



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

# **Role sestry a jejich vliv na péči o pacienty s totální endoprotézou kyčle**

Vypracovala: Bc. Květoslava Slabáková

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2016

## Abstrakt

**Teoretická východiska:** Totální endoprotéza kyčelního kloubu je jednou z nejrozšířenějších a neúčinnějších operačních metod v ortopedii. Pacientům navrácí zpět soběstačnost, život bez bolesti a výrazného pohybového omezení. Úspěšnost návratu pacienta zpět do běžného života závisí mimo jiné i na aktivním přístupu pacienta a jeho schopnosti překonat dočasné potíže. Moderní ošetrovatelství se vyznačuje individualizovanou péčí, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb pacienta. Nezapomenutelnou úlohu zde mají také role sestry, které pacientovi s návratem do jeho běžného života pomáhají.

**Cíle:** Cílem práce bylo zjistit, jak pacienti před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu vnímají pojetí sesterských rolí a jejich vliv na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Dále jsme zjišťovali, kterou ze sesterských rolí vnímá pacient před a po totální endoprotéze kyčle jako nejméně naplněnou. Byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jak pacienti před a po totální endoprotéze kyčle vnímají pojetí sesterských rolí? Jak pacienti před a po totální endoprotéze kyčle vnímají vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči? Jaké sesterské role vnímá pacient jako nedostatečné v předoperační péči? Jaké sesterské role vnímá pacient jako nedostatečné v pooperační péči?

**Metody:** Teoretická část diplomové práce je vypracována na podkladě odborných zdrojů. Výzkumné šetření probíhalo na ortopedicko-traumatologickém oddělení okresní nemocnice Jihočeského kraje. Ve výzkumné části bylo použito kvalitativně-quantitativní šetření s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru a ústní ankety. Výzkumným souborem byli pacienti ortopedicko-traumatologického oddělení. Výzkum proběhl ve čtyřech fázích. V první fázi proběhla s pacienty ústní anketa. Získaná data byla zpracována popisnou statistikou v grafech pomocí Microsoft Office Excel 2010. Druhá fáze spočívala v oslovení pěti cíleně vybraných pacientů této ústní ankety, jejichž společným znakem byl pooperační stav po TEP kyčle. Rozhovory byly nahrávány, poté doslovně přepsány a metodou otevřeného kódování analyzovány. V souvislosti s výsledky první a druhé fáze výzkumu byl ve třetí fázi výzkumu vytvořen Průvodce

pro pacienty před a po TEP kyčle. Tento Průvodce byl následně ve čtvrté fázi výzkumu předán pacientům k jeho posouzení. Společným znakem těchto pacientů byl první operační výkon TEP kyčle. V této čtvrté fázi výzkumu byly stanoveny tři pracovní skupiny pacientů. Se všemi pacienty třech pracovních skupin byl veden polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly zpracovány stejnou metodou jako ty v druhé fázi výzkumu.

**Výsledky:** Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti vnímají sesterské role prostřednictvím každodenních činností sestry. Pacienti před a po totální endoprotéze kyčle vnímají sestru z tradičního úhlu pohledu, a to jako sestru pečovatelku. Stejně zastoupení měla také sestra edukátorka, následovala sestra obhájkyň a na poslední pomyslné příčce byla sestra nositelka změn. Výzkumné šetření také odhalilo, že pacienti vnímají vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči. V jednotlivých rozhovorech pacienti dávali do souvislosti sesterské role s kvalitní péčí, holistickým přístupem, ale i kontinuitou péče. Další část výzkumného šetření nám odhalila skutečnost, že pacienti před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu vnímají nedostatečně naplněnou sesterskou roli jinak v předoperační péči a jinak ji vnímají v rámci pooperační péče. Z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že v pooperační péči není sesterská role, která by byla z pohledu pacientů před a po totální endoprotéze kyčle nenaplněná. Ovšem v předoperační přípravě pacienti označovali jako nedostatečnou roli sestry edukátorky. V souvislosti s těmito výsledky výzkumného šetření byl vytvořen manuál, Průvodce pro pacienty před a po TEP kyčle, jenž byl následně předán ke zkušebnímu použití. Průvodce byl pacienty ohodnocen velmi pozitivně i přes velké množství informací, které mnohé pacienty překvapilo. Získali jsme i data, která se stala dalšími podněty k doplnění informací v Průvodci.

**Závěr:** Pacienti před a po TEP kyčle prostřednictvím každodenních činností sestry vnímají sestru v její roli pečovatelky a edukátorky, následně v roli sestry obhájkyň a nositelky změn. Díky těmto rolím vnímají péči jako kvalitní, holistickou a kontinuální. Přesto role edukátorky byla v předoperační péči pacienty označena jako nejméně naplněná. Vytvořený Průvodce může pomoci tento problém vyřešit, ale

nemůže bezesporu nahradit efektivní komunikaci pacienta se zdravotníkem, který by měl být stále tím nejvhodnějším „zdrojem“ informací.

**Využití pro praxi:** Výstupem této diplomové práce se stal příspěvek, který byl prezentován na XIII. Setkání Jihočeských anesteziologů a sester v Českých Budějovicích. Diplomová práce bude taktéž prezentována na mezinárodní konferenci o ošetrovatelství pořádanou ZSF JU České Budějovice v září 2016 - IX. Mezinárodní symposium - Součinnost teorie a praxe v kvalitní péči. Vytvořený manuál bude předložen managementu ortopedicko-traumatologického oddělení k návrhu možnosti jeho využití v praxi.

**Klíčová slova:** Role sestry, totální endoprotéza kyčle, pacient, informace, edukace, ošetrovatelská péče

## Abstract

**Theoretical bases :** Total hip replacement is one of the most extensively and highly effective operating methods in orthopaedics. The patients are brought back the self-sufficiency, life without the pain and noticeably motion restriction. The return success rate of the patient back to the common life - besides other things - depends on the active attitude of the patient and his ability to overcome temporary problems. Modern nursing care is distinguished by individualized care, which is focused on the active searching and satisfaction the needs of the patient. Irreplaceable function here is a role of the nurse, who helps the patient to return back to his common life.

**Targets:** The aim of this work was to find out, how the patients feel the role of the nurse and its influence to given nursing care before and after the total hip replacement as the less fulfilled. There were following research questions set: How the patients feel the role of the nurse before and after the total hip replacement? How the patients before and after the total hip replacement feel the interpretation of the nurse roles? How the patients before and after the total hip replacement feel the role of the nurse and its influence to given nursing care. Which of the nurse roles are felt by the patient as the unsatisfactory in postoperative care?

**Methods:** The theoretical part of the dissertation is worked out on the basis of technical expert sources. The research took place at orthopedic - traumatology department of the district hospital in Southern Bohemia region. In the research part was used a quantitative – qualitative investigation with using the method of semi-structured dialogue and oral inquiry. The research group was created by the patients of orthopedic - traumatology department. The research was made in four stages. In the first stage was made an oral inquiry with the patients. The gained data were processed by descriptive statistics in graphs in Microsoft Office Excel 2010 software. The second stage consisted in addressing five target chosen patients, who took part in the oral inquiry, whose common attributes were the postoperative status after the total hip replacement. The conversation was recorded, then literally rewritten and with the method of open encoding analyzed. In connection with the results of the first and the second stage was

in the third stage of the research created a Guide book for the patients before and after the total hip replacement. This Guide book was given to the patients in the fourth stage of the research to be reviewed. The common attribute of these patients was the first operating performance of the total hip replacement. In this fourth stage of the research were made three working groups of the patients. A semi-structured dialogue was realized with all the patients. The dialogues were processed by the same method as the other ones in the second research stage.

