

# **Edukace pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu vedoucí ke kvalitní pooperační péči**

Marcela Rohovská

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marcela Rohovská**

Osobní číslo: **H13692**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Edukace pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu vedoucí ke kvalitní pooperační péči**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Zpracování teoretické části a vymezení pojmů v oblasti pooperační péče a edukace.**

**Příprava metodiky a empirické části.**

**Realizace průzkumu pomocí polostandardizovaného rozhovoru.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků průzkumu a návrh na doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KAPOUNOVÁ, Gabriela a Zdeněk KRŠKA. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1830-9.**

**KASAL, Eduard a Zdeněk KRŠKA. Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 197 s. Sestra (Grada). ISBN 80-246-0556-2.**

**RANKIN, Sally H, Karen Duffy STALLINGS, Fran LONDON a Sally H RANKIN. Patient education in health and illness. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams, c2005, 368 p. ISBN 07-817-4849-6.**

**REPKO, Martin. Perioperační péče o pacienta v ortopedii. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5.**

**SOSNA, Antonín. Základy ortopedie. 1.vyd. Praha: Triton, 2014, 175 s. ISBN 80-725-4202-8.**

**SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.**

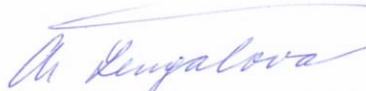
**ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. Chirurgická propedeutika. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Petr Snopek, DiS.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **8. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 12.2.2016

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou edukace pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. V teoretické části popisuje stavbu a funkci kyčelního kloubu, objasňuje typy endoprotéz, indikace a kontraindikace k operaci. Dále popisuje bezprostřední péči po operaci na jednotce intenzivní péče a edukaci pacientů po totální endoprotéze kyčle. Hlavním cílem v empirické části je zjistit efektivní načasování edukace o následné pooperační péči z pohledu pacienta, zjistit zájem pacientů, od koho ze zdravotníků by preferovali dostávat informace, zjistit vědomosti pacientů o možnostech tišení bolesti na jednotce intenzivní péče a dále zjistit úroveň znalostí o režimových opatřeních po operaci kyčle.

Klíčová slova: totální endoprotéza kyčelního kloubu, pooperační péče, edukace

## **ABSTRACT**

This bachelors' thesis is focused on education of patients after total hip joint replacement. The theoretical part describes the structure and function of the hip joint. Then it deals with different kinds of endoprosthesis, indications and contraindications in relation to the operation. Then the thesis in the other part describes the health care immediately after the operation at a „intensive care unit“ and the patients' education after the hip joint replacement leading to quality postoperative care. The main task of the empiric part is to find out the effective timing of patient's education about the following postoperative care, find out from who the patients prefer to receive information, to find out the patients' knowledges about the possibilities of pain relieving at the „intensive care unit“ and finally to recognize the patient knowledge level about the regime provisions after the hip joint replacement.

Keywords: total hip replacement, post-operative care, education

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu PhDr. Petru Snopkovi, DiS., za cenné rady, připomínky a čas, který mi při zpracování této práce věnoval. Dále bych ráda poděkovala svému manželovi, celé rodině a kolegyním za podporu během celé doby studia. Velký dík patří také respondentům, kteří ochotně spolupracovali na výzkumném šetření.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

### **Motto:**

*„Není možno zůstatí trvale zdravým mezi nemocnými, jako není možno býti šťastným mezi nešťastnými.“*

Tomáš Baťa

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU</b> .....	<b>11</b>
1.1 STAVBA A FUNKCE KYČELNÍHO KLOUBU .....	11
1.2 TYPY TOTÁLNÍCH ENDOPROTÉZ.....	11
1.2.1 Indikace a kontraindikace k operaci TEP kyčle .....	12
1.3 KOMPLIKACE TEP KYČLE .....	12
1.3.1 Luxace endoprotézy .....	12
1.3.2 Riziko plicní embolie a žilní trombózy .....	13
1.3.3 Nestejná délka končetin .....	13
1.3.4 Periprotetické zlomeniny .....	13
1.3.5 Poranění nervů a velkých cév .....	14
1.3.6 Infikovaná TEP kyčelního kloubu .....	14
<b>2 BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE PO TEP KYČLE NA JIP</b> .....	<b>15</b>
2.1.1 Poloha nemocného .....	15
2.1.2 Pooperační analgezie.....	16
2.1.3 Monitorace fyziologických funkcí a kardiovaskulárního systému .....	17
2.1.4 Monitorace stavu vědomí a citlivosti dolních končetin .....	18
2.1.5 Pooperační péče o invazivní vstupy a operační ránu .....	19
2.1.6 Sledování bilance tekutin .....	21
2.1.7 Prevence trombembolické nemoci .....	22
2.1.8 Hygienická péče a prevence proleženin .....	22
2.1.9 Péče o vyprazdňování .....	23
<b>3 EDUKACE</b> .....	<b>25</b>
3.1 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ .....	25
3.1.1 Potřeba edukace .....	25
3.1.2 Struktura edukační lekce .....	26
3.1.3 Druhy edukace v ošetrovatelství .....	27
3.1.4 Fáze edukačního procesu .....	27
3.1.5 Organizační formy edukace .....	29
3.1.6 Edukační metody.....	30
3.1.7 Edukační prostředky a pomůcky .....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
<b>4 CÍL PRÁCE</b> .....	<b>33</b>
4.1 DÍLČÍ CÍLE .....	33
<b>5 METODIKA</b> .....	<b>34</b>
5.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM .....	34
5.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU A VZORKU RESPONDENTŮ .....	35
5.3 PŘEDVÝZKUM .....	36
5.4 REALIZACE VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ.....	37
<b>6 VÝSLEDKY</b> .....	<b>39</b>
<b>7 DISKUSE</b> .....	<b>49</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>54</b>



<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>63</b>

## ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila na základě zkušeností ze svého zaměstnání. Nejdříve jsem pracovala na standardním ortopedickém oddělení a nyní pracuji na traumatologicko-ortopedické JIP, kde poskytujeme intenzivní pooperační péči pacientům po náhradách velkých kloubů.

Endoprotéza kyčelního kloubu přináší pacientům mnoho pozitiv, jako jsou návrat do běžného života, snížení nebo vymizení bolesti. Nese s sebou také určitá negativa, mezi která patří riziko infekce, velké krevní ztráty, nebo jistá omezení při nedodržování pooperačního režimu. Podle statistických údajů je v naší zemi ročně implantováno více než deset tisíc náhrad kyčelního kloubu (uzis. cz, 2012). Tato informace vypovídá o tom, že lze očekávat postupný nárůst těchto typů operací v důsledku stále se zvyšující průměrné délky života. V současné době se endoprotéza kyčle řadí mezi základní a nejrozšířenější ortopedické operace. Největší skupinou s indikací k totální endoprotéze kyčle (TEP) jsou pacienti s onemocněním primární a sekundární osteoartrózy kyčle. Teprve po vyčerpání konzervativní terapie je přistoupeno k náhradě kloubu. Adepty k tomuto operačnímu zákroku nebývají pouze lidé dříve narození a většinou trpící primární coxarthrosou, což je degenerativní onemocnění kyčelního kloubu, ale setkáváme se i s lidmi mladšího věku, kteří byli nuceni z různých zdravotních důvodů podstoupit tento operační zákrok. Nejčastějšími příčinami osteoartrózy jsou nadváha a obezita, které vedou k postupnému postižení kloubů. Implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu pacientům pomůže k návratu do kvalitního a plnohodnotného života, díky tomu jsou aktivnější, vitálnější a žijí produktivnějším životem.

U takto náročného výkonu je zřejmé, že rekonvalescence bude probíhat v řádech měsíců. Proto je nutné, aby byl pacient co nejlépe připraven nejen po stránce fyzické, ale také po stránce sociální a psychické. Náročnost tohoto operačního výkonu si žádá velmi kvalitní edukaci pacientů a rodinných příslušníků. Dále takový výkon vyžaduje značnou empatii a erudovanost sester, neboť právě ony předávají pacientům veškeré informace, které se týkají ošetrovatelské péče. Správná edukace by měla být při tak náročném výkonu na jednom z prvních míst v rámci ošetrovatelského procesu.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

Totální endoprotézou kyčelního kloubu rozumíme náhradu celého kloubu cizím materiálem. Jedná se o velký operační výkon s náročnou následnou péčí a rehabilitací. Provádí se při operaci zvané aloplastika (Sosna, 2003, s. 102). Endoprotézy kyčelního kloubu byly uvedeny do běžné klinické praxe koncem šedesátých let minulého století a jejich základní princip i technika implantace prodělaly značné změny. Základem zůstává jamka, vyrobená z vysokomolekulárního polyetyleny, pevně ukotvená do vyfrézovaného acetabula kostním cementem a femorální dřík, vyrobený z ušlechtilé oceli, zacementovaný do lůžka v proximálním femuru (Dungl, 2014, s. 760).

V naší zemi se do historie endoprotézy kyčelního kloubu zapsal prof. Čech. V roce 1970 vyvinul cementovanou endoprotézu kyčelního kloubu včetně instrumentária. Vypracoval také operační postup, indikace k aloplastice a upozornil na možné komplikace. Jeho totální endoprotéza se u mnoha klientů používá úspěšně dodnes (Koudelka, 2004, s. 99).

V současné klinické praxi se endoprotéza kyčle řadí mezi základní a nejrozšířenější ortopedické operace (Dungl, 2014, s. 761). Vzhledem k tomu, že každý člověk je osobnost s určitou úrovní komunikačních dovedností a schopností chápání, je třeba u každého z pacientů uplatňovat velmi individuální přístup.

### 1.1 Stavba a funkce kyčelního kloubu

Kyčelní kloub se řadí mezi velké nosné klouby. Podílí se na pohybu celého těla a jeho stabilizaci v prostoru. Kyčelní kloub je kloub kulovitý, setkává se zde kost pánevní, kloubní jamka (acetabulum) a hlavičky kosti stehenní. Kloubní plochy jsou pokryty chrupavkou, kloubní jamka je zesílena chrupavčitém lemem. Kyčelní kloub vykonává kyvadlové pohyby dopředu a dozadu, pohyby do strany, zevní a vnitřní rotaci. Pohyby umožňuje svalstvo kolem kloubu. Na přední straně je hlavní sval bedro-kyčlo-stehenní a sval krejčovský, na zadní straně je hlavním svalem velký sval hýžd'ový. Rozsah rotačních pohybů je individuální, avšak za fyziologických podmínek musí být symetrický (Matouš, Matoušová a Kučera, 2005, s. 9-11).

### 1.2 Typy totálních endoprotéz

Totální endoprotézy kyčle se rozdělují podle typu ukotvení do kosti. Na cementované, kdy jsou obě komponenty fixovány kostním cementem, necementované, kde jsou komponenty

fixované do kosti bez cementové mezivrstvy, a endoprotézy hybridní, kde je každá z komponent fixována rozdílnou technikou (Dungl, 2014, s. 763). Objevuje se také Hip resurfacing – jedná se o operační metodu, kdy implantát dává svou konstrukcí předpoklad lepšího funkčního výsledku. Konstrukce implantátu se snaží maximálně přiblížit zdravému kyčelnímu kloubu jak anatomicky, tak biomechanicky. Tento typ operační metody nachází uplatnění stále častěji (Širůčková, 2010, s. 60).

### 1.2.1 Indikace a kontraindikace k operaci TEP kyčle

Implantace totální endoprotézy je indikována po vyčerpání konzervativní léčby u stavů, které jsou provázeny bolestí a destrukcí kyčelního kloubu.

Koudela (2005, s. 100) rozděluje indikace k náhradě kloubu takto:

- degenerativní onemocnění (primární a sekundární koxartróza)
- zánětlivá onemocnění (artritidy)
- nádorové procesy v oblasti kyčelního kloubu
- traumata

Kontraindikace dělíme na celkové a místní:

- celkové – nespolupráce pacienta, vážné celkové onemocnění, infekce a fakt, že pacient po operaci nebude schopen adekvátní rehabilitace a chůze, někdy i vyšší věk pacienta
- místní – hnisavé kožní afekce, záněty a infekce v kloubu, vředy v oblasti kloubu, dekubity, lymfedém dolní končetiny (Halášová, Panošová, 2010, s. 66)

## 1.3 Komplikace TEP kyčle

Kromě peroperačních komplikací daných lokalitou, rozsahem a charakterem výkonu existuje celá řada komplikací celkových a místních. Nejzávažnější komplikací je smrt v souvislosti s operačním výkonem (Dungl, 2014, s. 784).

### 1.3.1 Luxace endoprotézy

Luxace se objevují v rozmezí 1-10 % u primárních implantací a až u 20 % reimplantací. Rizikové faktory ze strany pacienta jsou zejména mozková dysfunkce a rovněž abusus al-

koholu. Nejvíce luxací vzniká hned v prvním pooperačním měsíci, kdy je nejvyšší riziko vykloubení nejčastěji z důvodu špatně vedené edukace o pooperačním pohybovém režimu. Léčba je nejdříve konzervativní v podobě nekrvavé repozice a možné sádrové fixace, nebo je přistoupeno k reoperaci (Dungl, 2014, s. 788).

### **1.3.2 Riziko plicní embolie a žilní trombózy**

Plicní embolie je závažný, život ohrožující stav, způsobený uvolněním krevní sraženiny do oběhu a její další cestou do plicního řečiště. Pacient je edukován o nutnosti bandáží obou dolních končetin. Jsou aplikovány léky snižující krevní srážlivost a rozpouštějící případné krevní sraženiny. Riziko vzniku hlubokého zánětu žil dolních končetin je u pacientů po TEP kyčle asi 50 %. Vysoké riziko tromboembolické nemoci (TEN) je ve 2-3 pooperačním týdnu a přetrvává asi do třetího měsíce po operaci. Prevencí je včasná mobilizace, rehabilitace, chůze a cvičení. Jak uvádí Halásová (2010, s. 67), u pacientů, kteří mají zvýšené riziko vzniku krevní trombózy, se před operací podávají nízkomolekulární hepariny – LWMH.

### **1.3.3 Nestejná délka končetin**

V ideálním případě má být délka končetiny po implantaci TEP stejná jako před operací. Přesto se u 18-32 % pacientů po operaci zjistí nestejná délka končetiny. Častěji je operací končetina prodloužena, nežli zkrácena. Peroperační kontrola délky končetin je obtížná a vzhledem k poloze pacienta na operačním stole objektivně těžko měřitelná (Dungl, 2014, s. 789).

Při samotné operaci je zde možnost modulárními hlavičkami zkorigovat přesně délku končetin. Diskrepance do jednoho centimetru je považována za standardní. Podstatnější kritérium je stabilita kyčelního kloubu než mírná diskrepance v délce. Ideálním stavem je stabilní kyčel při stejné délce končetin (Náhrady kyčelního kloubu, ©2009).

### **1.3.4 Periprotetické zlomeniny**

Nárůst počtu těchto zlomenin je důsledkem implantace v nižším věku, kdy má pacient implantát ve femuru již dlouhou dobu a dochází k úbytku kostní hmoty (Dungl, 2014, s. 789).

### 1.3.5 Poranění nervů a velkých cév

K pooperačnímu poškození nervů může dojít při velkém prodloužení končetiny, ale již při prolongaci do tří centimetrů byly parézy n. ischiadici pozorovány. Rovněž velký hematom může kompresí způsobit parézu končetiny (Dungl, 2014, s. 791).

Dle Trče (2008, s. 911-914) mezi nejčastější pooperační komplikace patří poranění velkých cév a masivní krvácení, dále poranění nervů, kdy nejčastěji dochází k paréze n. ischiadicus nebo n. femoralis v důsledku jejich traumatizace při operačním výkonu. Do původního stavu je úplná náprava možná asi u 40 % postižení, částečná náprava nastane také u 40 % a trvalá paréza přetrvává asi u 20 % pacientů. S tímto souhlasí i Dungl.

### 1.3.6 Infikovaná TEP kyčelního kloubu

Asi polovina infektů vzniká přímou inokulací bakteriálního agens vzdušnou cestou v souvislosti s operací a různá opatření by měla toto procento snížit. Nikdy však nelze vyloučit vliv lidského faktoru, který má za následek porušení sterility, ať již ze strany operačního týmu nebo sálového personálu. Velká část infektů vzniká sekundární kolonizací při bakteriemiích, které se objevují při chronických infektech. Režimová opatření provozu operačních sálů a kázeň během operačního výkonu jsou nejspíše ovlivnitelné (Dungl, 2014, s. 791).

## 2 BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE PO TEP KYČLE NA JIP

Bezprostřední pooperační období je možno charakterizovat jako období, kdy doznívá anestezie, dochází k obnovení vědomí a bdělosti a k návratu obranných reflexů. Z hlediska práce sestry jde o velmi rizikové a náročné období v pooperační péči (Janíková et al. 2013, str. 47).

Po implantaci TEP kyčle je pacient přeložen na JIP (Obr. 1.). Délka hospitalizace je dána celkovým stavem pacienta. Pacient je nejčastěji přeložen na standardní oddělení 2. či 3. pooperační den, dle svého aktuálního zdravotního stavu.

Po operaci je hlavní cíl kladen na brzkou vertikalizaci a na nácvik chůze bez zatížení operované dolní končetiny a na nácvik sebeobsluhy.

Pooperační péči zajišťují nejčastěji všeobecné sestry s pomaturitním studiem v intenzivní péči.

Lůžko je umístěno tak, aby bylo přístupné ze všech čtyř stran a umožňovalo snadné monitorování a pozorování pacienta (Obr. 2). Základní pooperační péče spočívá v udržování volných dýchacích cest, monitorování fyziologických funkcí a časného odhalení zhoršujícího se stavu, úlevy od bolesti a kontroly bilance tekutin (Barbara A. Workman et al., 2006, s. 244).

K základnímu vybavení na JIP patří monitor, resuscitační vozík, převazový vozík, ventilátor, defibrilátor, odsávačka, EKG, infuzní pumpa, lineární dávkovač, ohřívač krve nebo plazmy.

