytnuty před operací TEP kyčelního kloubu. Ke každému cíli jsem stanovila dvě výzkumné otázky.

Výsledky jsem srovnávala s třemi bakalářskými pracemi. První bakalářská práce je zpracována Monikou Matuškovou (2011) na téma „Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu“. Výzkum byl vytvořen pomocí dotazníkového šetření. Respondenti byli pacienti osloveni po dobu hospitalizace 10. den na ortopedickém oddělení. Dotazníků bylo celkem 60 a byly rozdány osobně autorkou. Druhé srovnání jsem provedla s bakalářskou prací Sylvie Bičanové (2011), která byla zpracována na téma „Informovanost klientů s totální endoprotézou kyčle o pooperačním pohybovém režimu a komplikacích“. Výzkumné šetření probíhalo za pomoci dotazníků, těch bylo 84 a výzkum byl proveden na Ortopedické klinice ve FN Brno Bohunice. Třetí srovnání proběhlo z bakalářské práce Jany Luňáčkové (2016), která svoji práci zpracovávala na téma „Odlišnosti v ošetrovatelské péči o pacienty po totální endoprotéze kolene a kyčle z pohledu sestry“. Výzkum byl vytvořen za pomoci kvalitativního výzkumného šetření pomocí rozhovorů a pozorování. Probíhal se šesti sestrami na ortopedickém oddělení.

Dále srovnání proběhlo s knihami od autorů Janíkové a Zeleníkové (2013), Kršky a kol. (2011) a Dungla a kol. (2014).

Výzkumná otázka č. 1: Jakou formou a do jaké míry informují všeobecné sestry pacienta o přípravě na operaci?

Na otázku, „Kdy se pacient poprvé setkává s informacemi, které se týkají TEP kyčelního kloubu?“, která se váže k první výzkumné otázce, všeobecné sestry odpověděly jednoznačně. V Nemocnici Třebíč se s prvními informacemi setkávají pacienti na ortopedické ambulanci. Matušková (2011) se svém výzkumu zjistila, že v případě nemocnice v Přerově se s prvními informacemi na ambulanci setkává 93,33 % pacientů. 4 z 60 respondentů informace nedostali. V mém výzkumu všechny respondentky uvádí, že pacient se poprvé s informacemi o TEP kyčelního kloubu setkává na ortopedické ambulanci, kde je informován lékařem, což je podle mého názoru nejvhodnější čas na předání informací pacientovi. Výsledek je tedy podobný.

Na otázku, jestli je pacient informován spíše formou osobní komunikace nebo tištěnou formou pomocí edukačních letáků, vztahující se k první výzkumné otázce, kterou jsem směřovala na všeobecné sestry mi bylo odpovězeno, že edukují ústní i písemnou formou. Pacienti z výzkumného šetření Matuškové (2011) odpověděli následovně. 70 % respondentů bylo informováno pouze ústně, druhá největší skupina respondentů však odpověděla, že byli informováni ústně, a navíc brožurou nebo letáčkem. V mém šetření jsem došla k podobným výsledkům, kdy mi vždy bylo odpovězeno, že pacienti jsou edukováni oběma způsoby, hlavní je komunikace s pacientem ústně a zároveň je používána tištěná forma. K tomu bych chtěla dodat, že nejlepší formou je podle mě ústní edukace, protože pacient může hned reagovat a poskytnout zpětnou vazbu. Tištěnou formu však také považuji za velmi důležitou díky názorným ukázkám v podobě obrázků. Dále má tištěná edukace výhodu v tom, že ji pacient může opakovaně pročitat sám, bez přítomnosti sestry.

Na otázku, vztahující se k první výzkumné otázce „Co všeobecné sestry považují za nezbytné informace, které by se měly pacientovi poskytnout.“, zmínily informace týkající se hospitalizace a jak bude vše probíhat. Respondentky uvedly, že pacient po zákroku na ortopedickém oddělení zůstává přibližně po dobu 5-6 dnů bez přeložení pacienta na rehabilitační oddělení. Dle Dungla (2014) pooperační rehabilitace za hospitalizace probíhá až 14 dní.