**Results:** Research shows that the patients feel the nurse roles through the everyday nurse activities. The patients before and after the total hip replacement feel absolutely a one hundred percent the nurse role from the traditional point of view, it means a nurse-caregiver. The same result was a nurse giving education, followed the nurse – vindicator and the last notional part belong to a nurse – bearer of changes. The research discovered a fact that the patients feel the influence of the nurse roles to given nursing care. In the individual dialogues the patients connected the nurse roles with a quality care, holistic access and care continuity too. Another part of the research revealed the fact that the patients before and after the total hip replacement feel the insufficiently filled nurse role in a different way in pre-operative care and in post-operative care. It followed from in-depth taken dialogs that there is no nurse role in the post-operative care in the point of view of the patients before and after the total hip replacement, which would not be fulfilled. But in the pre-operation preparation the patients named the role of the nurse giving education as insufficient. In connection with these research results was created a manual, a Guide book for the patients before and after the total hip replacement. This Guide book was given to testing purposes. This Guide book was appreciated by the patients very positive despite a large amount of information, which were surprising for many of them. We gained some data, which gave the impulse to complete the information in the Guide.

**Conclusion:** The patients before and after the total hip replacement feel through the everyday nurse activities the nurse in her role of the caregiver and education giving person, following the nurse – vindicator and the nurse – bearer of changes. The patients feel the care thanks these roles as a quality, holistic and continual. Nevertheless was

the role of the education giving named as the least fulfilled. The created Guide book can help to solve this problem but it can't replace the effective communication of the patient with the medical staff, which could be always the most suitable "source" of information.

**Utilization in practice:** The output of this dissertation was a contribution, which was presented at the XIII. Meeting of the anesthesiologists and nurses in České Budějovice. The dissertation will also be presented at the International conference of nursing care organized by ZSF JU České Budějovice (Health social faculty of Jihočeská Universita) in September 2016. The created manual will be introduced to a management of the orthopedic - traumatology department as a suggestion for using in practice.

**Key words:** Nurse role, total hip replacement, patients , information, education nursing care

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Role sestry a jejich vliv na péči o pacienty s totální endoprotézou kyčle“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2016

.....

Bc. Květoslava Slabáková



## **Poděkování**

Mé poděkování patří Mgr. Ditě Novákové Ph.D. Za cenné rady při vedení mé diplomové práce, za čas, který mi věnovala a v neposlední řadě za její trpělivost. Poděkování patří také všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

# Obsah

<b>Seznam použitých zkratek.....</b>	<b>12</b>
<b>Úvod.....</b>	<b>13</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>14</b>
1.1 Role sester .....	14
1.1.1 Historický souhrn .....	15
1.1.2 Základní role sestry v moderním ošetrovatelství .....	17
1.1.3 Stanovisko WHO k roli sester .....	20
1.1.4 Role sester dle Hildegard E. Peplau .....	21
1.1.5 Osvojení si role sestry .....	22
1.2 Role pacienta.....	23
1.2.1 Vztah pacient – sestra .....	24
1.2.2 Hospitalizovaný pacient .....	25
1.3 Obor ortopedie .....	26
1.3.1 TEP kyčelního kloubu.....	27
1.3.2 Indikace TEP kyčelního kloubu.....	27
1.3.3 Typy endoprotéz kyčelního kloubu .....	28
1.3.4 Předoperační příprava před TEP kyčelního kloubu.....	29
1.3.4.1 Dlouhodobá předoperační příprava .....	29
1.3.4.2 Krátkodobá předoperační příprava .....	31
1.3.4.3 Bezprostřední předoperační příprava .....	32
1.3.5 Pooperační péče po TEP kyčelního kloubu.....	33
1.3.5.1 Bezprostřední pooperační péče .....	33
1.3.5.2 Intermediální pooperační péče .....	35
1.3.5.3 Časná rekonvalescence .....	36
<b>2 Cíl práce, výzkumné otázky.....</b>	<b>38</b>
2.1 Cíl práce .....	38
2.2 Výzkumné otázky .....	38
<b>3 Metodika.....</b>	<b>39</b>

3.1	Metodika výzkumu .....	39
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	41
3.3	Charakteristika výzkumného prostředí.....	42
<b>4</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>43</b>
4.1	Výsledky ústní ankety.....	43
4.2	Rozhovory s respondenty po ústní anketě.....	50
4.3	Rozhovory s respondenty po předání Průvodce.....	60
4.3.1	Rozhovory s respondenty po předání Průvodce – 1. pracovní skupina..	62
4.3.2	Rozhovory s respondenty po předání Průvodce – 2. pracovní skupina..	70
4.3.3	Rozhovory s respondenty po předání Průvodce – 3. pracovní skupina..	77
<b>5</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>85</b>
<b>6</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>101</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>103</b>
<b>8</b>	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>110</b>

## Seznam použitých zkratk

ČIA	Český institut pro akreditaci, o.p.s.
EKG	elektrokardiografie
JIP	jednotka intenzivní péče
ORL	Otorhinolaryngologie
RTG	rentgenové vyšetření
SAK ČR	Spojená akreditační komise, o.p.s. České republiky
TEN	tromboembolická nemoc
TEP	totální endoprotéza
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

# Úvod

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je jednou z nejrozšířenějších a neúčinnějších operačních metod v ortopedii. Pacientům navrácí zpět soběstačnost, život bez bolesti a výrazného pohybového omezení. V posledních letech dochází k bouřlivému rozvoji této operační metody, vznikají různé nové typy endoprotéz vyráběné novými technologiemi. Úspěšnost návratu pacienta zpět do běžného života závisí mimo jiné i na aktivním přístupu pacienta a jeho schopnosti překonat dočasné potíže. Moderní ošetrovatelství se vyznačuje individualizovanou péčí, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb pacienta. Nezastupitelnou úlohu zde mají také role sestry, které pacientovi s návratem do jeho běžného života pomáhají. Role sestry ošetrovatelky a s tím i spojené poskytování základní ošetrovatelské péče je bezesporu vnímána pacienty jako velmi důležitá a stěžejní role sestry. Neméně významné jsou však i role sestry edukátorky, advokátky, manažerky, které také mají svou klíčovou úlohu v návratu pacienta do běžného života. Pro rozvoj teoretické základny ošetrovatelství a aplikaci výsledků výzkumu do praxe s cílem poskytovat kvalitnější a bezpečnější ošetrovatelskou péči, má jistě velký význam role sestry výzkumnice, sestry nositelky změn.

Důvodem volby tématu a zpracování této diplomové práce byl převážně můj zájem o danou problematiku. Jako sestra pracující na ortopedicko-traumatologickém oddělení se právě s pacienty podstupujícími ortopedický operační výkon TEP kyčelního kloubu velmi často setkávám a velmi mne zajímá pohled pacienta na sesterskou práci, zejména zda a jak pacient vnímá sesterské role, jejich naplnění a jejich vliv na péči o ně samotné.

Získané poznatky by se mohly stát významným podkladem pro management ortopedického oddělení k vytvoření možných potenciálních opatření sloužících k dalšímu zkvalitnění ošetrovatelské péče. Práce by se také mohla stát podkladem pro další výzkum, kde by jistě bezesporu bylo zajímavé sledovat i vlastní pohled sester na své sesterské role v rámci péče o pacienty s TEP kyčelního kloubu. Porovnání pohledu pacienta a pohledu sestry by jistě mohlo ukázat zajímavé shody či neshody v jejich vzájemné interakci.

## 1 Současný stav

Povolání sestry je profesí, jejíž hlavní činností je ošetřování. Profese sestry je však velmi různorodá a je vždy spojena s konkrétním kulturním, socio-politickým a ekonomickým systémem. Neustálý vývoj společnosti tak přináší potřebu změn i v oblasti definování profesních rolí sestry (Špirudová, 2015, s. 8).