### 2.1.1 Poloha nemocného

Pacient je po operaci TEP kyčle uložen do polohy na zádech, ve které setrvává jeden až dva dny. I proto je nutné, aby byl o této skutečnosti pacient informován předem. V případě potřeby by pacient měl delší leh na zádech trénovat již doma, neboť i tato zdánlivá maličkost činí některým pacientům značné obtíže. Operovaná končetina je uložena v derotační botičce a v mírné flexi v kyčelním a kolenním kloubu (Knížová, 2008, s. 29). Derotační botička má za úkol zamezit zevní rotaci operované končetiny. Operovaná končetina by měla být v mírné abdukci, proto se mezi stehna vkládá abdukční klín, pacient nesmí v žádném případě křížit nohy přes sebe. Pokud byl výkon veden v celkové anestezii, pacient leží na zádech s mírně zvýšenou polohou horní poloviny těla. Je tak zajištěna snadnější ventilace a odkašlávání.



Pokud byla anestezie vedena nejen v epidurální, ale také ve spinální anestezii, dle doporučení anesteziologa by pacient neměl mít zvýšený trup 10-12 hodin po výkonu z důvodu možných prudkých bolestí hlavy. Prevencí postpunkčních bolestí hlavy je užití tenké punkční jehly a vyvarování se opakovaným vpichům při detekci subarachnoideálního prostoru. Jakmile to stav pacienta dovolí, je vhodné nejprve pacienta posazovat a druhý den vertikalizovat (Larsen, 2004, str. 538).

### 2.1.2 Pooperační analgezie

Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nutné si uvědomit, že bolest má pacient vždy, kdy říká, že bolest má. Bolest je pouze subjektivním prožitkem, ovšem je nutno ji brát z ošetrovatelského hlediska jako signál. Každý člověk je individuální, a proto každý snáší bolest jinak. V ošetrovatelské pooperační péči je tedy nutno znát postupy při ošetřování nemocných trpících bolestí: poučit pacienta, aby svou bolest popsal co nejpřesněji, respektovat individualitu pacienta, pomoci najít pacientovi úlevovou polohu, co nejdříve aplikovat naordinovaná analgetika, sledovat a zaznamenávat jejich účinek. Dále psychologicky působit na pacienta vlídným slovem a vstřícným jednáním, šetrně přistupovat k dalším ošetrovatelským úkonům a snažit se tak nezpůsobit pacientovi další bolest. Po odeznění bolesti zajistit odpočinek a nenarušený spánek, nabídnout metody na rozptýlení akutní bolesti jako jsou rytmické dýchání, poslech hudby či čtení, dále nabídnout pacientovi alternativní kroky ke zmírnění bolesti, například studené obklady nebo ledování rány. V neposlední řadě bychom měli pacientovi nabídnout možnost prodiskutovat případné obavy nebo nejasnosti (Kapounová, 2010, str. 137, 138).

Bolest v operační ráně a jejím okolí je různého stupně a trvání. Pro účinné a správné léčení pooperační bolesti je důležité její měření. Posuzuje se nejen intenzita bolesti v klidu, nebo při pohybu, ale také účinek podaných analgetik (Gabrhelík, Pieran, 2012, s. 23-24).

Úkolem sestry je zjistit, jakou lokalizaci, intenzitu a typ bolesti pacient má. Intenzita bolesti je měřena nejčastěji vizuální analogovou škálou (VAS). Sestra zapisuje do záznamu intenzitu bolesti před podáním analgetik a taktéž s odstupem půl až jedné hodiny po podání analgetik. S hodnotícími škálami bolesti je vhodné pacienta seznámit v období před operací, aby byla zajištěna lepší spolupráce v pooperačním období (Vaňková, 2006, s. 244). Provádění ošetrovatelských výkonů je třeba naplánovat a snažit se je neprovádět právě při největší bolesti, je nutné brát ohled na bolestivost a citlivost operační rány. Analgetika jsou aplikována buď intramuskulárně, intravenózně, subkutánně nebo do epidurálního katetru

dle ordinace lékaře. Při intenzivní bolesti lze pozorovat i objektivní příznaky. Dochází k aktivaci sympatiku, což vede k tachykardii, zvýšenému krevnímu tlaku, tepovému objemu, následkem je zvýšená spotřeba kyslíku v organismu. Snížení krevního tlaku lze docílit podáním opiátu a tím také zmírnit bolest. Obava z bolesti totiž zabraňuje nemocnému v dalším pohybu. V souvislosti s bolestí nelze opominout změny v psychice nemocného, kdy dochází k úzkosti, strachu až zlosti a v neposlední řadě k poruchám spánku. Protože bolest i nespavost nemocného značně vyčerpávají, je vhodné k analgetikům podat na noc hypnotikum. Analgetika i hypnotika se dávkuje s ohledem na hmotnost, celkový stav pacienta a věk (Zeman, 2011, s. 298). Na našem pracovišti řešíme zvládání bolesti u pacientů po TEP kyčelního kloubu možnostmi uvedenými v této kapitole. Nejčastěji kombinujeme analgetika kontinuálně aplikovaná do epidurálního katetru s analgetiky podávanými do žíly, nebo s aplikací opiátů do podkoží.

### **2.1.3 Monitorace fyziologických funkcí a kardiovaskulárního systému**

Termín monitorování vznikl z latinského slova „monere“, což znamená připomínat nebo varovat. Monitorování fyziologických funkcí tvoří nedílnou část ošetrovatelské intenzivní péče. Monitorování plní svou funkci tehdy, pokud jsou výsledky správně hodnoceny a je na ně adekvátně reagováno (Hoch, Leffner, 2011, s. 371). Monitorace srdeční činnosti (EKG) patří mezi základní monitoraci kardiovaskulárního systému. Slouží k monitoraci srdeční frekvence a srdečního rytmu, lze tak odhalit poruchy srdečního rytmu nebo frekvence. Standardně používáme třísvodové EKG. Pokud dojde ke zhoršení stavu, hlavně z kardiální příčiny, nemocnému je natočeno dvanáctisvodové EKG a proběhne kardiologické konsilium. Pacienta z operačního sálu doprovází sestra a lékař, nebo pouze sestry – dle zvyklosti oddělení. Pacient je napojen na transportní monitorovací jednotku, u lůžka je pro případ potřeby kyslíková bomba s příslušenstvím.

Po příjezdu na JIP je pacient napojen na monitorovací zařízení pro měření fyziologických funkcí. Mezi ně patří monitorování EKG křivky, tepové frekvence, centrálního žilního či arteriálního tlaku. Dále monitorujeme dechovou frekvenci včetně saturace krve kyslíkem. Tyto funkce se sledují z důvodu včasného odhalení příznaků hypoxie, šoku, infekce nebo jiných komplikací (Repko a kol., 2012). Tělesnou teplotu měříme na JIP 4x denně bezkontaktním digitálním teploměrem, hodnoty dechu a saturace jsou kontinuálně monitorovány. Monitorace dechu je základním fyzikálním parametrem ventilace, je snímána EKG elektrodami na hrudníku. Pulsní oxymetrie (SpO<sub>2</sub>) je jednoduchá neinvazivní metoda, vypoví-

dá o saturaci hemoglobinu kyslíkem. Předností této metody je neinvazivita a absence komplikací, norma SpO<sub>2</sub> je 95-98 %. K měření saturace krve kyslíkem používáme čidla prstová nebo čidla na ušní lalůček.

Krevní tlak měříme standardně neinvazivně pomocí tlakové manžety na horní končetině, kde není žilní vstup. Neinvazivní způsob měření krevního tlaku využívá principu oscilometrie registrující arteriální turbulence pod tlakovou manžetou (Hoch, Leffner, 2011, s. 372). Invazivní měření krevního tlaku u pacientů po TEP většinou neprovádíme. Bezprostředně po operaci je měření nastaveno po 15 minutách, pokud je stav pacienta nestabilní, měření krevního tlaku je nastaveno po 5 minutách. Intervaly mezi jednotlivými měřeními se prodlužují dle stavu nemocného. Po stabilizaci stavu krevní tlak měříme po jedné hodině. Důležité je zvolit správnou velikost manžety, která by měla činit 20-30 % obvodu končetiny (Kapounová, 2007, s. 36). I zde je nutné pacienta edukovat o této skutečnosti, neboť časté nafukování tlakové manžety je některým pacientům velmi nepříjemné, někdy až bolestivé. Všechny naměřené hodnoty jsou vždy neprodleně zaznamenány do dokumentace a případné odchylky nahlášeny ošetřujícímu lékaři.

#### **2.1.4 Monitorace stavu vědomí a citlivosti dolních končetin**

Monitorace stavu vědomí probíhá u pacientů po TEP, kterým byl výkon proveden v celkové anestezii. K posouzení stavu vědomí je třeba určitým podnětem vyvolat reakci nemocného. Pacientovi klademe jednoduché otázky, které by mohly odhalit případnou dezorientaci, pokud pacient nereaguje, zvyšujeme intenzitu hlasu. Pokud ani tento stimul nevyvolá žádnou reakci, použijeme silnější algický podnět, nejčastěji tlakem za ušními lalůčky (Kasal et al., 2003, str. 69).

K základní orientační monitoraci stavu vědomí slouží hodnocení dle glasgowské klasifikace vědomí - GCS, které je hodnoceno a zaznamenáváno. Rozmezí bodů 14-15 svědčí pro lehkou poruchu vědomí, 9-13 středně vážnou poruchu vědomí a 6-8 je již kritická hodnota (Hoch, Leffner, 2011, s. 373).

K hodnocení stavu vědomí dále používáme mezinárodní škálu RAMSAY SEDATIN SCALE (RSS). Škála Ramsay je také jedním z nejznámějších a nejčastěji používaných skórovacích systémů sedace. Skóre hodnotí šest stavů pacienta, od žádné sedace až k hlubokému kómatu. RSS 0 je bdělý pacient, RSS 6 je pacient v hlubokém kómatu, kdy se vyznačuje nulovou reakcí na bolestivý podnět. RSS umožňuje vizuální posouzení pacienta, který je pod vlivem farmakologické analgosedace, z hlediska jeho reakce na zevní stimuly.

RSS obsahuje šest konkrétně popsanych úrovní sedace. Stupně 1-3 jsou definovány jako úrovně bdělosti, stupně 4-6 jako úrovně spánku. Čím vyššího stupně pacient dosahuje, tím více je pod vlivem tlumících léků, a tudíž méně reaguje na podněty. Ideální hodnota Ramsay skóre je rozmezí 2-3, kdy je pacient klidný, somnolentní, ale reaguje na oslovení a je schopen vyhovět jednoduché výzvě. Sledování úrovně analgesedace pomocí škály Ramsay není primárně určeno k monitorování intenzity bolesti. Mělo by však být součástí monitorace pacienta léčeného opiáty, zejména v intenzivní pooperační péči. Jako varovná hranice se uvádí Ramsay skóre nad hodnotu 5, kdy je indikována okamžitá aplikace opiátového antidota (ČSARIM, r. 2008, roč. 19, č. 3, s. 162-169).

Citlivost a hybnost končetin sledujeme u pacientů, kteří podstoupili operaci TEP ve spinální anestezii. Dle ordinace lékaře sledujeme hybnost a citlivost končetin pohmatem od kotníků výše a vizuální kontrolou po dvou hodinách, vše zaznamenáváme do dokumentace. K hodnocení používáme Bromage škálu, která nám vypoví o rozsahu motorické blokády dolních končetin.

### **2.1.5 Pooperační péče o invazivní vstupy a operační ránu**

Po operaci má pacient zavedeny invazivní vstupy, o které je velmi důležité asepticky pečovat. Mezi nejčastější invazivní vstupy u pacientů po TEP kyčle patří periferní žilní katetr, méně často centrální žilní přístup. Dále se péče vztahuje na zavedený epidurální katetr.

Pro sledování bilancí tekutin (Kapitola 2.1.6) má většina pacientů zaveden permanentní močový katetr (PMK) již z oddělení. Výjimku tvoří mladší muži, u nichž je předpoklad, že se vymočí do osmi hodin po operaci spontánně. Kromě množství moče sledujeme také barvu, zápach a možné příměsi. Močový sáček vyměňujeme na našem oddělení dle zvyklosti každý třetí den. Osvědčilo se nám ponechat PMK pacientům do doby, než jsou schopni si sami dojít na toaletu.

Péče o intravenózní vstupy je zajišťována v pravidelných intervalech, zpravidla každých 24 hodin a vše je pečlivě zaznamenáno do dokumentace dle standardů ošetrovatelské péče. Provádíme kontrolu funkčnosti a těsnosti infuzních systémů. Pokud je místo vpichu zarudlé, infiltrované nebo bolestivé, informujeme lékaře. Dle ordinace lékaře provedeme stěr z okolí vpichu a odešleme do laboratoře na bakteriologické vyšetření. Taktéž dle ordinace lékaře odesíláme při podezření na infekci do laboratoře koncovou část CŽK na bakteriologické vyšetření. Vše opět zaznamenáme do dokumentace.

Cílem pooperační péče je dosáhnout hojení rány per primam a zbránit vzniku infekce.

*Současná mezinárodní terminologie označuje infekce vzniklé v souvislosti s chirurgickým výkonem jako SSI (surgical site infection). Patří mezi časté nozokomiální infekce. Časovým kritériem pro zařazení infekce mezi SSI je rozvoj příznaků do 30 dnů po operaci, u výkonů spojených s implantací cizího materiálu, jako umělé klouby, se hranice prodlužuje na jeden rok (Hoch, Leffler, 2011, s. 381).*

Operační rána po TEP kyčle je vždy kryta sterilním obvazem. První převaz rány je proveden první pooperační den, pokud je rána silně pokrvácena, tak i dříve. V případě malého prosáknutí se pouze naloží nová vrstva savého obvazového materiálu. Větší prosáknutí rány zvyšuje její kontaminaci, proto vždy o této skutečnosti informujeme lékaře. Při převazu postupujeme šetrně, neboť rána je velmi bolestivá a citlivá. Před převazem vždy sestra edukuje pacienta o průběhu převazu a je nutno respektovat stav a pocity pacienta. Je nutné také věnovat pozornost použití náplastí, kdy může docházet k poranění kůže a vzniku mokvajících ploch, které mohou být zdrojem případné infekce. Mezi preventivní postupy patří profylaktické podávání antibiotik. Aby se zamezilo kontaminaci rány, je třeba, aby účinná koncentrace antibiotika byla přítomna ve tkáni již v okamžiku incize. Proto se antibiotika aplikují již v úvodu do anestezie. Další profylaktické dávky aplikujeme po dobu následujících 24 hodin (Gallo, 2011, s. 135).

Normálně se hojící operační rána je zhojena obvykle mezi desátým a dvanáctým pooperačním dnem, kdy se odstraňují stehy. Pacienti po implantaci TEP kyčle mají do rány zavedeny jeden nebo dva podtlakové drény, nejčastěji typu Redon, kterými je krev z rány odváděna podtlakem. Důležitá je kontrola průchodnosti a sledování, zda hadičky nejsou stlačeny nebo zalomeny. Provádíme kontrolu množství sekretu a vše zaznamenáváme do dokumentace. Při porušeném podtlaku je nutno lahvičku vyměnit.

Někteří pacienti mají místo Redonova sání Ortho P.A.S. – ortopedický pooperační auto-transfúzní systém. Systém funguje na principu podtlakového sběru krve z operační rány a po přefiltrování je pacientovi krev aplikována ve formě transfuze zpět do těla (nmm.cz, 2013). Toto vše se může uskutečnit pouze do šesti hodin od operace. Je to technika navrácení vlastní plné krve, která by byla za normálních okolností ztracena únikem do drénu. Dále pak Ortho P.A.S. funguje jako běžný Redonův drén. Při používání tohoto systému se předchází infekčním a imunologickým komplikacím (Obr. 3-10). Pomocí toho přístroje lze také řešit zejména náboženské, sociální a ekonomické jevy. Krev je získávána od téže oso-

by, která ji následně přijme. Velkou výhodou tohoto systému je skutečnost, že ošetřující personál nepřijde do styku s krví pacienta (onhb.cz, 2010).

V souvislosti s krevními ztrátami během tohoto velkého operačního výkonu a s pooperačními ztrátami je nutno provádět pravidelně monitoring krevního obrazu. Sestra by měla znát jeho hodnoty, aby v případě patologických výsledků ihned o této skutečnosti informovala lékaře. Pokud nebyly krevní ztráty nahrazeny výše zmíněným Ortho P. A. S, přistupuje se ke standardnímu podání transfúze, nebo případně autotransfúze, pokud si pacient sám daroval krev před operací pro tento případ (Heapová et al. 2006, str. 137).

### **2.1.6 Sledování bilance tekutin**

Pooperační sledování bilancí tekutin patří k nejdůležitějším činnostem sestry v pooperační péči. Významně ovlivňuje celkový stav pacienta a jeho proces uzdravování. Příjem a výdej je nutno zaznamenávat přesně, kvůli nepřesným informacím může totiž dojít ke zhoršení stavu pacienta.

Ztráty tekutin se dějí cestou plic - dýchání, gastrointestinálního traktu - zvracení, průjmy, kůží – pocením a močením. Dále do ztráty tekutin započítáváme v případě TEP kyčle krevní ztráty při operaci a dále krevní ztráty odvedené aktivním sáním z rány (Zadák, 2008, s. 113-114).

Zvracení nebo nauzeu v prvních 24 hodinách po operaci lze považovat za průvodní jev premedikace, anestezie nebo analgezie v případě podávání opiátů. Velmi nebezpečné je zvracení u ne zcela probuzeného pacienta z anestezie, kde může dojít k nežádoucí aspiraci žaludečního obsahu. V tom případě zajistíme otočení hlavy na stranu, popřípadě použijeme odsávačku. Trvá-li zvracení delší dobu, je lepší zavést nazogastričnou sondu a pravidelně odsávat žaludeční obsah (Zeman, 2011, s. 299).

Příjem tekutin je zajišťován infuzní terapií do periferního nebo centrálního řečiště. Nejčastěji aplikujeme krystaloidní roztoky, při velké krevní ztrátě koloidní roztoky. Neméně často také nahrazujeme ztrátu tekutin převodem krevních derivátů jako je erytrocytová masa, autotransfúze nebo mražená plazma. Do příjmu tekutin započítáváme také jídlo a pití. Vše pečlivě zaznamenáváme do dokumentace a vyhodnocujeme každých šest hodin, celkové vyhodnocení pak provádíme za každých 24 hodin.