Délku hospitalizace považuji za poměrně krátkou, avšak pokud je pacient ve stavu, kdy samostatně odchází domů, je tato délka ekonomicky méně náročná, než pokud by měl pacient odcházet domů až po 14 dnech hospitalizace, jak zmiňuje Dungl (2014).

Tři ze čtyř respondentek zaměřily svoji odpověď na informace, které se týkají oblasti předoperační přípravy a přesunu pacienta na JIP. Jedna z respondentek odpověděla, že je důležité pacientům sdělit, aby si po hospitalizaci zařídili lázně. Je dobře, že si pacient toto zařizuje sám a sestry jsou tak méně zaneprázdněné. Další z respondentek uvedla pouze informace o pooperačním režimu, což mi připadá málo, protože by pacient měl dostávat informace ze všech oblastí.

Výzkumná otázka č. 2: Jak všeobecné sestry edukují pacienta o pooperačním pohybovém režimu?

Na otázku, která se váže k druhé výzkumné otázce „Jak informujete pacienta o pooperačním režimu, který po operaci bude muset dodržovat?“ odpověděly respondentky následovně. Informace podává nejprve fyzioterapeut, sestry spíše poté upozorňují a snaží se vytvořit správný návyk pohybů. Dle výzkumu Luňáčkové (2016) zásady správného pohybu učí fyzioterapeut. Jedna ze sester respondentek uvádí, že dohlíží na to, aby pacient nekřížil končetiny, nerotoval s končetinou a nesedal do nízkých křesel. Ve výzkumu jsem tedy došla ke stejnému výsledku, pacienta nejprve informuje fyzioterapeut, poté se přidávají sestry a dohlíží na správný pohybový režim. Tři ze čtyř respondentek uvádí v odpovědích celkovou vertikalizaci pacienta, ta se týká sedu, chůze o berlích a pomůcek, které je po operaci nutné používat. Tyto informace, které pacientům sdělují, jsou podle mě v pořádku. Jedna ze čtyř respondentek však uvedla jen zlomek z možných informací. Podle mého názoru je správné, že o vhodných a nevhodných pohybech informuje nejprve zejména fyzioterapeut, který má kompetence tyto informace předávat. Všeobecné sestry však tráví s pacientem nejvíce času, takže by měly edukaci poskytovat a dbát na správný pohybový režim a jeho dodržování.

Z otázky „Na jaké nezbytné úpravy domácího prostředí a používání zdravotních pomůcek by se měl pacient připravit?“ vyplynulo, že do úprav domácího prostředí, které jsou pacientům doporučovány, se řadí zvýšené prostory pro sed, sedátko do vany, klín, podsedáky, různá madla například do koupelny.

Luňáčková (2016) ve svém výzkumu zjistila, že část sester předpokládá, že jsou pacienti edukováni již z ambulance. Další část informuje pacienty ústně na dotaz pacienta. V tomto případě jsem došla k odlišným výsledkům, žádná z respondentek neuvedla předpoklad, že pacient je o tomto informován již z ambulance a všechny z respondentek tyto informace pacientům poskytují. K tomuto bych chtěla jen dodat, že pacienti uvítají každou informaci týkající se dostupných pomůcek, které by jim umožnily lepší schopnost samostatnosti, proto je důležité, aby tyto informace všeobecné sestry poskytovaly.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je spokojenost pacientů s mírou edukace a poskytnutými informacemi před operací?