### 1.1 Role sester

Profesní roli můžeme charakterizovat jako očekávané chování jedince, které souvisí s jeho profesí. Lze tedy říci, že se jedná o užší vymezení sociální role. Pojem sociální role je možné definovat jako vyžadované a očekávané chování jedince v určité situaci v souvislosti s jeho postavením, které ve společnosti zaujímá (Špirudová, 2015, s. 8). Zjednodušeně lze říci, že se jedná o situačně a konvenčně podmíněné způsoby chování, které slouží k sebezprezentaci. V pracovní skupině se projevují normy a role formální, které jsou vymezené pracovními předpisy, ale i neformální, které vyplývají ze spontánních interakcí mezi spolupracovníky. Aby se na pracovišti předešlo konfliktům, je důležité udržet oba tyto druhy rolí v souladu (Nakonečný, 2005, s. 85-87).

Povolání sestry je tvořeno celým systémem společenských rolí. Farkašová (2006, s. 181) ve své monografii udává, že tyto role jsou horizontálně i vertikálně propojeny. Sestra vstupuje neustále do interakce s jinými lidmi a její role se tak mění v závislosti na tom, zda je v danou chvíli v kontaktu s nemocným či jeho rodinnými příslušníky. Jiná je její role v interakci s lékařem či ve vzájemném kontaktu s ostatními sestrami a spolupracovníky (Sikorová, 2011, s. 81). Role se nevztahuje pouze k chování jedince, ale také k jeho názorům a postojům, též k hodnotovému systému, k prožívání s nímž jsou spojeny emoce (Špirudová, 2015, s. 8).

### ***1.1.1 Historický souhrn***

Profese sestry prodělala velké změny v relativně krátkém časovém období a podstatně se mění i dnes (Farkašová, 2006, s. 180). Tyto změny souvisí s požadavky neustále se rozvíjející společnosti (Trešlová, 2010, s. 15). Odborné publikace hovoří o třech hlavních liniích v péči o nemocné. Historicky nejstarší linií je neprofesionální lidové ošetřovatelství, kdy většinou ženy ošetřovaly své blízké na základě tradice a využívání přírodních zdrojů. Další linií tvoří charitativní ošetřovatelství, které se vyvíjelo spolu s křesťanstvím. Základní životní potřeby jedinců byly uspokojovány v kláštorech, útulcích, špitálech (Pospíšilová a Tóthová, 2013, s. 15). Léčení a ošetřování zde probíhalo bez účasti lékařů, pouze s ošetřujícím personálem, který nevyžadoval odbornou přípravu (Bártlová, 2005, s. 127). Třetí linií tvoří takzvané profesionální ošetřovatelství (Pospíšilová a Tóthová, 2013, s. 15). Toto období se datuje na druhou polovinu 19. století, kdy do nemocnic začíná pronikat racionální medicína s lékařskou činností. Sestra – ošetřovatelka se stávala pomocníkem lékaře při léčení nemocných. Je nutné také zmínit v souvislosti s vývojem sesterské role, že novodobé nemocnice vznikaly místně i personálně z dřívějších špitálů, proto bylo na civilní sestry nahlíženo, jako na charitativní poskytovatele ošetřovatelské péče. Tyto dva pohledy, tedy pomocník lékaře a charitativní poskytovatel, výrazně ovlivnily podobu profese sestry na dlouhou dobu a v určité míře přetrvává dodnes (Bártlová, 2005, s. 127).

Významnou a obrovskou roli v rozvoji profesionálního ošetřovatelství měla v druhé polovině 19. století Florence Nightingalová, která jako první kladla důraz na dosažení vysoké odborné úrovně ošetřovatelského personálu a v roce 1860 založila v Londýně první ošetřovatelskou školu. Snažila se také posunout profesi ošetřovatelství jako samostatného autonomního povolání. Nightingalová dala tak základ ošetřovatelskému vzdělávání, ošetřovatelskému výzkumu, kladla důraz na prostředí, ve kterém sestry o pacienty pečovaly (Bártlová, 2005, s. 127). Moderní terminologie by její počiny nazvala ošetřováním na základě důkazů se schopností využití kritického myšlení (Trešlová, 2010, s. 16).

Jak již bylo zmíněno, vývoj sesterské role a ošetřovatelství bezpochyby velmi významně ovlivnila samotná medicína. Očekávání lékařů a směr medicíny se odrazil

na orientaci, kterou se ošetrovatelství začalo ubírat – ošetrovatelství zaměřené na samotnou nemoc, izolovanou od nemocného. Pacient byl chápán jako pasivní příjemce ošetrovatelských a medicínských intervencí. Ošetrovatelství se stalo souborem úkonů a výkonů bez ohledu na pacientovy bio-psycho-sociální potřeby. Začala převládat technická stránka sesterských činností – aplikace injekcí, podávání léků apod. Tento trend se odrážel také v obsahu výuky na školách pro sestry, kde v popředí byl nácvik ošetrovatelských technik a ne holistický pohled na pacienta. Díky nebývalému rozvoji medicínských věd se tento trend i nadále prohluboval (Bártlová, 2005, s. 128). Jelikož se vytrácel humanistický a aktivní přístup sestry, začal se také objevovat nový termín „technická sestra (Trešlová, 2010, s. 17).“

Až koncem 20. století se výrazně mění pohled na ošetrovatelství a to také díky Virginii Hendersonové, která zastávala názor, že základní funkcí sestry je pomáhat zdravému i nemocnému člověku ve vykonávání činností, které se týkají jeho zdraví a to i za okolností, při kterých není sám schopen nebo nemá potřebnou sílu, vůli či znalosti (Plevová, 2011, s. 82). Pohled Hendersonové sdílí i další významný mezník v rozvoji profese sestry, kterým byla I. Evropská konference konaná ve Vídni v roce 1988 pod záštitou Světové zdravotnické organizace. Z této konference vyplývá, že nová role sestry tkví i v působení coby partnera při rozhodování a plánování v místních, regionálních a národních službách. Na konferenci vznikla strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Tato strategie mimo jiné zdůrazňovala úlohu ošetrovatelské péče v primární zdravotní péči. Revoluční byla i inovace ošetrovatelských služeb, které se měly zaměřovat na zdraví než na nemoc. Významné je také zahrnování jednotlivců, rodin a veřejnosti do péče, čímž berou na sebe větší odpovědnost za své zdraví. Nutnost těchto změn vyplynula z analýzy struktury populace, nemocnosti a dalších ukazatelů. (Bártlová, 2005, s. 129-130).

V 70. letech minulého století ve vyspělých státech docházelo k dalšímu rozvoji směru sesterské profese, čímž byl systém domácí péče (Home Care). Důvody tohoto systému byly nejen humánní a medicínské, ale i ekonomické. Filosofie této péče vychází z názoru, že každý jedinec je zodpovědný za své zdraví a pokud péči o své zdraví nezvládá, nastupuje pomoc rodiny a na posledním místě je pomoc odborníka.



Poskytovaná péče by měla pacientovi umožnit, co nejdéle zůstat ve známém rodinném prostředí (Bártlová, 2005, s. 129-130).

### ***1.1.2 Základní role sestry v moderním ošetřovatelství***

Sestra se stále více zařazuje do zdravotnického týmu coby rovnocenná členka schopná samostatné práce v oblasti své působnosti. Svým profesionálním působením ani v minulosti a ani dnes nezastává jednu roli, ale vždy se jedná o více rolí, které se vzájemně prolínají (Sikorová, 2011, s. 84-85).

Profesní role sester se neustále proměňují v čase. Vymezení sesterských rolí bývá spojeno s kulturním, socio-politickým a ekonomickým systémem a neustálý vývoj přináší potřebu změn i v oblasti definování profesních rolí sestry (Špirudová, 2015, s. 8). Základní role sestry v moderním českém ošetřovatelství vymezila Staňková (2002, s. 11) ve své praktické příručce pro sestry. Vymezila pět sesterských rolí: sestra pečovatelka, sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny, sestra obhájkyň nemocného, sestra koordinátorka, sestra asistentka.