### 2.1.7 Prevence trombembolické nemoci

*Prevence trombembolické nemoci (TEN) zaujímá velmi důležité místo v komplexním přístupu k pacientovi. Současným trendem je využití generalizované všeobecné perioperační profylaxe TEN. Operační výkon prakticky vždy představuje pro pacienta určité riziko vzniku hluboké žilní trombózy či plicní embolie. V ortopedii je vysoké riziko náhrady velkých kloubů spojeno s vysokým věkem operovaných pacientů, neboť artróza nosných kloubů progreduje zejména po 50. roce věku, tudíž průměrný věk ortopedických nemocných indikovaných ke kloubní náhradě je 60 a více let (Chlumský a kol, 2005, str. 146).*

V rámci prevence TEN přikládáme na dolní končetiny bandáže či kompresní punčochy, zodpovídáme za jejich funkčnost a správné nasazení. Končetiny pravidelně kontrolujeme a cíleně pátráme po známkách flebotrombózy nebo flebitidy. Dle doporučení lékaře pacientovi podáváme perorální antikoagulantia Xarelto, nebo aplikujeme do podkoží nízkomolekulární hepariny Fraxiparine nebo Clexane. V tom případě opakovaně provádíme hemokoagulační krevní testy. V neposlední řadě pacienti v rámci prevence TEN cvičí s fyzioterapeutkou cévní gymnastiku.

### 2.1.8 Hygienická péče a prevence proleženin

Hygienická péče je jednou ze základních lidských potřeb, odvíjí se od celkového zdravotního stavu pacienta. Zpočátku je pacientovi poskytována komplexní hygienická péče a později pouze dopomoc. Snahou je zachovat maximum soběstačnosti pacienta. Hygienická péče zahrnuje ranní a večerní toaletu, péči o dutinu ústní a péči o čisté prádlo. Pokud je hygienická péče prováděna správně, je tak možné zabránit vzniku mnoha infekcí. Po operaci je péče o hygienu ztížena omezenou hybností a bolestí pacienta. Základním úkolem je zhodnotit míru soběstačnosti pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 142). Pacienti po TEP kyčle jsou nesoběstační částečně, hygienická péče je prováděna na JIP pouze na lůžku. Celé lůžko převlékáme 2x denně. Pacienti si sami omyjí obličej a horní polovinu těla, dále pomáhá ošetřující personál. Po celkové hygieně tělo pacienta dokonale osušíme a promažeme kůži vhodným zvláčňujícím krémem. Důraz je kladem na péči o dutinu ústní. Ústa mohou být zdrojem řady infekčních pooperačních komplikací, zejména u starších lidí.

Vzhledem k tomu, že pacienti po implantaci TEP kyčle jsou nuceni zaujímat polohu na zádech, je zde velmi nutná prevence dekubitů. Je nutné si uvědomit, že proleženina může vzniknout již po jedné či dvou hodinách při trvajícím tlaku na určitou oblast. Prvotně je poškozena podkožní tkáň, proto změny na kůži nemusejí být zpočátku zřetelné. Může se

jednat o lehké zarudnutí. Měli bychom si uvědomit, že dekubitus začíná nejdříve v hloubce a teprve odtud se dostává na povrch. Pro zhodnocení stupně rizika dekubitů používáme hodnotící škálu dle Nortonové, škála obsahuje pět položek, které jsou hodnoceny 1-4 body. Pacienti po TEP kyčle leží na zádech s mírně podloženou hlavou. Autoři Mikulka, Müllerová (2008, s. 22) uvádějí, že nejvíce ohrožené místo v rozvoji dekubitů je křížová oblast. Dekubity se v této oblasti vyskytují zhruba v 31 % všech případů. Predilekčními místy jsou uváděny hýždě, paty, trochantery, dolní a horní končetiny, lopatky, obratle a trup.

Polohování pacientů je řádně naplánováno, realizováno a dokumentováno. Pacienty po TEP kyčle ukládáme nejčastěji na neoperovaný bok, nejdříve však první pooperační den, a to nejčastěji z důvodu provedení hygieny. Nutností je však vložit klín mezi dolní končetiny, z důvodu prevence vykloubení kyčle. Zde je velmi důležitá edukace pacientů o pohybovém režimu, kterému se budeme věnovat v dalších kapitolách. Polohu pacienta měníme v pravidelných časových intervalech dle stavu pacienta. Při poloze vleže dbáme na vypodložení pat a křížové oblasti, k tomuto účelu používáme běžné antidekubitální pomůcky.

Pacienty se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů, nebo s již vzniklým dekubitem ukládáme na antidekubitní matraci. Pro personál i pacienty je tato matrace velkým přínosem, neboť nemusí pacienta traumatizovat častým polohováním.

Jestliže u pacienta vznikl dekubit, je možné přistoupit k léčbě jak konzervativní, tak operační. Volba léčebného postupu závisí na stupni dekubitu a posouzení základního onemocnění pacienta. Očekává-li se časná mobilizace, volí se spíše postup konzervativní, chirurgický až po půl roce, je-li defekt nadále otevřený. U pacientů s parézami a hlubokými defekty volíme brzkou operační léčbu (Riebelová, 2000, str. 159).

U pacientů po TEP kyčelního kloubu se s dekubity setkáváme na našem pracovišti minimálně, a to z důvodu časně mobilizace a vertikalizace, která probíhá ve spolupráci s fyzioterapeuty.

### **2.1.9 Péče o vyprazdňování**

Péče o vyprazdňování pacienta po operaci je zaměřená především na sledování odchodu moče, plynů a stolice.

Většinou pacientů je před operací TEP kyčle zaveden permanentní močový katetr (PMK), především z důvodu epidurální anestezie, kdy u pacientů často dochází k nechtěnému úniku moče. Dalším důvodem pro zavedení PMK je žádoucí klidový režim po operaci, kdy je



hlavně ženám složitě přikládána podložní mísa a tato manipulace jim působí zbytečnou bolest. Pokud z nějakého důvodu pacienti nemají zaveden PMK, je nutné sledovat, zda se pacient za 6-8 hodin po operaci vymočil. Nedojde-li k vyprázdnění močového měchýře, je indikována jeho katetrizace. U žen zavádí katetr všeobecná sestra, u muže zavádí katetr lékař za asistence sestry. Zavedený PMK se napojuje na drenážní systém, který se skládá z retenčního katetru, drenážní hadičky a sběrného sáčku na moč. Drenážní systém se snažíme rozpojovat co nejméně z důvodu možného vzniku infekce. Močový sáček zavěsíme na lůžko tak, aby se spodní konec nedotýkal podlahy. Diurézu sledujeme v pravidelných intervalech šesti hodin a pečlivě zaznamenáváme do dokumentace. Měříme specifickou váhu moči (Kapounová, 2010 s. 304).

Zástava odchodu plynů a možná zácpa je dočasný pooperační stav. I když jde o základní biologickou potřebu, mnoho lidí má zábrany na toto téma se zdravotnickým personálem komunikovat, proto je vždy nutno zvolit ohleduplný a citlivý přístup. Nedostatečné vyprázdnění se často projevuje nevolnostmi, bolestivostí a pocitem vzedmutého břicha. Odchod plynů můžeme podpořit opakovaným zavedením rektální rourky, nebo aplikací léků dle ordinace lékaře (Kapounová, 2010, s. 290). Pacienti po TEP kyčle obvykle na JIP stoličci nemají, avšak není to pravidlem. Střevní peristaltiku je možné ovlivnit včasnou mobilizací ve spolupráci s fyzioterapeutem.

### 3 EDUKACE

*Pojem edukace je odvozen z latinského slova eduko, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince (Juřeníková, 2010, s. 9).*

#### 3.1 Edukace v ošetrovatelství

Edukace pacientů je v současné době důležitou součástí ošetrovatelské a léčebné péče a má svá specifika. Smyslem každého edukačního procesu je systematické vedení pacienta, aby si postupně osvojil odpovídající dovednosti. Edukace sestry nemůže spočívat jen v předávání informací, ale sestra by se měla také soustředit na přípravu edukačního programu, na kterém by se měl podílet i samotný pacient. Velmi důležitá je také příprava edukačního procesu. Pokud je projekt pečlivě připraven a pacient vidí, že mu ošetřující personál věnuje náležitou pozornost, přistupuje tak k edukaci zodpovědněji (Svěráková, 2012, s. 23).

Je zřejmé, že pokud jsou pacienti a ostatní členové rodiny správně seznámeni s pacientovým zdravotním stavem a léčebným a pooperačním režimem, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že bude léčebný proces efektivní a zpravidla se zkrátí doba léčení i rekonvalescence.

##### 3.1.1 Potřeba edukace

Potřeba edukace pacienta vychází z potřeby učit se, získávat nové poznatky, přizpůsobit se. Ošetrovatelský problém, který můžeme definovat jako nedostatek vědomostí, informací, zručností, znalostí se projevuje v deficitu potřeby učit se a vzdělávat se. Potřeba učení je požadavkem na změnu chování a postojů (je to mezera mezi informací, kterou jedinec má, a informací, která je potřebná na to, aby dokázal zvládnout určité činnosti nebo se postarat sám o sebe). V Maslowově hierarchii potřeb je kognitivní potřeba, tedy potřeba učit se, vzdělávat se, poznávat něco nového, zařazená mezi vyšší potřeby. Maslow zařazuje tuto potřebu mezi tzv. metapotřeby, nebo také potřeby růstu, které vyjasňují různé specifické

tendence seberealizující se osoby. Potřeba učení se je požadavkem na změnu chování a postojů (Nemcová, Hlinková, 2010, s. 18).

### 3.1.2 Struktura edukační lekce

Cíle edukace jsou očekávané změny v chování klientů, kterých se má edukací dosáhnout. Čím přesněji jsou cíle formované, tím efektivněji může sestra plánovat, motivovat a řídit učební činnost. Konkrétní vymezení cílů umožňuje objektivnější kontrolu výsledků edukační činnosti.

**Cíl** – čili očekávaný výsledek, je základní kategorií vyučování. Znamená ideální představu toho, čeho má být v činnosti dosaženo. Je důležité, aby cíle byly stanoveny nejen na konci vyučovacího procesu, ale v kterémkoli okamžiku jeho průběhu. Klient převezme potřebné informace a budou upravena jeho mylná přesvědčení, jeho rodina bude chápat podstatu nemoci či léčby. Čím přesněji jsou cíle formulovány, tím efektivněji může sestra řídit učební činnost.

Cíle by měly být formulovány srozumitelně a jasně, dělíme je na cíle:

kognitivní – poznávací, vzdělávací

psychomotorické – zručnostní, dovednostní

afektivní – postojové, výchovné

**Obsah** – čili učivo má tři základní podoby:

1. formální (informační) – fakta, pojmy, informace
2. realizované učivo – co skutečně bylo účastníky edukace zpracováno
3. osvojené učivo - výstupní kvalita edukovaného jedince

**Metody** - způsoby a činnosti, jimiž se jedinec učí danému učivu – edukační metody dávají odpověď na to, jak je třeba v edukačním procesu postupovat, abychom dosáhli stanoveného cíle. Studium metod a jejich dokonalé zvládnutí je pro sestru mimořádně důležité.

**Materiálně technické vybavení a organizační podmínky** - k vybavení patří přístroje a pomůcky k prezentaci učiva, (podle typu metod) demonstrační modely, soubory různých náročných učebních úloh ke zpětné vazbě (záznamové archy), studijní opory (letáky, brožurky). Organizační stránka zahrnuje prostorové zabezpečení (např. edukace klienta při zachování soukromí, respektování studu, pozornosti, rozvržení času pro jednotlivé etapy).

**Kontrolní systém** – u klientů zjišťujeme např. jejich vědomosti o diagnóze, porozumění příbalovému letáčku, jejich představy o řešení běžných a složitějších situací. Determinujícími faktory mohou být věkové, individuální, profesní zvláštnosti, vzdělanostní úroveň, styl učení, celkové zkušenosti a schopnosti (Svěráková, 2012 s. 35).

### 3.1.3 Druhy edukace v ošetrovatelství

**Primární edukace** - zaměřená na zdravé lidi, nezabývá se pouze prevencí vzniku nemoci, ale také pozitivním zlepšením zdravotního stavu, který vede ke zvyšování kvality života.

**Sekundární edukace** – cílem je přispět k vyléčení nemoci a zamezit dalšímu rozvoji komplikací, zabránit přechodu nemoci do chronického nebo ireverzibilního stadia a obnovit zdraví, je založena na edukaci pacienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoci čelit.

**Terciální edukace** – týká se lidí dlouhodobě invalidních a těch, kteří nemohou být zcela vyléčení, zaměřuje se také na řešení následků po prodělaném úrazu nebo nemoci. Cílem je nácvik sebeobsluhy a návrat do běžného života. Tuto edukaci provádějí nejčastěji fyzioterapeuti či ergoterapeuti. (Jarošová, 2000, s. 22).

### 3.1.4 Fáze edukačního procesu

Edukační proces ve zdravotnictví je předávání konkrétních informací, který se uskutečňuje ve specifickém prostředí v rámci vztahu pacient-zdravotník. Je záměrně vytvořený, jedná se o dynamický vztah mezi zdravotníkem a pacientem, často bývá součástí ošetrovatelského procesu.

Edukační proces se dělí na pět fází, které na sebe vzájemně navazují (Juřeníková, 2010, s. 54).

#### Fáze posouzení/zhodnocení

V této fázi sestra zjišťuje důležité údaje o pacientovi, jako je ochota učit se, odhaluje úroveň vědomostí a dovedností. K tomuto zjištění využívá například metody pozorování nebo rozhovoru. Zdrojem informací je samotný pacient. Další informace získáváme ze sekundárních zdrojů, a to jsou ošetrovatelská nebo lékařská dokumentace či členové rodiny. Dále je nutno se zaměřit na úroveň vzdělání, věk pacienta, či ekonomicko – společenské faktory.

### Fáze projektování

Sestra se snaží najít vhodnou edukační metodu, formu, naplánovat cíle, zajistit pomůcky, způsob a čas edukace. Plán by měl být zpracován v písemné formě na základě edukačních potřeb pacienta.

Obsah edukačního plánu: pojmenování edukační potřeby a sestavení priorit v edukaci, dlouhodobý edukační cíl, stanovení vhodných edukačních metod, forem a pomůcek pro jednotlivé lekce, způsob vyhodnocení výsledků a závěr edukace.

### Fáze realizace

Fáze realizace edukačního procesu znamená, že naplánované vyučovací strategie, metody a činnosti probíhají tak, abychom dosáhli žádaného výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem pacienta. Realizace může probíhat hromadně, individuálně, za podpory skupiny nebo za sociální podpory.

Fáze realizace:

- motivační fáze – sestra usiluje vzbudit zájem o danou problematiku a připravit pacienty na nové přijímání informací
- expoziční fáze – sestra podává nové informace, demonstruje postupy a usiluje, aby si pacient osvojil správné návyky
- fixační fáze – sestra upevňuje pacientovy poznatky, nejčastěji zadáním kontrolního úkolu, nebo procvičováním určitého postupu.
- diagnostická fáze – sestra prověřuje osvojené vědomosti, návyky a dovednosti
- aplikační fáze – pacient prakticky aplikuje osvojené vědomosti a dovednosti (Juřníková, 2010, s. 54)

Realizace edukace může být ovlivněna edukační bariérou, což je myšleno překážkou nebo komplikací, která zabrání dosažení edukačního cíle. Tyto překážky mohou být buď ze strany edukanta, nebo edukujícího zdravotníka.

Edukační bariéry ze strany edukanta: onemocnění charakteru Alzheimerovy choroby, či jakákoliv porucha vědomí, poruchy smyslového vnímání, poruchy verbální komunikace, mentální poruchy či jiné kulturní zvyklosti, osobní rysy pacienta, nízká motivace, bolest, emoce, opření potřeby edukace pacientem.

Edukační bariéry ze strany edukujícího zdravotníka: edukace není dostatečně naplánována, edukátor není připraven, ignorování potřeb pacienta, negativní vliv prostředí, nízké edukační dovednosti a vědomosti edukujícího, málo času, spěch, neschopnost týmové spolupráce, roztržitost edukace, snížená motivace zdravotníka k edukaci. (Juřeníková, 2010, s. 55).

#### Fáze upevňování a prohlubování učiva

Sestra dbá, aby si pacienti procvičovali a opakovali nově získané vědomosti, aby došlo k jejich fixaci. V této fázi si pacient získané vědomosti ukládá do dlouhodobé paměti.

#### Fáze zpětné vazby

Zjišťujeme, zda cíle byly splněny, nebo jen částečně splněny, nebo dokonce nesplněny. Dle získaného výsledku edukaci ukončíme, nebo pokračujeme v reedukaci.

K ověření účinnosti edukace sestra využívá následující nástroje:

- kladení otázek (rozhovor, testy, dotazníky) – při hodnocení vědomostí pacienta
- přímé pozorování – při vyhodnocení praktických dovedností a schopností
- odpovědi na cílené otázky, dotazníky – při hodnocení postojů a návyků
- záznamy ve zdravotnické dokumentaci – realizace zápisu o edukaci pacienta
- pacientovy záznamy při hodnocení v domácím prostředí (Nemcová, Hlinková, 2010, s. 190)

Fáze zpětné vazby a hodnocení je prospěšná jak pro edukátora, tak pro edukanta. Přestože je hodnocení důležitou součástí edukace, často je nesprávně pochopené a zanedbává se. Někteří pacienti to považují za vyhledávání jejich neznalostí či neschopností. Někteří mohou mít strach, že nedosáhnou toho, co se od nich očekává, že ztratí úctu, důvěryhodnost, podporu či pomoc (Rankin, Stallings, 2005 s. 221).

### **3.1.5 Organizační formy edukace**

Tímto se rozumí uspořádat podmínky edukace tak, aby edukátor mohl ve výuce realizovat stanovené edukační cíle v podmínkách zdravotnického nebo sociálního zařízení.

Pro potřeby edukace ve zdravotnictví využíváme nejčastěji formu individuální, hromadnou nebo skupinovou.