Na otázku „Jaké informace vám byly sestrami sděleny před operací TEP kyčle?“, která se váže k třetí výzkumné otázce cílené na pacienty, jsou v případě dvou respondentů z mého výzkumu zmiňovány informace z oblasti výživy a obecné přípravy k operaci fyzické i psychické. Také odpovídali, že sestry jim předávali informace ohledně oddělení. Zbylí dva respondenti tvrdí, že tyto informace nedostali, kvůli časové tísní před operací, to je podle mě špatně, protože každý pacient by měl dostávat stejné informace. Z výzkumu Matuškové (2011) je číslu vyjádřeno, jaké oblasti se informace týkají. Podle výzkumu 90 % respondentů odpovědělo, že informace se týkaly rehabilitace a lázeňské léčby, 80 % z těchto respondentů bylo také edukováno o kompenzačních pomůckách, 76,67 % o ošetrovatelské péči a 70 % o režimových opatřeních, další informace byly poskytnuty v oblasti komplikací, které by mohly nastat, zajištění potřeb a v poslední řadě jsou to informace týkající se výživy. V tomto případě jsou výsledky odlišné, avšak informace podle mě sestry respondentům podávají dostatečné a ze všech oblastí, pacienti se však spíše zaměřují na informace, které jsou před operací poskytovány lékařem. Ze strany sester se zaměřují zejména na informace týkajících se chodu oddělení nebo obecných informací při přijetí.

Otázka „Byl jste informován o tom, jak bude probíhat příprava k operaci?“ se váže k třetí výzkumné otázce a je cílená na pacienty. V oblasti předoperační přípravy respondenti odkazovali na oblasti týkající se hygienické péče, výživy, pitného režimu, přípravy trávicího traktu, kouření a bezprostřední přípravy, tedy vyndání zubní náhrady, šperků a na prevenci tromboembolické nemoci. Krška (2011) uvádí, že úkolem sester je v předoperačním období vytvořit klidné, pohodlné a vnímavé prostředí.

Platí, že otázky zásadní musí pacientovi poskytovat lékař nebo operátor. Po seznámení pacienta se zákrokem, pacient podepisuje informovaný souhlas k operaci. Tři ze čtyř respondentů uvedli oblast výživy a kouření a dva z respondentů zmínili informace týkající se anestezie. Pouze jeden z respondentů uvedl informace o bezprostřední přípravě před operací. Tyto výsledky mi připadají jako nedostatečné, jelikož příprava k operaci má určitý postup, který obsahuje mnohem více informací.

Respondentům jsem položila otázku, zda jsou pro ně poskytnuté informace srozumitelné. Respondenti odpověděli všichni kladně, vždy sdělení všeobecných sester rozuměli, jen jeden z respondentů odpověděl, že má občas problém kvůli svému sluchu. Janíková (2013) ve své knize píše, každá informace by měla být poskytnuta srozumitelně. Samozřejmě by mělo také být přizpůsobení předávání informací pacientům, kteří mají nějaký smyslový deficit. Pokud je potřeba, zajistí se kompenzační pomůcky nebo tlumočník. Také říká, že pouhé předání informovaného souhlasu je nedostačující. V tomto případě jsem zjistila, že sestry edukují tak, jak píše Janíková (2013) ve své knize a přizpůsobují edukaci i pacientům, kteří mají smyslový deficit. Myslím, že v komunikaci sestry nemají nedostatky a rády všem pacientům vysvětlí všechny potřebné informace.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké informace o pohybovém režimu byly pacientovi před operací sděleny?

Na otázku, zda pacienti mají informace o pohybu po operaci a které pohyby smí dělat, odpověděli pacienti podobně a kladně. Jsou informováni o cvičení na lůžku, které je vhodné provádět, o udržování správné polohy dolní končetiny. Dále mají informace o správném pooperačním režimu. Podle Bičanové (2011) uvedlo 91,6 % respondentů správnou odpověď, že po operaci TEP je nutné udržovat dolní končetiny od sebe. V mém výzkumu všichni respondenti uvádí jako první právě udržování končetiny tak, aby nedošlo k překřížení. Došla jsem tedy k podobnému výsledku.