Sestra ošetřovatelka poskytuje základní ošetřovatelskou péči jak ve zdravotnických zařízeních, tak i v terénní péči a zároveň identifikuje jejich ošetřovatelské potřeby a problémy spolu s vytvořením plánu na jejich řešení. Kozierová (1995, s. 28) tuto roli sestry doplňuje o informaci, že hlavním cílem sestry ošetřovatelky je přinášet poznání pacientovi o tom, co je důležité a zároveň mu poskytovat oporu. Sestra ošetřovatelka pacienta podporuje svým postojem a odbornou činností, projevuje zájem o jeho dobro a zároveň uznání jako člověka.

Dále hovoří Staňková (2002, s. 11) o sestře edukátorce, která se u pacienta a jeho rodiny podílí především na upevňování zdraví a na prevenci, rozvoji soběstačnosti pacientů s porušeným zdravím, předcházení komplikací, na pomoci pacientům a jejich blízkým, aby se naučili s onemocněním žít, a také pomáhá s nábídkou dovedností, které v danou chvíli potřebují. Dalším cílem sestry edukátorky je dle Bastable (2008, s. 10) především pozitivně působit na chování pacienta tak, aby léčba jeho onemocnění byla maximálně úspěšná, dále pacienta podpořit a pomoci mu zvládnout obavy a snažit se, aby pochopil svou zodpovědnost za své vlastní zdraví. Správně provedená edukace

zahrnuje poskytnutí informací, poučení o konkrétní problematice a tím umožňuje aktivní zapojení nemocného do řešení jeho zdravotního či jiného problému (Malíková, 2011, s. 255). Podle Juřeníkové (2010, s. 11-12) se edukace dělí na tři základní druhy. Základní edukaci, při které jsou jedinci seznamováni se zcela novými informacemi. Reedukační edukace navazuje na předchozí vědomosti pacienta, čili pacient má základní informace o edukovaném tématu. Komplexní edukace se nejčastěji uskutečňuje prostřednictvím kurzů, kdy jsou jedinci předávány ucelené vědomosti. Průběh edukace se předem plánuje do písemného dokumentu, tzv. edukačního plánu, který tvoří základ vlastního realizovaného edukačního procesu.

Význam sesterské role ochránkyň práva nemocného Staňková (2002, s. 11-12) vnímá tím způsobem, že se sestra stává mluvčím pacienta, pokud není on schopen projevit své potřeby a přání. Kutnohorská (2007, s. 38) uvádí, že sestra ochránkyň práva (advokátka) především informuje pacienta o jeho právech a zároveň se ujistí, že pacient těmto právům rozumí, eventuálně ho informuje o porušení těchto práva a ukazuje mu, jak předcházet jejich porušení. Na sestru je tedy nahlíženo jako na arbitra lidských a morálních práva pacienta.

Další roli Staňková (2002, s. 11-12) jmenuje jako sestru koordinátorku, která úzce spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu v plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Snaží se nemocného i jeho rodinu získat k aktivní spolupráci. Kozierová (1995, s. 28) tuto roli nazývá sestrou komunikátorkou (zprostředkovatelem, pomocníkem) a vymezuje účinnou komunikaci tak, že formuje vztahy nejen mezi sestrami a pacienty, ale i mezi sestrami navzájem a mezi sestrami a dalšími členy multidisciplinárního týmu.

Pátou roli Staňková (2002, s. 12) nazývá jako roli sestry asistentky, která má podíl na diagnosticko-terapeutické lékařské péči tím, že připravuje nemocného k vyšetření, při kterém i asistuje, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem apod.

Farkašová (2006, s. 182) udává další role, které v současnosti sestra plní. Jedná se o roli sestry manažerky, sestry nositelky změn, sestry výzkumnice, sestry mentorky.

Sestra manažerka působí na různých úrovních v řízení a organizaci – na úrovni státní, regionální, na úrovni zdravotnického zařízení. Řízení ošetrovatelského procesu

vychází také z role sestry manažerky (Farkašová, 2006, s. 182). Sestra manažerka a vůdce má svoji vedoucí roli náročnější, protože není vyčleněna z běžné práce týmu, který vede. V oboru zdravotnictví se výraznou většinou pohybují ženy, což sebou pro sestru manažerku přináší mnoho kladů (např. ženy jsou empatictější a intuitivnější než muži), ale také řadu komplikací, např. častější konflikty na pracovišti, protože jsou emotivnější a dramatičtější (Hekelová, 2012, s. 51).

Bez působení a využívání role sestry nositelky změn v ošetrovatelství by se tato profese stala stagnující (Farkašová, 2006, s. 182). Kozierová (1995, s. 30) doplňuje, že účinná nositelka změn musí mít účinné vůdcovské schopnosti, musí být obratnou komunikátorkou, která je schopná navodit správné interpersonální vztahy. Navíc musí být sebekritická a také kritická k postojům jiných vůči dané změně, aby mohla zvládnout odmítání i zklamání.

S rolí sestry výzkumnice souvisí i vzdělání sester, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost. Tato role se stává důležitá ve společnosti, ve které se ošetrovatelství utváří jako vědecká profese (Farkašová, 2006, s. 182). Pokud se má ošetrovatelství rozvíjet na vědecké teoretické základně, sestra by měla znát výzkumný proces a jeho terminologii, citlivě posuzovat záležitosti týkající se ochrany práv jedinců, zúčastnit se výběru výzkumných problémů a využívat kritické myšlení (Kozierová, 1995, s. 33), které je označováno jako specifický druh myšlení, které klade důraz na racionální kognitivní procesy (Miller et al., 2015, s. 32). Role sestry výzkumnice tak umožňuje aplikaci výsledků výzkumu do praxe a tím poskytuje odpovědi na otázky týkající se efektivních a bezpečných ošetrovatelských intervencí, zahrnuje i studie modelů ošetrovatelské péče či studie ekonomických aspektů ošetrovatelské péče (Abraham, De Geest, Mac Donald, 2011).

Sestru mentorku charakterizuje Farkašová (2006, s. 182) jako sestru, která zodpovídá za klinický dohled nad studenty ošetrovatelství a porodní asistence. Špirudová (2015, s. 60) uvádí, že mentorka dobrovolně podporuje, pomáhá a předává zkušenosti méně zkušené osobě. K hlavním cílům mentorství patří vedení, podpora vlastní iniciativy, podpora osobního rozvoje, povzbuzování, konstruktivní kritika. Dále hovoří o reflexi, zpětné vazbě a evaluaci. Pro efektivní mentoring je nutné mezi

mentorem a mentorovaným vybudování pozitivního, rovnocenného vztahu založeného na vzájemné důvěře a ochotě učit se jeden od druhého. Hovoří také o potřebě stanovení jasných pravidel, vzájemného očekávání a cílů, které je nutné průběžně hodnotit.

