

Univerzita Karlova v Praze

2. lékařská fakulta

Bakalářský studijní program Ošetrovatelství – obor Všeobecná sestra

**EDUKACE NEMOCNÉHO PŘED A PO OPERACI TOTÁLNÍ
ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Nikodemová

Autor práce: Jarmila Marcinková

Praha 2007

„Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

20. února 2007

.....

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji Doc. MUDr. Stanislavu Popelkovi, CSc., Mgr. Haně Nikodemové a Ing. Milanu Davidovi za odbornou konzultaci a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala zúčastněným pacientům za spolupráci, s jejíž pomocí jsem realizovala tuto práci.

OBSAH

1	Úvod	5
2	Cíle práce a hypotézy	6
3	Teoretická část	7
3.1	Úvod do historie ortopedie	7
3.2	Anatomie kostí	9
3.3	Anatomie kyčelního kloubu	10
3.4	Patofyziologie onemocnění kyčelního kloubu	11
3.4.1	Co je koxartróza	11
3.4.2	Terapie koxartrózy	13
3.5	Náhrada kyčelního kloubu	15
3.5.1	Způsoby implantace	15
3.5.2	Prevence poškození kyčelního kloubu	18
3.5.3	Indikace k operaci TEP kyčelního kloubu	19
3.5.4	Kontraindikace k operaci TEP kyčelního kloubu	19
3.5.5	Vlastní operační výkon	19
3.5.6	Zatěžování endoprotézy	20
3.5.7	Pooperační komplikace	21
3.6	Ošetrovatelský proces	21
3.7	Komunikace	22
3.7.1	Význam komunikace	22
3.7.2	Komunikace s nemocným člověkem	23
3.7.3	Proč je důležité učit sestry komunikovat	24
3.7.4	Kroky napomáhající ke zdárné komunikaci	24
3.7.5	Umění komunikace	25
3.8	Edukace	26
3.8.1	Rozhovor – terapeutický, informativní, edukační	26
3.8.2	Sestra jako edukátorka	27
4	Praktická část	29
4.1	Metodika, charakteristika zkoumaného vzorku	29
4.2	Výsledky průzkumu	31
5	Diskuse	49
6	Návrh dílčích kroků ke zvýšení úrovně informovanosti a komunikace	51
6.1	Průvodce pacienta před a po operaci TEP kyčelního kloubu	51
6.2	Doporučení zdravotním sestřám	60
7	Závěr	61
8	Resumé	63
9	Seznam použité literatury	65
10	Seznam příloh	67

1 Úvod

V současné době je v lidské populaci rozšířeno mnoho onemocnění pohybového aparátu. V posledních třiceti letech došlo v celé medicíně k velkým změnám a značnému pokroku nejen v oblasti poznání příčin a diagnostiky chorob i jejich léčbě, ale současně též v přístupu k pacientům. Výrazného pokroku bylo dosaženo i v oboru ortopedie.

Významnou úlohu v léčebném procesu zejména v posledních letech představují operační řešení, z nichž jedním z nejčastějších je totální endoprotéza kyčelního kloubu (dále jen TEP). Možnost náhrady poškozeného kyčelního kloubu endoprotézou znamená pro velké množství lidí jedinou cestu zpět do normálního života bez bolestí a bez výrazného pohybového omezení.

Pro zdárný průběh a výsledek operačního zákroku je velmi důležitá též edukace, komunikace a informovanost, které poskytuje odborný zdravotnický personál pacientovi. Kvalitní informovanost a edukace pacienta o tom, co jej čeká před nástupem a po dobu hospitalizace při operaci TEP kyčelního kloubu, přispívá k psychické pohodě pacienta, který není stresován nečekanými událostmi a napomáhá tak k úspěšnému výsledku operačního zákroku.

Podávání informací není nadstandard ani luxus, ale mělo by být běžnou věcí všech zdravotníků, která má pomoci pacientovi pochopit svoji nemoc a vše potřebné vedoucí k brzkému uzdravení, nebo ke zlepšení jeho zdravotního stavu.

Motivem pro dané téma mé bakalářské práce je moje dlouhodobá zkušenost v roli zdravotní sestry na I. Ortopedické klinice FN v Motole.

2 Cíle práce a hypotézy

Cíle práce:

Cílem mé práce je přispět ke zlepšení úrovně informovanosti a edukace pacienta při operaci TEP kyčelního kloubu, jejíž nedílnou součástí je kvalitní komunikace, a tím celkově přispět ke zlepšení úrovně poskytované ošetrovatelské péče u pacientů.

Zpracovat dotazníkové šetření v oblasti potřeb informovanosti pacientů před a po dobu hospitalizace při operaci TEP kyčelního kloubu a zároveň zjistit úroveň a požadavky pacientů v oblasti komunikace se zdravotními sestrami po dobu hospitalizace. Seznámit s výsledky.

V případě zájmu respondentů vytvořit návrh dílčích kroků, které povedou ke zvýšení úrovně informovanosti pacienta ve formě průvodce pacienta před a po operaci TEP kyčelního kloubu. V oblasti komunikace navrhnout doporučení určené zdravotním sestram.

Základní hypotézy:

1. Na základě dosavadních praktických zkušeností předpokládám, že většina (více než 50 %) respondentů má potřebu být lépe informována v následujících oblastech:
 - a) před nástupem hospitalizace,
 - b) v průběhu hospitalizace nejčastěji před jednotlivými ošetrovatelskými výkony.
2. Předpokládám, že pacienti nejsou spokojeni s úrovní komunikace sester a tudíž předpokládám, že mají konkrétní návrhy v čem by se mohla komunikace zdravotních sester zlepšit.

3 Teoretická část

3.1 Úvod do historie ortopedie

Ortopedie je samostatný lékařský obor, který se zabývá prevencí a léčbou vrozených a získaných vad, úrazů, jejich následků a různých akutních i chronických onemocnění pohybového ústrojí. Ortopedie je hraničním medicínským oborem. To znamená, že má styčné body se všeobecnou a speciální chirurgií, neurologií, internou, revmatologií, onkologií i s tělovýchovným a pracovním lékařstvím (Ortopedie, 1990). Vyčlenila se z obecné chirurgie, přičemž samostatným oborem se v naší zemi stala v roce 1971 zásluhou tehdejšího přednosty Ortopedické kliniky ILF FN Bulovka, prof. Pavlanského. Ortopedie byla původně oborem převážně konzervativním s poměrně limitovanou operativou. Termín ortopedie se v literatuře objevuje poprvé v roce 1741 v knize Nicolase Andryho a je složen z řeckých slov *orthos* – přímý a *pais* – dítě (Základy ortopedie, 2001).

Po mnoho let se lékaři, kteří se chorobami pohybového aparátu zabývali, pokoušeli vady pohybového aparátu korigovat mechanicky různými tahy, korekčními obvazy nebo aparáty, často velmi bizarního vzhledu. K léčbě deformit bylo často používáno násilí, které občas vedlo i k zlomeninám nebo jiným poškozením, takže výsledky léčby byly dosti špatné. K ortopedii neoddělitelně patřila činnost, která se později stala součástí oboru – tzv. protetikou – a zabývala se náhradami ztracených končetin nebo jiných částí – protéz.

Velké zásluhy o rozvoj české ortopedie má slavný český chirurg prof. MUDr. Rudolf Jedlička, který kolem roku 1900 založil v Praze Ústav pro postiženou mládež, který dodnes nese jeho jméno. Nejstarší specializovaná ortopedická klinika vznikla v roce 1922 v Bratislavě zásluhou prof. MUDr. Chlumského. V roce 1925 založil prof. Chlumský spolu s dalšími významnými lékaři československou ortopedickou společnost a odborný časopis, který nesl název Slovanský sborník ortopedický.

V roce 1927 vzniká v budově bývalé kupecké nemocnice v Praze v ulici Ke Karlovu první česká ortopedická klinika, jejímž přednostou je jmenován prof. MUDr. Tobiášek. V roce 1933 vznikla ortopedická klinika v Brně. Všechny tyto

kliniky léčily ortopedické vady a onemocnění převážně konzervativním způsobem, chirurgické výkony se týkaly především infekcí pohybového aparátu a byly méně časté.

V roce 1935 se přednostou pražské ortopedické kliniky stal prof. MUDr. Jan Zahradníček, DrSc., který zásadním způsobem změnil přístup k léčbě pohybového aparátu, protože sám byl neobyčejně vzdělaným a zručným chirurgem, který své bohaté znalosti a zkušenosti rozvinul v oblasti operativy pohybového aparátu. Svou kliniku nazval Klinikou pro ortopedickou a dětskou chirurgii a stal se zakladatelem moderní české ortopedie. Proslavil se svou vlastní metodou krvavé repozice vrozeného vykloubení kyčelního kloubu a celou řadou dalších léčebných metod.

Dalšími výraznými postavami české ortopedie byli přednostové moravských klinik prof. MUDr. Bedřich Frejka, DrSc., který je autorem velké učebnice ortopedie a jehož jméno je v celém světě známo jako jméno autora tzv. Frejkovy peřinky, která se používá k léčbě dysplazie kyčelní, a prof. MUDr. Pavlík, přednosta olomoucké ortopedické kliniky, jehož objev užívaný k léčbě téže vady je znám po celém světě jako Pavlíkovy třmeny.

Za zlomové období v ortopedické operativě se všeobecně považuje období let 1966 – 1970, kdy díky švýcarské škole vzniká systém stabilní osteosyntézy, který zásadním způsobem mění ortopedickou operativu, protože umožňuje dokonale stabilizovat osteotomie a dokonale léčit zlomeniny skeletu a jejich následky.

Kromě stabilní osteosyntézy je dalším velkým pokrokem objev sira Johna Charnleye z šedesátých let, který je autorem tzv. low friction arthroplasty – kloubní náhrady o nízkém tření, která se brzy pro svůj velký úspěch rozšiřuje po celém světě. Jeho náhrada kyčle, která v definitivní podobě používá vysokomolekulární polyetylén, ze kterého je vyrobena kloubní jamka, a chromkobaltmolybdenovou slitinu, z níž je vyrobena hlavice a dřík femorální komponenty, je fixována tzv. kostním cementem – metylmetakrylátem do kostního lůžka v pánvi a stehenní kosti. Tato první opravdu úspěšná endoprotéza dává impuls k rozvoji dalších kloubních náhrad, které využívají podobného principu a zásadním způsobem mění osud nemocných postižených těžkou kloubní destrukcí.

V šedesátých a sedmdesátých letech se pak objevuje celá řada operačních technik, zlepšuje se technika operativy páteře, kterou v našich zemích význačně rozvinul přednosta II. ortopedické kliniky brněnské univerzity prof. MUDr. Otto

Vlach, DrSc. Rozvíjí se diagnostika i léčba nádorů pohybového aparátu. Objevuje se technika artroskopie a další specializované metody ošetření pohybového aparátu.

V roce 1969 je rozvinuta výroba nástrojů a implantátů v bývalé SONP Kladno, takže čeští ortopedi dostávají do ruky nástroje a implantáty moderní osteosyntézy, jakož i první české endoprotézy kyčelního kloubu. Postupně pak dochází k rozšíření repertoáru českých endoprotéz vznikem první české náhrady kolenního kloubu, kterou vyvinul tým lékařů I. ortopedické kliniky v Praze a konstruktérů firmy Walter-Motorlet, bezcementové náhrady kyčelního kloubu i dalších kloubních náhrad, jako je náhrada ramenního kloubu, drobných kloubů ruky atd.

Interdisciplinární spolupráce ortopedů a revmatologů vede k úspěšnému rozvoji revmatochirurgie, která představuje velký díl operační činnosti ortopedů a kde významnou roli revmatochirurgické operativy hrál přednosta II. ortopedické kliniky, prof. MUDr. Stanislav Popelka, DrSc.

Období po roce 1989 se vyznačuje velkým rozvojem operativy v oblasti kloubních náhrad, páteře, artroskopické operativě, protože naši ortopedi dostávají možnost konfrontovat své zkušenosti s pracovišti na celém světě a snáze získávat nové poznatky (Sosna, Vavřík, Krbec, Pokorný a kol., 2001).

3.2 Anatomie kosti

Kosti jsou pevné, tvrdé orgány, které spolu s chrupavkami a vazivem vytvářejí kostru, která je oporou těla. Kosti jsou pohyblivě spojeny a obklopeny svaly, které zajišťují pohyb jednotlivých segmentů kostry. Na stavbě kostry se podílejí tři typy pojivových tkání: vazivo, chrupavka a kost.

Kost je mineralizovaný a dobře vaskularizovaný typ pojivové tkáně. Skládá se ze tří typů buněk (osteoblastů, osteocytů a osteoklastů) a z mezibuněčné hmoty (kostní matrix). Kostní matrix má složku organickou a anorganickou. Obě tyto složky zajišťují výlučné vlastnosti kosti - tvrdost a současně pevnost a pružnost. Kost je krytá okosticí a na kloubních koncích chrupavkou. Na povrchu kosti jsou prohlubně a vyvýšeniny podmíněné otisky šlach, cév a nervů a úponem svalů a vazů. Uvnitř kosti je kostní dřev. Vyplňuje prostory mezi trámci spongiózní kosti a dutiny v dlouhých kostech. Při narození jsou všechny dřevové dutiny vyplněny

červenou kostní dřeví, která je orgánem krvetvorby. Postupně se červená kostní dřeví nahrazována žlutou (tukovou) kostní dřeví a krvetvorba v dlouhých kostech ustává. V pozdním věku vede ztráta tuku ke vzniku šedé kostní dřeví. Každá kost je vyživována tepnami, kostními žilami a mízními cévami (Grim, Druga, 2001).

Funkce kostí

Kosti mají řadu funkcí v rámci pohybového systému i v rámci celého organismu:

1. Vytvářejí pevnou oporu těla umožňující pohyblivost jednotlivých částí těla systémem pák ovládaným svaly.
2. Chrání některé důležité orgány (ochrana mozku, míchy...).
3. Obsahují červenou kostní dřeví, která představuje hlavní a definitivní krvetvorný orgán.
4. Jsou rezervoárem minerálních látek, které jsou podle potřeb vyplavovány a transportovány do jiných míst těla.

3.3 Anatomie kyčelního kloubu

Kyčelní kloub patří mezi velké nosné klouby. Připojuje volnou dolní končetinu k pánevním kostem. Je to kulovitý kloub s omezenou hybností. Pohyby v kloubu jsou omezeny vlivem hlubokého uložení hlavice a silných vazů, čímž je zajištěná stabilizační funkce kyčle při chůzi a stojí.

Základní pohyby v kyčli jsou: *flexe* – od 0 do 160°, *extenze* – asi do 25°, *abdukce* – do 60°, *addukce* – do 30°, *vnitřní rotace* do 20 - 35°, *zevní rotace* – do 70°.

Kyčelní kloub je tvořen hlavicí kloubu femuru a kloubní jamkou (*acetabule*). Na vytvoření acetabula se podílí: kost sedací, kyčelní a stydká. Hlavice i jamka jsou pokryty chrupavkou. Kloubní pouzdro začíná na okrajích acetabula, které je poměrně silné a současně je ještě zesíleno vazy. Vnitřek kloubu vystýlá synoviální blána, která je zvlhčována tekutinou (*synovií*), jež je produkována buňkami synoviální vrstvy. Tekutina zajišťuje zvlhčování třecích ploch a vyživuje kloubní chrupavku (Čech, Pavlovský 1983).

Vnější obal obsahuje vazivovou vrstvu. Vazy (*ligamenty*) drží kloub ve fyziologicky správné poloze. Při přetržení vazy nastává úporná bolest. Jeden ze základních vazů ligamentum iliofemorale je nejsilnějším vazem, probíhá ve dvou svazcích. Upíná se na přední straně kloubu kosti kyčelní a probíhá na přední část femuru, kde se upíná mezi velký a malý trochanter. Dalším vazem je ligamentum pubofemorale, který se upíná na spodní okraj kosti stydké a na kloubní pouzdro. Omezuje abdukcí a zevní rotaci. Následující základní vaz ligamentum ischiofemorale je největším vazem, začíná na zadní straně sedací kosti a probíhá směrem zezadu dopředu přes celý kloub. Posledním základním vazem je ligamentum capitis femoris, úzký vaz uvnitř kloubu, který se upíná na hlavicí a probíhá do jamky.