O pohybech, které pacienti nesmí provádět, jsou pacienti informováni částečně. Každý z respondentů uvedl základní pohyby, které jsou po operaci zakázány, případně jak jim předejít. Uvedli klín mezi kolena, aby nedošlo k překřížení a vytáčení končetiny, dále o nutnosti udržovat úhel končetiny do 90 stupňů. Dungl (2014) uvádí, že úkolem rehabilitace po operaci, je také edukovat pacienta o běžných životních situacích, při kterých může dojít k zakázaným pohybům.

Mezi takové právě patří například flexe kyčelního kloubu nad 90 stupňů, zevní rotace a addukce končetiny. Pacienti však uvedli jen zlomek pohybů, které se nesmí provádět. Co se týká pohybu s operovanou končetinou, všichni z respondentů uvedli pouze křížení končetiny, ostatní respondenti uvedli pouze jeden nebo dva zakázané pohyby, což mi připadá málo. Domnívám se, že po operaci je pacientovi sděleno mnoho informací nebo si důležitost dodržování režimu neuvědomují.

Zdravotní pomůcky, které je doporučeno po operaci používat, byly vyjmenovány pacienty víceméně podobně. Každý z respondentů uvádí klín, a nástavec pro správný sed. Byli informováni i o dostupných pomůckách pro domácí prostředí. Na otázku, které pomůcky bude muset pacient používat po propuštění do domácího prostředí odpovědělo, dle Bičanové (2011) 70,2 %, že se jedná o klín mezi kolena. 10,7 % zmínilo nástavec na WC a 19,1 % respondentů vybralo odpověď polštář mezi kolena a nástavec na WC. V tomto případě jsem došla k rozdílným výsledkům, kdy v mém výzkumu uvedli všichni respondenti i nástavec na WC. Avšak musím dodat, že tři respondenti uvedli jen tři pomůcky a jeden z respondentů čtyři z celkových 9 pomůcek, které jsou jim po operaci doporučeny používat, tento výsledek mi tedy připadá jako neuspokojivý.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Podle odpovědí pacientů je zřejmé, že s prvními informacemi o TEP kyčelního kloubu přichází do kontaktu při příchodu na ambulanci, kde je informuje lékař. Po přijetí na oddělení ortopedie je pacient edukován převážně všeobecnými sestrami, které edukují o všech oblastech přípravy k operaci. V pooperačním režimu je hlavní role fyzioterapeutky, která jako první po operaci poskytuje informace z oblasti pohybového režimu. Všeobecné sestry poté pacienta také postupně edukují o všech pohybových opatřeních.

Všeobecné sestry by měly pacienta informovat v rozsahu svých kompetencí. Při edukaci pacienta by nemělo docházet k odlišným názorům, ze kterých by byl pacient zmatený. Dále by měl být čas na to, aby pacient mohl vstřebat získané informace a ujasnit si tak důležité. Po uplynutí této doby by měl mít pacient možnost zeptat se opakovaně na informace, které jsou mu nejasné. V případě mého výzkumu byli respondenti velice vnímaví a edukaci sester hodnotili velice dobře, avšak z praxe mám zkušenosti s tím, že jsou pacienti z množství informací zmatení a neklidní. Dle mého názoru se při opakovaném zeptání cítí tak, jako by zdravotníci obtěžovali. V tomto případě je vhodné pacientovi dát delší čas na rozhovor. Ujasnit pacientovi důležité informace opakovaně, případně provést například zkušební test, nebo jinak ověřit, zda všem informacím rozuměl. U pacientů v pokročilém věku dbát na jeho smyslový deficit a trpělivě předávat informace.

Jako další doporučení bych uvedla hromadnou edukaci, výklad zdravotníků by byl v doprovodu prezentace, kde by byly v bodech vypsány opravdu nejdůležitější informace. Na konci této formy edukace by navazoval vyhrazený čas na dotazy a ujasnění informací. V případě možností oddělení bych poskytla více edukačních letáků dostupných pro hospitalizované pacienty.

Závěr

Tato bakalářská práce byla zpracována na téma Edukace a příprava pacienta na operaci – endoprotéza kyčelního kloubu. V úvodu jsou uvedeny cíle práce a poukázala jsem na důležitost edukace před tímto náročným operačním výkonem.