### **1.1.3 Stanovisko WHO k roli sester**

Světová zdravotnická organizace uvádí také ve svých definicích charakteristiku role sestry. V současnosti ji definuje takto: „Sestra je osoba, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s právoplatnou licenci k výkonu ošetrovatelské praxe. Sestry pomáhají pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu a pomáhají jim jej udržovat, ve vazbě na prostředí, v němž pacienti žijí a pracují. Sestry potřebují kompetence k rozvíjení a podpoře faktorů podporujících zdraví a předcházejících nemocem. Sestry hodnotí, plánují, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence, která zahrnuje fyzické, mentální a sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, neschopnost (invaliditu) a umírání. Praxi mohou vykonávat v nemocnicích a komunitách. Sestry jsou oprávněny pracovat samostatně/autonomně a jako členky zdravotnického týmu. Za určitých okolností mohou delegovat péči na asistenty zdravotnické péče, odpovědnost za péči si však ponechávají, provádějí v případě nutnosti dozor a jsou odpovědné za svá rozhodnutí a jednání. Sestry podporují vhodné aktivní zapojení jedinců, pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit, do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovaly k sebedůvěře a samostatnému rozhodování při současném vytváření zdravého životního prostředí (MZ ČR, 2000, s. 37-38).“

Dále WHO hovoří o dovednostech, které jsou nezbytné pro poskytování péče požadované kvality. Jedná se o dovednosti poskytovatelky péče, autorky rozhodnutí, komunikátorky, vedoucí komunity a manažerky. Poskytovatelka péče poskytuje vysoce kvalitní, etickou, komplexní, kontinuální a osobní péči založenou na důvěře. Pacient je posuzován holisticky a vnímán jako jedinec, který je nedílnou součástí rodiny,

obce/komunity a kultury. Autorka rozhodnutí identifikuje potenciální nebo aktuální potřeby jedince vztahující se ke zdraví nebo nemoci a rozhoduje, které intervence bude vhodné použít k dosažení holistické a kvalitní péče. Sestra bere zřetel i na etické a finanční hledisko. Sestra komunikátorka motivuje a posiluje jedince i skupiny k ochraně a upevňování zdravím objasňováním, výukou, obhajováním. Vedoucí komunity identifikuje a uvádí do souladu individuální a komunitní požadavky kladené na zdraví prostřednictvím získané důvěry lidí, s nimiž pracuje (MZ ČR, 2000, s. 39).

#### ***1.1.4 Role sester dle Hildegard E. Peplau***

Podle Peplau se sestra nepodílí jen na vlastní terapii pacienta, ale je spíše jako sestra-osoba vlastní terapií pro pacienta. Peplau model umožňuje vzdálit se od orientace na pouhé onemocnění, ale zaměřit se také na psychologický význam pocitů, chování (Elder et al., 2009, s. 129). Vlastní koncepci modelu Hildegard E. Peplau představuje psychodynamické ošetřovatelství, které umožňuje jedinci porozumět vlastnímu chování. Pokud sestra porozumí chování lidí, identifikuje jejich problémy a prostřednictvím principů interpersonálních vztahů je dokáže následně urovnat nebo odstranit. A právě role sestry jsou podstatné v interpersonálním vztahu sestra – pacient (Pavlíková, 2006, s. 80), důraz je kladen na vztah, který si mezi sebou sestra a pacient vytváří (Archalousová, 2003, s. 57). Koňošová (2006, s. 139 – 140) tento vztah nazývá terapeutickým vztahem a dále udává, že právě ve fázích interpersonálního vztahu se role sestry mění. Každá role se projevuje příslušným chováním. Jedná se o roli neznámé osoby, roli pomocnice, roli učitelky, roli vůdce, roli zástupce, roli poradce. Roli neznámé osoby sestra zaujímá v případě, že se s pacientem setkává poprvé. Sestra přistupuje k pacientovi zdvořile, bez předsudků a plně ho akceptuje. Tato role souvisí s úvodní etapou terapeutického vztahu sestra – pacient. Sestra musí věnovat svou pozornost každému jedinci, přestože většinou není schopen sdělovat své pocity. Sestra také plně spolupracuje s rodinou pacienta (Pavlíková, 2006, s. 81).

Následuje další role a to role pomocnice, kdy sestra klade pacientovi otázky týkající se jeho zdravotního problému a nabízí mu vědecky podložené, předem připravené

odpovědi. Sestra pacientovi vysvětluje nejasnosti a pomáhá mu pochopit příčinu jeho zdravotního problému a plán medicínské léčby (Pavlíková, 2006, s. 81).

Role učitelky je vlastně kombinací všech rolí sestry. Sestra musí vycházet ze znalostí pacienta, učit ho to, co neví a to, o co má pacient zájem (Pavlíková, 2006, s. 81).

V roli vůdce sestra pomáhá pacientovi poznat a akceptovat jeho problémy (Špatenková, 2013, s. 74). Pavlíková (2006, s. 82) udává, že sestra v roli vůdce pacienta vede ke splnění jeho aktuálních povinností prostřednictvím spolupráce a aktivní účasti pacienta.

Působnost sestry v roli zástupce záleží na míře závislosti a vzájemné závislosti ve vztahu sestra – pacient (Pavlíková, 2006, s. 82).

Role poradce, která je dle H. Peplau nejvýznamnější v psychiatrickém ošetrovatelství, se uplatňuje ve vztahu sestra – pacient tehdy, pokud sestra adekvátně reaguje na pacientovu potřebu podpory (Pavlíková, 2006, s. 82). Špatenková (2013, s. 74) specifikuje tuto roli tak, že sestra pomáhá pacientovi integrovat jeho současnou životní zkušenost s nemocí a léčbou tím, že mu poskytuje poradenství.

### ***1.1.5 Osvojení si role sestry***

Rolová adaptace je z psychologického hlediska pro sestry zvláště obtížná. Sestra pro úspěšné plnění své role musí realizovat čtyři důležité vzory chování, které již v padesátých letech popsal T. Parsons pro roli lékaře, a to funkční specifitu, kolektivní orientaci (sociocentrismus), univerzalismus a emocionální (afektivní) neutralitu (Bártlová, 2005, s. 135). Rolová socializace sester je obdobná jako u lékařů, ale to neznamená, že mohou být jejich role zaměnitelné. Mají společný základ myšlenkových pochodů, to znamená, že základní jednání zůstává u lékaře a sestry ve specifických výkonech stejné, ale zásadně se liší podle obsahu činností a kompetencí (Bártlová a Matulay, 2009, s. 28).

Funkční specifitou vyjadřujeme nutnost odborné a faktické kompetence, jež je vymezena odborným vzděláním a dalším vzděláním specializačním (Bártlová, 2005, s. 109). Kolektivní orientací rozumíme to, že sestra při své práci vychází z potřeb

pacientů. Tyto potřeby upřednostňuje před svými, je tedy schopná opomenout své vlastní zájmy, podstupuje sebezapření a je zároveň ochotná k obětem ve prospěch pacienta. Jedná se tedy o schopnost orientace na druhého člověka (Bártlová, 2005, s. 137). Pod pojmem univerzalizmus chápeme postoj sestry, která se chová ke všem pacientům bez ohledu na vlastní osobní postoj stejně, aniž by někoho upřednostňovala (Bártlová, 2005, s. 110), tudíž uplatňuje sociální roli rovnocenného poskytování ošetrovatelské péče (Zacharová, 2011, s. 244). Emocionální neutralitou rozumíme schopnost sestry svoji osobní emocionalitu podřídít rozumové kontrole. To nemůžeme chápat jako nepřítomnost citů, ale jako schopnost své city ovládat. To vše vyžaduje velkou energii při vynakládání duševních sil, sebekázeň, silnou motivaci a celoživotní vzdělávání (Bártlová, 2005, s. 137).

Realizace role sestry je svou povahou vnitřně konfliktní, neboť přestože jsou ve zdravotnictví stanoveny přesné normy a standardy, vnitřní konflikt vychází z důvodu velmi častých jedinečných a nestandardních situací v jejím povolání (Bártlová a Matulay, 2009, s. 29).

## **1.2 Role pacienta**

Role člověka vyplývají automaticky z životní situace jedince, mohou být dané fází vývoje, jde o roli dítěte, dospělého, starce. Také mohou být dány pohlavím, jde o role ženské a mužské. Dále jsou určeny sociální pozicí jedince, o těchto rolích hovoříme jako o roli školáka, pracujícího, důchodce. A v neposlední řadě je role dána zdravotním stavem, poté jde o role nemocného a zdravého (Vágnerová, 2005, s. 323).