Svaly kyčelního kloubu zajišťují volný pohyb celé dolní končetiny: extenzory – natahovače, flexory – ohybače, abduktory – přitahovače, adduktory – odtahovače (Dylevský, 2000).

3.4 Patofyziologie onemocnění kyčelního kloubu

3.4.1 Co je koxartróza

- *Definice:* Je nezánettivé degenerativní onemocnění kloubní chrupavky. Postihuje jeden nebo oba kyčelní klouby, může být primární i sekundární.
- *Patogeneze:* U primární koxartrózy se mohou uplatnit faktory dědičnosti a chronické přetížení, sekundární koxartróza se většinou rozvíjí v důsledku kloubní inkogruence, na podkladě dysplazie kyčelního kloubu nebo na podkladě traumatických změn. Výjimečně vzniká v důsledku kloubního zánětu - specifického či nespecifického.
- *Klinický obraz:* Zpočátku se projevuje nenápadně námahovou bolestí kyčle, později je bolest i při obvyklé zátěži chůzí a často jako tzv. startovací bolest na začátku pohybu. Později se přidává i bolest klidová, rušící spánek. Postupně se zhoršuje rozsah pohybu kyčelního kloubu, přičemž je typické, že nejdříve dochází k omezení rotací, zejména vnitřní rotace. Objektivně při

vyšetření pohybu nacházíme omezení rotací, bolestivost v krajních polohách kloubu, u pokročilejších stadií i omezení dalších složek pohybu. Kyčelní kloub má tendenci zaujímat postavení, ve kterém je kloubní pouzdro co nejvíce uvolněno - tedy mírnou flexi a lehkou zevní rotaci. V této pozici záhy vzniká kontraktura, která na rozdíl od kontraktury u akutního kloubního zánětu nebývá v abdukci, ale naopak spíše v addukci. Při chůzi je typická antalgická klaudikace, která se projevuje rychlým provedením kroku přes postižený kloub. Pokud koxartróza vzniká na podkladě vrozené kyčelní dysplazie, bývají přítomny ještě další příznaky, jako výraznější rozdíl délek končetin, Trendelenburgův příznak (kachní chůze), eventuálně zcela atypické postavení postižené končetiny a pánve (Sosna, Vavřík, Krbec, Pokorný a kolektiv, 2001).

- *Diagnostika koxartrózy:* Diagnostika koxartrózy se hlavně opírá o rentgenové vyšetření (dále jen RTG - nativní snímek). Na rentgenovém snímku se koxartróza zpočátku projevuje zúžením kloubní štěrbiny, způsobeném snížením chrupavky, později se na okrajích kloubních ploch (hlavice a jamky) vytvářejí osteofyty a subchondrální kost jeví známky sklerózy. V dalších stadiích se objevují pseudocysty, které často korespondují v obou částech kloubu (hlavici i acetabulu). Dochází ke kolapsu pseudocyst, oploštění a deformaci hlavice. Další progresse artrózy vede k vymizení kloubní chrupavky a rozvoji fibrózní, později i kostěné ankylózy. Do dnešního dne se stupeň artrózy dělí na stadia podle Kellgrena-Lawrence z roku 1957:
 - I. stadium: Možné zúžení kloubní štěrbiny a počátek tvorby drobných marginálních osteofytů;
 - II. stadium: Zřetelné zúžení kloubní štěrbiny, jasná tvorba osteofytů, lehká subchondrální skleróza;
 - III. stadium: Výrazné zúžení kloubní štěrbiny, mnohočetné osteofyty, subchondrální skleróza, tvorba cyst, počínající deformity;
 - IV. stadium: Vymizení kloubní štěrbiny, velké osteofyty se sklerózou a pseudocystami subchondrální kosti, pokročilé deformity.

Mezi další pomocné vyšetření patří počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) a sonografie (Dunzl a kol. 2004).



Pokročilá artróza kyčelního kloubu



Artróza na podkladě vrozené luxace kyčelního kloubu

3.4.2 Terapie koxartrózy

Konzervativní terapie spočívá, obdobně jako u jiných forem artrózy, v kombinaci prostředků nefarmakologických – režimová opatření, redukce váhy, rehabilitace, fyzikální léčba, chůze s oporou, s prostředky farmakologickými – analgetika, nesteroidní antirevmatika (NSA) a tzv. symptomaticky pomalu působící léky

(SYSADOA) – chondroprotektiva. U osob mimo fertlní věk velmi dobře účinkuje i RTG terapie nízkou protizánětlivou dávkou, která tlumí reaktivní synoviální zánět.

Operační terapie: v léčbě koxartrózy se uplatňují následující druhy operací:

- **Osteotomie** – jejích principem je změna vzájemného postavení a kontaktu kloubních povrchů, kdy méně postižené okrsky chrupavky jsou osteotomií přemístěny do tlaku více exponovaných zón a přebírají tak funkci chrupavky artrózou devastované. Nejčastěji se provádí osteotomie valgizační, osteotomie varizační, méně často osteotomie derotační.
- **Resekční plastika** – tato metoda je dnes využívána výjimečně a její princip spočívá v odstranění poškozené hlavice, v aplikaci skeletální trakce zhruba na dobu 8 týdnů, což je doba nezbytná pro vytvoření vazivového interpozita mezi proximálním koncem stehenní kosti a pánví. Nejčastěji se setkáme s resekční plastikou v případech, kde implantace protézy již není technicky možná a pacient má velmi silné bolesti, dále pak v případech, kde náhrada kyčle selhala a rovněž reimplantace je technicky nemožná.
- **Angulační osteotomie** – je výjimečný výkon, kterým lze řešit v krajním případě bolestivý stav kyčle, např. při těžké postdysplastické koxartróze. Principem je změna postavení proximálního konce, která vede ke změně zatížení postiženého kloubu – má analgetický efekt, přináší také zlepšení pozice končetiny, čímž někdy zlepší mobilitu pacienta.
- **Artrodéza** – ztužení kloubu v postavení 15° flexe a nulové až 5° abdukce a neutrální rotace. Artrodéza je dnes využívána zcela výjimečně. Pacientovi vrací možnost těžké fyzické práce vstoje – tato metoda pacientům na rozdíl od endoprotézy umožní plnou zátěž postižené kyčle, ale zásadně zhoršuje jejich životní komfort při sezení, jízdě autem a podobně.
- **Aloplastika** – patří dnes k nejčastějším ortopedickým operacím, kdy destruovaná kloubní jamka i hlavice jsou nahrazeny endoprotézou. Endoprotézy se dělí podle způsobu implantace na cementované a necementované (Sosna, Vavřík, Krbec, Pokorný, 2001).

3.5 Náhrada kyčelního kloubu

Možnosti náhrady poškozeného kyčelního kloubu endoprotézou znamená pro milióny lidí jedinou cestu zpět do normálního života, života bez bolesti a výrazného pohybového omezení. Tím se jejich životní aktivita nejenom prodlužuje, ale v podstatné míře se jim zkvalitňuje celý život. Vznikají nové typy endoprotéz, vyráběné novými špičkovými technologiemi. Operační technika se neustále zdokonaluje. Rozšiřuje se škála kloubních postižení, které lze náhradou kloubu vyřešit. Snižuje se věková hranice, kdy je náhrada prováděna - tento fakt umožňuje prodlužující se životnost používaných endoprotéz.

3.5.1 Způsoby implantace

Jak jsem se již zmínila, endoprotézy se dělí podle způsobu implantace na cementované a necementované.



*Cementovaná náhrada
kyčelního kloubu*



*Necementovaná náhrada
kyčelního kloubu*

Nejdlejší zkušenosti jsou s náhradami **cementovanými**, které jsou do dnešního dne běžně používány. Klasická cementovaná endoprotéza se skládá z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula, zbaveného destruované kloubní chrupavky a marginálních osteofytů, upevněna metylmetakrylátovým kostním cementem. Vždy je třeba přesně dodržet směr a

postavení jamky, protože kloub po náhradě endoprotézou je v počátečních stadiích stabilizován proti luxaci zejména kolemkloubním svalstvem.

Dřík endoprotézy je rovněž pomocí kostního cementu upevněn do proximální části stehenní kosti zbavené spongiózy a může být buď spojen s hlavici, což je starší způsob, nebo zakončen kuželovým konusem, na který se hlavice nasazuje teprve podle vzniklé situace v souladu s požadavky na kloubní stabilitu a délku končetiny. Hlavice jsou zhotovovány nejčastěji z keramiky nebo chromkobaltmolybdenové slitiny nebo ze speciální nerezavějící a nemagnetické oceli. Jejich povrch musí být dokonale hladký, protože každým pohybem hlavice proti jamce dochází k tření a uvolňování drobných částic polyetylénu, což může být příčinou pozdějšího uvolnění implantátu.

Necementovaná endoprotéza využívá ke své fixaci dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Jamky jsou zhotoveny z titanu, a jsou buď sférické nebo kónické. Sférické acetabulární komponenty bývají vždy opatřeny výrazně zhrubělým povrchem nebo speciálně makroporózně upraveným povrchem, nebo speciálně upraveným povrchem, a jsou impakcí vetknuty do přesně vyfrézovaného kostního lůžka. Kónické acetabulární komponenty jsou buď opatřeny závitem a do kostního lůžka jsou zašroubovány. Sférické i kónické acetabulární komponenty mají vedle části kotvící také části artikulační. Ta je vetknuta do kotvící části po jejím usazení do kosti.



Sférická necementovaná jamka kyčelního kloubu



Necementovaná konická jamka se závitem

Dřívky bezcementových endoprotéz různých tvarů jsou přesně zaražené do opracovaného proximálního konce kostního lůžka stehenní kosti. Stále častěji bývají opatřeny porózním povrchem. Hlavice endoprotéz jsou nejčastěji vyrobeny z keramiky. Mohou však být zhotoveny z dokonale vyleštěných a povrchově speciálně upravených kovových slitin. Dokonale hladký povrch hlavice má zásadní význam pro životnost endoprotézy, protože každá nerovnost zvyšuje otěr artikulační části jamky (Sosna, Vavřík, Krbec, Pokorný, 2001).



Necementovaná náhrada kyčelního kloubu - konická jamka se závitem

O **hybridní náhradě** mluvíme tehdy, když jamka je necementovaná a dřík cementovaný.



*Hybridní náhrada kyčelního kloubu
necementovaná jamka, cementovaný dřík*

3.5.2 Prevence poškození kyčelního kloubu

Klouby, kloubní chrupavky, svaly, šlachy a vazy patří mezi nejdůležitější části pohybového aparátu. Jak jsou tyto části pohybového aparátu poškozeny, jedná se o nevratný proces, který ve většině případech je podmiňován operačním zákrokem. Důležité je proto kloubním potížím předcházet a klouby chránit.

Příčiny vzniku onemocnění pohybového aparátu u pacientů mohou vzniknout v důsledku poruchy životního stylu, proto je nutné zaměřit pozornost tímto směrem. Přijatelný způsob řešení stresových situací, odpovídající tělesná hmotnost, psychická i fyzická relaxace, předcházení úrazům, zdravá výživa a vhodná pohybová aktivita jsou tím nejlepším, jak se obtížím vyvarovat.

3.5.3 Indikace k operaci TEP kyčelního kloubu

Indikace pro operaci TEP kyčelního kloubu jsou bolestivé stavy s výrazně sníženým životním komfortem, u kterých jsou konzervativní prostředky léčby nedostačující a neefektivní. Dalším je pak výrazná porucha funkce kloubu, která vede k omezení celkové pohybové schopnosti. Odlišnou situací, kdy v některých případech ani pacient výraznější bolesti trpět nemusí a přesto je náhrada kloubu nezbytná, je nádorové onemocnění, postihující oblast kyčelního kloubu. Nejčastější příčiny, pro které se provádějí implantace totální endoprotézy jsou:

- primární koxartróza;
- vrozené vývojové vady (vrozená dysplázie kyčelního kloubu);
- poúrazové stavy kyčelního kloubu (po zlomeninách acetabula, krčku stehenní kosti);
- revmatická onemocnění;
- kostní nádory;
- revizní náhrady TEP.

3.5.4 Kontraindikace k operaci TEP kyčelního kloubu

Kontraindikací k operaci TEP kyčelního kloubu jsou stavy, které by v konečném výsledku nevedly k zlepšení pacientova životního komfortu, a mohly by dát vznik dalším komplikacím:

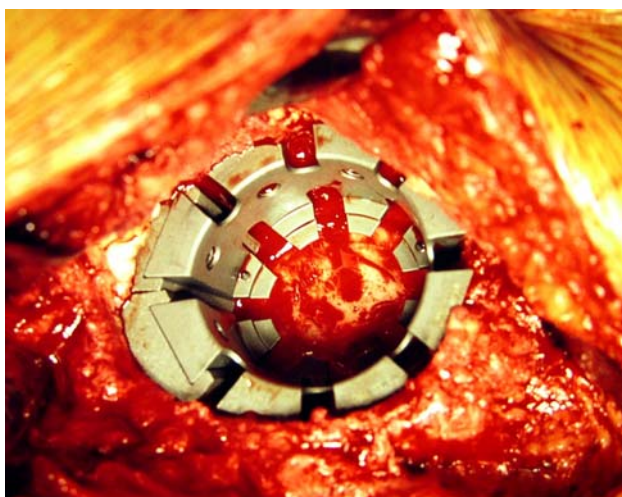
- aktivní infekce v kyčli;
- zánětlivé ložisko v jiné lokalizaci;
- nepříznivý zdravotní stav;
- špatná kvalita kostní tkáně;
- nespolupráce pacienta;
- špatný interní stav pacienta.

3.5.5 Vlastní operační výkon

Vlastní operační výkon se provádí na přísně aseptických operačních sálech. Operaci provádí operatér za pomoci dvou až tří asistentů. Doba operace je velmi různá, závisí na mnoha faktorech. Většinou se pohybuje mezi jednou až dvěma

hodinami. Po celou dobu výkonu je pacient uveden do hlubokého spánku, v případě svodné anestezie je přitlumen vědomí a potlačeno vnímání bolesti.

V průběhu operace je nahrazen kyčelní kloub endoprotézou. Po získání dostatečného přístupu je odstraněna poškozená hlavice stehenní kosti. Kloubní jamka je pomocí speciálních fréz upravena na příslušnou velikost jamky. Dřeňový kanál femuru je frézami upraven pro potřebnou velikost femorální komponenty. Celá rána o délce cca 25-30 cm je pečlivě sešita, odetnuté svaly opět připevněny stehy ke svým úponům. Aby se v operační ráně nevytvořil krevní výron, který by mohl být živnou půdou infekce, jsou z rány vyvedeny tři odsavné drény. Ty odvádí krev z operačního pole jeden až dva dny po výkonu.



Peroperační obrázek – implantovaná jamka kyčelního kloubu

3.5.6 Zatěžování endoprotézy

Cementované endoprotézy mohou být zatěžovány od třetího pooperačního dne, polovinou váhy celkové hmotnosti pacienta, zatímco necementované endoprotézy je třeba zatěžovat později, až po transformaci kontaktu kosti s povrchem endoprotézy. Necementované TEP jsou prvních 6-8 týdnech plně bez zátěže, v dalších 6-8 týdnech mohou být zatěžovány polovinou váhy celkové hmotnosti a až potom se může přejít na plnou zátěž.

Endoprotézy přinášejí pacientům nebolestivý pohyb, ale jejich problematika není jednoduchá.