V teoretické části jsem se zabývala anatomií, přípravou pacienta k operaci a zabývala se souvisejícími úkony s předoperační přípravou. Dále jsem se věnovala samotné endoprotéze kyčelního kloubu a jejím druhům, pohybovému režimu po operaci a edukaci pacientů.

Ve výzkumné části popisuji metodiku výzkumu, která vedla k dosažení cílů mé bakalářské práce. Rozhovory k výzkumné části jsem prováděla se sestrami ortopedického oddělení a pacienty na tomto oddělení hospitalizovanými. Výzkum probíhal v Nemocnici Třebíč. Každý z respondentů byl ochotný se mnou rozhovor uskutečnit.

Cílem prvním bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry informují pacienta o přípravě k výkonu TEP kyčelního kloubu a pooperačním režimu. S prvními informacemi pacient přichází do styku na ortopedické ambulanci. Bylo zjištěno, jakým způsobem všeobecné sestry informují pacienta na vybraném pracovišti. Všeobecné sestry pacienta edukují v rámci svých kompetencí o tom, jak bude hospitalizace probíhat, dále jak bude probíhat příprava na operaci. Tyto informace se týkají hygieny, výživy a kouření před operací. Edukují také o bezprostřední přípravě k operaci, premedikaci, antibiotické profylaxi a prevenci tromboembolické nemoci. Všeobecné sestry však uváděly převážně jen základní informace a každá se ve své odpovědi dotkla jiné oblasti, ohledně kterých je pacient edukován. Po operaci tráví pacient noc na JIP a druhý den se převáží zpět na standartní oddělení ortopedie. Dále je pacient informován o pooperačním režimu, který bude muset po operaci dodržovat a vhodných nebo zakázaných pohybech. Z odpovědí pacientů vyplynulo, že jsou schopni vyjmenovat pouze zlomek zakázaných pohybů. To může být způsobeno nedostatečnými informacemi, které všeobecné sestry poskytují nebo tím, že všichni pacienti, se kterými byl rozhovor proveden, byli poměrně brzy po operaci a nebyli se všemi pohyby seznámeni. První dny po operaci cvičí na lůžku, postupně se přidává správný sed a chůze. Sestry edukují pacienta ústní i tištěnou formou. Dále pak z jejich odpovědí vyplývá, že pacienta informují o dostupných možnostech úpravy domácího prostředí. Cíl byl tedy splněn.

Cílem druhým bylo zjistit, jaké informace byly pacientovi poskytnuty před operací TEP kyčelního kloubu. Z výzkumu vyplývá, že pacienti informacím, které jim všeobecné sestry poskytují, rozumí. S informacemi jsou podle jejich odpovědí spokojeni. Pacienti mají informace o pohybovém režimu a mají informace o pohybech, které smí a nesmí provádět. Ačkoli tedy uváděli jen základní pohyby, což si myslím, že všeobecné sestry toto sdělují, ale pacienti si mnohdy ani neuvědomují řadu pohybů, které by mohly způsobit komplikace. Pacienti zmiňují zejména křížení končetin přes sebe, rotaci, flexi v kloubu do 90 stupňů, a sed v nízkých polohách. Také mají informace o dostupných zdravotních pomůckách. Pacienti však vždy uvedli jen tři nebo čtyři pomůcky, což může být způsobeno nedostatečnými informacemi. Cíl byl tedy také splněn.

V části doporučení pro praxi jsem napsala návrhy, které by mohly pomoci zlepšit informovanost pacientů před tímto zákrokem. Jedná se o zlepšení komunikace ve vztahu všeobecná sestra – pacient. Doplnit edukační činnost o hromadnou edukaci a navýšení množství edukačních letáků.

Tato práce pro mě byla velmi přínosná, ať už ve zjištění poznatků týkajících se tohoto tématu, tak i v zaměření se na komunikaci, která je vlastně mezi zdravotnickým personálem a pacientem tím nejdůležitějším.