Bártlová (2005, s. 79-80) definuje ze sociologického hlediska pacienta jako jedince, jenž se nachází ve zvláštní situaci, neboť díky jeho nemoci nemůže vykonávat společenské funkce, jež za normálních okolností plnil. Dále říká, že role pacienta v sociologii zahrnuje dvě povinnosti a dvě práva. Právem pacienta je soustředit na své onemocnění a tím je osvobozen od běžných závazků společnosti. Povinností pacienta je najít odbornou pomoc lékaře a při léčení maximálně spolupracovat.

Sociologové Geissler a Thoma rozdělili nemocné, se kterými zdravotníci přijdou do styku, do několika skupin. Do první skupiny jsou zařazeni nemocní, kteří jsou

hospitalizováni, a jejich role pacienta představuje tu nejvyhraněnější podobu. Do této skupiny se řadí i nemocní, kteří zůstávají v domácím ošetřování, čímž si zachovávají některé role, které vykonávali v době zdraví (např. role matky apod.). Druhou skupinu představují nemocní práce schopní. Tito lidé pokračují při současném léčení v práci a v udržování svých kontaktů. Zůstávají jim tedy role v zaměstnání, rodině apod. Třetí skupinu tvoří poměrně velký počet lidí, kteří jsou relativně „zdraví“, nehledají ani radu, ani ošetření, nicméně konzultují s lékařem. Čtvrtá skupina je tvořena lidmi podílejícími se na prevenci tím, že přicházejí na jednorázové nebo pravidelné preventivní prohlídky. Poslední skupinu zastupují z hlediska přijetí role pacienta problematické případy. Příkladem mohou být některé případy návykových onemocnění (Bártlová, 2009, s. 70-71).

Vývoj onemocnění vede buď k uzdravení, nebo ke zhoršení zdravotního stavu, k trvalému poškození zdraví, k chronickému stavu, někdy až ke smrti. Spolu s vývojem onemocnění se zároveň vyvíjí a rozšiřuje role nemocného. Roli nemocného doprovází zúžení zájmů, egocentrismus a emociální závislost. Tyto reakce se dají chápat jako koncentrace energie na vlastní osobu ke zvládnání boje s nemocí (Zacharová, 2011, s. 243). Bártlová (2005, s. 81) nazývá střídání strukturovaných rolí, a tím i změny sociální pozice, kariérou nemocného, jenž je představována v dimenzích jako jsou uzdravení, onemocnění, důchod, finanční jistoty, rodina, povolání, osobní život. Role pacienta je velmi komplikovaná zejména proto, že přivádí nemocného do nových sociálních situací, kde má své místo zdravotnický pracovník. Vzájemná interakce pacienta a zdravotníka je nezbytná a je silně ovlivněna komunikací (Zacharová, 2011, s. 243).

### ***1.2.1 Vztah pacient - sestra***

Vztah sestra a pacient někteří odborníci nazývají jako mezilidský vztah, další jako terapeutický vztah a jiní dokonce jako vztah pomoci, kdy jeden člověk pomáhá druhému řešit problémy (Gulášová, 2005, s. 243).

Vzájemný kontakt mezi sestrou a pacientem vyžaduje od sestry nejen psychologické znalosti, ale zejména i schopnost empatie, dále osobní angažovanost,



postřeh a pohotovost. Tyto psychologické znalosti proměňuje sestra v umění psychologicky správně jednat s pacienty (Plevová, 2011, s. 96). Zacharová (2011, s. 244) říká, že k základním dovednostem sestry ve vzájemné interakci sestra-pacient by mělo patřit pozitivní ovlivňování vzájemné důvěry mezi nimi, a to využitím zpětné vazby v praxi a samozřejmě i využitím empatie v každodenní klinické praxi.

Vývoj vztahu pacient-sestra prošel celou řadou proměn, o to od úplné závislosti pacienta na zdravotnících až po jeho nezávislost a akceptaci autonomní volby (Halmo, 2014, s. 18). Bártlová (2010, s. 12) uvádí, že se mezi zdravotníkem a pacientem mění vztah paternalistický – autoritativní na vztah partnerský.

Prvky paternalizmu se objevují také u F. Nightingaleové, zakladatelky ošetrovatelství. Nepřímo vyjádřila paternalistický vztah účastníků interakce sestra-pacient tím, že postavila pacienta se svými potřebami, zajišťovanými sestrou, spíše do pasivní role. Pacienta považovala spíše za pasivního příjemce ošetrovatelských rolí, ačkoliv doporučovala, aby pečoval sám o sebe, jak jen to bude možné. Paternalistický přístup je charakteristický i pro období přelomu 19. a 20. století (Halmo, 2014, s. 18). Haškovcová (2002, s. 21) o tomto období hovoří jako o období dehumanizace medicíny. S autorativními projevy se můžeme setkat ještě dnes. Konkrétně se často setkáváme „s rozporem mezi tím, co chce pacient, a tím, co se zdravotnický personál domnívá, že by bylo pro pacienta prospěšné (Halmo, 2014, s. 18).“

Bártlová (2010, s. 12) se zmiňuje, že k měnící se roli nemocného přispělo mnoho faktorů. Jedním z nich je skutečnost, že lidé jsou vyzýváni k převzetí zodpovědnosti za své zdraví, jsou více informováni o faktorech, které ovlivňují jejich zdravotní stav. Dalším faktorem je fakt, že dochází k nárůstu chronických onemocnění, jako je astma, diabetes, artróza apod. Při těchto onemocnění je nutné, aby se pacient aktivně podílel na rozhodování o léčebném postupu. Pacient by se tak měl stát „odborníkem na svoji chorobu“ ve smyslu vlastní zodpovědnosti, ne ve smyslu rovnocennosti s lékařem.

### ***1.2.2 Hospitalizovaný pacient***

Představa o tom, co nemocnice vlastně je, se neustále mění. Pro generaci našich prarodičů, rodičů byla nemocnice často místem, kam se chodilo umírat. Zatímco

ke svému praktickému lékaři přicházejí většinou relativně dobrovolně, s určitým pojetím spolupráce s lékařem, tak role nemocničního pacienta je pojmána jako relativně pasivní „z vyšší moci příkázání (Křivohlavý, 2002, s. 49).“

Pro pacienta má nemocniční prostředí jiný význam než pro zdravotnického pracovníka. Pro zdravotnické pracovníky je toto prostředí přirozené, je mu totiž důvěrně známé (Bártlová, 2005, s. 84). Přijetí pacienta do nemocnice způsobí, že je vytržen ze svého běžného života, do určité míry ztrácí své soukromí, nemůže dodržovat svůj denní režim. Pacient je nucený podřídit se režimu hospitalizace, jenž může naznačovat vážnost jeho onemocnění. K tomu všemu se připojuje strach, úzkost, nejistota dalšího osudu (Gulášová, 2005, s. 242). Bártlová (2009, s. 79) říká, že v nejobecnější rovině představuje nemocnice pro hospitalizovaného pacienta dvojí prostředí. První je zařízení, kam nemocný vstupuje, aby mu zde byla poskytnuta pomoc. Druhé prostředí znamená pro pacienta dočasný domov.

### **1.3 Obor ortopedie**

Ortopedie se stala samostatným lékařským oborem vyčleněním z obecné chirurgie. V naší zemi se stala samostatným oborem v roce 1971 zásluhou profesora Pavlanského, tehdejší přednostou Ortopedické kliniky ILF FN Bulovka. Ortopedie se zabývá prevencí a léčbou vrozených i získaných vad, úrazů, jejich následků a různými akutními i chronickými onemocněními pohybového aparátu (Sosna, 2001, s. 13). Zabývá se také léčbou nádorových, zánětlivých onemocnění pohybového ústrojí (Rouchal, 2012, s. 5). Ortopedie byla původně oborem převážně konzervativním s poměrně limitovanou operativou (Sosna, 2001, s. 13), avšak za poslední desetiletí prošla výraznou proměnou a mohutným technickým rozvojem, v současné době se jedná o nejtechničtější obor medicíny ve smyslu operačního využití implantátů (Repko, 2012, s. 3).