Forma individuální: při tomto typu edukace lze dosahovat cíle ve všech doménách učení – kognitivní, afektivní a psychomotorické. Edukace probíhá s jedním edukátorem a jedním edukovaným, čímž mezi oběma vzniká úzký osobní vztah. Obsah edukace vychází z individuálních potřeb pacienta a může probíhat na vyšetřovně, na pokoji či v ambulanci.

Výhodou této formy je neustálá aktivita edukanta a vysoká efektivita učení.

Nevýhodou je izolace od ostatních pacientů a její nízká efektivita vzhledem k časové náročnosti.

Forma hromadná: je zaměřená na edukaci více osob najednou a z toho vyplývá, že je obsahově stejná pro všechny edukované. Nevýhodou je nízká aktivita edukantů a omezený individuální přístup včetně zpětné vazby. Ve zdravotnictví se uplatňuje zejména tam, kde chceme pacientům sdělit stejný obsah edukace.

Forma skupinová: při tomto typu edukace jsou edukanti rozděleni do skupin, kterou vede edukátor. Skupinu tvoří 3-7 osob. Edukanti mohou být rozděleni na skupiny homogenní (stejně zdravotní postižení a stejné vědomosti) a heterogenní (různé vědomosti a zkušenosti). Důraz musí být kladen na respektování interpersonálních vztahů uvnitř skupiny.

Při této formě výuky se nejčastěji uplatňuje metoda diskuse či brainwritingu. K výhodám patří možnost spolupráce a výměna zkušeností (Madurová, Majerníková, 2010, s 163-164).

### **3.1.6 Edukační metody**

*Edukační metoda je cílené a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení (Juřeníková, 2010, str. 37).*

Tradiční monologické výukové metody:

- přednáška – souvislý ucelený projev, který se zaměřuje na analýzu faktů, výhodou je, že lze edukovat více lidí najednou
- popis – bývá součástí pozorování a vysvětlování
- vysvětlování – směřuje k pochopení příčin, souvislostí a podstaty zkoumaného jevu
- výklad – nejčastěji užívaná metoda
- instruktáž – slovní popis konkretizovaný demonstrací

Dialogické metody:

- rozhovor – verbální komunikace v podobě otázek a odpovědí
- beseda – situační metoda se zaměřením na zdravotní výchovu

Aktivizační výukové metody:

- brainstorming – smyslem je vyprodukovat co nejvíce nápadů
- myšlenková mapa (Závodná, 2005. s. 89)

**3.1.7 Edukační prostředky a pomůcky**

Edukační prostředky jsou předměty materiální povahy, které slouží ve výuce jako podpůrný prostředek k dosažení a stanovení edukačních cílů. Používáním pomůcek a didaktické techniky se zvyšuje efektivita edukace. Při volbě edukačních pomůcek by mělo být přihlédnuto ke stanovenému cíli, zvoleným formám a metodám.

Dělení učebních pomůcek dle Juřeníkové (2010, s. 50)

1. Textové učební pomůcky - knihy, letáky, časopisy, brožury, pracovní listy, panely, tabule
2. Vizualní učební pomůcky – fotodokumentace, modely, trenažéry, zdravotnický materiál
3. Auditivní učební pomůcky – CD přehrávače, magnetofon, rádio
4. Audiovizualní – výukové filmy na videu, televizní pořady
5. Počítačové edukační programy a internet

Pacient, kterému se vlivem chronického onemocnění, závažného úrazu nebo operace změnila podmínky života, se musí někdy natrvalo a někdy na delší dobu naučit žít ve změněných podmínkách. Lékaři, ale především všeobecné sestry mohou pacientům pomoci vybudovat si nové stereotypy. Je nutností dodat pacientovi určitou dávku reálného optimismu a nasměrovat ho na životní styl, který bude odpovídat jeho zdravotnímu stavu. Každý člen zdravotnického týmu shromažďuje údaje, které představují hodnocení pacientových vědomostí, nebo zručností a to buď záměrně, nebo mimovolně. K efektivní edukaci by měli přispět všichni členové ošetrovatelského týmu (Nemcová, Hlinková., 2010, s. 62).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **4 CÍL PRÁCE**

**Zjistit úroveň edukace u pacientů po TEP kyčelního kloubu hospitalizovaných v Nemocnici Jihlava, p. o.**

### **4.1 Dílčí cíle**

1. Zjistit efektivní načasování edukace o následné pooperační péči z pohledu pacienta
2. Zjistit, kterými zdravotnickými pracovníky byla edukace realizována
3. Zjistit vědomosti pacientů o možnostech tišení bolesti po operaci
4. Zjistit, jaké znalosti mají pacienti o režimových opatřeních po TEP kyčelního kloubu

## 5 METODIKA

Teoretickou část bakalářské práce jsme zpracovávali na podkladě odborné literatury. Zvolili jsme metodu kvalitativního šetření. Ke sběru dat jsme využili metodu polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kteří podstoupili totální náhradu kyčelního kloubu. Otázky k rozhovoru byly konzultovány s vedoucím bakalářské práce. (Příloha P II) Tato metoda se nám jevila jako nejpříjemnější z důvodu osobního setkání s respondenty.

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje 18 otázek. Z toho 5 úvodních otázek je identifikačních, 10 otázek otevřených a 4 otázky, ve kterých jsem kladla doplňující dotazy a zaznamenávala jsem odpovědi na zvláštní arch, abych co nejlépe určila úroveň edukace po operaci a úroveň znalostí režimových opatření pacientů po operaci (Příloha P III).

Otázky jsem tematicky rozdělila do čtyř částí:

První část obsahuje otázky identifikačního charakteru, jako jsou věk, pohlaví, dosažené vzdělání, pooperační den, počet hospitalizací v dospělosti.

Ve druhé části rozhovoru jsou otázky týkající se edukace a problematiky poskytování informací pacientovi o pooperačním režimu.

Třetí část je zaměřena na pooperační bolest a způsoby její tišení.

Čtvrtá část se je zaměřena na znalosti respondentů o pomůckách a režimových opatřeních, která je nutno po operaci dodržovat.

### 5.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je protipólem výzkumu kvantitativního. Jeho cílem je hlubší pohled do zkoumaných jevů a hledání souvislostí mezi nimi. Tento výzkum je využíván hlavně při studiu humanitních věd. Vyznačuje se jako nematematický analytický postup týkající se života lidí, jejich příběhů, nebo jejich chování. Spočívá v analýze zkoumaných jevů. V kvalitativním zkoumání klademe k připraveným otázkám doplňující otázky a témata můžeme propracovat do hloubky. Kvalitativní výzkum probíhá v prostředí, které má pro výzkumníka smysl – odborná ambulance, nemocniční oddělení atd. Respondenti jsou vybíráni na základě určitého konceptu a jejich množství se může během výzkumu měnit. Soubor respondentů je poměrně malý a využívá individuální nebo skupinové rozhovory. V centru výzkumu je člověk nebo lidé, a vytyčený problém není nikdy zcela ohraničený. Pro kvalitativní typy výzkumu se hodí například výzkum, který chce odhalit nějaké příčiny

nemoci, adaptaci pacienta na život s nemocí nebo postižením či zkušenost s prožíváním nemoci (Kutnohorská, 2009, str. 22, 25, 40).

## 5.2 Charakteristika výzkumu a vzorku respondentů

Pro výzkumné šetření jsme si zvolili Nemocnici Jihlava p. o., ve které nyní pracuji. Pro umožnění výzkumného šetření byla prostřednictvím „Žádosti o umožnění výzkumného šetření“ oslovena náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice Jihlava Mgr. Jarmila Cmunťová, která písemně potvrdila svůj souhlas s průzkumem (Příloha P I).

Výzkumné šetření probíhalo v termínu 1. 12. 2015 - 31. 1. 2016. Respondenty tvořili pacienti po první totální náhradě kyčelního kloubu, kteří byli hospitalizováni na traumatologicko-ortopedické JIP Nemocnice Jihlava p. o.

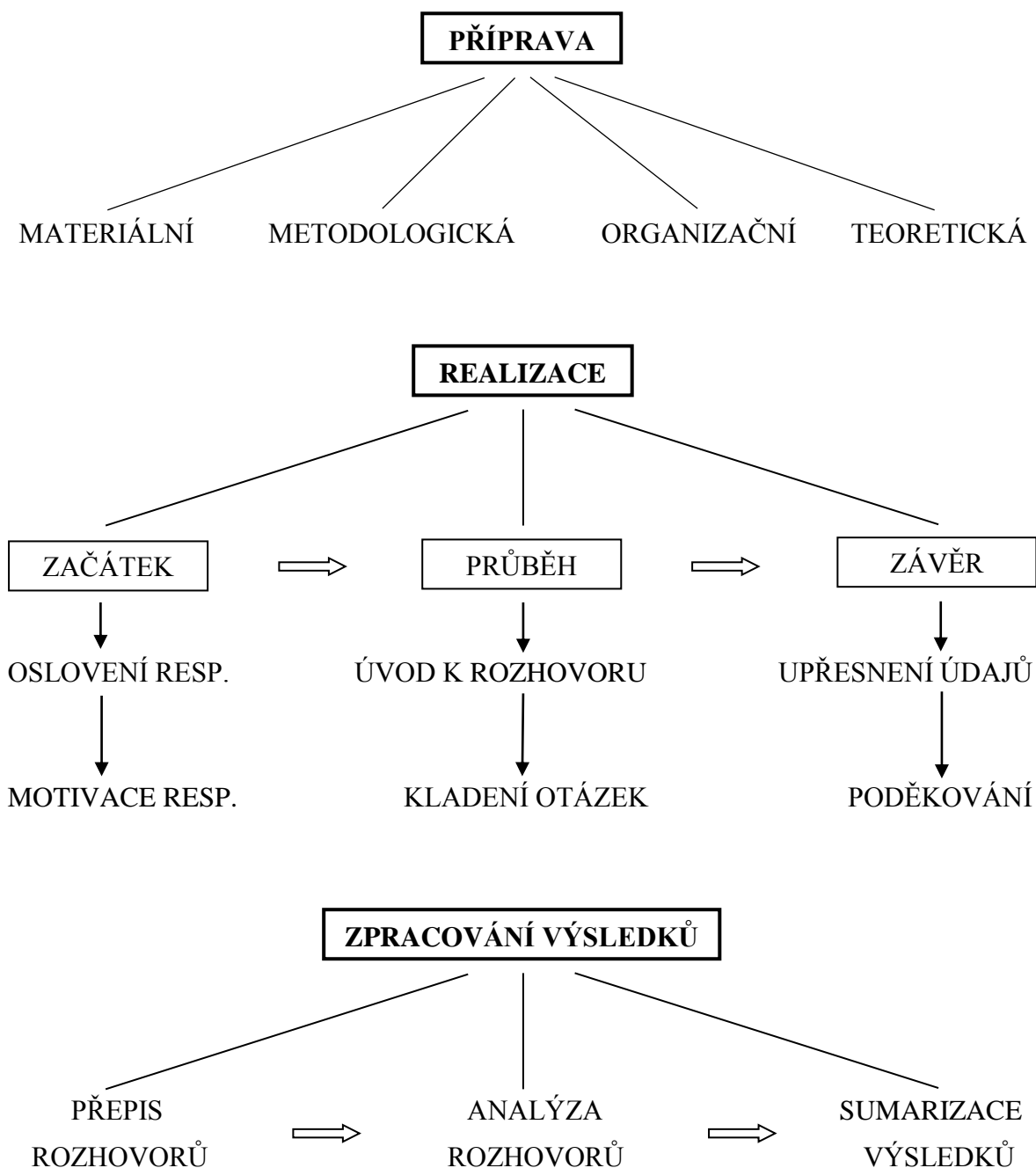
Tamtéž probíhaly rozhovory s respondenty. Výzkumný soubor tvořilo 12 oslovených pacientů, kteří splňovali následující kritéria pro sběr dat:

- podstoupili implantaci TEP kyčelního kloubu poprvé, a to v Nemocnici Jihlava p. o.
- výzkumného šetření se zúčastňují poprvé, to znamená, že nikdy předtím se neúčastnili žádného podobného šetření, tudíž budou respondenti dle mého názoru odpovídat autenticky a nebudou tak ovlivněni přechozí zkušeností
- spoluprací na sběru dat udělili ústní souhlas se zpracováním poskytnutých údajů

Soubor byl tvořen 10 respondenty, kteří podstoupili tento zákrok poprvé, nejčastěji z důvodu těžké artrózy kyčelního kloubu a 2 respondenty, kterým byla náhrada kyčelního kloubu implantována také poprvé, a to z důvodu zlomeniny krčku kosti stehenní. Mezi oslovenými byli respondenti náhodného pohlaví, věku i sociálního postavení.

Respondenti byli vybráni na základě výše uvedených kritérií. Byli oslovováni první, druhý, nebo třetí den po operaci. Z mého pohledu byli respondenti ve vyrovnaném psychickém a uspokojivém zdravotním stavu. Byla jim poskytnuta informace, že rozhovor je anonymní a není možnost zneužití získaných informací. Dále byli respondenti informováni, že obsah rozhovorů bude použit jako podklad pro tuto bakalářskou práci. Všichni respondenti souhlasili, pro některé byl rozhovor vítaným zpestřením pobytu na JIP. Všem respondentům byly kladeny tytéž otázky, které se více či méně rozvíjely, dle ochoty a odpovědí respondentů.

## Realizace průzkumu



### 5.3 Předvýzkum

Před vlastním provedením průzkumného šetření byl proveden předvýzkum u 2 respondentů, kteří splňovali stanovená kritéria. Předvýzkum byl realizován dva týdny před začátkem vlastního průzkumného šetření. Tito dva respondenti nebyli zařazeni do průzkumného šetření.

Cílem předvýzkumu bylo ověření, zda jsou otázky do rozhovoru srozumitelné a pro respondenty pochopitelné.

Poté byla vypuštěna otázka: „Dostal jste informace o kooperacním režimu ve všech oblastech uceleně?“ Na tuto otázku zcela jasně oba respondenti odpověděli v jiné otázce. Znění dalších otázek zůstalo bez změn.

#### **5.4 Realizace výzkumu a zpracování výsledků**

Rozhovory s respondenty byly zaznamenávány pomocí digitálního zvukového nahrávacího zařízení Olympus VN-732PC. Každý rozhovor trval přibližně 20 minut.

Následně byly rozhovory přepsány v aplikaci Microsoft Word 2013. Pro lepší orientaci v textu jsem se rozhodla rozhovory zpracovat do přehledných tabulek s využitím Microsoft Excel 2013 (Příloha P IV - P XV).

Analýza dat proběhla technikou kategorizace a kódování dat, dle doporučení metodického postupu Kutnohorské (2009). Cílem kategorizace je pojmenovat jevy pro zjednodušení orientace ve výzkumných datech. Data z výzkumného šetření byla pro snadnější orientaci uspořádána do kategorií a podkategorií (Tab. 1).

Tab. 1. Kategorizace dat

KATEGORIE		PODKATEGORIE
<b>A</b>	anamnestické údaje klientů	a. věk b. pohlaví c. pooperační den d. vzdělání e. počet celkových hospitalizací
<b>B</b>	edukace	a. pojem edukace b. oblasti edukace c. poskytnutí edukace zdravotníky d. časové hledisko edukace e. srozumitelnost získaných informací f. forma a preference edukace
<b>C</b>	návštěva ZZ	a. návštěva ZZ před hospitalizací
<b>D</b>	pooperační bolest	a. obavy z pooperační bolesti b. způsoby tišení pooperační bolesti c. preference způsobů tišení bolesti
<b>E</b>	režimová opatření	a. pomůcky potřebné po operaci b. zásady chování po operaci
<b>F</b>	znalost komplikací	a. komplikace

## 6 VÝSLEDKY

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na edukaci pacientů po totální náhradě kyčelní kloubu. V této šesté kapitole uvádíme výsledky průzkumného šetření. Výsledky jsou prezentovány podle jednotlivých otázek kladených při rozhovorech s respondenty a v souladu s vytvořenými kategoriemi.

### A. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ

Tab. 2. Identifikační údaje respondentů

A. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ					
Respondenti	Pohlaví	Pooperační den	Vzdělání	Věk	Počet celk. hospitalizací
č.1	žena	2.	maturita	70	3
č.2	muž	3.	maturita	77	3
č.3	muž	3.	maturita	63	2
č.4	žena	3.	maturita	71	3
č.5	muž	1.	VŠ	60	3
č.6	muž	3.	vyučen	60	2
č.7	muž	3.	vyučen	63	1
č.8	muž	2.	maturita	44	0
č.9	muž	1.	vyučen	64	1
č.10	žena	3.	maturita	74	2
č.11	žena	2.	maturita	78	3
č.12	muž	3.	vyučen	63	4

Do průzkumu bylo zařazeno 12 respondentů po své první totální náhradě kyčelního kloubu.

Vzorek tvořilo osm mužů a čtyři ženy. Nejmladšímu respondentovi bylo 44 let a nejstaršímu 78 let. Průměrný věk respondentů je 65,5 let.

Čtyři respondenti byli vyučeni, sedm respondentů vystudovalo střední školu s maturitou a jeden respondent měl vysokoškolské vzdělání.

Rozhovor s dvěma respondenty proběhl 1. pooperační den večer, rozhovor s třemi respondenty proběhl 2. pooperační den během dne, a 3. pooperační den dopoledne proběhl rozhovor se sedmi respondenty.



Jeden respondent před tímto výkonem nebyl nikdy s ničím hospitalizován, 1x byli hospitalizováni dva respondenti, 2x byli hospitalizováni dva respondenti, 3x bylo někdy hospitalizováno pět respondentů a 4x byli hospitalizováni dva respondenti.

## B. EDUKACE

**První otázka** položená respondentům zjišťovala, zda znají pojem „edukace“. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 3.

*Tab. 3. Znalost pojmu edukace*

B. EDUKACE		Počet respondentů
Znalost pojmu edukace	znají	3
	znají částečně	0
	vůbec neznají	9

Tabulka znázorňuje, jakou mají respondenti znalost termínu „edukace“. Tři respondenti odpověděli zcela jasně, co pojem edukace znamená a zbývajících devět respondentů tento termín neznali, ani po bližším vysvětlení. Pojem edukace byl respondentům osvětlen, aby chápali následně pokládané otázky.