3.5.7 Pooperační komplikace

Mezi nejčastější pooperační komplikace se řadí:

- krvácení;
- luxace endoprotézy;
- syndrom tukové embolie;
- tromboembolická nemoc;
- rozestup rány;
- hematom;
- časná infekce.

3.6 Ošetrovatelský proces

Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces (dále jen OP). OP je základem pro poskytování individualizované ošetrovatelské péče a vede ke zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik použitých při ošetrování pacientů. Zdravotní sestra zná pacienta mnohem lépe. Chápe ho jako člověka s jeho individuálními problémy a trápeními.

Každý člen ošetrovatelského týmu provádí individualizovanou péči. Neplní tedy jen pasivně pracovní povinnosti, například ordinace lékaře. Každý člen tohoto týmu také nese konkrétní odpovědnost za tu péči, kterou je u daného pacienta povinen zajistit. U nemocných s nimiž se obtížně spolupracuje, OP nám pomáhá snáze pochopit příčiny jejich chování a najít vhodný způsob jak k nim přistupovat. Koncepce OP vytváří základ správného přístupu ke zdravým a nemocným v průběhu profesní přípravy zdravotnického pracovníka (Staňková Marta 2004).

Přednosti ošetrovatelského procesu

Přednosti OP musíme posuzovat z hlediska nemocného, tím rozumíme co je mu přinášeno a z hlediska sestry, co je přinášeno jí.

Přednosti z hlediska nemocného:

- pacienta je v centru péče, dochází k individuální péči;
- jsou saturovány všechny potřeby nemocného;
- dochází ke zkvalitnění komunikace, je zvýšená komunikace mezi sestrou a nemocným;
- je kontinuita ošetrovatelské péče, s navázáním činností na sebe;
- máme adresnost poskytovatele a odbourání anonymity;
- je zvýšená spokojenost pacientů.

Přednosti z hlediska zdravotní sestry:

- má příležitost k vyjádření cesty ošetrovatelské péče;
- dochází k zprůhlednění práce sester;
- dochází k odbourání anonymity a k adresné odpovědnosti sestry;
- sestra má možnost provádět diferencovanou péči;
- má možnost zpětné kontroly poskytnuté ošetrovatelské péče;
- vzniká větší potřeba sebevzdělání;
- sestra má možnost seberealizace;
- vzniká přirozená nutnost k většímu výkonu;
- mělo by docházet ke snížení rizika chybného přenosu informací;
- OP je součástí akreditace zdravotnického zařízení.

3.7 Komunikace

3.7.1 Význam komunikace

O významu komunikace v životě člověka se netřeba dlouze rozepisovat. Nebudu daleko od pravdy, řeknu-li, že s komunikací mnohdy stojí i padá naše úspěšnost v různých oblastech našeho života, náš klid, naše vztahy, naše práce, naše porozumění tomuto světu a tak dále. Komunikace je nedílnou a důležitou součástí našeho života. Různé formy dorozumívání používáme už od narození. Můžeme ji rozdělit na slovní neboli *verbální* a mimoslovní tedy *neverbální*. I když si to málokdo uvědomuje, hraje komunikace neverbální v běžném životě stejnou roli jako komunikace verbální.

V ošetrovateľskom procese má komunikácia, verbálna i neverbálna, veľký význam. Pacient sa stáva díky hospitalizácii a svému zhoršenému zdravotnému stavu citlivejší a vnímavejší na spôsob, akým s ním hovoríme, na spôsob, akým mu sdělujeme fakty, na spôsob, akým sa k pacientovi chováme pri prováděni ošetrovateľských výkonů. Zdravotní personál, ať je to lékař nebo sestra, by si proto měli uvědomovat všechny složky své komunikace a naučit se je používat cíleně a účelově, protože komunikace je nástrojem uspokojování potřeb člověka. Například slovo, má moc člověka srazit na kolena, zároveň jej i postavit na nohy a posílit, protože způsob, akým něco řekneme, dotvára význam už řečeného. Součástí sdělovaného je také chování komunikujícího. Mezi významné neverbální prostředky patří mimika, gestikulace, úprava zevnějšku, dotek, vzájemná vzdálenost, postavení a jiné.

3.7.2 Komunikace s nemocným člověkem

Sestra i lékař používají dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. V poslední době se věnuje velká pozornost výuce i tréninku komunikace v pomáhajících profesích. Existují názory, že jde o schopnost, kterou někdo je nadán, jiný nikoliv. To je omyl. Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě člověka. Pokud je splněna základní podmínka - chtít, pak se můžeme zdokonalit (Venglářová, Mahrová, 2006).

Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Dobře komunikovat neznamená jen zvolit slova. Je důležité věnovat pozornost dalším prvkům, jako jsou:

- rychlost řeči;
- hlasitost;
- pomlky;
- výška hlasu;
- délka projevu;
- intonace.

Z profesního hlediska je u verbální komunikace podstatné osvojení si speciálních verbálních dovedností. Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je naslouchání. Jde v něm nejen o to, že slyšíme, ale také o to, že chápeme a rozumíme. Nasloucháním jsou vytvářeny podmínky k dalšímu rozhovoru. Tím, že nasloucháme, umožňujeme druhému splnění jeho přání – možnost se svěřit. Nasloucháním dáváme najevo ochotu pomoci. Nasloucháme třemi způsoby: ušima, očima a srdcem.

3.7.3 Proč je důležité učit sestry komunikovat

Nepopírám, že lékař má v léčebném procesu pacienta nejdůležitější roli, ale v roli komunikátora má někdy velké rezervy. Samozřejmě, že také záleží na typu oddělení. Ze své dlouhodobé praxe na ortopedickém oddělení se setkávám s tím, že komunikaci s pacientem blokuje právě nedosažitelnost ošetřujícího lékaře.

Příklad. Lékař se ráno dostaví na oddělení, rychle projde vizitu, zjistí současný stav, problémy nemocných, zapíše ordinace a spěchá se připravit jako operatér na operační sál. Po ukončení náročného operačního programu přichází na oddělení dořešit lékařské a administrativní záležitosti a po náročném dni odchází domů. Pacienti tak svého ošetřujícího lékaře vidí pouze ráno při vizitě a potom odpoledne, pokud jim přijde sdělit výsledek vyšetření, jestliže nějaké během dne absolvují. Když se pacienti několikrát během dne zeptají, zda mohou mluvit se svým ošetřujícím lékařem, je jim odpovězeno, že má jiné pracovní úkoly a povinnosti, případně je na operačním sále. Pacienti leckdy „shánění“ svého lékaře vzdávají a snaží se požadované informace získat od sestry. Právě tehdy nastupuje role sestry komunikátorky, která musí být připravena zodpovědět každý pacientův dotaz.

3.7.4 Kroky napomáhající ke zdárné komunikaci

Pro zdravotní sestru jsou v rozhovoru s pacientem důležité následující kroky:

1. **Úcta** – vážíme si pacienta jako člověka a zároveň rovnocenného partnera v rozhovoru.
2. **Důvěryhodnost** – přesvědčit pacienta, že jsme hodni jeho důvěry, můžeme jediné vlastním správným chováním.

3. **Ochota dávat, nejen přijímat** – dialog není jednostrannou záležitostí. Chceme-li, aby posluchač našemu sdělení naslouchal, i my musíme pozorně naslouchat jemu.
4. **Ochota odložit masku** – nelze předstírat, hrát si na někoho jiného než jsem, nebo zastírat skutečnosti. Obavy o vlastní pověst by měly jít stranou.
5. **Připravenost ke změnám a revizi postojů** – je ochota vzdát se lpění na svých vlastních dogmatických postojích.
6. **Citlivé odkrývání překážek v rozhovoru** – pokud se nemůžeme dorozumět, je potřeba citlivě a taktně hledat příčinu a nebát se ji odstranit.
7. **Přátelská atmosféra** – vytvořit ji lze vzájemným přijetím, není to však jednoduché (Venglářová, Mahrová 2006).

3.7.5 Umění komunikace

Své komunikační schopnosti a dovednosti může lékař nebo sestra uplatnit nejen ve standardních situacích, ale posléze i v situacích náročných. Ukazuje se, že tam, kde lidské jednání vyžaduje úspěšnou komunikaci jednotlivců a skupin, se věnuje náležitá pozornost nácviku různých komunikačních technik. Komunikovat totiž neznamená pouze „mluvit“. Při správně vedené komunikaci s pacientem musíme:

- vědět, co chceme říci;
- rozhodnout, kdy informaci sdělit, to znamená odhadnout, zda je vhodný čas pro předání informace;
- vybrat správné místo pro sdělení;
- rozhodnout, jak nejlépe informaci podat;
- pamatovat na skutečnost, že pro nás jež jasné sdělované skutečnosti nemusejí být pro druhou stranu také jasné;
- mluvit zřetelně a srozumitelně, své sdělení nekomplikovat;
- zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči;
- sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všimnout si zejména jeho známek a projevů zmatku, hněvu, úzkosti, akceptování atd.;

- brát v úvahu pocity pacienta;
- udržovat v přiměřené míře oční kontakt s pacientem;
- kontrolovat své neverbální projevy;
- umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil;
- nezneklidňovat, ale ani nedráždit pacienta svým projevem;
- kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil.

(Radkin Honzák, 1997)

3.8 Edukace

Edukací rozumíme obecný proces vzdělávání nebo výchovy, předávání informací, výuku nových návyků, stereotypů, dovedností. Edukace se zaměřuje na problém a na pacienta. Existuje řada faktorů, které ovlivňují edukaci pacientů. Pacienti jsou různorodí a liší se v mnoha aspektech: pohlaví, věk, vzdělání, motivace, zaměstnání, kultura, hodnotový systém, sebedůvěra, soběstačnost. Každý z těchto faktorů je důležitý, protože ovlivňuje ochotu pacienta naslouchat, schopnost vnímat a uplatnit předávané informace.

3.8.1 Rozhovor - terapeutický, informativní, edukační

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáváme s rozhovorem terapeutickým, informačním a edukačním. Ve všech je potřeba mít stále na paměti, že v rozhovoru jsme partneři a máme rovnocenná místa.

- **Terapeutický rozhovor** – často slyšíme, že dobré slovo léčí. Sestra je tím, kdo přichází s pacientem do bezprostřední blízkosti a je s ním často. Od běžných hovorů sociální komunikace se dostává do rozhovorů, kde ústřední roli hrají pocity pacienta. Nasloucháním tomu, co pacient cítí, je to nejdůležitější, co máme vyslechnout a to jak na verbální, tak neverbální úrovni. Nejčastějšími pocity, se kterými se v praxi setkáme, bude strach, úzkost, smutek, zklamání, vztek, tíseň. I když se pacienti nacházejí v náročné životní situaci, neprožívají jen negativní emoce, k jejich pocitům bude patřit i radost, klid, láska. Důležité je nezůstat k pocitům lhostejný a dovolit si je sdílet. V žádném případě bychom neměli pocity v rozhovoru bagatelizovat.

Může se stát, že se pacient uzavře a přestane o svých pocitech mluvit.

- **Informační rozhovor** – účelem tohoto rozhovoru bude sdělování informací. Může to být sestra, která dává pacientovi určité informace, nebo pacient bude sdělovat informace o sobě. U tohoto rozhovoru je důležité zdůraznit, že jde o rozhovor, nikoliv o monolog. Nestačí vychrlit na pacienta všechny informace, které jsme povinni mu dát, ale pohovořit s ním o jejich významu a také o tom, jestli jim rozuměl. Důraz je kladen na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací.
- **Edukativní rozhovor** – dnešní medicína klade stále větší důraz na zapojení pacienta do své léčby. Na nás tedy často bude, abychom ho něčemu naučili. To znamená, že především my sami musíme ovládat to, co učíme. Pak je tu umění znalost a dovednost předat. Nejde jen o předávání informací, ale i o názornost – není nad příklad, prezentaci činnosti, nebo ukázkou toho, co chceme naučit. Pamatujeme na to, že opakování je matka moudrosti. Dbejme na trpělivý přístup – protože žádný učený z nebe nespádl. Buďme podpůrní – protože jedna pochvala zmůže víc než deset upozornění na chybu. Nezapomínejme na závěrečné shrnutí a ověření si, zda pacient vše pochopil.

(Venglářová, Mahrová, 2006).

3.8.2 Sestra jako edukátorka

Role sestry se stala neoddělitelným článkem mezi lékařem a pacientem. Pro lékaře představuje zručnou, vzdělanou a odpovědnou spolupracovnici a pro nemocného oddanou a vlídnou bytost. Je to zdravotní sestra, která tráví často s nemocným delší dobu než lékař. Je to zdravotní sestra, kdo má k pacientům lidsky nejbližší. Je to zdravotní sestra, která pravidelně s pacientem komunikuje a neustále ho edukuje. Proto je na místě, že edukace je jedním z pilířů ošetrovatelské činnosti a sestra, která needukuje, je jako průvodkyně, která nemluví. Výuku pacientů lze stručně charakterizovat jako komunikační proces, který snižuje nebo eliminuje úzkosti a obavy pacienta a podporuje proces jeho uzdravení. Tento proces je nedílnou součástí plánu péče každého pacienta. Na základě pěstovaného důvěryhodného vztahu dochází mezi sestrou a pacientem ke smysluplnému dialogu o jeho nemoci, o

pocitech, které v něm nemoc vyvolává a o problémech, které jsou důsledkem jeho onemocnění. Na základě tohoto rozhovoru dochází většinou u pacientů k pochopení a akceptování svého stavu a plánování léčebných intervencí, což podporuje uzdravující proces.

4 Praktická část

Táto část mé práce vychází ze získaných poznatků z dotazníků a mé dlouhodobé praxe na oddělení I. Ortopedické kliniky FN v Motole.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit zda pacienti mají potřebu být více informováni před a po dobu hospitalizace při operaci TEP kyčelního kloubu a zároveň zjistit úroveň a požadavky v oblasti komunikace se zdravotními sestrami po dobu hospitalizace.

4.1 Metodika, charakteristika zkoumaného vzorku

Pro získání potřebných údajů jsem použila metody anonymního dotazníku pro pacienty (příloha). Distribuce dotazníků proběhla od září 2006 do ledna 2007 na třech pracovištích I. Ortopedické kliniky. Vlastnímu předávání dotazníků respondentům předcházela žádost směřovaná vrchní sestře daného oddělení o souhlas s prováděním dotazníkového šetření. Žádosti bylo vyhověno. Dotazníky jsem distribuovala v celkovém počtu 64 kusů a vrácený počet dotazníků byl také 64 kusů. Při vyplňování jednotlivých dotazníků jsem byla osobně přítomna, protože se domnívám, že navázání osobního kontaktu usnadňuje hlouběji proniknout do motivů a postojů pacientů - respondentů. Používala jsem rozhovory nejen individuální, kde jsem pracovala jen s jednou osobou, ale i rozhovory skupinové, kde jsem pracovala s více osobami.

Před samotným průzkumem jsem provedla předvýzkum. Předvýzkumu se zúčastnilo 10 respondentů. Dle jejich vyplnění dotazníků a následné konzultace jasností zadání otázek jsem některé otázky formulovala jinak, srozumitelněji.

Dotazníková metoda je způsob šetření, při kterém jsou potřebné informace od respondentů získávány písemně prostřednictvím otázek na předtištěném formuláři. Je jednou z nejčastěji používaných metod. Výhodou této metody je možnost získání potřebných informací od vysokého počtu respondentů v průběhu krátké doby za podmínky zachování stejné situace a poskytnutí potřebného času k odpovědi (Kliková A., 2006).

Podstatnou výhodou této metody je rovněž ekonomická nenáročnost. Negativní stránkou dotazníkové metody je, že nezjišťuje přesně, jací respondenti ve skutečnosti jsou, ale jak sami sebe vidí nebo jak chtějí být viděni. Odpovědi by tedy mohly být zkreslené. Další negativní stránkou dotazníkového šetření by mohla být neochota respondentů při vyplňování a vracení dotazníků, proto jsem při vyplňování dotazníku volila i metodu rozhovoru. Metoda rozhovoru je charakterizována především sociální interakcí. Podaří-li se výzkumnému pracovníkovi vytvořit ovzduší důvěry a otevřenosti, může metodou rozhovoru odhalit fakta, zkušenosti, názory a postoje zkoumaných osob, které jsou ostatním metodám nedostupné.