### ***1.3.1 TEP kyčelního kloubu***

Totální endoprotéza kyčelního kloubu, tzv. aloplastika, je operační výkon, kdy se nahrazuje buď část, nebo celý kloub cizím materiálem. Nejčastěji používanými materiály jsou kovy a jejich slitiny, jako je ocel, kobalt a titan, a dále pak materiály z plastů a keramiky (Sosna, 2001, s. 94).

Každá totální endoprotéza se skládá z tzv. dříku, hlavičky a jamky. Dřík je zavedený do dřevné dutiny stehenní kosti. Na krček tohoto dříku se nasazuje hlavička. Velmi důležitou vlastností těchto hlaviček je jejich maximální hladkost, aby nedošlo k rychlému opotřebení polyethylenové vložky v kloubní jamce. Jamka při totální náhradě kyčle nahrazuje kloubní povrch postiženého kyčelního kloubu (Sosna, 2003, s. 10).

V posledních letech dochází k nárůstu počtu i mladých pacientů, kteří tento zákrok podstupují, a tím spíše se zvyšují nároky na delší životnost implantátů. Hojně se také již využívají novější techniky implantace jako například miniinvazivní náhrady kyčelních kloubů. Jejich výhodou je rychlejší rekonvalescence, menší bolest, kratší doba hospitalizace a bezesporu i snížení nákladů na léčbu (Marya, 2013, s. i).

### ***1.3.2 Indikace TEP kyčelního kloubu***

TEP kyčelního kloubu je nejčastěji indikována u pokročilých degenerativních kloubních onemocnění, používá se také v traumatologických nebo onkologických indikacích (Gallo, 2011, s. 39). Marya (2013, s. i) specifikuje další důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu o poškození kyčelního kloubu úrazem (fractura krčku stehenní kosti, pourazová destrukce kloubu), destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění, destrukce hlavičky stehenní kosti zapříčiněná jiným onemocněním. Sosna (2003, s. 20) uvádí, že hlavním důvodem, který vede lékaře k indikaci operace náhrady kyčelního kloubu, je bolest, kdy konzervativní léčba není schopna pacientovi ulevit a dalším důvodem je výrazná porucha funkce kloubu.

### **1.3.3 Typy endoprotéz kyčelního kloubu**

Kyčelní kloub může být nahrazen tzv. cervikokapitální endoprotézou, kdy je nahrazená pouze hlavice stehenní kosti. Další možností náhrady je totální endoprotéza, která umožňuje nahradit jak hlavici, tak kloubní jamku (Sosna, 2003, s. 9).

Cervikokapitální endoprotézu tvoří monoblog kovové hlavice, krčku a dříku. Tato kovová hlavice je v kontaktu s chrupavkou acetabula, krčkem a dříkem, který je fixován v dřevné dutině femuru kostním cementem. Je indikována především při zlomeninách krčku u velmi starých lidí s životní prognózou do 5 let, kde je velkou výhodou možnost okamžité vertikalizace a plného zatěžování (Janíček, 2007, s. 101).

Totální endoprotézu kyčle lze v zásadě rozdělit podle typu ukotvení do kosti na cementovanou, necementovanou a hybridní. Volba implantátu závisí na věku a vitalitě pacienta, schopnosti jeho kosti implantát přijmout a vhojit (Repko, 2012, s. 121).

U cementované TEP jsou obě komponenty fixovány kostním cementem (Dungl, 2005, s. 922). Tento typ endoprotézy je primárně nejstabilnější, protože cement poskytuje okamžitou schopnost spojení mezi implantátem a kostí, a to i u pacientů s osteoporózou. Plně cementovaná TEP se volí u starších pacientů, kdy výhodou je možnost dřívější zátěže končetiny (Repko, 2012, s. 121-122), zátěž je možná od druhého pooperačního dne (Sosna, 2001, s. 105). Nevýhodou je skutečnost, že může dojít k uvolnění na nově vzniklém rozhraní cement-kost, ale i na rozhraní cement-dřík (Dungl, 2005, s. 922).

U necementované TEP kyčle jsou komponenty fixovány do kosti bez cementované mezivrstvy (Repko, 2012, s. 121), k fixaci se užívá dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Jamky mají sférický nebo kónický tvar. Sférické acetabulární komponenty bývají opatřeny výrazně zhrubělým povrchem nebo makroporózně upraveným povrchem a jsou pak impaktně vetknuty do přesně vyfrézovaného kostního lůžka. Kónické acetabulární komponenty jsou opatřeny závitem a do kostního lůžka jsou zašroubovány, další možností jejich fixace je, že po doražení do jamky jsou speciálním impaktorem roztačeny proti stěně kostního lůžka. Díky bezcementovaným endoprotézám bývají také opatřeny porózním povrchem

a jsou inzerovány do proximálního konce stehenní kosti (Sosna, 2001, s. 103-104). Zdrsnělým povrchem je zajištěna možnost postupného vrůstání kostní tkáně do takto vzniklých nepravidelností prostorů implantátu (Sosna, 2003, s. 12). Necementovaná TEP vyžaduje pevnou kost se schopností její integrace s materiálem endoprotézy, pokud se dobře vhojí, pak je její životnost výrazně vyšší (Repko, 2012, s. 122).

U endoprotézy hybridní je každá z komponent fixována rozdílnou technikou (Dungl, 2005, s. 922). Většinou jde o kombinaci cementovaného femorálního dřívku a některého typu necementované jamky (Janiček, 2007, s. 99).

#### ***1.3.4 Předoperační příprava před TEP kyčelního kloubu***

Operace umělé náhrady kyčelního kloubu je poměrně velký plánovaný operační výkon, který není bez rizika (Sosna, 2003, s. 21). Cílem předoperační přípravy je tedy vytvořit optimální podmínky pro vlastní průběh operace a následné pooperační období s pokračující rekonvalescencí (Penka, 2012, s. 18). Kvalitní předoperační vyšetření a odpovídající předoperační příprava výrazně snižuje výskyt celkových komplikací (Sosna, 2003, s. 21). Operační výkon umělé náhrady kyčelního kloubu se provádí za přísně aseptického režimu na sále, kdy již právě při přípravě pacienta je nutné eliminovat i možné zdroje infekce (Schneiderová, 2014, s. 261). Předoperační přípravu je možné rozdělit do tří základních skupin. Je to příprava dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední (Slezáková, 2010, s. 34). Vedle fyzické stránky nelze zapomínat i na stránku psychickou (Matouš, 2005, s. 55). Na psychické přípravě pacienta se podílí lékaři i sestry. Jejím hlavním cílem je minimalizace strachu a stresu z operace. Je nepřijatelné bagatelizovat jakékoliv otázky pacienta, které se mohou týkat pooperační bolesti, imobilizace, délky anestezie apod. (Slezáková, 2010, s. 35).

##### ***1.3.4.1 Dlouhodobá předoperační příprava***

Dlouhodobá předoperační příprava začíná objednáním pacienta k operačnímu výkonu, kdy je na základě rozhodnutí lékaře odeslán na potřebná vyšetření. Praktický

lékař provede základní předoperační vyšetření, které je platné obvykle 1 měsíc za předpokladu, že nedojde ke změně zdravotního stavu (Skalická, 2007, s. 33). U stabilizovaných nemocných s lehkým a středně závažným komplikujícím onemocněním (ASA II až III) je platnost předoperačního vyšetření do 14 dnů (Topinková, 2010, s. 16). Součástí předoperačního vyšetření je odběr krve na biochemické, hematologické (krevní obraz, krevní skupina + Rh faktor) a koagulační vyšetření (aPTT, Quick), dále biochemický rozbor moče. Výtěr z krku, nosu a moč na mikrobiologické vyšetření jsou prováděny za účelem vyloučení jakékoliv infekce v organismu, která je velmi nebezpečná pro následné hojení operační rány. Předoperační vyšetření u seniorů zahrnuje i RTG srdce a plic a natočení 12svodového EKG, eventuelní vyšetření internistou či kardiologem. Pacient by měl podstoupit také stomatologické a ORL vyšetření s případnou sanací infekčních fokusů. V případě chronické medikace je nutné upravit podávání některých léků (léčba diabetu, hypertenze, warfarinizace) lékařem specialistou (Taliánová, 2009, s. 76). V indikovaných případech bývá předoperační vyšetření dále doplněno dle lékaře specialisty či anesteziologa např. o echo srdce, zátěžové EKG, spirometrii (Topinková, 2010, s. 18-19).