**Druhá otázka** zjišťovala, v jakých oblastech byli respondenti edukováni před touto operací. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 4.

Tab. 4. Oblast edukace

B. EDUKACE		Počet odpovědí
Oblast edukace	průběh operace	6
	jméno operátora	2
	seznam věcí do nemocnice	1
	doba nástupu do nemocnice	10
	anestezie	10
	administrativa	1
	připravené pomůcky doma	8
	délka hospitalizace	3
	režimová opatření	9
	následná rehabilitační péče	2
	délka pobytu na JIP	4

Tabulka znázorňuje, o čem byli respondenti před operací edukováni. O průběhu operace bylo lékařem poučeno šest respondentů. Jméno operátora znali předem dva respondenti. Seznam věcí, které mají mít respondenti s sebou do nemocnice, uvedl pouze jeden respondent. O době nástupu do nemocnice bylo edukováno deset respondentů. S průběhem a možností anestezie bylo seznámeno také deset respondentů. Administrativní věci uvedl jeden respondent. Osm respondentů odpovědělo, že má doma nachystané základní pomůcky nutné po operaci. O pravděpodobné délce hospitalizace byli informováni tři respondenti. O základech režimových opatření bylo nějakým způsobem poučeno devět respondentů. O možnosti následné rehabilitační péče věděli dva respondenti. O délce pobytu na JIP byli informováni čtyři respondenti.

**Třetí otázka** zjišťovala, kteří pracovníci ze zdravotnického týmu poskytli informace respondentům ohledně očekávané operace. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 5.

Tab. 5. Poskytnutí edukace zdravotníky

B. EDUKACE		Počet odpovědí
Poskytnutí edukace zdravotníky	lékař na ambulanci	9
	sestra na ambulanci	5
	lékař na oddělení a JIP	5
	sestra na oddělení a JIP	7
	lékař anesteziolog	10

Z uvedených odpovědí vyplývá, že respondenti byli edukováni v ambulantním zařízení, a to lékařem devětkrát a sestrou pětkrát. Přimo na oddělení byli respondenti edukováni lékařem pětkrát a sestrou sedmkrát. Nejvíce respondentů, a to deset uvedlo, že byli poučení anesteziologem.

**Čtvrtá otázka** položená respondentům zjišťovala časové hledisko podání informací před samotnou operací. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 6.

Tab. 6. Časové hledisko podání edukace před operací

B. EDUKACE		Počet odpovědí
Časové hledisko podané edukace před OP	dopoledne	2
	večer před spaním	5
	odpoledne před OP	6
	žádná edukace	1

Z dvanácti respondentů polovina odpověděla, že jim byly poskytnuty informace odpoledne den před operací, což se všem jevilo jako nejvhodnější čas pro edukaci. Informace podané večer před spaním uvedlo pět respondentů a informace podané dopoledne uvedli dva respondenti. Jedna respondentka uvedla, že informace jí byly podány jak dopoledne, tak večer. Jeden respondent uvedl, že u něj neproběhla absolutně žádná edukace.

**Pátá otázka** zjišťovala, zda byly informace podávány respondentům v období před operací srozumitelné a zda byli respondenti schopni pojmout tyto informace najednou. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 7.

Tab. 7. Srozumitelnost získaných informací

B. EDUKACE		Počet odpovědí
Srozumitelnost získaných informací	dostatečná	10
	částečně dostatečná	1
	nedostatečná	1

Pro deset respondentů byly podané informace zcela dostatečné a srozumitelné, v některých případech uvedli, že jim byly informace několikrát zopakované, tudíž si informace zapamatovali. Částečnou srozumitelnost uvedl jeden respondent, a to z důvodu nedostatečné spolupráce lékaře. Jeden respondent tvrdil, že žádné informace od nikoho nedostal.

Šestá a sedmá otázka položená respondentům zjišťovala, jakou formu edukace před operací by preferovali a jaká forma edukace jim byla podána. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 8.

Tab. 8. Preference a podaná forma edukace

B. EDUKACE		Počet odpovědí	
Preference a podání edukace	Preference poučení	rozhovor	8
		video	4
		brožura	8
	Podání edukace	rozhovor	9
		tiskopis	5
		internet	1
		žádná	1

Z průzkumu vyplynulo, že osm respondentů by preferovalo edukaci formou rozhovoru, a většinou uvedli, že rozhovor lidé vnímají lépe. Informační brožuru by preferovalo také osm respondentů, a to z důvodu možnosti opakovaného nahlédnutí. Video by preferovali čtyři respondenti, jeden uvedl, že by si záznam mohl pouštět opakovaně na tabletu, jedna respondentka by ráda viděla celou operaci na videu a jeden respondent by si vybral obě možnosti, jak pohovor, tak video. Jeden respondent by navíc uvítal možnost podívat se přímo na komponenty kyčelní endoprotézy a „osahat si je“.

Na otázku, jaká forma edukace byla klientům opravdu podána, odpovědělo devět respondentů, že s nimi zdravotníci hovořili, z těchto devíti respondentů tři uvedli, že ještě byli edukováni prostřednictvím tiskopisů. Tiskopisy uvedli ještě další dva respondenti, celkem tedy šest respondentů. Jeden respondent si kromě pohovoru našel informace na internetu. Jeden respondent uvedl, že u něj žádná edukace neproběhla.

### C. NÁVŠTĚVA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ PŘED HOSPITALIZACÍ

**Osmá otázka** zkoumala, zda by respondenti uvítali návštěvu zdravotnického zařízení před vlastní hospitalizací, pokud by to jejich zdravotní stav dovozoval. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 9.

*Tab. 9. Návštěva ZZ před hospitalizací*

C. NÁVŠTĚVA ZZ PŘED HOSPITALIZACÍ		Počet odpovědí
Návštěva ZZ	ano	6
	nevyužil (a) bych tuto možnost	4
	zcela zbytečné	2

Polovina dotázaných respondentů uvedla, že by návštěvu ZZ uvítala, a jako důvody uvedli například to, že by si prohlédli prostředí a měli by menší obavy z hospitalizace nebo výkonu a věděli by, „do čeho jdou“. Čtyři respondenti uvedli, že by tuto možnost s největší pravděpodobností nevyužili a jako důvod uvedli, že „pokud toho člověk moc ví, tak se také více bojí“, nebo „že by stejně asi nic neovlivnili“. Dva respondenti uvedli jednoznačně, že by to bylo pro ně zcela zbytečné.

### D. POOPERAČNÍ BOLEST

**Devátá otázka** zjišťovala, jak velké měli respondenti obavy z pooperační bolesti.

Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 10.

Tab. 10. Obavy z pooperační bolesti

D. OBAVY Z POOPERAČNÍ BOLESTI		Počet odpovědí
Pooperační bolest	žádné obavy	5
	částečné obavy	5
	velké obavy	2

Na otázku, jaké měli obavy respondenti z pooperační bolesti, odpověděli následovně. Pět respondentů odpovědělo, že žádné obavy neměli, neboť u některých respondentů byla bolest kloubu tak velká, že ani pooperační bolest pro ně by nebyla horší, někteří respondenti, kteří měli nějaký chirurgický zákrok za sebou, zase věděli, že se bolesti obávat nemusí. Jeden respondent uvedl, že má vysoký práh bolesti, takže se proto neobával.

Pět dalších respondentů uvedlo, že měli obavy částečné, a byli to většinou ti, co neměli zkušenost s epidurální anestézií. Dva respondenti uvedli, že měli obavy velké.

**Desátá otázka** položená respondentům zjišťovala, zda vědí, jakými způsoby lze tišit pooperační bolest. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 11.

Tab. 11. Znalost způsobu tišení pooperační bolesti

D. ZNALOST ZPŮSOBU TIŠENÍ BOLESTI		Počet odpovědí
Pooperační bolest	analgetika aplikovaná do žíly	9
	analgetika aplikovaná do svalu	9
	analgetika aplikovaná do EPI katetru	11
	analgetika aplikovaná ústy (tablety)	8
	analgetika aplikovaná do kůže	1
	ledování rány	6
	úlevová poloha	0

Na otázku, zda respondenti vědí, jak tišit pooperační bolest, odpověděli z velké většiny shodně. Devětkrát bylo respondenty odpovězeno, že byli edukováni o aplikaci analgetik do žíly a stejně tak do svalu. Nejvíce odpovědí, a to jedenáct, uvedli respondenti v souvislosti s aplikací analgetik do epidurálního katetru. Tablety podávané ústy uvedlo osm respondentů, ledování rány zmínilo šest respondentů. Aplikaci analgetika do kůže uvedl jeden respondent.

**Jedenáctá otázka** zjišťovala, který způsob tišení pooperační bolesti by respondenti preferovali, pokud by museli operaci podstoupit znovu. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 12.

*Tab. 12. Preference způsobu tišení pooperační bolesti*

<b>D. PREFERENCE ZPŮSOBU TIŠENÍ POOPERAČNÍ BOLESTI</b>		<b>Počet odpovědí</b>
Pooperační bolest	injekce do kůže	1
	analgetika do EPI katetru	11

Na tuto otázku byly odpovědi respondentů téměř shodné a jednoznačné. Jedenáct respondentů uvedlo, že by znovu zvolili možnost epidurální analgezie, jen jedna respondentka uvedla, že by preferovala aplikaci analgetika do kůže.

## **E. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ**

**Dvanáctá otázka** zjišťovala, jaká znají respondenti režimová opatření, která jsou nutná dodržovat po TEP kyčle zhruba první tři měsíce po operaci, a tím zjistit míru edukace v této oblasti.

Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 13.

*Tab. 13. Znalost režimových opatření*

<b>E. ZNALOST REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ</b>		<b>Počet odpovědí</b>
Režimová opatření	pevné, vyšší lůžko	8
	polštář (klín) mezi kolena	8
	přizpůsobení výšky sezení	11
	pevná obuv	3
	neohýbat se přes 90°	6
	nenosit těžká břemena	1
	nekřížit DKK	8
	chůze o berlích	9
	cvičit a posilovat	2
	odstranění prahů a rohožek	1

Dotazem na tuto otázku jsme zjistili, že nejvíce byli respondenti edukováni o přizpůsobení výšky sezení, toto odpovědělo jedenáct respondentů. Nutnost pevného vyššího lůžka a pol-

štáře mezi kolena uvedlo osm respondentů. Devěkrát respondenti uvedli, že vědí o nutnosti používání berlí. Z osmi odpovědí respondentů vyplývá, že věděli o nebezpečí vykloubení v případě překřížení DKK. Šest respondentů vědělo, že se nesmí příliš ohýbat, také z důvodu vykloubení. Tři respondenti byli edukováni o vhodnosti pevné obuvi a dva byli edukováni o cvičení a posilování. Dvě odpovědi jsme zaznamenali v oblasti nenošení těžkých břemen a jednu odpověď na odstranění rohožek a prahů v domácnosti.

**Třináctá otázka** zjišťovala, do jaké míry byli respondenti edukováni o pomůckách, které by měli mít doma připravené po ukončení hospitalizace. Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 14.

*Tab. 14. Pomůcky potřebné po TEP kyčelního kloubu*

E. POMŮCKY POTŘEBNÉ PO TEP KK		Počet odpovědí
Režimová opatření	berle	6
	nazouvací lžice	6
	protiskluzová podložka do vany	6
	nástavec na WC	11
	madla v koupelně	10
	sedátko do vany (sprchy)	4
	navlékač ponožek	1
	prodloužená ruka (podavač)	2

Tabulka 15 ukazuje, že ve většině případů mají doma respondenti připraven nástavec na WC, a to v jedenácti případech, a madla v koupelně, a to v deseti případech. Šestkrát nám odpověděli respondenti, že mají doma protiskluzovou podložku do vany, dlouhou obouvací lžici a berle. Sedátko do vany uvedli čtyři respondenti. O navlékači ponožek věděl jeden respondent a o možnosti podavače věcí ze země věděli dva respondenti.

## F. ZNALOST KOMPLIKACÍ

**Čtrnáctá otázka** zkoumala, do jaké míry byli respondenti edukováni o komplikacích, které mohou i po propuštění do domácího ošetřování nastat.

Výčet jevů, které se při odpovědích vyskytly, shrnuje tabulka 15.



Tab. 15. Znalost komplikací

F. ZNALOST KOMPLIKACÍ		Počet odpovědí
Komplikace	otok končetiny	4
	omezení či nemožnost pohybu	2
	bolestivost	10
	TEN	3
	↑ TT	5
	zarudnutí kolem rány	5

Nejvíce odpovědí, a to deset, bylo uvedeno v souvislosti s bolestí, naopak jen dvě odpovědi byly zaznamenány v souvislosti omezením či nemožností pohybu. Čtyřikrát respondenti odpověděli, že jako komplikaci by vnímali otok operované končetiny. Po jedné odpovědi jsme zaznamenali u uvedení komplikace zarudnutí kolem operační rány, zvýšené tělesné teploty, nebo riziko trombózy či embolie.

## 7 DISKUSE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit úroveň edukace u pacientů po TEP kyčelního kloubu. O tom, že tato problematika je stále aktuální, svědčí fakt, že se daným tématem zabývalo v minulosti více bakalářských či diplomových prací. Jak napovídá název bakalářské práce, dobrá edukace přispívá ve velké míře ke kvalitní pooperační péči pacientů podstupujících implantaci kyčelního kloubu. Na základě výzkumného šetření o dané problematice vznikla následující diskuse, kde bylo naším cílem mimo jiné porovnat závěry této bakalářské práce s jinými výzkumnými šetřeními na obdobné téma.

K naplnění cílů byla použita metoda polostrukturovaného typu rozhovoru s dvanácti respondenty po první totální náhradě kyčelního kloubu. Respondenti byli vybráni dle kritérií uvedených v bakalářské práci a z mého pohledu byli ve vyrovnaném psychickém a uspokojivém zdravotním stavu. V opačném případě by toto výzkumné šetření nebylo možno uskutečnit. Ihned po ukončení rozhovoru byl každý respondent edukován v oblasti, v níž jsem zjistila deficit znalostí.

Výsledky výzkumného šetření jsme porovnávali se třemi výzkumnými šetřeními na podobné téma, která proběhla v letech 2011-2015. Ve dvou případech se jednalo o kvantitativní šetření a v jednom případě o šetření kvalitativní. Jde o bakalářské práce na téma „Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu“ Moniky Matuškové, „Propuštění pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu a ošetrovatelská péče“ Hany Válešové a „Informovanost klientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s.“ Kláry Doudové.

**Prvním cílem** bylo zjistit efektivní načasování edukace o následné pooperační péči. Nejdříve jsme zjišťovali, zda respondenti znají pojem edukace. Z dvanácti respondentů pouze tři odpověděli správně a většina, tedy devět respondentů, se s tímto termínem neselekala. Význam slova edukace byl respondentům následně vysvětlen, abychom mohli pokračovat v dalším výzkumném šetření. Zde se ukazuje, jak riskantní může být používání cizích slov. Musíme brát v úvahu skutečnost, že zvláště klienti vyšších věkových skupin či senioři mají v tomto ohledu insuficientní znalosti. Pokud by nedošlo k vysvětlení pojmu edukace v počáteční fázi výzkumného šetření, mohlo by navazující výzkumné šetření vyznít jako kontraproduktivní.

Devět respondentů uvedlo, že byli poučeni, kdy se mají dostavit k nástupu do nemocnice. Z výzkumu vyplynulo, že tuto informaci jim poskytla sestra na ortopedické ambulanci. Většina respondentů také uvedla, že mají mít doma nachystané pomůcky a jsou seznámeni s režimovými opatřeními, toto potvrdila ve své práci i Matušková (2011). Největší deficit edukace jsme zaznamenali v těchto oblastech: jméno operátora, seznam věcí do nemocnice, délka pobytu na JIP a následná rehabilitační a lázeňská péče. Naopak Matušková (2011) ve své práci udává, že 90 % respondentů bylo edukováno během hospitalizace v oblasti rehabilitační a lázeňské péče. Sosna (2001, s. 20) ve své publikaci uvádí, že u žen je nutno naplánovat termín operace mimo období menstruace, že je také nutné absolvovat předoperační interní vyšetření, a upozorňuje na skutečnost možnosti odběru krve na tzv. autotransfuzi. Dále upozorňuje, že by měl pacient před nástupem do nemocnice vyřídít nezbytné administrativní úkony, jako je např. návštěva banky, úřadů atd., neboť zhruba šest týdnů po operaci budou kladeny velké nároky na celkovou kondici organismu a pacient nebude moci vykonávat běžné denní činnosti. Toto v našem výzkumu nezmínil žádný respondent, ani autoři jiných prací námi vybraných pro porovnání tyto skutečnosti neuvádějí.

Dále téměř shodně respondenti odpověděli, že nejvíce informací si zapamatovali odpoledne, když byli uloženi na lůžko a s nastalou situací se vyrovnali a „uklidnili se“.

Při samotném příjmu do zdravotnického zařízení bylo pro respondenty vše hektické a podané informace si pamatovali hůře. Téměř pro všechny respondenty byla poskytnutá edukace dostatečná, pouze jeden respondent uvedl, že nebyl edukován nikdy a o ničem. V tomto ohledu se v průzkumu shodujeme s Valešovou (2012), která také ve své práci uvedla, že informace od sester byly pro respondenty dostačující. Dále uvádí, že by respondenti rádi dostali některé informace o pooperačním režimu ještě před nástupem k hospitalizaci. Tomuto tématu jsme se v průzkumu také věnovali a položili jsme respondentům otázku, zda by uvítali návštěvu zdravotnického zařízení před vlastní hospitalizací, tzv. edukační setkání, kde by všechny potřebné informace dostali uceleně s možností prohlídky oddělení, eventuálně možností nácviku chůze o berlích, což některým pacientům dělá po operaci značné obtíže. Toto mohu potvrdit z vlastní praxe. Jak uvádí Dungal (2014, s. 797), předoperační rehabilitace by byla ideální, ale bohužel naráží na organizační a finanční překážky. Pacient, který po operaci kyčle ovládá chůzi o berlích a předem zná potřebná cvičení, reaguje mnohem lépe na pooperační rekonvalescenci a v konečném důsledku toto může zkrátit dobu jeho hospitalizace. Edukace pacienta s ohledem na předpokláda-

né obtíže při chůzi po operaci výrazně snižuje psychickou zátěž, která může upravovat efekt pooperační rehabilitace.