Seznam použité literatury

- BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING, 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
- ČIHÁK, Radomír, 2016. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada. 269 s. ISBN 978-80-247-3817-8.
- ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
- DYLEVSKÝ, Ivan. 2009a. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*, 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-274-2673-6.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2009b. *Speciální kineziologie*. Praha: Grada. 180 s. ISBN 978-80-247-1648-0.
- FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ, 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
- HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL, 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-3335-7.
- IMHOFF, A. B., K. BEITZEL, K. STAMER, E. KLEIN a G. MAZZOCCA, ed., 2016. *Rehabilitation in Orthopedic Surgery*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. 289 s. ISBN 978-3-662-49148-5.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JINDROVÁ, Barbora, Martin STRÍTESKÝ a Jan KUNSTÝŘ, 2016. *Praktické postupy v anestezii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing 200 s. ISBN 978-80-247-5612-7.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- LEVITOVÁ, Andrea a Blanka HOŠKOVÁ, 2015. *Zdravotně-kompenzační cvičení*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-4836-8.
- LEVITOVÁ, Andrea a Markéta HUŠÁKOVÁ, 2018. *Bechtěrevova nemoc: návod na aktivní život a průvodce cvičením*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-271-2008-6.
- LUŽNÁ, Dagmar a Dagmar VRÁNOVÁ, 2011. *Makrobiotický léčebný talíř, aneb, Nemoc není nepřítel I*. 3., rozš. a dopl. vyd. Olomouc: ANAG. 366 s. ISBN 978-80-7263-683-9.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, Psyché (Grada). 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.

- Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, 2008. překlad 3. vydání. Praha: Grada. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
- NELSON, Arnold G. a Jouko KOKKONEN, 2015. *Strečink na anatomických základech*. Druhé, přepracované vydání. Přeložil Daniela STACKEOVÁ. Praha: Grada Publishing, Sport extra. 244 s. ISBN 978-80-247-5485-7.
- POLICAR, Radek, 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SCHWICHTENBERG, Maren, 2008. *Cvičení pro zdravé klouby*. Praha: Grada, Fitness, síla, kondice. 141 s. ISBN 978-80-247-2173-6.
- SKALICKÁ, Hana, 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
- BIČANOVÁ, Sylvie, 2011. *Informovanost klientů s totální endoprotézou kyčle o pooperačním pohybovém režimu a komplikacích* [online]. [cit. 2019-04-11]. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/rdq1n/Informovanost_klientu_s_totalni_endoprotezou_kycle_o_pooperačním_pohybovém_rezimu_a_komplikacích.pdf
- LUŇÁČKOVÁ, Jana, 2016. *Odlišnosti v ošetrovatelské péči o pacienty po totální endoprotéze kolene a kyčle z pohledu sestry* [online]. [cit. 2019-04-12]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Dostupné z: https://theses.cz/id/x9rc21/Lu_kov_Jana_-_BP-_PDF.pdf
- MATUŠKOVÁ, Monika, 2011. *Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu* [online]. [cit. 2019-04-12]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/15657/matu%C5%A1kov%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Seznam použitých zkratek

APACHE – acute physiology and chronic health evaluation

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test

ASA – klasifikace rizika v souvislosti s operací – anestezií

ATB – antibiotika

CRP – C-reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

DK – dolní končetina

EKG – elektrokardiografie

HbsAg – australský antigen

HCV – hepatitis C virus

HIV – human immunodeficiency virus

INR – protrombinový čas

JIP – jednotka intenzivní péče

kol. – kolektiv

lig. – ligamentum

m. – musculus

ml – mililitr

mm – milimetr

n. – nervus

NMR – nukleární magnetická rezonance

NYHA – klasifikace srdečního selhání dle dušnosti

PMK – permanentní močový katetr

PVK – permanentní venózní katetr

RTG – rentgen

TEP – totální endoprotéza kyčle

tj. – to je

tzv. – takzvaně

WC – water closet, toaleta