Výsledky získané dotazníkovým šetřením jsem zpracovala do tabulek četností a grafů. V tabulkách jsou výsledky vyjádřeny pomocí absolutní a relativní četnosti, graficky jsou výsledky znázorněny relativní četností.

Dotazník pro pacienty obsahuje 12 otázek, otázka číslo 6 obsahuje 6 podotázek. Otázky měly odpovědi strukturované, předem připravené. Respondenti vybírali jednu odpověď z nabízených možností. Dvě otázky byly vyhrazeny pro vyjádření názorů a připomínek.

V úvodu obsahuje dotazník kontaktní otázky ke zjištění demografických dat. Otázka číslo 1 zjišťuje pohlaví, číslo 2 věk a číslo 3 nejvyšší dosažené vzdělání. Otázka číslo 4 je zaměřena na ošetřujícího lékaře, otázka číslo 5 se zaměřuje na sestru. Otázkou číslo 6 a jejími podotázkami jsem chtěla zjistit, zda by nemocní uvítali více informací o průběhu hospitalizace ještě před nástupem do nemocnice. Otázka číslo 7 se zabývá využitím internetových stránek. Otázka číslo 8, 9, 10, 11 a 12 se vrací k současné hospitalizaci nemocného a jeho spokojenosti s úrovní komunikace, a proto v otázce 10 a 12 je ponechán prostor pro připomínky pacientů, které se týkají problematiky řešení v dotazníku.

4.2 Výsledky průzkumu

Dotazníky jsem distribuovala v celkovém počtu 64 kusů. Šetření bylo koncipováno jako randomizované (náhodně provedené). V momentě, kdy bylo dosaženo požadované množství respondentů, jsem dotazníky dále nedistribuovala. Z vrácených 64 (100 %) dotazníků nebyl ani jeden vyřazen.

V této kapitole analyzuji 64 dotazníků. Přestože je počet respondentů mého dotazníkového průzkumu relativně malý, získané informace jsou velmi cenné a zaslouží si kvalitní vyhodnocení.

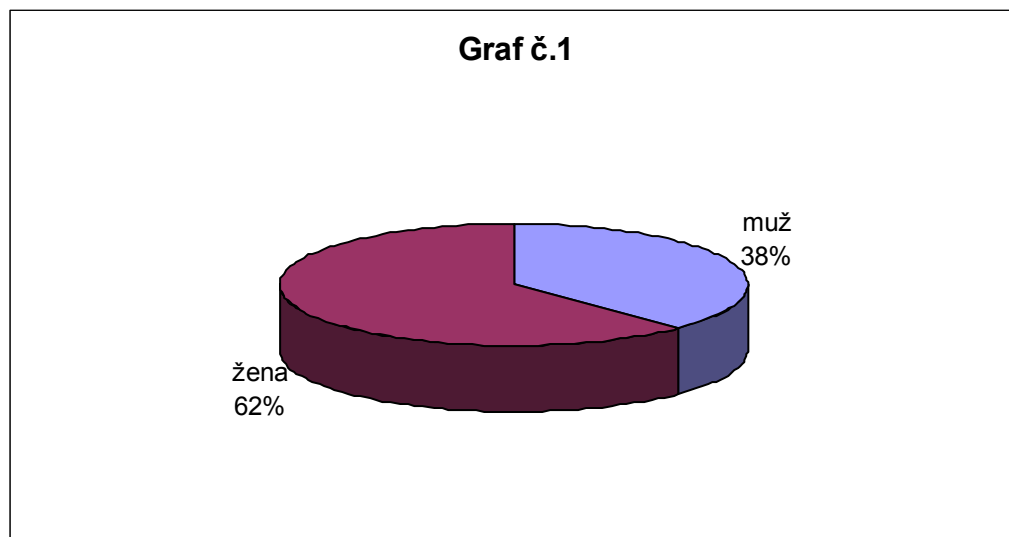
Otázka č. 1 Jste muž nebo žena?

- a) muž
- b) žena

Tabulka č. 1

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	24	37,5 %
Žena	40	62,5 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 1



Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 64 respondentů, což je 100 %, z toho 24 mužů, což je 37,5 % a 40 žen, což je 62,5 %.

Z mého zkoumaného vzorku respondentů vyplynulo, že operaci endoprotézy kyčelního kloubu podstoupilo více žen než mužů.

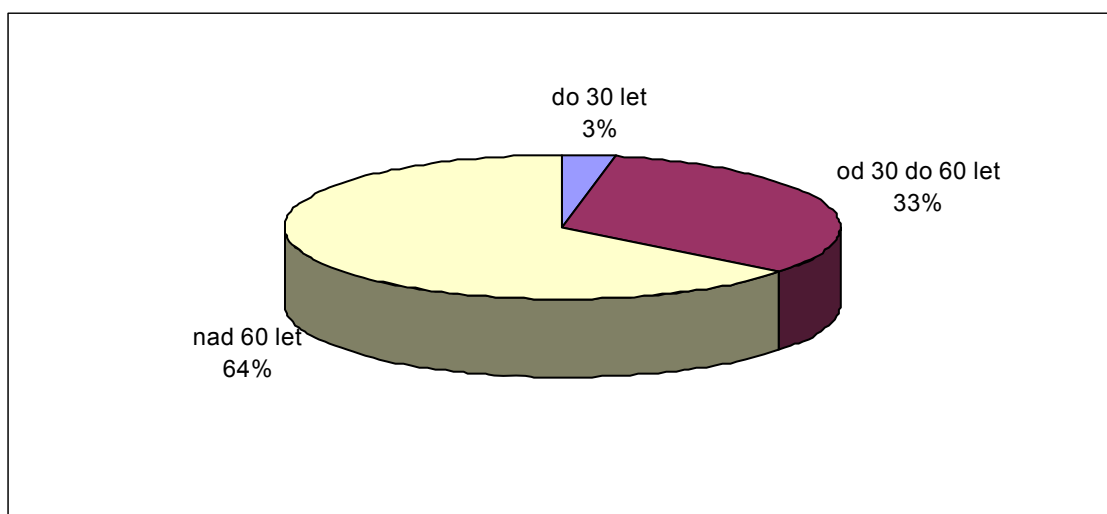
Otázka č. 2 Rok narození

- do 30 let
- od 30 do 60 let
- nad 60 let

Tabulka č. 2

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 30 let	2	3,1 %
Od 30 do 60 let	21	32,8 %
Nad 60 let	41	64,1 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 2



V šetření byly osloveny tři věkové skupiny do 30 let, do 60 let a nad 60 let. Respondenti do 30 let byli 2 což je 3,1 %, do 60 let bylo 21 respondentů což je 32,8 % a nad 60 let bylo 41 respondentů, což je 64,1 %.

Z výše uvedeného vyplývá, že TEP kyčelního kloubu podstupuje nejvíce pacientů ve vyšším věku (nad 60 let), což je nejčastěji způsobeno koxartrózou.

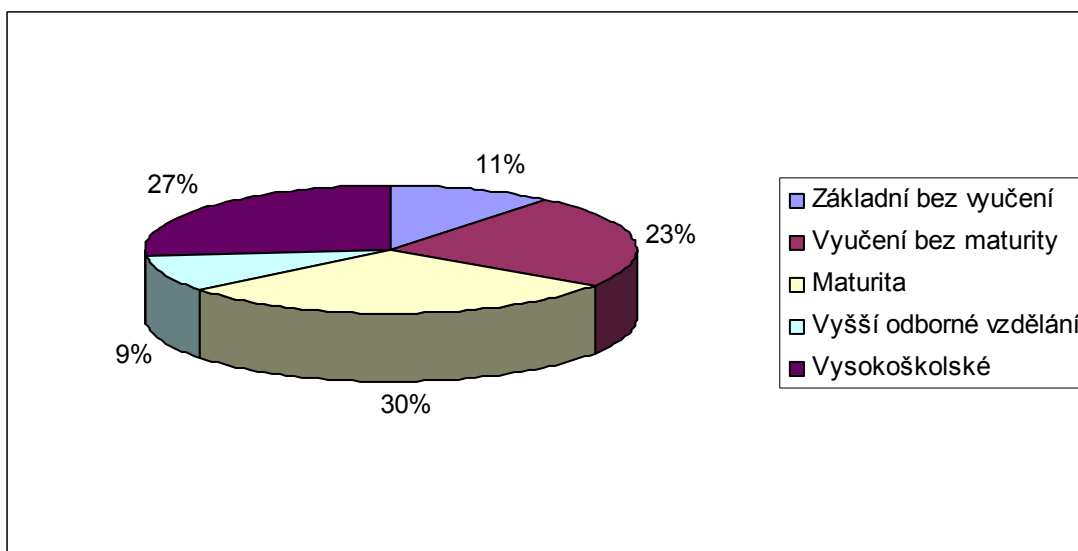
Otázka č.3 Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní bez vyučení
- b) vyučení bez maturity
- c) maturita
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské

Tabulka č. 3

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní bez vyučení	7	11 %
Vyučení bez maturity	15	23,4 %
Maturita	19	29,7 %
Vyšší odborné vzdělání	6	9,4 %
Vysokoškolské	17	26,6 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 3



Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo za a) základní bez vyučení 7 respondentů, tj. 11 %, za b) vyučení bez maturity 15 respondentů, tj. 23,4 %, za c) vyšší odborné vzdělání 6 respondentů, tj. 9,4 % a za d) vysokoškolské 17 respondentů tj. 26,6 %.

Malé rozdíly naznačují, že počet operací TEP kyčelního kloubu nezávisí na dosaženém vzdělání.

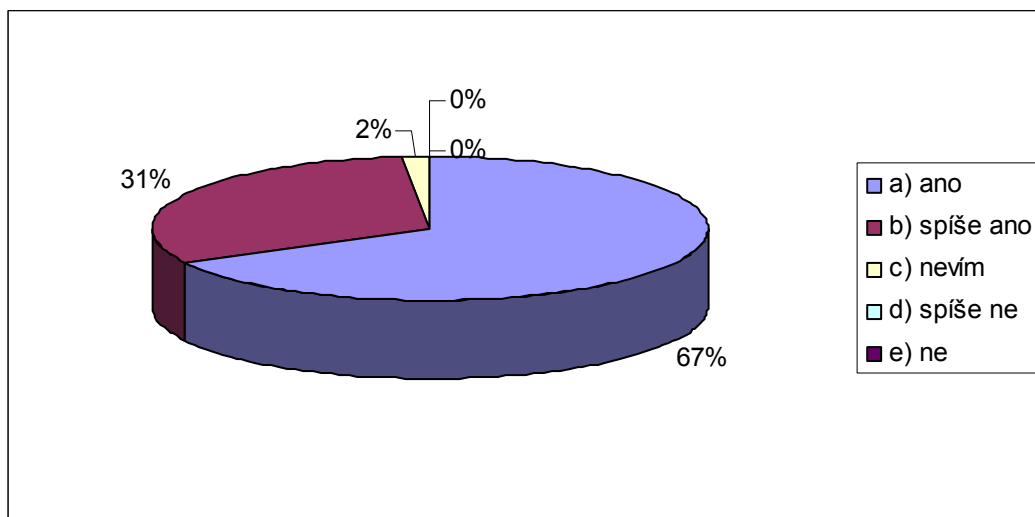
Otázka č. 4 Byl(a) jste informován(a) lékařem o smyslu a cíli léčebného zákroku?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 4

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	43	67,2 %
Spíše ano	20	31,2 %
Nevím	1	1,6 %
Spíše ne	0	0 %
Ne	0	0 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 4



Nejvíce respondentů odpovědělo, že byli na ambulanci u svého odborného lékaře ortopeda dostatečně informováni o smyslu a cíli léčebného zákroku - odpověď a). Celkem takto odpovědělo 43 respondentů, tj. 67,2 %. Na možnost b) odpovědělo 20 respondentů, tj. 31,2 %. Na možnost c) odpověděl 1 respondent, tj. 1,6 % a na možnost d) a e) neodpověděl žádný z respondentů.

Z výsledků plyne, že ošetřující lékaři poskytují pacientům dostatek informací o smyslu a cíli operačního výkonu.

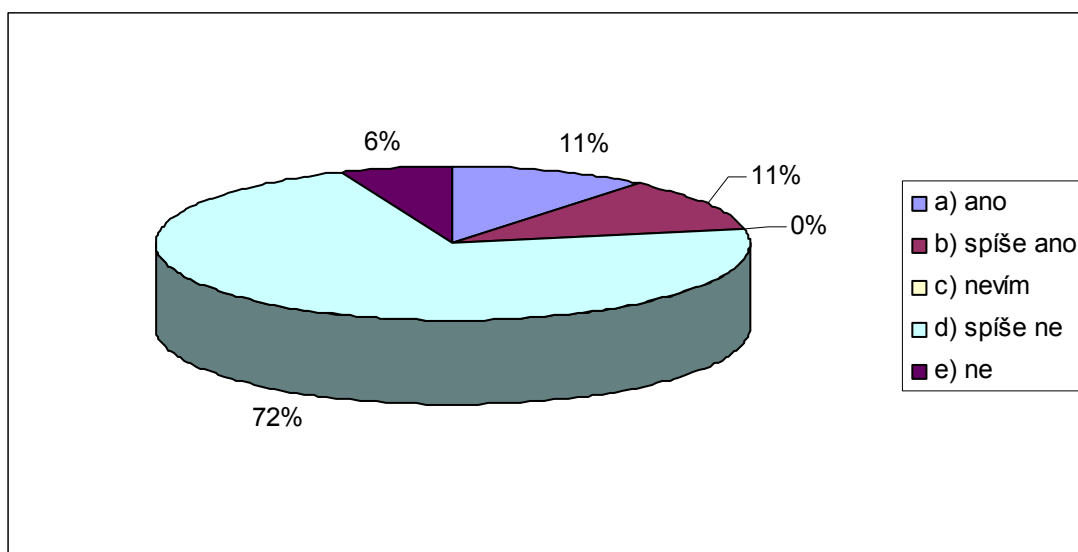
Otázka č. 5 Byl(a) jste informován(a) o průběhu hospitalizace před příjmem na lůžkové oddělení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 5

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	10,9 %
Spíše ano	7	10,9 %
Nevím	0	0 %
Spíše ne	46	71,9 %
Ne	4	6,2 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 5



Na možnost a) odpovědělo 7 respondentů, tj. 10,9 %, na možnost b) odpovědělo rovněž 7 respondentů, tj. 10,9 %. Z toho vyplývá, že pouze 21,8 % respondentů informace o průběhu hospitalizace dostalo úplně, nebo částečně. Na možnost c) neodpověděl žádný z respondentů. Na možnost d) odpovědělo nejvíce 46 respondentů, tj. 71,9 %. Na možnost e) odpověděli 4 respondenti, tj. 6,2 %. Z toho vyplývá, že 78,1% respondentů nedostalo uspokojivé informace o průběhu hospitalizace.

Z daných odpovědí vyplývá, že pacienti nejsou dostatečně informováni o průběhu hospitalizace před příjmem na lůžkové oddělení. Domnívám se, že tuto skutečnost ovlivňuje nedostatek času jak zdravotních sester, tak lékařů.