Polovina respondentů by výše zmiňovanou nabídku o návštěvě zdravotnického zařízení určitě využila. Druhá polovina respondentů jako důvod nevyužití této možnosti uvedla, že „pokud toho člověk moc ví, víc se také bojí a že by pravděpodobně nic neovlivnili“. Dva respondenti toto označili za zcela zbytečné. Od žádného z mých respondentů jsem však nezaznamenala obavy z následné rehabilitace a chůze o berlích, ani nevznesli požadavek toto ovládat před operací.

**Druhým cílem** bylo zjistit, kteří zdravotničtí pracovníci poskytli respondentům edukaci. Z našeho průzkumu pramení, že stejným dílem poskytli edukaci respondentů lékař a sestra na ambulanci. Na oddělení ZZ však větší mírou poskytly edukaci sestry než lékaři. Domnívám se, že důvodem je častější kontakt sester s pacientem a podaná edukace od sester pacientům připadá srozumitelnější, protože sestry záměrně v komunikaci nepoužívají tolik odborných výrazů jako lékaři. Fyzioterapeuta neuvedl žádný respondent, což se shoduje v již výše uvedeném odstavci, kdy naši respondenti nebyli edukováni o rehabilitační a lázeňské péči. V oblasti edukace před operací většina respondentů uvedla, že byli dobře poučeni lékařem anesteziologem o možnostech a průběhu anestezie. Z tohoto zjištění je tedy zřejmé, že většina respondentů si po rozhovoru s anesteziologem a na jeho doporučení zvolila epidurální anestezii. Ke stejnému závěru dospěla ve své práci i Doudová (2015), která uvedla, že také většina dotazovaných byla s anesteziologickým konsiliem spokojena a označila jej za prospěšné. Jako nejčastější formu podané edukace označili respondenti rozhovor a na druhém místě tiskopis. Tyto dvě možnosti také uvedli jako odpověď na otázku, zda jim tento způsob edukace vyhovoval. Ke stejnému zjištění dospěla ve své práci i Matušková (2011), která udává, že forma ústní edukace či brožury vyhovovala 75 % dotazovaných.

Zájem o edukační video měli jen čtyři respondenti. Domnívám se, že je to z důvodu vyššího věku respondentů, a tudíž nízké znalosti informačních technologií.

Na otázku, jakou formu edukace by před operací preferovali, respondenti uvedli, že nejvíce by jim vyhovoval rozhovor, a to z důvodu okamžitého objasnění nejasností. Na druhém místě respondenti uvedli brožuru a zde jako důvod uvedli možnost opakovaného nahlédnu-

tí do letáku. Jeden respondent by navíc uvítal možnost podívat se přímo na komponenty kyčelní endoprotézy a „osahat si je“.

Ve **třetím cíli** jsme zjišťovali, jaké mají respondenti znalosti o tišení bolesti po operaci a jak byli v této problematice edukováni. Z šetření vyplynulo, že respondenti měli obavy z pooperační bolesti částečné nebo dokonce žádné. Jsme přesvědčeni, že tento výsledek je odrazem dobré informovanosti respondentů anesteziologem, který jim nastínil možnosti léčby pooperační bolesti, toto jsme vysvětlili již v předchozím cíli. Ke stejnému závěru došla ve svém výzkumu i Doudová (2015). Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že i přes opakované podávání informací o možnostech tišení bolesti se někteří pacienti ostýchají říci si o aplikaci analgetik. Pro zdravotníky je tudíž někdy celkem náročné edukovat klienty, jak důležitou roli v pooperační léčbě analgetika mají. Jak ve své knize uvádí Kapounová (2007, s. 138), je nutno opakovaně vyzvat pacienty, aby co nejdříve upozornili sestru na již počínající bolest, aby mohla být analgetika podána záhy, ne až když je nastoupená bolest intenzivní. Dále uvádí používat podpůrné psychologické prostředky, jako jsou vstřícné chování, vlídné slovo nebo edukovat pacienta o zaujímání úlevové polohy.

V našem průzkumu si kromě jedné respondentky všichni vybrali na doporučení anesteziologa epidurální anestezii s následnou pooperační analgezií přímo do epidurálního katetru. Z průzkumu je zřejmé, že všichni respondenti byli s touto formou analgezie spokojeni a zvolili by si ji znovu, i když měli znalosti také o jiných formách aplikace analgetik.

Ve **čtvrtém cíli** jsme zjišťovali poznatky pacientů o režimových opatřeních, komplikacích po operaci kyčle a znalostech pomůcek, které budou po příjezdu z nemocnice doma potřebovat. S naším průzkumem se shoduje i průzkum Matuškové (2001), kde respondenti shodně uvedli nejčastější režimová opatření, která je nutno po operaci dodržovat. Jedná se o klín či polštář mezi kolena, vyšší lůžko, zvýšenou výšku sezení, nekřížení dolních končetin, neohýbat se více než 90 stupňů. Dle Dungla (2014, s. 799) po celou dobu rehabilitace určuje operatér, jak velkou zátěž má mít operovaná dolní končetina.

Z pomůcek, které by měli mít respondenti doma, se s Matuškovou (2011) shodujeme v používání madel v koupelně a na WC či v používání berlí. Respondenti v našem průzkumu ještě uvedli, že doma mají dlouhou nazouvací lžici, protiskluzovou podložku do sprchy. O navlékači ponožek či „prodloužené ruce“, čili podavači věcí respondenti nevěděli. Celkem osm respondentů uvedlo, že mají doma nachystané základní pomůcky nutné po operaci.

V oblasti znalostí možných komplikací měli respondenti v našem výzkumném šetření rozporuplné informace. Téměř všichni respondenti označili jako komplikaci bolest, polovina ještě uvedla zvýšenou tělesnou teplotu a zarudnutí kolem operační rány. V tomto se neshodujeme s prací Matuškové (2011), která uvádí, že 91,67 % respondentů uvedlo jako hlavní komplikaci luxaci kyčle, 83,33 % respondentů uvedlo embolii, a 70 % respondentů označilo infekci. Přičemž o tomto výsledku lze diskutovat, neboť 83,3 % našich respondentů uvedlo jako hlavní komplikaci bolestivost, což je jeden z příznaků luxace, zvýšená tělesná teplota a zarudnutí kolem rány mohou být příznaky infekce.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň edukace u pacientů po TEP kyčle. Toto téma jsem si vybrala proto, že pracuji s ortopedickými pacienty a tato problematika mě zajímá.

V teoretické části popisujeme stavbu a funkci kyčelního kloubu, objasňujeme typy endoprotéz, indikace a kontraindikace k operaci. Dále popisujeme bezprostřední péči po operaci na jednotce intenzivní péče a objasňujeme problematiku edukace.

V dílčích cílech jsme zjišťovali efektivní načasování edukace, kterými zdravotnickými pracovníky byli respondenti edukováni a dále zda mají pacienti vědomosti o možnostech tišení bolesti, režimových opatřeních a pomůckách.

Výzkumné šetření této práce, které proběhlo formou polostrukturovaného typu rozhovoru, přineslo následující výsledky.

První dílčí cíl nám vypověděl o efektivitě načasování edukace z pohledu pacienta. Většina respondentů uvedla, že nejvíce informací si zapamatovali odpoledne po přijetí do nemocnice. Při pobytu na JIP označili podanou edukaci za nadstandartní a zcela vyhovující. Zjistili jsme, že by se respondenti nebránili ani předoperačnímu edukačnímu setkání, kde by jim byly podány komplexní informace o všem, co je čeká od všech zdravotnických pracovníků. V kraji Vysočina tato edukační setkání pořádají nemocnice Pelhřimov a Havlíčkův Brod. I v Nemocnici Jihlava zvažují tuto možnost edukace u pacientů podstupující totální endoprotézy. Hlavní sestra nemocnice je seznámena s tématem mé bakalářské práce a tudíž mne oslovila, zda bych po zpracování této práce využila svých poznatků a v budoucnu se mohla na těchto edukačních lekcích spolupodílet. Vzhledem k tomu, že jsem v průzkumu zjistila některé deficitní znalosti a ze strany respondentů zájem o tyto edukační lekce, vážně o této nabídce uvažuji.

Ve druhém dílčím cíli jsme zjistili, že edukace byla poskytnuta respondentům převážně od anesteziologa, lékaře na oddělení či ambulanci a od všeobecných sester. Fyzioterapeuta neuvedl žádný respondent. Toto by se mohlo na našem pracovišti změnit, pokud by byla realizována již výše uvedená edukační setkání.

Naším třetím cílem bylo zjistit vědomosti pacientů o možnostech tišení bolesti. Zde jsme zjistili, že na této části edukace se nejvíce podílí anesteziolog, který respondentům mimo jiného dopodrobna vysvětlí a nabídne možnost analgezie. Z našeho šetření tudíž vyplynulo, že respondenti neměli žádné obavy z pooperační bolesti, nebo jen částečné.

Úroveň znalostí pacientů o režimových opatřeních, pomůckách a komplikacích jsme zjišťovali ve čtvrtém dílčím cíli. Z tohoto šetření vyplynulo, že respondenti mají základní představu o opatřeních, která mají dodržovat po operaci, totéž platí i o pomůckách a komplikacích. K tomuto účelu jsem vytvořila přehlednou brožuru na toto téma a bude použita pro pacienty po totální endoprotéze kyčle. Brožura je přiložena k bakalářské práci.

Z tohoto šetření vyplývá, že je důležité, aby si pacienti vhodnou a opakovanou edukací uvědomili, že operační výkon je pouze prvním krokem k uzdravení. Důležitý je jejich přístup k léčbě, rekonvalescenci a dodržování režimových opatření nejen během hospitalizace, ale i v domácím prostředí. Aby byl celý edukační proces úspěšný, je důležitá týmová spolupráce lékařů, sester, fyzioterapeutů a dalších zdravotnických pracovníků.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny). *Léčba akutní pooperační bolesti: doporučené postupy diagnostiky a terapie*. Anesteziologie & intenzivní medicína. 2008, roč. 19, č. 3, s. 162-169. ISSN 1214-2158.

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.

GABRHELÍK, Jan a Marek PIERAN, 2012. *Intenzivní medicína pro praxi: Léčba pooperační bolesti*. Praha, r. 14., č. 1. ISSN 1212-7299.

GALLO, Jiří. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2486-6.

HALÁSOVÁ, Marie a Věra PANOŠOVÁ, Život po endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 10, s. 65-67. ISSN 1210-0404.

HEAPOVÁ, Petra a kol. Urologie pro praxi: *Odběr autotransfuze a akutní normovolemická hemodiluce na JIP*. 2006, 7(3), s. 137-138. ISSN 1213-1768.

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

CHLUMSKÝ, Jaromír, 2005. *Antikoagulační léčba*. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 244 s. ISBN 8024777401, 9788024777405.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 8024744120.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2000. Lékařství. ISBN 80-85866-55-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KASAL, Eduard, a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 9788024605562.

KOUDELA, Karel. *Ortopedie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0654-2.

KNÍŽOVÁ, Kateřina, 2008. *LTV u totální endoprotézy kolenního a kyčelního kloubu*. *Florence*. roč. 4., č. 1., s. 29-30. ISSN 1801-464X.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

LARSEN, Reinhard. *Anestezie*. Vyd. 2. české. Překlad Jarmila Drábková. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0476-5.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.

MATOUŠ, Miloš, Miluše MATOUŠOVÁ a Miroslav KUČERA. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0886-8.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.

NEMCOVÁ, Jana, HLINKOVÁ, Edita (ed.). *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, c2010. ISBN 978-80-8063-321-9.

RANKIN, Sally H, Karen Duffy STALLINGS a Fran LONDON. *Patient education in health and illness*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, c2005. ISBN 0781748496.

REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-549-5.

RIEBELOVÁ, Věra, Milada FRANCŮ a Jan VÁLKA. *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2000. Trendy soudobé chirurgie. ISBN 80-7262-033-9.

SOSNA, Antonín, David JAHODA a David POKORNÝ. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-302-4.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠIRŮČKOVÁ, Miluše. Typy totálních endoprotéz: terapie a rehabilitace. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 60-62. ISSN 1210-0404

TRČ, Tomáš. *Komplikace náhrady kyčelního kloubu*. *Postgraduální medicína*, 2008c, roč. 10, č. 8, s. 911-914. ISSN 1212-4184.

VAŇKOVÁ, M. 2006. Předoperační ošetrovatelská péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. r. 2., č. 9, s. 343. ISSN 1801-1349.

ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 8024728443.

ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osve-ta, c2005. ISBN 80-8063-193-X.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006. *Sestra* (Grada). ISBN 80-247-1714-X.

**Internetové zdroje:**

*Náhrady kyčelního kloubu* [online video], ©2009. Praha: Meditorial, datum aktualizace 3. 12. 2009, datum publikování 7. 6. 2011 [cit. 2016-02-17]. Natočeno pro: Nemocnice\_Hořovice. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/video/doslouzil-vam-stary-kloub-vymente-jej-8305>

ORTHO P.A.S. - Ortopedický pooperační autotransfúzní systém. *Nemocnice Nové Město na Moravě: Ortopedické oddělení*[online]. 2013 [cit. 2015-10-11]. Dostupné z: <http://www.nnm.cz/2011/soubory/ortopas.pdf>

Používáme ORTHO P.A.S. *Nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. 2010 [cit. 2015-10-11]. Dostupné z: <http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=824>

*Zdravotnická statistika: Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2012* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012, str. 78 [cit. 2015-10-11]. ISBN 978-80-7472-090-1. ISSN 1803-0130. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-nemocnicich-cr-2012>

**Bakalářské práce:**

DOUDOVÁ, Klára, 2015. *Informovanost klientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s.* České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová.

MATUŠKOVÁ, Monika, 2011. *Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu.* Zlín. Bakalářská práce. UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Pavla Kudlová, Ph.D.

VALEŠOVÁ, Hana, 2012. *Propuštění pacienta po TEP kyčelního kloubu a ošetrovatelská péče.* České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Bc. Marcela Stýblová.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

CŽK	Centrální žilní katetr
EKG	Elektrokardiograf
GCS	Glasgow Coma Scale
JIP	Jednotka intenzivní péče
LWMH	Low molecular weight heparin
Ortho P.A.S.	Ortopedický pooperační autotransfúzní systém
PMK	Permanentní močový katetr
RSS	Ramsay Sedation Scale
SpO <sub>2</sub>	Saturace krve kyslíkem
TEN	Tromboembolická nemoc
TEP	Totální endoprotéza
TT	Tělesná teplota
VAS	Vizuální analogová škála
ZZ	Zdravotnické zařízení

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

- Obr. 1. Jednotka intenzivní péče
- Obr. 2. Lůžko na JIP
- Obr. 3. Ortho P.A.S.
- Obr. 4. Ortho P.A.S. - detail
- Obr. 5. Ortho P.A.S. – začátek přepouštění krve
- Obr. 6. Ortho P.A.S. – konec přepouštění krve
- Obr. 7. Ortho P.A.S. – detail retransfúzního setu
- Obr. 8. Ortho P.A.S. – začátek aplikace retransfúze
- Obr. 9. Ortho P.A.S. – detail aplikace retransfúze
- Obr. 10. Ortho P.A.S. – detail aplikace pacientovi

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Kategorizace dat .....	38
Tab. 2. Identifikační údaje respondentů.....	39
Tab. 3. Znalost pojmu edukace .....	40
Tab. 4. Oblast edukace.....	41
Tab. 5. Poskytnutí edukace zdravotníky .....	42
Tab. 6. Časové hledisko podání edukace před operací .....	42
Tab. 7. Srozumitelnost získaných informací .....	43
Tab. 8. Preference a podaná forma edukace .....	43
Tab. 9. Návštěva ZZ před hospitalizací .....	44
Tab. 10. Obavy z pooperační bolesti .....	45
Tab. 11. Znalost způsobu tišení pooperační bolesti.....	45
Tab. 12. Preference způsobu tišení pooperační bolesti.....	46
Tab. 13. Znalost režimových opatření .....	46
Tab. 14. Pomůcky potřebné po TEP kyčelního kloubu .....	47
Tab. 15. Znalost komplikací .....	48

**SEZNAM PŘÍLOH**

- P I Žádost o umožnění výzkumného šetření
- P II Otázky k rozhovoru
- P III Záznamový arch k rozhovoru
- P IV Rozhovor 1
- P V Rozhovor 2
- P VI Rozhovor 3
- P VII Rozhovor 4
- P VIII Rozhovor 5
- P IX Rozhovor 6
- P X Rozhovor 7
- P XI Rozhovor 8
- P XII Rozhovor 9
- P XIII Rozhovor 10
- P XIV Rozhovor 11
- P XV Rozhovor 12
- P XVI Obrázky




# PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění kvalitativního šetření formou rozhovorů na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (~~prezenční~~ – kombinovaná forma studia).