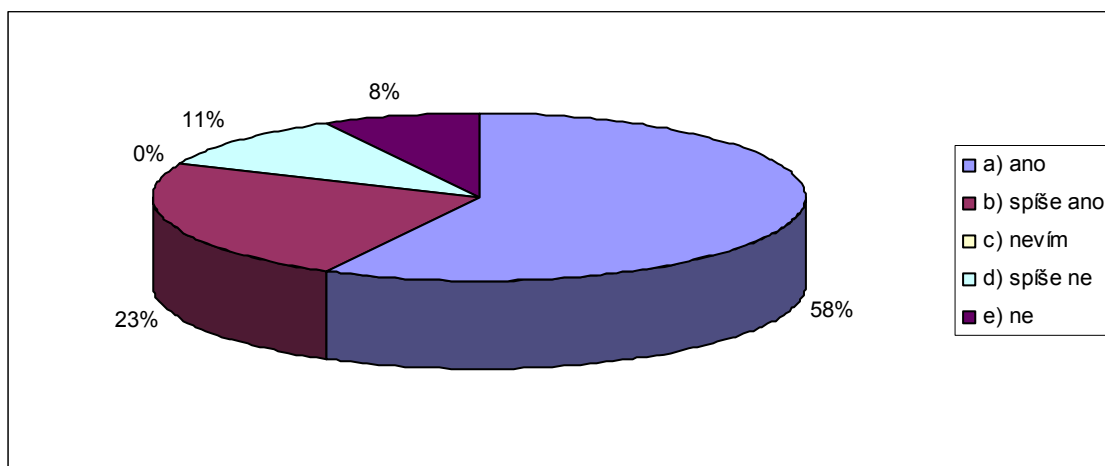
**Otázka č. 6a) Uvítal(a) byste více informací v následujících oblastech před nástupem k hospitalizaci?
- o přípravě osobních věcí k hospitalizaci**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 6a

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	57,8 %
Spíše ano	15	23,4 %
Nevím	0	0 %
Spíše ne	7	11 %
Ne	5	7,8 %
Celkem	64	100 %

Graf č 6a



Nejvíce respondentů 37 odpovědělo na možnost a) tj. 57,8 %. Na možnost b) odpovědělo 15 respondentů, tj. 23,4 %. Z uvedeného grafu vyplývá, že 81,2 % respondentů by uvítalo více informací o přípravě osobních věcí k hospitalizaci ještě před nástupem k hospitalizaci. Na možnost c) neodpověděl žádný respondent. Na možnost d) odpovědělo 7 respondentů, tj. 11 % a na možnost e) odpovědělo 5 respondentů, tj. 7,8 %.

Vzhledem k tomu, že různá oddělení různých nemocnic poskytují ze zkušenosti respondentů různou úroveň komfortu a služeb, uvítali by respondenti jednoznačně více informací o přípravě osobních věcí k hospitalizaci na konkrétním oddělení.

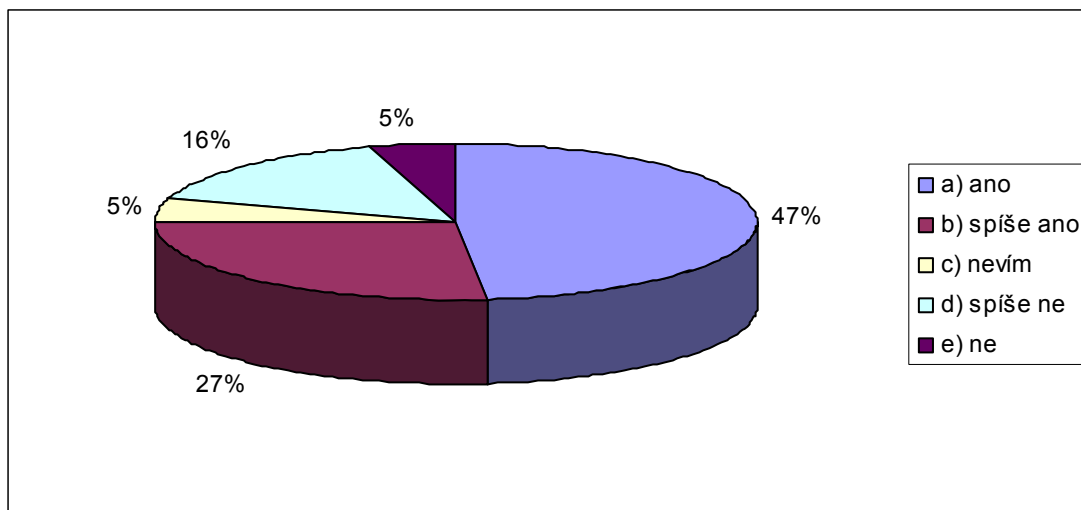
**Otázka č. 6b) Uvítal(a) byste více informací v následujících oblastech před nástupem k hospitalizaci?
- o průběhu příjmu na oddělení**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 6b

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	48,4 %
Spíše ano	17	26,6 %
Nevím	3	4,7 %
Spíše ne	10	15,6 %
Ne	3	4,7 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 6b



Nejvíce 48 respondentů, tj. 75 %, udává zájem o více informací o průběhu příjmu na oddělení ještě před nástupem k hospitalizaci. Z toho odpovědělo na možnost a) 31 respondentů, tj. 48,4 %, na možnost b) odpovědělo 17 respondentů, tj. 26,6 %. Na možnost c) odpověděli 3 respondenti, tj. 4,7 %, 13 respondentů, tj. 20,3 %, nemá zájem o informace tohoto typu, z toho za d) odpovědělo 10 respondentů, tj. 15,6 % a za e) 3 respondenti, tj. 4,7 %.

Šetření naznačuje, že respondenti by uvítali více informací o průběhu příjmového postupu na oddělení.

Otázka č. 6c) Uvítal(a) byste více informací v následujících oblastech před nástupem k hospitalizaci?

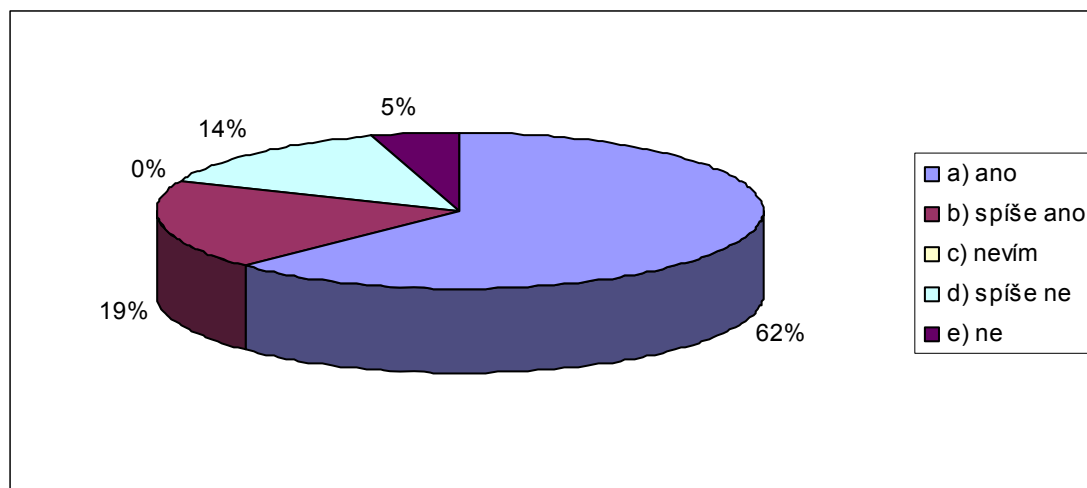
- o předoperační přípravě sestrou (týká se příjmu tekutin, jídla, vyprazdňování, holení operačního pole, léků, příprava osobních věcí na jednotku intenzivní péče)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č.6c

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	62,5 %
Spíše ano	12	18,8 %
Nevím	0	0 %
Spíše ne	9	14,1 %
Ne	3	4,7 %
Celkem	64	100 %

Graf č.6c



O více informací o předoperační přípravě sestrou před nástupem k hospitalizaci má zájem 52 respondentů, tj. 81,3 % z toho za a) odpovědělo 40 respondentů, tj. 62,5 %, za b) odpovědělo 12 respondentů, tj. 18,8 %. Na možnost c) neodpověděl žádný respondent, na možnost d) odpovědělo 9 respondentů, tj. 14,1 % a na možnost e) odpověděli 3 respondenti, tj. 4,7 %.

Šetření ilustruje, že respondenti by rádi byli lépe informováni a edukováni o předoperační přípravě sestrou.

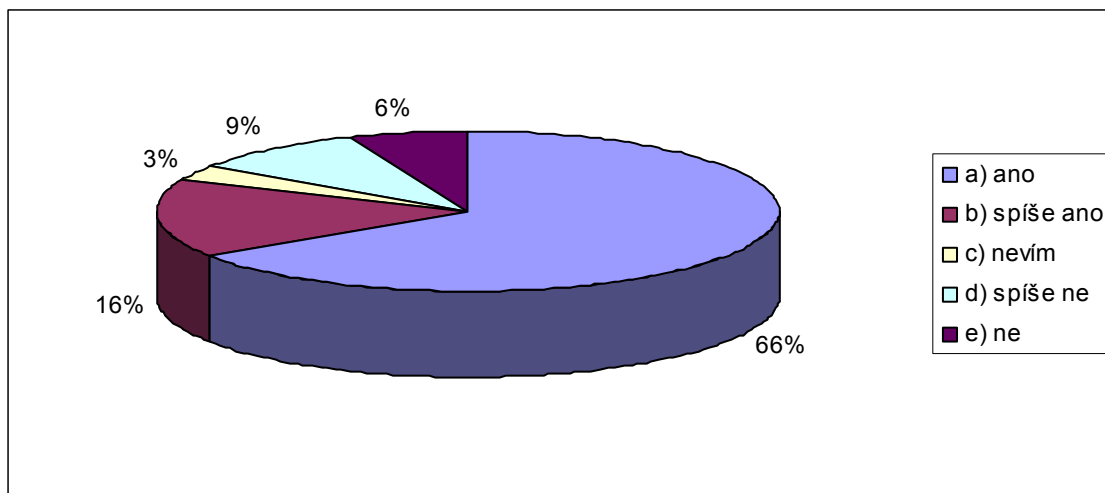
**Otázka č. 6d) Uvítal(a) byste více informací v následujících oblastech před nástupem k hospitalizaci?
- o předoperační přípravě lékařem - anesteziologem**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 6d

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	42	65,7 %
Spíše ano	10	15,6 %
Nevím	2	3,1 %
Spíše ne	6	9,3 %
Ne	4	6,3 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 6d



O informace o předoperační anesteziologické přípravě ještě před nástupem k hospitalizaci má zájem celkem 52 respondentů, tj. 81,3 %, z toho za možnost a) odpovědělo 42 respondentů, tj. 65 %, za b) odpovědělo 10 respondentů, tj. 15,6 %. Na možnost c) odpověděli 2 respondenti, tj. 3,1 %, na možnost d) odpovědělo 6 respondentů, tj. 9,3 % a na možnost e) odpověděli 4 respondenti, tj. 6,3 %.

Z odpovědí se ukazuje, že respondenti by rádi byli lépe informováni o problematice předoperační anesteziologické přípravy již před nástupem k hospitalizaci. Největší zájem je o způsobech podávání anestezie.

Otázka č. 6e) Uvítal(a) byste více informací v následujících oblastech před nástupem k hospitalizaci?

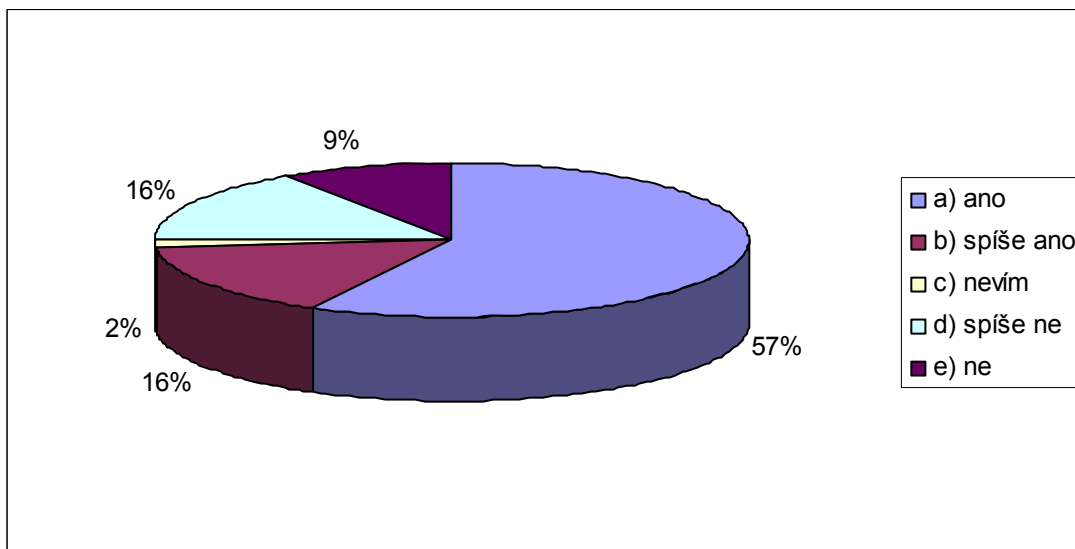
- o bezprostřední přípravě k operaci (příprava před převozem na operační sál)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 6e

Odpo věď	Absolutní č etnost	Relativní č etnost
Ano	37	57,8 %
Spíše ano	10	15,6 %
Nevím	1	1,6 %
Spíše ne	10	15,6 %
Ne	6	9,4 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 6e



O více informací o bezprostřední přípravě k operaci ještě před nástupem k hospitalizaci má celkem zájem 47 respondentů, tj. 73,4 %, z toho na možnost a) odpovědělo 37 respondentů, tj. 57,8 %, na možnost b) odpovědělo 10 respondentů, tj. 15,6 %. Na možnost c) odpověděl 1 respondent, tj. 1,6 %, na možnost d) 10 respondentů, tj. 15,6 % a na možnost e) odpovědělo 6 respondentů, tj. 9,4 %.

Z šetření je evidentní, že respondenti by uvítali více informací o bezprostřední přípravě k operaci.

Otázka č. 6f) Uvítal(a) byste více informací v následujících oblastech před nástupem k hospitalizaci?

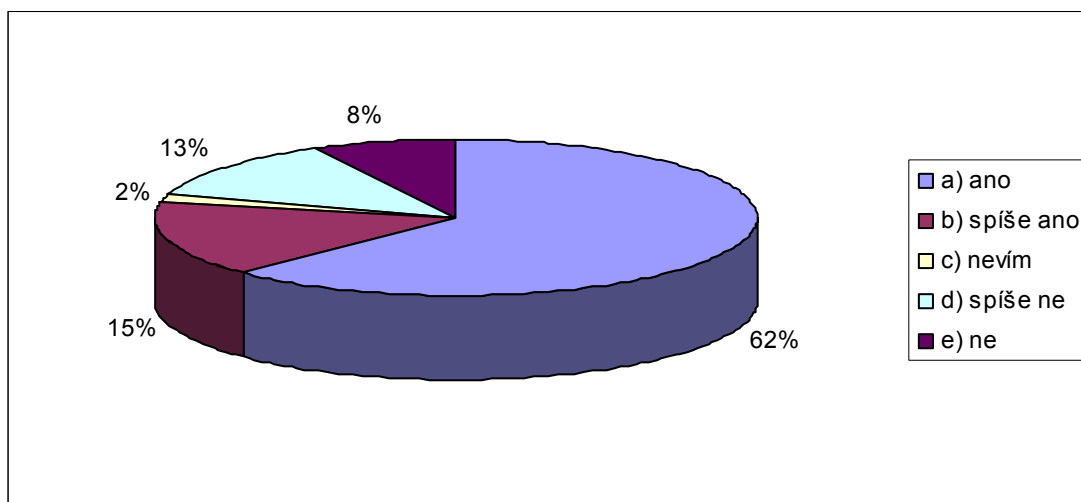
- o pooperační péči (pobyt na jednotce intenzivní péče, překlady na standardní pokoj)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 6f

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	62,5 %
Spíše ano	10	15,6 %
Nevím	1	1,6 %
Spíše ne	8	12,5 %
Ne	5	7,8 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 6f



O více informací o pooperační péči ještě před nástupem k hospitalizaci má zájem 60 respondentů, tj. 78,1 %, z toho na možnost a) odpovědělo 40 respondentů, tj. 62,5 %, na možnost b) odpovědělo 10 respondentů, tj. 15,6 %. Na možnost c) odpověděl 1 respondent, tj. 1,6 %, na možnost d) odpovědělo 8 respondentů, tj. 12,5 % a na možnost e) odpovědělo 5 respondentů, tj. 7,8 %.

Z odpovědí je jasné, že respondenti by uvítali více informací o pooperační péči.

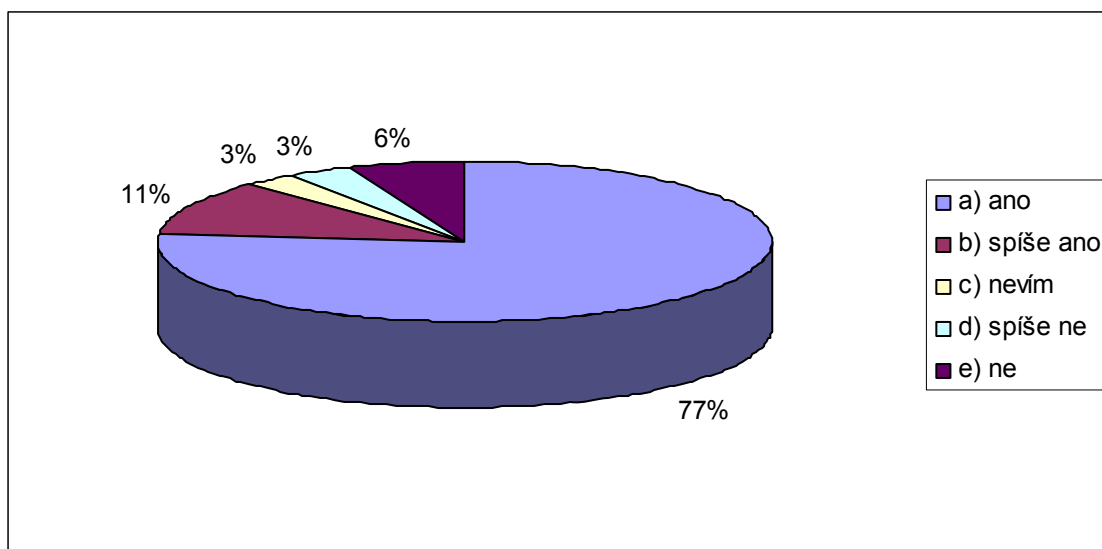
Otázka č.7 Využil(a) byste existenci internetové stránky, která vy obsahovala průvodce před a po operaci endoprotézy kyčelního kloubu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č.7

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	76,6 %
Spíše ano	7	11 %
Nevím	2	3,1 %
Spíše ne	2	3,1 %
Ne	4	6,3 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 7



Existenci internetových stránek, která by obsahovala průvodce před a po operaci endoprotézy kyčelního kloubu by uvítalo 87,6 % respondentů, z toho 49 respondentů, tj. 76,6 % odpovědělo na možnost a), na možnost b) odpovědělo 7 respondentů, tj. 11 %. Na možnost c) odpověděli 2 respondenti, tj. 3,1 %. Na možnost d) odpověděli 2 respondenti, tj. 3,1 % a na možnost e) odpověděli 4 respondenti, tj. 6,3 %.

Výsledky nám sdělují, že respondenti mají značný zájem o informace poskytované prostřednictvím internetových stránek. U starších pacientů se předpokládá přístup k internetu prostřednictvím rodiny.

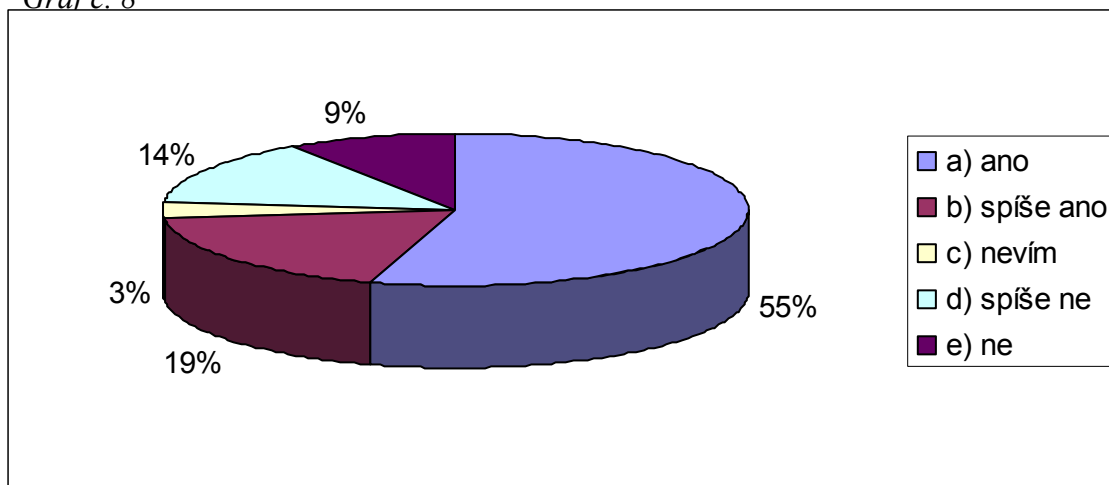
Otázka č. 8 Uvítal(a) byste, aby vám zdravotnický personál podával více informací před jednotlivými ošetrovatelskými výkony? (aplikace léků, převazu operační rány,...)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 8

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	54,7 %
Spíše ano	12	18,8 %
Nevím	2	3,1 %
Spíše ne	9	14,1 %
Ne	6	9,4 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 8



O podávání více informací zdravotnickým personálem pacientům před jednotlivými ošetrovatelskými výkony má zájem celkem 47 respondentů, tj. 73,5 %, z toho na možnost a) odpovědělo 35 respondentů, tj. 54,7 %, na možnost b) odpovědělo 12 respondentů, tj. 18,8 %. Na možnost c) odpověděli 2 respondenti, tj. 3,1 %, na možnost d) odpovědělo 9 respondentů, tj. 14,1 % a na možnost e) odpovědělo 6 respondentů, tj. 9,4 %.

Z odpovědí vyplynul značný zájem respondentů o podávání více informací před jednotlivými ošetrovatelskými výkony, jako je např. aplikace léků, převazů operační rány atd.

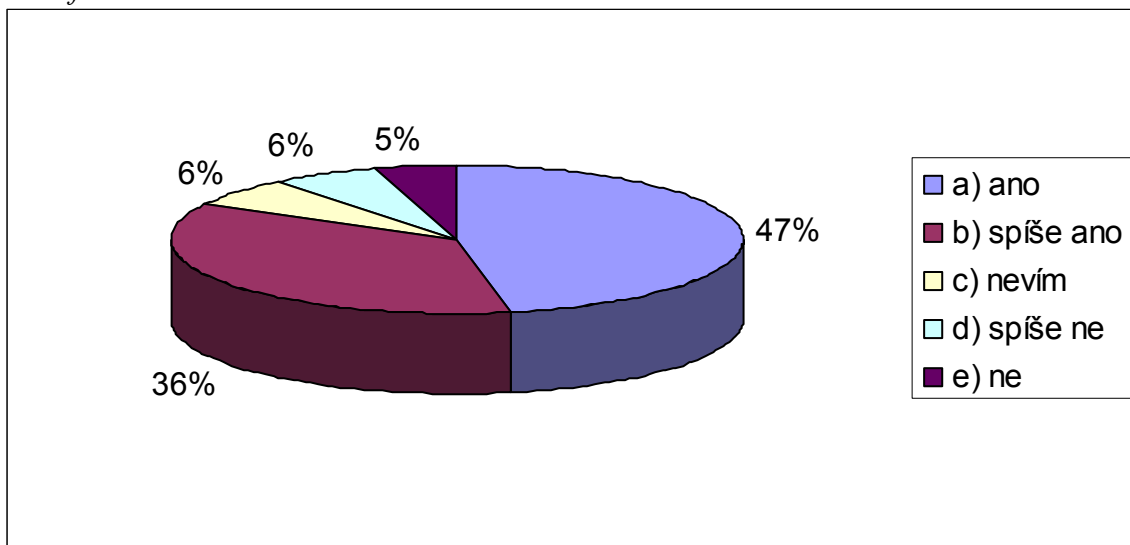
Otázka č.9 Jste spokojen(a) s úrovní komunikace sester s pacienty?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 9

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	46,9 %
Spíše ano	23	36 %
Nevím	4	6,3 %
Spíše ne	4	6,3 %
Ne	3	4,7 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 9



S úrovní komunikace sester s pacienty je spokojeno 53 respondentů, tj. 82,9 % z toho na možnost a) odpovědělo 30 respondentů tj. 46,9 %, na možnost b) odpovědělo 23 respondentů, tj. 36 %. Na možnost c) odpověděli 4 respondenti, tj. 6,3 %, na možnost d) odpověděli taky 4 respondenti, tj. 6,3 % a na možnost e) odpověděli 3 respondenti, tj. 4,7 %.

Respondenti vyjádřili v převážné míře spokojenost s úrovní komunikace sester s pacienty.

Otázka č. 10 V čem konkrétně by se mohla zlepšit komunikace sester s pacienty?

Táto otázka byla pro pacienty otevřenou otázkou, kde mohli pacienti písemně vyjádřit, v čem konkrétně by se mohla zlepšit komunikace sester s pacienty. Škála odpovědí byla různorodá. Ne každý využil možnost odpovědět na předloženou otázku.

Z celkového počtu respondentů 64, tj. 100 % na danou otázku **odpovědělo** 38 respondentů, tj. 59,4 %, z toho odpovědělo 15 mužů, tj. 23,4 % a 23 žen, tj. 36 %. Na danou otázku **neodpovědělo** 26 respondentů, tj. 39,1 %, z toho 9 mužů, tj. 14,1 % a 17 žen, tj. 26,6%.

Tabulka č. 10

	Odpovědělo		Neodpovědělo	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	15	23,4 %	9	14,1 %
Ženy	23	36 %	17	26,6 %
Celkem	38	59,4 %	26	40,7 %

Nejčastější odpovědi:

- osobní přístup (laskavější, příjemnější, více úsměvu);
- více soukromí při osobním kontaktu;
- jednotná informovanost ze strany sester;
- důvěryhodnost sestry;
- ohleduplné jednání;
- navýšit stav personálu;
- zkrátit pracovní dobu, je příliš vyčerpávající;
- sestra by měla více dbát o svůj zevnějšek.

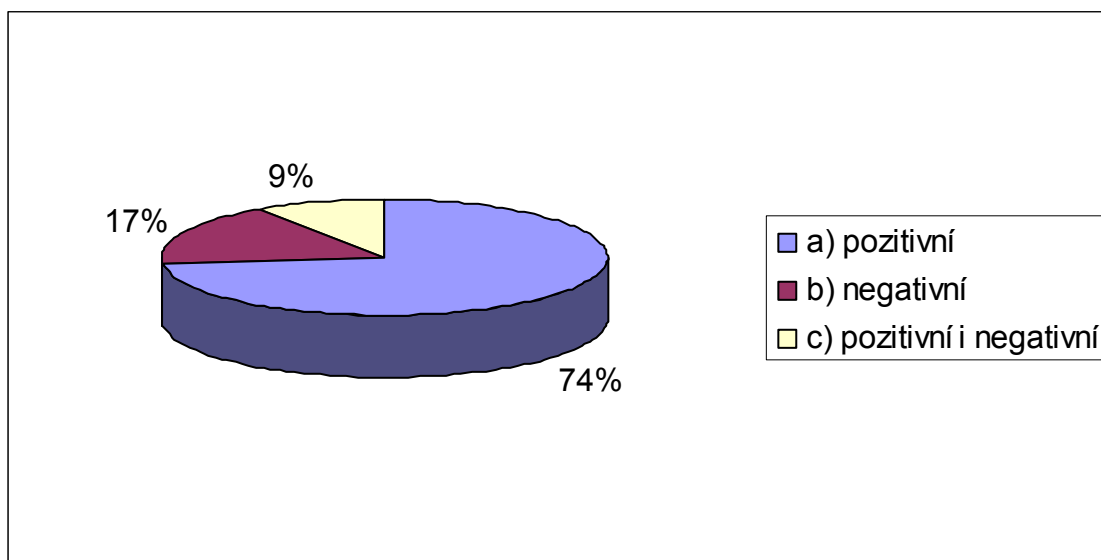
Otázka č. 11 Máte nějaké vlastní zkušenosti v poskytování informací a s komunikací sester s pacienty?

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) pozitivní i negativní

Tabulka č. 11

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní	47	73,4 %
Negativní	11	17,2 %
Pozitivní i negativní	6	9,4 %
Celkem	64	100 %

Graf č. 11



Pozitivní zkušenosti v poskytování informací a s komunikací sester s pacienty má 47 respondentů, tj. 73,4 %. Negativní zkušenosti má 11 respondentů, tj. 17,2 % a současně pozitivní i negativní zkušenosti v poskytování informací a s komunikací sester s pacienty má 6 respondentů, tj. 9,4 %.

V odpovědích respondentů převážily pozitivní zkušenosti v poskytování informací a v komunikaci sester s pacienty.

Otázka č. 12 Máte-li jakékoli náměty na zlepšení kvality ošetrovatelské péče prosím, napište je do následujícího volného místa.

Obdobně jako v otázce č.10 byla otázka č. 12 otevřená. Pacienti měli možnost vyjádřit svoje náměty na zlepšení kvality ošetrovatelské péče. I v této otázce nevyužili všichni respondenti možnost odpovědět na danou otázku.

Z celkového počtu 64 respondentů, tj. 100 % **odpovědělo** 30 žen, tj. 46,9 % a 12 mužů, tj. 18,8 %. Na danou otázku **neodpovědělo** 10 žen, tj.15,6 % a 12 mužů, tj.18,6 %

Tabulka č. 12

	Odpovědělo		Neodpovědělo	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	30	46,9 %	10	15,6 %
Muži	12	18,8 %	12	18,6 %
Celkem	42	65,7 %	22	34,2 %

Nejčastější odpovědi:

- jednotnost v poskytování informací;
- větší distribuce odborných materiálů vztahujících se k přípravě pacienta k operaci a pooperační péči;
- méně administrativy, více personálu;
- více informací o pooperačních možnostech v rehabilitaci;
- televize na pokojích;
- vhodné pomůcky v koupelně a WC (lépe umístěné madla, vyšší židle);
- zlepšit organizaci práce (rychlejší příjem pacienta lékařem na oddělení, přidělení lůžka);
- doplnit rehabilitaci o volných dnech (víkendech a svátcích);
- nabídka nadstandardních služeb (kadeřník, pedikérka, masér).

5 Diskuse

Vyhodnocení cílů:

Přestože byl počet respondentů mého dotazníkového průzkumu relativně malý (dotázáno 64 respondentů), získané informace byly velmi cenné a zasloužily si kvalitní zpracování a vyhodnocení.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynula potřeba zajištění vyšší úrovně informovanosti pacientů, potvrdil se tedy zájem respondentů o vytvoření informačního materiálu v podobě „Průvodce pacienta před a po operaci TEP kyčelního kloubu“, který by byl dostupný na jednotlivých ambulancích I. Ortopedické kliniky FN v Motole a v písemné podobě předáván pacientům při indikaci k operaci. Úvodní písemnou formu tohoto průvodce by bylo do budoucna vhodné převést do elektronické podoby, která by byla pro pacienty dostupná na veřejných internetových stránkách.