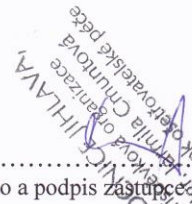
Jméno a příjmení studenta	Marcela Rohovská	
Téma bakalářské práce	Edukace pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu vedoucí ke kvalitní pooperační péči	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Petr Snopek, DiS.	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	Pacienti po operaci TEP kyčle	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
TRM/ORT JIP, nem. Jihlava, p.o.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

26 -11- 2015  
Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
.....  
razítko a podpis zastupce zařízení

NEMOHNÁ  
Příjemná organizace  
Městská nemocnice  
Jihlava  
Ústav ošetrovatelské péče

## **PŘÍLOHA P II: OTÁZKY K ROZHOVORU**

### **EDUKACE PACIENTŮ PO TEP KYČLE VEDOUcí KE KVALITNÍ POOPERAČNÍ PÉČI**

**HC: Zjistit úroveň edukace pacientů po TEP**

**DC: Zjistit efektivní načasování edukace o následné pooperační péči z pohledu pacienta**

Zjistit, kterými zdravotnickými pracovníky byla edukace realizována

Zjistit vědomosti pacientů o možnostech tišení bolesti na JIP

Zjistit úroveň znalostí pacientů o režimových opatřeních po TEP

---

**VĚK, POHLAVÍ, POOPERAČNÍ DEN, DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ, POČET CELKOVÝCH HOSPITALIZACÍ**

---

1. Co si představíte pod pojmem edukace?
2. O čem jste byl před touto operací edukován?
3. Kteří zdravotničtí pracovníci vám informace poskytli?
4. Kdy Vám byly tyto informace z časového hlediska podány?
5. Byl jste schopen množství informací pojmout najednou, byly pro vás srozumitelné?
6. Jakou formu poučení před operací byste preferoval?
7. Jaká forma poučení vám byla podána?  
-----
8. Ocenil byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací, kde byste byl o všem, co vás čeká ohledně pooperačního režimu, obeznámen jednotlivými členy zdravotnického týmu?  
-----
9. Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?
10. Víte, jakými způsoby lze tišit pooperační bolest?
11. Co byste upřednostnil ve výběru tišení pooperační bolesti?  
-----
12. Můžete vyjmenovat, jaká jsou režimová opatření po TEP kyčle?
13. Můžete vyjmenovat, jaké pomůcky byste měl mít doma připravené po návratu z nemocnice?
14. Můžete vyjmenovat komplikace, které mohou po operaci nastat?

## PŘÍLOHA P III: ZÁZNAMOVÝ ARCH K ROZHOVORU

ZÁZNAMOVÝ ARCH V ROZHOVORU K OTÁZKÁM Č. 10, 12, 13, 14				
Respondent č.:				Datum:
Věk:	Pohlaví:	Pooperační den:	Vzdělání:	Počet hospít.:
<b>Otázka č.10 - Víte jakými způsoby lze tišit pooperační bolest?</b>				
→ analgetika podávaná do žíly				
→ analgetika podávaná do svalu				
→ analgetika podávaná do kůže				
→ analgetika podávaná do EPI katetru				
→ analgetika podávaná ústy				
→ ledování rány				
→ úlevová poloha				
<b>Otázka č.12 - Popište, která režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?</b>				
→ pevné lůžko				
→ polštář či klín mezi kolena				
→ přizpůsobit výšku sezení				
→ cvičení, posilování				
→ pevná obuv				
→ odstranění koberečků, rozhožek či prahů				
→ nenosit těžká břemena				
→ bandážování dolních končetin				
→ nekřížit dolní končetiny				
<b>Otázka č.13 - Vyjmenujte pomůcky, které je nutno mít doma připravené</b>				
→ nazouvací lžice				
→ protiskluzová podložka do vany				
→ nástavec na WC				
→ madla do koupelny				
→ sedátko do vany či sprchy				
→ navlékač ponožek				
→ berle				
<b>Otázka č.14 - Které komplikace v souvislosti s TEP kyčle znáte?</b>				
→ otok operované končetiny				
→ bolestivost operované končetiny				
→ nemožnost či omezení v pohybu				
→ riziko TEN				
→ zvýšená tělesná teplota				
→ zarudnutí kolem operační rány				

## PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR 1

ROZHOVOR č. 1	
Co si představíte pod pojmem edukace?	Řekla bych, že edukace je příprava pacientů, nebo seznámení s tím co se bude s pacientem dít.
O čem jste byla před operací edukována?	Při první návštěvě mě pan doktor na ortopedické ambulanci objednal na podzim a žádné jiné informace mi nepodal. Až při druhé návštěvě mi dal k prostudování nějaké formuláře, zhruba mi řekl jak to bude probíhat a sestřička mi řekla co si mám vzít s sebou. A pan doktor mi řekl, kdo mě bude operovat.
Sestřička na ambulanci Vás o něčem informovala?	
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	Hodně mi řekl pan doktor z revmatologie i pan doktor na ortopedické ambulanci a řekl, kdy mám nastoupit do nemocnice.
Byly Vám poskytnuty informace na operačním sále?	Na sále mi řekli jak mě uspi, že mi budou dávat něco do žíly,
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	Tak já jsem si našla na internetu co mě čeká a jak to bude zhruba probíhat, jinak si nevzpomínám, že by se mnou někdo na toto téma mluvil. Ale sestřička mi všechno přišla říct odpoledne.
Byla jste schopna množství informací pojmut najednou, byly pro Vás srozumitelné?	Bylo to v pohodě, vše jsem si zapamatovala, těch informací zase tolik nebylo.
Jsou pro Vás všechny informace podané na JIP srozumitelné?	Supr, bylo to srozumitelné, bylo to i příjemné, protože jsem věděla co mě čeká, co se mnou budete dělat.
Jakou formu poučení před operací by jste preferovala?	Důslednější vysvětlení od zdravotníků, protože si myslím, že rozhovor lidé vnímají lépe. Film ne, ten si můžu pustit na internetu, to mi celkem nic neřekne. Je mi milejší když mi to sestřička nebo pan doktor vysvětlí. Co smím, co nesmím, na co se mám šetřit,...to je pro mě srozumitelnější.
Jaká forma poučení vám byla podána?	Pohovor se zdravotníkem, všechno mi vysvětlili.
Ocenila byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	To by vůbec nemuselo být špatné. Protože někteří lidé jsou bojácnější a takhle, kdyby se do toho nemocničního prostředí předem podívali, tak by je to uklidnilo.
Jak velké jste měla obavy z pooperační bolesti?	Neměla jsem ani tak obavy z pooperační bolesti, jako to, že budu mít bolest, až se začnu rozcházet. Z toho mám daleko větší obavy. Tady na JIPce vím, že mě nic bolet nebude, na oddělení to bude asi horší.
Víte, jakými způsoby lze tlážit pooperační bolest?	Vím, že můžu dostat nějakou tabletu nebo injekci, nebo mi dávají na ránu led. Něco do žíly jsem taky dostávala.
Co byste upřednostnila ve výběru tlážení pooperační bolesti?	Nevadila by mi injekce do břicha kdyby mi to ulevilo od té bolesti.
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	Tak hlavně teda mít zadek výš než kolena. Potom mít zvýšený záchod, zvýšený sedák na židli, neohýbat se do úhlu 90°, asi se nepřepínat. Spát určitě s klínem mezi nohama a hlavně nepřekřížovat nohy. Myslím si, že na bok nemůžu, jen když si dám něco mezi kolena, ale pokoušet to nebudu.
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	Zatím mám doma jen ty berle. Potom mám poukázku na nástavec na záchod. Potom mám pohybové křeslo k počítači, mám i nachystaný tvrdý polštář pod zadek k jídelnímu stolu.
Víte, jaká je vhodná obuv?	Určitě uzavřená obuv, myslím, že můžu použít baleríny, které mám.
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	Myslím si, že by mě ta končetina bolela. Udělala by se tam boule kdyby mi to vyskočilo.

## PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR 2

ROZHOVOR č. 2	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>Vůbec nic mě nenapadá.</i>
O čem jste byl před operací edukován?	<i>Samozřejmě, už jsem byl poučován. Na ambulanci jsem nějaké informace dostal, ale pouze ohledně stavu mé kyčle a že mě pan doktor zařadí přednostně. Sestřička mi akorát řekla kdy mám přijít na příjem.</i>
Sestřička na ambulanci Vás o něčem informovala?	
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Na oddělení byl za mnou anesteziolog, ten mi vysvětlil věci ohledně usnutí, jakou formu zvolí, doporučil mi epidurální anestezii a že mě k tomu trochu uspí. Vůbec si nevzpomínám, že by mi byly poskytnuty nějaké informace na operačním sále.</i>
Byly Vám poskytnuty informace na operačním sále?	
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Bylo to den před operací, odpoledne.</i>
Byl jste schopen množství informací pojmout najednou, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Jo tak samozřejmě, rozuměl jsem všemu.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferoval?	<i>Nějaké to video by nebylo na škodu, ale na to nebylo tolik času. Taky by se to hodilo mít napsané, aby si to člověk mohl přečíst kdyby to zapomněl.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Mluvili se mnou.</i>
Ocenil byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Očekával jsem, že půjdu do zařízení, které je na to vybavené a že by bylo zbytečné sem předtím chodit, přijde mi to zbytečné. Stejně bych na to asi nemohl nic změnit.</i>
Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?	<i>Obavy jsem neměl, protože jsem tu operaci žádal. Než stále chodit o berlich, to budu radši tu bolest snášet. Že nějaká ta bolest bude, s tím jsem samozřejmě počítal. Dneska už jsou léky, kterými se dá ta bolest utlumit.</i>
Víte, jakými způsoby lze tišit pooperační bolest?	<i>To samozřejmě vím, těch způsobů je několik. Léky nebo injekce, do žíly, do svalů, do břicha, do páteře.</i>
Co byste upřednostnil ve výběru tišení pooperační bolesti?	<i>Ty které mi doporučil doktor, to je ta epidurální anestezie.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Mám připravené to co mám cvičit, čeho se mám vyvarovat. Přetěžovat se, cvičit do bolesti, aby se mi nepřekřížily nohy</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Nemám žádné připravené, ale budu si muset pořídit zvýšený záchod, vyšší postavení postele, vyšší sezení aby nohy měly ten správný úhel větší než 90°.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Samozřejmě bolest, a to bych asi šel na ortopedickou ambulanci.</i>

## PŘÍLOHA P VI: ROZHOVOR 3

ROZHOVOR č. 3	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>To je jako poučení o něčem.</i>
O čem jste byl před operací edukován?	<i>Já myslím, že o všem. Nejdříve jsem se bavil s doktorem v ambulanci, pak mi dali nějaké papíry, které si mám prostudovat. Tam jsem byl poučen o tom jak se to bude odehrávat, co mi budou dělat, kdy se mám dostavit na příjem, co mám umět, zbytek si najdu na internetu.</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Kam jsem přišel, tam mě všichni poučovali, každé o tom svým. Při příjmu lékař, v ordinaci sestřička, na sále.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Večer mi to sestřička před spaním přišla říct.</i>
Byl jste schopen množství informací pojmut najednou, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Oni se všichni opakovali, takže bylo.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferoval?	<i>Stačí pohovor s lékařem na ambulanci a pak v nemocnici.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Rozhovorem.</i>
Ocenil byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Nezajímalo by mě to, stejně by si to někdo nepředstavil, byla by to ztráta času jak pro pacienty tak pro personál.</i>
Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?	<i>Měl jsem obavy z operace jako takové, odhodlával jsem se víc než rok. Z bolesti jsem strach neměl.</i>
Víte, jakými způsoby lze tišit pooperační bolest?	<i>To mi říkala sestra tady. Prášky, injekce, ledování. Injekce do míchy.</i>
Co byste upřednostnil ve výběru tišení pooperační bolesti?	<i>Do té páteře, ten epidurální katetr mi vyhovoval.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>To ještě nevím, to se nechám poučit. Při spaní na boku mít mezi nohama nějaký klín., při vstávání z postele vstávat na nemocnou nohu, nekřížit nohy.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Mám zvednutou postel, koupený nástavec na záchod, mám berle, tvrdý sedák na židli, přesunul jsem si postel do přízemí abych nemusel chodit do schodů.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Říkali mi o trombóze, embolii. Vyvrácení kyčle.</i>

## PŘÍLOHA P VII: ROZHOVOR 4

ROZHOVOR č. 4	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>Edukace je vysvětlení, pohovor, poučení o určité věci.</i>
O čem jste byla před operací edukována?	<i>Na ambulanci jsem dostala vytištěné poučení na modrém papíře, a protože jsem po zeleném zákalu, tak jsem to těžko mohla přečíst. Tam jsem si přečetla věci týkající se narkózy (druhy, velmi podrobně vysvětlené). To co je po operaci, snad ani ne.</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Nejprve na příjmu sestřička, potom lékař, který mi řekl, že bude dělat tu operaci a dal mi možnost abych se ptala co mě všechno zajímá a potom mi řekl, kdy se mám dostavit na oddělení, taky mi řekli, kdo mě bude operovat. Obdobně mě informoval i anesteziolog, který za mnou přišel na oddělení a doporučil mi druh anestezie.</i>
Byly Vám poskytnuty informace na operačním sále?	<i>Na operačním sále se mnou mluvili celou dobu, protože jsem nebyla uspaná. Bylo mi to milé, cítila jsem to jako přínos.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Sestřička mi odpoledne přišla říct, že za mnou přijde anesteziolog a pan doktor z oddělení</i>
Byla jste schopna množství informací pojmout najednou, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Ano, zase tolik těch informací nebylo.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferovala?	<i>V písemné podobě mi to nevadilo, jen kdyby to bylo na bílém papíře. Brožuru si můžu přečíst několikrát, k různým věcem se vrátit.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>V písemné formě.</i>
Ocenila byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Ano, určitě by to bylo dobré, třeba na JIPce jsem nikdy předtím nebyla.</i>
Jak velké jste měla obavy z pooperační bolesti?	<i>Měla jsem velké obavy, ale překvapilo mě, že na JIPce jsem necítila žádnou bolest, cítila jsem se výborně a už jsem si myslela, že to tak bude pořád, ale to jsem se teda hodně spletla.</i>
Víte, jakými způsoby lze tišit pooperační bolest?	<i>Výborné je zavedení epidurálu, i do žíly, injekce do hýždí, ledování.</i>
Co byste upřednostnila ve výběru tišení pooperační bolesti?	<i>Určitě ten epidurál.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Nejradši bych chtěla pryč prahy, odstranění koberečků abych neupadla. Pořítla bych si pevnou obuv abych nezakopla.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Zvýšený záchod + madla, vyšší postel, pevná vyvýšená křesla, vyměnit vanu za sprchový kout, aby tam bylo sedátko, protiskluzová podložka, madla. Dále navlékač na ponožky, podávátko drobných věcí.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Bojím se vykloubení, bojím se, že neodhadnu ten úhel nohy, a jak tomu předcházet, takže by to byla bolest.</i>

## PŘÍLOHA P VIII: ROZHOVOR 5

ROZHOVOR č. 5	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>Tak to vám teda nepovím, to nevím.</i>
O čem jste byl před operací edukován?	<i>Sestřička mi říkala spíše administrativní věci, o různých informovaných souhlasech a taky mi řekla, v kolik hodin se mám dostavit na oddělení k příjmu. Lékař mě informoval o tom jak bude celá operace probíhat, co mi budou dělat. Několikrát jsem si o tom četl na internetu.</i>
Kteří zdravotní pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Lékař přímo na ortopedickém oddělení i na ortopedické ambulanci.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Pan doktor za mnou večer před operací přišel a mluvili jsme o možnostech anestezie a tišení bolesti.</i>
Byl jste schopen množství informací pojmout najednou, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Ano určitě, myslím, že jsem rozuměl všemu.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferoval?	<i>Je potřeba aby se na to video člověk podíval sám na počítači, v nemocnici si myslím, že je v pořádku ústní forma. Ještě by se mi líbilo, kdybych model kyčelního kloubu dostal přímo do ruky a mohl si ho osahat.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Rozhovorem.</i>
Ocenil byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Když zase člověk hodně ví, tak se taky víc bojí. Tak si myslím, že je to věc názoru. Já osobně bych to nevyužil.</i>
Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?	<i>Už jsem byl několikrát na operaci, nikdy jsem neměl žádné výrazné bolesti, takže ani teď jsem se bolesti nebál.</i>
Víte, jakými způsoby lze tišit pooperační bolest?	<i>Dostávám analgetika do páteřního kanaálu, včera večer jsem ještě dostal do žíly. Dále se dají analgetika podávat jako tablety nebo injekce.</i>
Co byste upřednostnil ve výběru tišení pooperační bolesti?	<i>Určitě do páteře, jsem s tím velmi spokojen.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Mít klín mezi nohama, zvýšené lůžko, nesesat do nízkého sedu, mít pevnou obuv, nekřížit končetiny, neohýbat se.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Mám obouvací lžičky abych se nemusel ohýbat, na záchodě nástavec, držadla v koupelně</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Občas se dostane do rány infekce, zánět, vysoké teploty, může to být zarudnuté, může to být oteklé a bolí to.</i>



## PŘÍLOHA P IX: ROZHOVOR 6

ROZHOVOR č. 6	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>Vůbec netuším co to je.</i>
O čem jste byl před operací edukován?	<i>V ambulanci mě pan doktor o ničem nepoučil, protože jsem dostal termín po pacientovi který odřekl, takže na to nebyl ani čas. Sestřička v ambulanci mi dala na papíře poučení jak se mám po operaci chovat a co mám mít doma připraveno a kdy se mám hlásit na příjem. Tady na JIPce mi říkali, že po operaci nedostanu najíst.</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Pan doktor na oddělení a sestřičky.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Sestřička mi nějaké organizační věci říkala dopoledne, když se mnou sepisovala papíry při příjmu. Pak za mnou ještě přišla odpoledne mi říct kolikátý asi půjdu a co si mám s sebou na JIPku sbalit.</i>
Byl jste schopen množství informací pojmout naje dnu, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Stačilo mi to. Nešel jsem do ničeho neznámého.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferoval?	<i>Mě stačí informovat ústně.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Rozhovor.</i>
Ocenil byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Určitě by to bylo přínosné kdyby na to byl čas. Člověk by měl vědět do čeho jde.</i>
Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?	<i>Ne, mám poměrně vysoký práh bolestivosti, takže jsem se nebál. Pooperační bolesti jsem se nebál vůbec, protože tam to člověk prospí. A říkali mi, že budu mít kanilu kterou mi budou dávat léky na bolest.</i>
Víte, jakými způsoby lze tlážit pooperační bolest?	<i>Injekce do svalů nebo do katetru. Trochu whisky a když je víc, tak to nebolí vůbec.</i>
Co byste upřednostnil ve výběru tlážení pooperační bolesti?	<i>Znova bych si vybral epi katetr, to mi vyhovovalo.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>To mi dali to poučení. Takže nesklánět se pro nic na zem, nekřížit nohy, mít vysoký záchod, nesedět aby bylo koleno výš než kyčel.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Mám doma podsedák na židli, novou postel která je vyšší, mám doma zvýšený záchod, madla v koupelně a berle.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>To zatím nevím, to netuším. Asi bolestivost.</i>