V oblasti komunikace byla shledána všeobecná spokojenost respondentů s úrovní komunikace zdravotních sester s pacienty. V rámci otevřené otázky však přesto část respondentů uvedla náměty na další zvýšení úrovně komunikace v jednotlivých oblastech jednání. Tyto náměty jsem zpracovala ve formě doporučení směřovaného ke zdravotním sestřám.

Vyhodnocení vstupních hypotéz:

Hypotéza číslo 1 (skládá se ze dvou částí):

„Na základě mých praktických zkušeností předpokládám, že většina (více než 50 %) respondentů má potřebu být lépe informován v následujících oblastech“:

a) „před nástupem hospitalizace“ - hypotéza SE POTVRDILA

První část hypotézy se potvrdila v otázkách č. 6 a, b, c, d, e, f, kde 59,1 % respondentů odpovědělo **ano** na otázky, zda by uvítali více informací ještě před nástupem hospitalizace, na odpověď **spíše ano** odpovědělo 19,3 % respondentů. Celkový součet kladných odpovědí respondentů činí 78,4 %.

b) „v průběhu hospitalizace před jednotlivými ošetrovatelskými výkony“ - hypotéza SE POTVRDILA

Druhá část hypotézy se potvrdila v otázce č. 8, kde 54,7 % respondentů odpovědělo **ano** na otázku, zda by uvítali, aby zdravotnický personál podával více informací před jednotlivými ošetrovatelskými výkony, na odpověď **spíše ano** odpovědělo 18,8 % respondentů. Celkový součet kladných odpovědí respondentů činí 73,5 %.

Hypotéza číslo 2:

„Předpokládám, že pacienti nejsou spokojeni s úrovní komunikace sester a tudíž předpokládám, že mají konkrétní návrhy v čem by se mohla komunikace sester zlepšit.“ - hypotéza SE NEPOTVRDILA

Tato hypotéza se ověřovala v otázce č. 9, 10 a 11. V otázce č. 9., zda jste spokojeni s úrovní komunikace sester s pacienty, odpovědělo **ano** 46,9 % respondentů, na odpověď **spíše ano** odpovědělo 36 % respondentů. Celkový součet kladných odpovědí činí 82,9 %. V otázce č. 11, kde jsem se ptala na vlastní zkušenosti respondentů v poskytování informací a s komunikací sester s pacienty odpovědělo na možnost **pozitivní** 73,4 % respondentů a na možnost **pozitivní i negativní** odpovědělo 9,4 % respondentů.

Výše uvedené zjištění mě překvapilo, zároveň odpověď v otázce č. 10, která byla otevřená a směřovala na konkrétní požadavky respondentů v čem by se mohla komunikace sester s pacienty zlepšit, mě nepřekvapila, protože více než polovina respondentů (59,4 %) přispěla konkrétními návrhy a tudíž tato část hypotézy se potvrdila.

Uvedu nejčastější návrhy respondentů, v čem konkrétně se může komunikace sester s pacienty zlepšit:

- osobní přístup (laskavější, příjemnější, více úsměvu);
- více soukromí při osobním kontaktu;
- jednotná informovanost ze strany sester;
- důvěryhodnost sestry;
- ohleduplné jednání;
- navýšit stav personálu;
- zkrátit pracovní dobu, je příliš vyčerpávající;
- sestra by měla více dbát o svůj zevnějšek.

6 Návrh dílčích kroků ke zvýšení úrovně informovanosti a komunikace

Potřeba dílčích opatření vyplynula z rozboru výsledku dotazníkového šetření. Dílčí kroky jsou dvojího druhu.

První opatření je určeno pacientům, za účelem zvýšením informovanosti. Jedná se o „ Průvodce pacienta před a po operaci TEP kyčelního kloubu“.

Druhé opatření je určeno zdravotním sestřám a vychází z námětů pacientů – respondentů dotazníkového šetření. Jedná se o doporučení jehož cílem je zvýšení úrovně komunikace zdravotních sester s pacienty.

6.1 Průvodce pacienta před a po operaci TEP kyčelního kloubu

Do rukou se vám dostává průvodce pacienta před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Z pohledu zdravotníka se vás pokusím provést a obeznámit s činnostmi, které s operací souvisí před nástupem hospitalizace, v průběhu hospitalizace, až do doby propuštění z nemocničního zařízení.

Postupná příprava pacienta na operační výkon a vše, co s ním souvisí, může přispět k psychické pohodě pacienta, který není stresován nečekanými událostmi a napomoci tak k úspěšnému výsledku operačního zákroku.

1) Příprava k hospitalizaci po stanovení termínu operačního výkonu

Po stanovení termínu výkonu následuje celá řada jednotlivých kroků:

a) Interní předoperační vyšetření

Předoperační vyšetření je souhrn dílčích vyšetření a slouží k posouzení zdravotního stavu a vaší způsobilosti k operačnímu výkonu. Předoperační vyšetření zajišťuje praktický lékař na základě písemného požadavku ortopedického pracoviště. Výsledkem předoperačního vyšetření je interní závěr, zda jste nebo nejste schopni operačního výkonu.

b) Autotransfuze

Ošetřující lékař, v součinnosti s vámi, zváží a případně doporučí provedení autotransfuze (odběr vlastní krve, kterou je v případě potřeby možno při nebo po operaci použít).

K odběru autotransfuze je nutné si přinést interní předoperační vyšetření.

c) Plánování hospitalizace

V období plánovaného výkonu si nedomlouvejte zavazující pracovní aktivity nebo dovolené a počítejte s dobou rekonvalescence po operaci včetně následné rehabilitace.

2) Příprava osobních věcí k hospitalizaci

a) Hygienické potřeby

Výčet hygienických potřeb: kartáček na zuby, toaletní mýdlo, minimálně 2 ručníky, 2 žínky, tělové mléko, ponožky, spodní prádlo. Spodní prádlo by mělo být upravené, na boku operované strany je vhodné mít spodní prádlo rozepínací pomocí suchého zipu nebo tkaniček. Takto upravené prádlo slouží k lehkému a rychlému přístupu k operační ráně.

Velice důležité je myslet na vhodnou obuv. Obuv by měla být pevná, rovná - bez podpatku, lehce obouvatelná. Doporučuje se obuv s protiskluzovou podrážkou.

b) Vlastní léky

Při nástupu k hospitalizaci byste si měli s sebou vzít užívané léky minimálně na 3 dny. Všechny vaše léky nemusejí být na nemocničním oddělení okamžitě k dispozici a je nutné je objednat. Tímto postupem se zamezí možnému přerušování podávání léků.

Do nemocnice je vždy nutno s sebou nosit léky v originálním balení.

c) Věci osobní potřeby

Pro zpříjemnění pobytu v nemocnici je možno s sebou vzít mobilní telefon, knížky, časopisy, rádio případně televizi a peníze pro osobní potřebu. Nedoporučuje se však s sebou brát větší obnos peněz a cennosti.

Je-li operace bez komplikací, délka hospitalizace trvá obvykle 7 - 11 dnů a proto věci osobní a hygienické potřeby by měly této délce odpovídat.

3) Průběh hospitalizace

a) Přijímací kancelář

Abyste mohli být hospitalizováni, musíte nejdříve projít přijímací kanceláří, kde se zaznamenají a zpracují vaše osobní údaje. Tímto prvním krokem potvrzujete, že dobrovolně dáváte souhlas s hospitalizací.

b) Příchod na oddělení

Příjem zdravotní sestry:

Na oddělení, na kterém budete hospitalizováni, vás přijme nejdříve sestra, která ve spolupráci s vámi zpracuje sesterskou příjmovou zprávu. Převezme od vás platné předoperační vyšetření, případně RTG snímky. Interní předoperační vyšetření nesmí být starší než 1 měsíc a RTG snímek starší než 3 měsíce. Aby předoperační vyšetření bylo kompletní, musejí být přiloženy i hodnoty jednotlivých náběrů a EKG křivka.

Příjem lékaře:

Po příjmu zdravotní sestry následuje příjem lékaře. Příjem provádí lékař, který vás bude mít v péči po dobu hospitalizace. Nemusí se ale vždy jednat o lékaře, kterého jste navštěvovali na ambulanci. Operaci však obvykle provede lékař, který vás indikoval k operaci.

V rámci příjmu lékařem podepisujete "Informované souhlasy", které jsou důležité z právního hlediska:

1. Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s hospitalizací, s nahlížením do dokumentace a s podáváním informací o zdravotním stavu.
2. Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce):
 - a) s léčebným postupem a operačním výkonem
 - b) s lékařským vyšetřením

3. Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s provedením transfuze krve (podáním transfuzních přípravků a krevních derivátů).
4. Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s podáním anestezie v souvislosti s vyšetřením nebo operačním zákrokem.

Po příjmu lékařem budete uvedeni na pokoj, kde vás zdravotní sestra seznámí s provozem na oddělení.

4) Předoperační příprava

Předoperační příprava probíhá den před operací.

a) Příprava pacienta zdravotní sestrou:

- neurčí-li lékař jinak, posledním jídlem je oběd, pouze diabetici dostanou večeři;
- tekutiny se mohou přijímat do půlnoci, od půlnoci se nesmí pít, jíst ani kouřit;
- je-li nutné objednat krevní konzervu k operaci, sestra vám odebere vzorek krve, který se dále zpracuje v krevní bance;
- večer před operací dostanete 2 glycerínové čípky, které si zavedete per rektum, tj. do konečníku. Nevyprázdníte-li se do 4 hod. od zavedení čípků, informujte o tom sestru. Sestra vám po zvážení situace nabídne šetrné klyzma pomocí přípravku Yall. Diabetikům je vždy místo čípků podán přípravek Yall;
- sestra vám oholí operační pole;
- v případě, že máte nalakované nehty, musíte si je odlakovat odlakovačem;
- dle pokynu sestry si připravíte věci na Jednotku intenzivní péče (dále jen JIP), kam budete umístěni bezprostředně po provedení operačního výkonu: ručník, žínku, kartáček na zuby, zubní pastu a případně brýle, zubní protézu a kontaktní čočky. Je možné si vzít také mobilní telefon.;
- sestře odevzdáte léky, které užíváte.

b) Příprava pacienta lékařem - anesteziologem:

Příprava anesteziologem je nedílnou součástí komplexní předoperační přípravy. Jeho úloha nespočívá pouze v seznámení s postupem anestezie, ale anesteziolog provede též následující:

- zhodnotí výsledky a závěr interní přípravy;
- seznámí vás s anesteziologickými riziky;
- doporučí doplnění anesteziologických ordinací před výkonem;
- seznámí vás s možnostmi uvedení do anestezie;
- zhodnotí váš stav;
- naordinuje vám premedikace (účelem premedikace je farmakologicky ovlivnit průběh anestezie, minimalizovat strach a úzkost).

5) Bezprostřední příprava k operaci

Bezprostřední příprava probíhá v den operace. Je to poslední fáze vaší přípravy sestrou a lékařem před převozem na operační sál:

- ráno vám sestra změří krevní tlak (dále jen TK) a doporučí vám, abyste provedli celkovou koupel, protože po operaci se nebudete moci několik dnů sprchovat;
- dle ordinace anesteziologa se vám zavede permanentní katétr (dále jen PK). PK je cévka, která se zavádí do močového měchýře, nafouklá balónkem, který zabrání samovolnému vypadnutí cévky. Ženám zavádí PK sestra, mužům lékař;
- dle ordinace anesteziologa se vám podá premedikace. Premedikace může mít různou formu, tj. mohou se podávat léky jak v tabletové formě, tak léky v podobě injekcí do svalu nebo infuzí do žíly. Jedná-li se o infuzní premedikaci, sestra vám zavede do žíly na ruce flexibilní kanylu. Flexibilní kanyla se vždy zavádí na protější stranu operované strany (tj. bude-li vám operován pravý kyčelní kloub, kanyla se zavede do levé ruky a naopak);
- lékař vám při ranní vizitě označí křížkem operační pole k jednoznačné identifikaci operačního místa;
- bezprostředně před odjezdem na operační sál vás sestra vyzve, abyste si sundali a odložili všechny šaty, šperky (i piercing) a pokud používáte, též

zubní protézu a kontaktní čočky. Používáte-li naslouchátko, můžete si ho vzít na sál s sebou. Na operační sál odjíždíte na posteli, svlečení a přikrytí.

6) Operace

V rámci převozu na operační sál budete nejdříve přivezeni na anesteziologickou přípravovnu, kde vás anesteziolog podrobně informuje o možnosti anestezie.

Používají se dva typy anestezie:

a) celková anestezie (narkóza) je metoda, sloužící k vyřazení vědomí a pocitu bolesti v celém těle v průběhu operačního výkonu. K navození celkové anestezie se používá celá škála léků: celková anestetika (léky znečitlivující a spánek navozující), sedativa (léky uklidňující), analgetika (léky potlačující bolest), myorelaxancia (léky uvolňující svaly), a to jak formou intravenózní (do žíly), tak inhalační (vdechováním). K celkovému znečitlivění patří i celá řada dílčích výkonů: zajištění periferního žilního přístupu, zajištění dýchacích cest a dýchání (spontánně či pomocí dýchacího přístroje), monitorace základních životních funkcí (pomocí přístrojů-monitorů), zajištění bezpečné operační polohy atd.

Nežádoucí účinky a komplikace: i přes používání nejmodernějších anesteziologických postupů, léků a přístrojů se mohou v souvislosti s celkovou anestezí vyskytnout komplikace. Obvykle však nejsou závažné a dají se zvládnout medikamenty (bolesti hlavy, zvracení, bolesti a sucho v krku, bolesti svalů, celková slabost).

b) epidurální (svodná) anestezie: je anestezie, která vede k vyřazení pocitu v místě prováděné operace. Vzniká podáním lokálního anestetika do epidurálního prostoru páteřního kanálu. Docílí se tím dočasné umrtvení malé nebo rozsáhlejší části těla. Výhodou tohoto typu anestezie je minimální ovlivnění základních životních funkcí, tj. vědomí, krevního oběhu a dýchání. Umožňuje kontakt s nemocným během operace a jeho spolupráci. Navíc je možný příjem tekutin bezprostředně po operaci. Pro větší komfort nemocného a tam, kde není nutná spolupráce s lékařem během operace, lze po dohodě s nemocným zajistit spánek podáním nitrožilních sedativ. Výkon provádí anesteziolog v poloze na levém boku, nebo v sedě. Po detekci správného prostoru aplikuje lék a jehlu hned odstraní. Nástup účinku blokády se

projeví až po určité době (20-30minut), nemocný pociťuje teplo, mravenčení, brnění v končetinách, někdy se může objevit i nevolnost. Tyto příznaky jsou přechodné a za několik minut ustoupí. Zvláštním doplňkem epidurální anestezie může být zavedení tenkého katétru do epidurálního prostoru. Katétr slouží k prodloužení anestezie při následné pooperační kontinuální anestezii. Na místě se může ponechat i několik dnů. Tato technika nebrání pohyblivosti nemocného po operaci a zaručuje znamenitou bezbolestnost.

Operace trvá cca 1-2 hodiny podle závažnosti postižení.

7) Pooperační péče

Po operaci je pacient převezen na JIP, která je vybavena monitorovací technikou, centrálním rozvodem kyslíku a pomůckami k zajištění resuscitace. Na JIP zůstanete cca 1 den, poté budete přestěhováni na standardní pokoj.

Na JIP jsou pravidelně kontrolovány:

- základní životní funkce: na horní končetinu vám bude nasazena tlaková manžeta, která v pravidelných intervalech bude měřit TK (krevní tlak), P (pulz), D (dech), prezentace EKG pomocí monitoru;
- barva kůže a prokrvení, po svodné anestezii citlivost končetin;
- TT (tělesná teplota);
- operační rána, stav krycího obvazu;
- vyvedené drény (množství a výměna);
- bolest - analgetikum by mělo být podáno dříve, než je překročen práh bolesti;
- močení (množství, barva, příměsi);
- odchod plynů z tlustého střeva;
- bilance tekutin po 6 hodinách (příjem a výdej tekutin);
- přes intravenózní kanylu, vám budou podávány tekutiny, antibiotika, případně transfuze nebo autotransfuze;
- provádějí se pravidelné odběry krve k stanovení ztrát krevních elementů a minerálních látek a odběry moče;

- jako prevence proti krevním sraženinám dolních končetin, které mohou způsobit embolii, se používá několik opatření: bandáž operované končetiny, podávání léku na ředění krve (Clexane) v pravidelných denních dávkách 1x denně (ve 22 hod);
- nasadí se antirotační bota, která zabrání, aby končetina nerotovala zevně. Poloha končetiny je zajištěna i tzv. abdukčním trojúhelníkem (to je molitanový polštář vložený mezi stehna), který udržuje dolní končetiny v odtažení přibližně 20 stupňů. Tento polštář používáte stále v pooperačním období při pohybu na lůžku a je vhodné, abyste ho používali i doma po propuštění z nemocnice.

8) Standardní pokoj

Po převozu na standardní pokoj se dále pokračuje s ordinacemi, které se prováděly na JIP a uskutečňují se i další činnosti:

- v prvních dnech veškeré hygienické potřeby provádíte na lůžku;
- po 2 dnech vám lékař odstraní redony, které odváděly zbylou sekreci v operační ráně a provede se převaz. Další převazy se provádějí dle potřeby;
- provádí se cvičení s rehabilitační sestrou, nejprve posazování na lůžku, nácvik s berlemi a chůze;
- 10-12 den se odstraňují stehy a neobjeví-li se komplikace, budete propuštěni z nemocnice. Máte-li zájem o následnou rehabilitaci, informujte o tom svého ošetřujícího lékaře co nejdříve. Na oddělení je možno zakoupit odbornou publikaci, která se zabývá pooperační rehabilitací a doporučenou úpravou životního režimu s totální endoprotézou kyčelního kloubu.

9) Důležité obecné pokyny v oblasti rehabilitace po operaci TEP kyčelního kloubu

Pro první tři pooperační měsíce

- spěte na rovném a pevném lůžku;
- střídejte chůzi, sed a leh. Věnujte pozornost únavě a nepřeceňujte své síly;

- přizpůsobte si výšku pracovní židle, nesedejte si do hlubokých křesel. Na obyčejnou židli sedejte pouze s polštářem. Nekřížte nohy (pod sebe, přes sebe);
- při sezení na židli obě chodidla spočívají celou ploškou na zemi, kolena jsou mírně od sebe;
- několikrát denně cvičte podle pokynů, které jste obdrželi od rehabilitačního pracovníka;
- používejte i doma pevnou obuv s pevnou patou;
- vleže na neoperovaném boku vkládejte vždy mezi kolena pevný polštářek;
- neodkládejte berle, pokud to nedovolí váš lékař, dodržujte jím doporučenou zátěž operované končetiny. Ztratíte-li však rovnováhu a hrozí vám pád, raději došlápněte na operovanou končetinu;
- dvakrát denně ležte cca 30 min. na břiše;
- nenechte se nikým vyprovokovat ke sportovním výkonům. Na schodech se věnujte chůzi a s nikým se nebavte. Zabráníte tak případnému pádu a ztrátě rovnováhy. Neposkakujte a dlouho nestůjte;
- plavání je vhodné, i když jeho význam v tomto případě bývá přeceňován. Pro posílení svalstva je výhodnější a účinnější cvičení na suchu. V blízkosti plaveckých bazénů dbejte zvýšené pozornosti a opatrnosti (pozor na uklouznutí);
- doma odstraňte všechny volně ležící kobercové předložky a rohožky. Chraňte se pádu;
- pravidelně si kontrolujte technický stav vašich berlí (matičky, protiskluzové nástavce);
- v prvních měsících po operaci se nesnažte samostatně si zavazovat tkaničky od bot ani oblékat si ponožky. Při obouvání používejte dlouhé lžice u oblékání ponožek užíjte oblékač ponožek;
- dodržujte doporučení lékaře o prevenci tromboembolické nemoci. Používejte zdravotní punčochy nebo elastická obinadla od špiček prstů nad koleno.

Trvale platná doporučení

- při těžkých infekcích, operacích a invazivních vyšetřeních preventivně užívejte antibiotika. Pro informaci ošetřujících lékařů slouží přiložený průkaz o antibiotické prevenci;

- nenoste zvlášť těžká břemena (dvoukilový nákup stačí);
- netrénujte vytrvalostní chůzi, ani zbytečně nejezděte na rotopedu;
- nezapomínejte na pravidelné roční kontroly u vašeho ortopéda, i když nemáte žádné obtíže;
- při obtížích vyhledejte lékaře (náhle vzniklá, nová bolest, zarudnutí či sekrece v jizvě, zkrat končetiny, omezení pohybu, horečky) nebo své obtíže alespoň konzultujte telefonicky (Sosna, Pokorný, Jahoda 2003).

Cílem lékařů, zdravotních sester a pomocného personálu je udělat vše pro vaše uzdravení. Zdravotnický personál je odborně vysoce kvalifikovaný, proto v něj můžete mít plnou důvěru a v případě potřeby se na něj kdykoli obrátit se svými problémy.

Doufám, že průvodce vám přispěl k nahlédnutí a pochopení jednotlivých výkonů a úkonů a váš strach a obavy se tak minimalizují.

6.2 Doporučení zdravotním sestřám

Dotazníkové šetření prokázalo, že převážná část respondentů byla s komunikací sester spokojena. Přesto však respondenti uvedli dílčí náměty, které by zajistily vyšší spokojenost hospitalizovaných pacientů.

Tyto připomínky je možno shrnout do následujících bodů:

- osobnější přístup (být laskavější, příjemnější, více usměvavá);
- poskytovat více soukromí při osobním kontaktu s pacientem;
- poskytovat jednotnou informovanost ze strany sester;
- zlepšeným vystupováním sester zvýšit důvěru pacientů;
- být ohleduplnější k pacientům;
- sestra by měla více dbát o svůj zevnějšek.

Respondenti rovněž uvedli, že by uvítali navýšení stavu zdravotnického personálu a zároveň zkrácení jeho pracovní doby, která se jim zdá příliš vyčerpávající.

7 Závěr

Za téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Edukaci pacienta před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu“.

V teoretické části bakalářské práce jsem provedla základní úvod do ortopedie se zaměřením na onemocnění kyčelního kloubu a operativní řešení TEP kyčelního kloubu. Dále jsem se zaměřila na zdůraznění významu komunikace a edukace pacienta pro zdárný průběh léčebného procesu včetně rozboru problematiky vývoje způsobu edukace pacienta a komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem.

V praktické části bakalářské práce jsem navrhla dotazníkové šetření s cílem hlouběji zjistit potřeby pacientů I.Ortopedické kliniky FN v Motole v oblasti jejich požadavků na informovanost před nástupem hospitalizace i v rámci hospitalizace při operaci TEP kyčelního kloubu a zároveň zjišťovala úroveň a požadavky pacientů v oblasti komunikace se zdravotními sestrami po dobu hospitalizace. Dotazníkového šetření se zúčastnil reprezentativní vzorek 64 pacientů - respondentů. Vlastnímu dotazníkovému šetření předcházela předvýzkum provedený s deseti respondenty, jehož výsledky však nejsou do hlavního dotazníkového šetření zahrnuty.

Z vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření vyplynula potřeba zvýšit informovanost pacientů. Tím se potvrdila moje první hypotéza, kde jsem předpokládala, že většina (více než 50 %) respondentů má potřebu být lépe informována ještě před nástupem hospitalizace a v průběhu hospitalizace nejčastěji před jednotlivými ošetrovatelskými výkony. Jako možné řešení této potřeby jsem navrhla informační materiál „Průvodce před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu“, určeného pacientům.

V oblasti komunikace byla dle výsledků dotazníkového šetření shledána všeobecná spokojenost pacientů s úrovní komunikace sester a tedy se hypotéza nepotvrdila. Přesto však někteří pacienti uvádějí vlastní náměty k zlepšení v oblasti komunikace. Na základě těchto námětů jsem vypracovala doporučení směřované k zdravotním sestram, za účelem zkvalitnění úrovně komunikace s pacientem.

Domnívám se, že všechny stanovené cíle mé bakalářské práce byly splněny. Navíc jsem výzkumem zjistila určité náměty z pohledu respondentů, které by mohly posunout kvalitu ošetrovatelské péče na ještě vyšší úroveň.

Ráda bych závěrem konstatovala, že informovanosti všech pacientů musíme věnovat maximální pozornost. Měli bychom zdokonalovat své komunikační a edukační schopnosti, vidět v pacientovi partnera v léčebném procesu, pacient by měl mít pocit, že mu věnujeme dostatek času a pozornosti, že mu rádi zodpovíme jeho otázky, že ho informujeme objektivně a srozumitelně. Kvalitní informovanost, edukace a komunikace s pacientem v konečném důsledku výrazně přispívá ke zlepšení úrovně poskytované ošetrovatelské péče a napomáhá ke zdárnému výsledku léčebného procesu.

8 Resumé

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti, edukace a komunikace pacientů před a po dobu hospitalizace při operaci TEP kyčelního kloubu. Práce je tvořena dvěma hlavními částmi – teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na obecnou charakteristiku onemocnění kyčelního kloubu a operační metody při TEP kyčelního kloubu. Dále je zdůrazněna úloha zdravotních sester v oblasti informovanosti, edukace a komunikace s pacienty.

V praktické části práce je provedeno dotazníkové šetření mezi 64 respondenty – pacienty I. Ortopedické kliniky FN v Motole při hospitalizaci v rámci operace TEP kyčelního kloubu. Dotazníkové šetření bylo vedeno směrem ke zjištění úrovně informovanosti pacientů před a po dobu hospitalizace při operaci TEP kyčelního kloubu a též ke zjištění spokojenosti pacientů s komunikací zdravotních sester. Z výsledků šetření vyplynula potřeba dosažení vyšší úrovně informovanosti pacientům, pro jejíž zajištění jsem připravila informačního průvodce určeného pacientům. V oblasti komunikace respondenti vyjádřili spokojenost se současným stavem, navrhli však náměty na zlepšení v dílčích oblastech, které posloužily jako podklad pro doporučení zdravotním sestřám.

This document describes several issues like keeping patients informed, education of patients and communication with patients while they are hospitalized for total hip replacement. The whole work is divided into two parts – theoretical and practical. Theoretical part is focused on general description of hip joint diseases and different surgery methods of total hip replacement. The role of nurses is emphasized especially regarding communication with patients, their education and awareness.

In practical part a survey is being conducted by questionnaire distributed to 64 respondents – patients of the Department of Orthopaedics Surgery (First Clinics) of the Motol University Hospital that have been hospitalized for total hip replacement. Questionnaire was focused on how patients are informed before taking into hospital and during their stay in the hospital. It was to find out how patients had been satisfied with communication with nurses. The output of this survey disclosed

that patients require more information. For this purpose I have prepared information bulletin for patients. Regarding communication respondents expressed their consent with present state and suggested slight amendments for improvement in particular areas that would serve as basic recommendation for behaviour of nurses.

9 Seznam použité literatury

Seznam literatury:

DUNGL Pavel, *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005. 1280s. ISBN 80-247-0550-8.

FLORENCE, *Časopis moderního ošetrovatelství*, č. 1. Praha: Galen 2006. ISSN 1801-46X.

FLORENCE, *Časopis moderního ošetrovatelství*, č.4. Praha: Galen 2006. ISSN 1801-46X.

FLORENCE, *Časopis moderního ošetrovatelství*. č. 7-8. Praha: Galen 2006. ISSN 1801-46X.

HONZÁK Radkin, *I v nemocnici si buď přítelem*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1989. 160s.

HONZÁK Radkin, *Komunikační pasti v medicíně*.1. vyd. Praha: Galén, 1997. 159s. ISBN 80-85824-60-4.

KLIKOVÁ Andrea, *Akceptace doporučení zdravotnických pracovníků ze strany příjemců ošetrovatelské péče pacientů*: bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2006. 1. 38-39. Vedoucí bakalářské práce Mgr. A. Pokorná.

SOSNA Antonín, POKORNÝ David, JAHODA David, *Náhrada kyčelního kloubu*. 1.vyd. Praha: Triton s.r.o. 2003. 58s. ISBN 80-7254-302-4.

SOSNA Antonín, Pavel VAVŘÍK, Martin KRBEC, David POKORNÝ a kolektiv, *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton 2001. 175s. ISBN 80-7254-202-8.

STAŇKOVÁ Marta, *České ošetrovatelství 3*, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 49s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-282-5.

ŠKRLOVI Petr a Magda, *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent- Orion s.r.o., 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. – dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186s. ISBN 80-7013-324-4.

VALENTA Josef, *Učíme se komunikovat*. 1.vyd. Kladno:AISIS, 2005. 207s. ISBN 80-239-4514-9.

VENGLÁŘOVÁ Marina, MAHROVÁ Gabriela, *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.

Použitou obrazovou dokumentaci pro potřeby této práce poskytl s laskavým svolením Doc. MUDr. Stanislav Popelka, CSs.

10 Seznam příloh

Příloha: Dotazník

Příloha

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou ošetrovatelství 2.LF UK a připravuji bakalářskou práci na téma "Edukace pacienta před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu". Součástí mé práce je i tento dotazník.

Cílem dotazníku je zjistit potřebu pacienta být lépe informován o průběhu hospitalizace předem před nástupem k hospitalizaci. Mojí snahou je hledání cest, jak zlepšit a zvýšit informovanost nemocných a zároveň přispět ke zlepšení úrovně komunikace a edukace v průběhu hospitalizace. Z těchto důvodů Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku.

Dotazník je anonymní. Hodnotící škálu zakroužkujte. V otázkách 10, 11 a 12 najdete volné místo, kam můžete napsat svoje připomínky.

Vyplněný dotazník prosím odevzdejte sestře.

Typy odpovědí – škála:

1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – nevím, 4 – spíše ne, 5 – ne

1. Jste muž nebo žena?

- a) muž
- b) žena

2. Rok narození 19.....

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní bez vyučení
- b) vyučení bez maturity
- c) maturita
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské

4. Byl(a) jste informován(a) lékařem o smyslu a cíli léčebného zákroku

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

5. Byl(a) jste informován(a) o průběhu hospitalizace před příjmem na lůžkové oddělení?

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

6. **Uvítal(a) byste více informací v následujících oblastech před nástupem k hospitalizaci?**

a) o přípravě osobních věcí k hospitalizaci

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

b) o průběhu příjmu na oddělení

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

c) o předoperační přípravě sestrou (týká se příjmu tekutin, jídla, vyprazdňování, holení operačního pole, léků, příprava osobních věcí na jednotku intenzivní péče)

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

d) o předoperační přípravě lékařem - anesteziologem

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

e) o bezprostřední přípravě k operaci (příprava před převozem na operační sál)

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

f) o pooperační péči (pobyt na jednotce intenzivní péče, překládání na standardní pokoj)

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

7. **Využil(a) byste existenci internetové stránky, která by obsahovala průvodce před a po operaci endoprotézy kyčelního kloubu?**

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

8. **Uvítal(a) byste, aby vám zdravotnický personál podával více informací před jednotlivými ošetřovatelskými výkony? (aplikace léků, převazu operační rány,...)**

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

9. **Jste spokojen(a) s úrovní komunikace sester s pacienty?**

ano ne
1 – 2 – 3 – 4 – 5

**10. V čem konkrétně by se mohla zlepšit komunikace sester s pacienty?
Prosím uveďte.**

11. Máte nějaké vlastní zkušenosti v poskytování informací a s komunikací sester s pacienty? Napište je prosím do následujícího volného místa.

a) Negativní

b) Pozitivní

**12. Máte-li jakékoli náměty na zlepšení kvality ošetrovateľské péče prosím,
napište je do následujícího volného místa.**

Za vyplnění dotazníku děkuji
Jarmila Marcinková