## PŘÍLOHA P X: ROZHOVOR 7

ROZHOVOR č. 7	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>To mi vůbec nic neříká.</i>
O čem jste byl před operací edukován?	<i>Poučen jsem byl v ambulanci před operací od pana doktora. Ten mi řekl, že budu v nemocnici asi 10 dní a kdy mám přijít na oddělení na příjem. Sestřička mi nic neříkala. O JIPce mi nikdo nic neříkal, jen že tam půjdu. Večer přišel pan doktor a řekl mi o tom jak budu uspaný.</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Pan doktor.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Večer mi sestřička řekla, že půjdu na JIPku a co si mám s sebou sbalit.</i>
Byl jste schopen množství informací pojmout najednou, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Ono toho zas tolik nebylo, takže co mi řekli si pamatuju.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferoval?	<i>Nějakou brožurku, kde si to můžu opakovaně přečíst.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Ústní podání.</i>
Ocenil byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Stejně bych nic neovlivnil, tak bych tu možnost asi nevyužil. Ale nebylo by špatný kdyby člověk věděl jak to tam vypadá.</i>
Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?	<i>Obavy jsem z bolesti samozřejmě nějaké měl, ale říkal jsem si, že bolest určitě nebude větší než před operací</i>
Víte, jakými způsoby lze tišit pooperační bolest?	<i>Měl jsem hadičku do páteře, injekce do kanily nebo do zadku a dávali mi na ránu led.</i>
Co byste upřednostnil ve výběru tišení pooperační bolesti?	<i>Já si myslím, že do té páteře to bylo úplně ideální, bolest jsem vůbec necítil po dobu co jsem u vás na JIPce.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Neměl bych křížit nohy, při sezení bych měl dodržovat úhel 90°, nesedat si do nízkých křesel, vleže na zádech i na boku bych měl mít klín nebo polštář mezi nohama.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Nástavec na záchod, postel jsme teď zvýšili. Musím si nechat přidělat madla do sprchy a neklouzavou podložku.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Kdyby tam byl záněť, tak by to asi začalo otékat a bolelo by mě to.</i>

## PŘÍLOHA P XI: ROZHOVOR 8

ROZHOVOR č. 8	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>Nic, nevím.</i>
O čem jste byl před operací edukován?	<i>Byl jsem poučen ortopedem v ambulanci, i potom tady při předoperačním vyšetření. Sestřička na oddělení mi řekla o režimových opatřeních.</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Pan doktor na ortopedické ambulanci a sestra, a ta mi řekla, v kolik hodin se mám dostavit k příjmu.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Před operací večer se mnou mluvil jenom lékař co mě bude uspávat.</i>
Byl jste schopen množství informací pojmout najednou, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Informace byly srozumitelné, pochopil jsem to všechno.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferoval?	<i>Lepší je, když to někdo někomu řekne. Při čtení člověk přeskakuje a čte jen co se mu chce.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Dostal jsem to i v papírové podobě tady v nemocnici, tam bylo všechno.</i>
Oceňujete návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Spiš si myslím, že ne.</i>
Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?	<i>Trošku jo, každý má asi strach.</i>
Víte, jakými způsoby lze tlážit pooperační bolest?	<i>Ted' mám epidurální katetr, nebo injekce do žíly, do svalů, tabletky. Taky mi dávali na ránu led.</i>
Co byste upřednostnil ve výběru tlážení pooperační bolesti?	<i>Byl jsem hodně spokojen s tím epidurálním katetrem, takže to bych zvolil určitě znovu.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Po operaci je zásadní nekřížit nohy, nedělat hluboké sedy, nepředklánět se, nesebírat věci ze země.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Máme doma novou zvýšenou postel, francouzské berle, vyvýšený záchod, madla do vany, do sprchy.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Kdyby to začalo nějak bolet nebo něco, mohlo by dojít k vykloubení kyčle a to bych se na tu nohu asi nemohl postavit.</i>

## PŘÍLOHA P XII: ROZHOVOR 9

ROZHOVOR č. 9	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>To mi nic neříká.</i>
O čem jste byl před operací edukován?	<i>No to jsem nebyl, jak se mám třeba chovat, případně nějaký opatření co nemám dělat. Vůbec nikde jsem nebyl seznámen s tím co mám dělat za opatření.</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	_____
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	_____
Byl jste schopen množství informací pojmout najednou, byly pro Vás srozumitelné?	_____
Jakou formu poučení před operací by jste preferoval?	<i>Určitě bych uvítal ten rozhovor s lékařem nebo personálem k tomu určeným. I brožuru, abych se do toho mohl případně znovu podívat a oživit paměť.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Žádná.</i>
Ocenil byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Já osobně bych to uvítal, protože si myslím, že je to dost náročná operace vzhledem ke zdraví ai pohybu. Takže bych tyto informace uvítal.</i>
Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?	<i>Neměl, protože jsem ani nevěděl co to obnáší. Ale známí co zákrok podstoupili si na bolest nějak zvlášť nestěžovali.</i>
Víte, jakými způsoby lze tlážit pooperační bolest?	<i>Nevím, neznám. Teď je dostávám v kapalném stavu do zad, do páteře. Další možnost mě nenapadá, tato možnost mi vyhovuje a jinam mi analgetika nedávají.</i>
Co byste upřednostnil ve výběru tlážení pooperační bolesti?	<i>Po těchto dobrých zkušenostech bych určitě upřednostnil tento způsob.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Zatím nic nevím, protože jak už jsem uvedl v úvodu, s ničím jsem nebyl seznámen.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Ne, nemám nic.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Asi by mě to bolelo.</i>

## PŘÍLOHA P XIII: ROZHOVOR 10

ROZHOVOR č. 10	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>No to já nevím.</i>
O čem jste byla před operací edukována?	<i>Pak doktor mi řekl, že mi bude vyměněna celá kyčel, že budu v nemocnici zhruba 10 dnů, a kdy mám přijít na příjem. Pak že bude 3 týdny rehabilitace a že do 3.měsíců by to mělo být všechno v pořádku.</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Pan doktor na ambulanci. A anesteziolog o tom, jak budu uspaná.</i>
Sestřička s vámi taky o něčem hovořila?	<i>Ne, sestřička mi nic neřikala.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Až anesteziolog na operačním sále mi zopakoval co se se mnou bude dít, jaký způsob anestezie zvolí.</i>
Byla jste schopna množství informací pojmout najeďnou, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Pan doktr mi řekl, že mi bude vyměněn celý kloub, ale to jsem jako nepochopila, jak celý, co všechno mi budou měnit. Dcera se mě ptala jestli to mám zacementované, ale to já teda nevím.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferovala?	<i>Ráda bych viděla, jakým způsobem se to bude dělat, jaké jsou možnosti jaký kloub dát. Takže nějaké to video.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Mluvil se mnou pan doktor.</i>
Ocenila byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Možná asi jo, aspoň bych věděla do čeho půjdu.</i>
Jak velké jste měla obavy z pooperační bolesti?	<i>Kloub mě bolel už tolik, že jsem si myslela, že už to horší být nemůže, takže ani nebála. Díky vám na JIPce jsem žádné bolesti neměla.</i>
Víte, jakými způsoby lze tišit pooperační bolest?	<i>Hlavně injekcema, já jsem dostávala do páteře, do břicha, i prášek jsem dostala.</i>
Co byste upřednostnila ve výběru tišení pooperační bolesti?	<i>Určitě ty injekce do páteře.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Aby byla postel vysoká, abych měla kyčel výš než koleno. Asi se na nohu ještě nedá stoupat, a jsem zvědavá kdy se na tu nohu budu moc na bok otočit. Jinak nevím.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Nástavec na záchod, podsedák na židli, madla na záchodě a v koupelně.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Kloub může vypadnout, muselo by to asi hrozně bolet.</i>

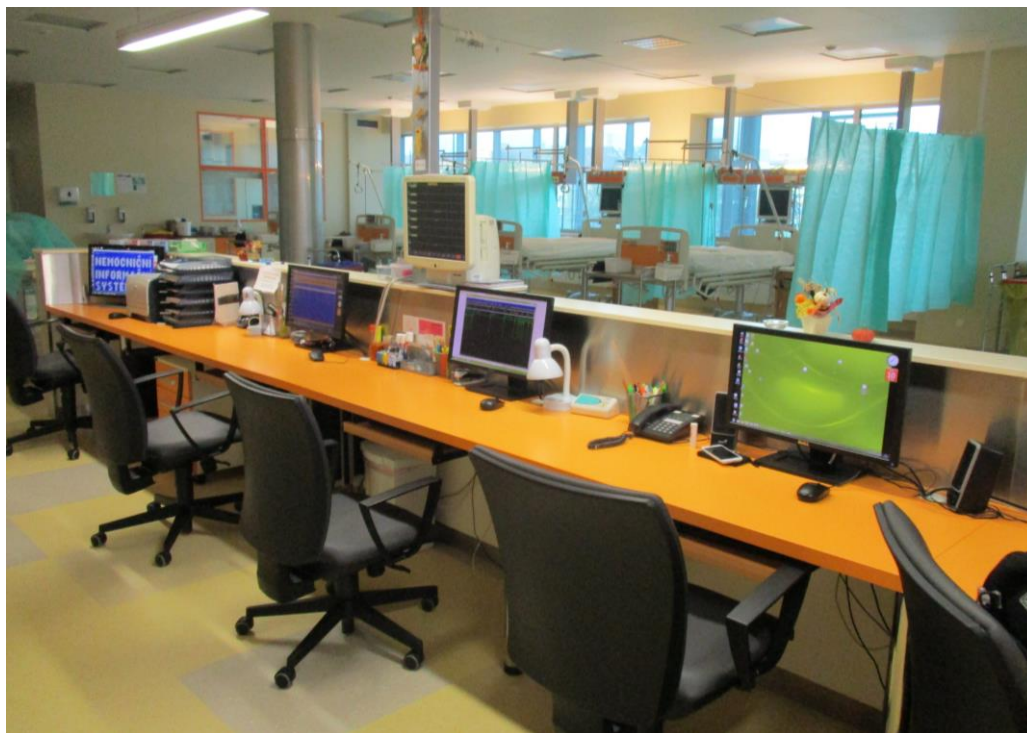
## PŘÍLOHA P XIV: ROZHOVOR 11

ROZHOVOR č. 11	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>Ježiš to vůbec nevím sestřičky.</i>
O čem jste byla před operací edukována?	<i>Přišel ke mně pan doktor a řekl, že mám kloub prasklý a že by se přikláněl k tomu, udělat mi celý kloub nový. Pak přišel anesteziolog, nabídl mi možnosti uspaní a řekl mi, jak to bude všechno probíhat. Pan doktor říkal, že po těch 10 dnech na ortopedii můžu jít buď na rehabilitační oddělení, nebo si zažádat o lázně.</i>
Sestřička vás taky o něčem informovala?	<i>Sestřička mi řekla, že po operaci půjdu na JIP, a podle toho jak se to bude všechno odvíjet, tak tam budu buď 3 nebo 4 dny a potom mě převezou zpět na oddělení</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Nejvíce lékaři, sestřičky také, ale ty mě spíš utěšovaly.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Den před operací odpoledne.</i>
Byla jste schopna množství informací pojmout najednou, byly pro Vás srozumitelné?	<i>Určitě, věděla jsem přesně o co se bude jednat a jak to bude probíhat.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferovala?	<i>Asi bych preferovala ten pohovor s lékařem.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Pohovor s lékařem.</i>
Oceňujete návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>To určitě, když bych tu možnost měla, tak v každém případě.</i>
Jak velké jste měla obavy z pooperační bolesti?	<i>To víte že jo, a velké. Předchozí operaci jsem byla uspaná, ale teď jsem si zvolila anestezii do zad, tak i přesto že mě pan doktor poučil jak to všechno bude probíhat, jsem se bála, že to bude bolet.</i>
Víte, jakými způsoby lze tlážit pooperační bolest?	<i>Já nevím, zatím mám jen do té páteře, takže si nedokážu představit jak to bude dál pokračovat. Ale asi tabletama, infuze nebo injekce.</i>
Co byste upřednostnila ve výběru tlážení pooperační bolesti?	<i>To si nejsem jistá jestli infuzi nebo injekci do zad. Zatím mi vyhovuje injekce do zad.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Nekřížit nohy, jinak nevím.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Berle a francouzské hole, klín mezi kolenama.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>O žádných nevím, je lepší si to nepřipustět.</i>

## PŘÍLOHA P XV: ROZHOVOR 12

ROZHOVOR č. 12	
Co si představíte pod pojmem edukace?	<i>To nevím.</i>
O čem jste byl před operací edukován?	<i>Pan doktor v ambulanci mi ukázal přímo na rentgenu jak ta moje opotřebovaná kyčel vypadá a navrhnul mi operační řešení, a řekl čas, kdy se mám dostavit na příjem. Anesteziolog za mnou byl před operací a řekl mi, jaký druh anestezie by byl pro mě nejlepší.</i>
O čem s vámi hovořila sestřička?	<i>Po příjmu na oddělení za mnou sestřička přišla a donesla mi lístek, kde bylo napsáno, co si mám vzít s sebou na JIPku, že tam budu asi 2 dny.</i>
Kteří zdravotničtí pracovníci Vám informace poskytli?	<i>Lékař a sestra.</i>
Kdy Vám byly informace před operací z časového hlediska podány?	<i>Když mě po příjmu přeložili na lůžko, tak za mnou postupně přišli sestřička, lékař i anesteziolog.</i>
Byl jste schopen množství informací pojmout naje dnu, byly pro Vás srozumitelné?	<i>No, tak dalo se to pochopit, ještě jsem si před operací šel dávat svou vlastní krev.</i>
Jakou formu poučení před operací by jste preferoval?	<i>Myslím si, že by bylo nejlepší nějaký to CD, člověk se víc soustředí. Ale i když to doktor sám vysvětlí, tak to není špatné.</i>
Jaká forma poučení vám byla podána?	<i>Informace jsem dostal ústně.</i>
Ocenil byste návštěvu ZZ před vlastní hospitalizací?	<i>Radši asi ne. Myslím, že by mě to spíše odradilo.</i>
Jak velké jste měl obavy z pooperační bolesti?	<i>Trochu jsem měl.</i>
Víte, jakými způsoby lze tlážit pooperační bolest?	<i>Dostal jsem do toho katetru v zádech, do infuze nebo prášky.</i>
Co byste upřednostnil ve výběru tlážení pooperační bolesti?	<i>Asi zase takhle ten epidurál.</i>
Můžete mi svými slovy popsat, jaká režimová opatření je nutno dodržovat po TEP kyčle?	<i>Nesmím si sedat do nízkého křesla, dávat si nohy přes sebe, ohýbat se nemůžu. Místo vany si pořídíme sprchu.</i>
Můžete mi vyjmenovat pomůcky, které máte doma připravené?	<i>Nástavec na záchod, už jsme si pořídili vyšší postel než jsem šel na operaci, madla v koupelně a na záchodě.</i>
Jaké znáte možné komplikace po tep KK?	<i>Myslím, že by mi ten kloub mohl vyběhnout, takže by mě to asi bolelo.</i>

## PŘÍLOHA P XVI: OBRÁZKY



*Obr. 1. Jednotka intenzivní péče (zdroj: autor)*



*Obr. 2. Lůžko na JIP (zdroj: autor)*





*Obr. 3. Ortho P.A.S. (zdroj: autor)*



*Obr. 4. Ortho P.A.S. – detail (zdroj: autor)*



*Obr. 5. Ortho P.A.S. – začátek přepouštění krve (zdroj: autor)*



*Obr. 6. Ortho P.A.S. – konec přepouštění krve  
(zdroj: autor)*



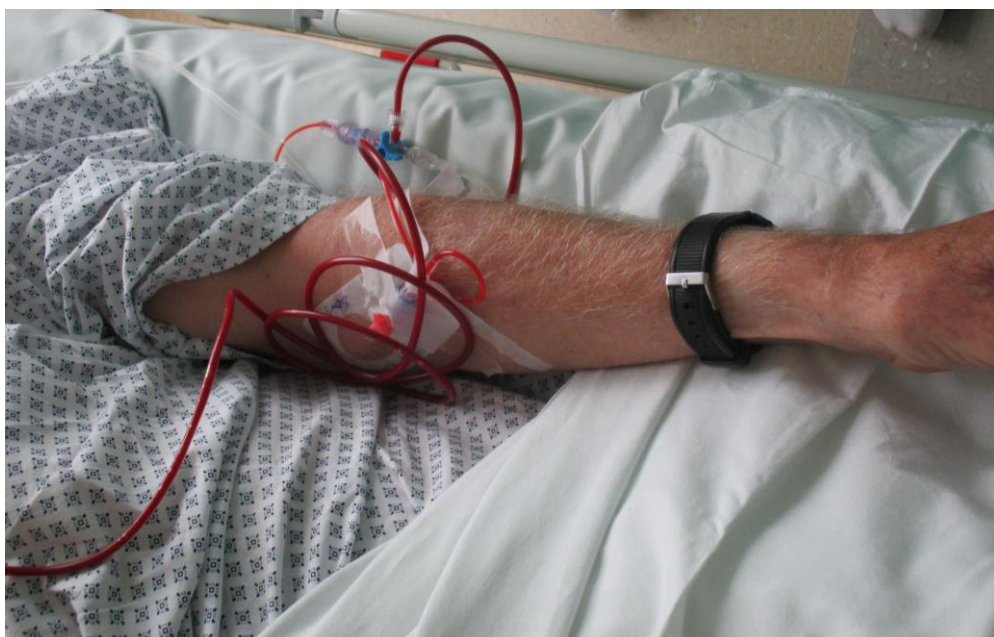
*Obr. 7. Ortho P.A.S. – detail retransfúzního setu (zdroj: autor)*



*Obr. 8. Ortho P.A.S. – začátek aplikace retransfúze  
(zdroj: autor)*



*Obr. 9. Ortho P.A.S. – detail aplikace retransfúze  
(zdroj: autor)*



*Obr. 10. Ortho P.A.S. – detail aplikace pacientovi (zdroj: autor)*