Operace umělé kloubní náhrady kyčle je plánovaný výkon s předvídatelnou krevní ztrátou, proto se úspěšně využívá kompletní autotransfuzní program (Ženčica, 2012, s. 161). Pokud to zdravotní stav pacient dovoluje, je tedy možné provést odběr tzv. „autotransfuze“. Jedná se o dva po sobě jdoucí odběry, přibližně 400ml pacientovy vlastní krve, které jsou pak následně použity v době operačního výkonu nebo časně po operaci ke krytí krevních ztrát (Sosna, 2003, s. 22). Jak již bylo řečeno, provádí se zpravidla dva odběry krve, a to v rozmezí sedmi dnů, aby se doplnila krevní ztráta způsobená odběrem. Autotransfuze vylučuje přenos infekčních komplikací, není zde riziko neshodnosti antigenů červených a bílých krvinek, krevních destiček a bílkovinných antigenů. Poslední odběr by měl být maximálně týden před plánovaným termínem operace. Použitelnost takto získané krve je 35 dní (Slezáková, 2010, s. 34-35).

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy se pacientovi také doporučuje v domácím prostředí odstranit předměty, po kterých by mohl uklouznout, vhodně

upravit koupelnu umístěním madel, protiskluzových podložek. Na WC je vhodné připevnit držadla, nástavec na WC (Matouš, 2005, s. 55). Nejbezpečnější a nejpohodlnější je sprchový kout. Pokud má pacient v koupelně klasickou vanu, je vhodné ji dovybavit sedátkem do vany (Sosna, 2003, s. 46). Velmi důležité je také zajištění dostatečného domácího zázemí po návratu z nemocnice. Pokud není dostupná pomoc rodiny či přátel pak je možné využít lůžkové zařízení následné rehabilitace a péče nebo doplňkovou domácí ošetrovatelskou péči – tzv. Home care (Matouš, 2005, s. 55). Je vhodné si také zajistit prostřednictvím prodejen zdravotnické techniky pomůcky pro zjednodušení sebeobsluhy, jako je dlouhá obouvací lžice, podavač či oblékač punčoch. Důležitá je také příprava vhodné obuvi, která má mít plnou špičku a zavřenou patu. Rozhodně nevhodné jsou pantofle (Sosna, 2003, s. 24-26). Pacient by měl být také v tomto období informován o kompenzačních pomůckách potřebných k operačnímu výkonu a mít možnost naučit se chůzi o francouzských holích (Novotná a Holubová, 2013, s. 53)

#### *1.3.4.2 Krátkodobá předoperační příprava*

Období krátkodobé předoperační přípravy je zpravidla 24 hodin před samotným operačním výkonem, kdy je pacient edukován o jednotlivých fázích přípravy. Příprava se rozděluje na fyzickou, anesteziologickou a psychickou (Slezáková, 2010, s. 35).

Pacient je většinou přijímán do nemocnice den před plánovaným výkonem na oddělení ortopedie. Ošetřující ortopedický lékař zkontroluje absolvování všech předoperačních vyšetření nutných k operaci a zajistí přijetí pacienta, podepíše s pacientem informovaný souhlas s hospitalizací, dále s operačním výkonem a provede také stranovou kontrolu. Všeobecná sestra odebere od pacienta ošetrovatelskou anamnézu, posoudí pacientovy aktuální problémy a stanoví si individuální, aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy a s nimi pracuje po celou dobu hospitalizace pacienta (Novotná, 2013). Pacient je také seznámen s prostorovým uspořádáním oddělení (WC, koupelna, sesterna), s organizačním řádem oddělení (návštěvní hodiny, doba nočního klidu, čas roznášení jídla) a nutností jeho dodržování (Schneiderová, 2014, s. 25). Sosna (Sosna 2003, s. 27) ve svém průvodci uvádí, že v této fázi

předoperační přípravy je vhodné provést úvodní podrobnou instruktáž o pooperační rehabilitaci, nacvičit chůzi o podpažních berlích a nacvičit správné stereotypy pohybu na lůžku a na WC.

Fyzická krátkodobá předoperační příprava spočívá ve vyprázdnění tlustého střeva prostřednictvím glycerinového čípku nebo očistného klyzmatu. Nutná je celková hygiena pacienta, u žen odlakování nehtů a odličení obličeje (Janíková, 2013, s. 35). Důležité je také odložení všech snímatelných náhrad (zubní protéza) a šperků (Schneiderová, 2014, s. 25). Dochází k úpravě stravovacího režimu, kdy pacient před operací dostává ještě večeři a dále může do půlnoci pít. Od půlnoci již nepřijímá nic per os a musí být lačný, literatura udává lačnění 6-8 hodin před výkonem. Součástí krátkodobé předoperační přípravy je také dle ordinace lékaře i profylaktické podání antibiotik, či zavedení invazivních vstupů jako jsou periferní žilní katétr, permanentní močový katétr (Janíková, 2013, s. 35).

Většina pacientů podstupujících operaci umělé kloubní náhrady kyčle patří do vyšší věkové kategorie s doprovodnou polymorbiditou a polyfarmakoterapií. U těchto výkonů se proto užívá především svodná anestezie. Epidurální katétr se někdy následně využívá k pooperační analgézi (Ženčica, 2012, s. 161). Vlastní anesteziologickou přípravu představuje návštěva pacienta lékařem anesteziologem na ortopedickém oddělení (Slezáková, 2010, s. 35). Anesteziolog hodnotí pacientův zdravotní stav dle dostupných výsledků předoperačního vyšetření, seznamuje pacienta s typem anestezie a s případnými riziky, které mohou nastat v průběhu operace. Dále ordinuje případné anesteziologické ordinace, eventuelně další pomocná a konsiliární vyšetření (Topinková, 2010, s. 17). Na závěr do dokumentace pacienta vkládá pacientem podepsaný informovaný souhlas se zvolenou anestézií během operačního zákroku a naordinuje premedikaci (Schneiderová, 2014, s. 25).

#### *1.3.4.3 Bezprostřední předoperační příprava*

Bezprostřední příprava pacienta je příprava těsně před výkonem, zpravidla dvě hodiny. Důležitá je příprava operačního pole, a to důkladným oholením bez oděrek (Slezáková, 2010, s. 35). Oholení operačního pole večer před operací zvyšuje riziko



infekce, proto by se tento úkon měl provádět až v den operace v rámci bezprostřední předoperační přípravy. Vhodné je použít elektrický strojek či depilační krém (Janíková, 2013, s. 34). Na neoperované končetině se provádí bandáž elastickým obinadlem, jako prevence tromboembolické nemoci. Pokud pacientovi nebyly zavedeny v krátkodobé předoperační přípravě některé invazivní vstupy, tak se zavádí permanentní močový katétr, periferní žilní katétr s lékařem naordinovanou infúzí v rámci bezprostřední předoperační přípravy. Na základě ordinace anesteziologa se aplikuje premedikace. Po její aplikaci je nutné, aby pacient dodržel klid na lůžku (Janíková, 2013, s. 36). Na sál je pacient odvezen vleže na lůžku nebo vleže prostřednictvím transportního vozíku (Schneiderová, 2014, s. 26).

Zvláštní předoperační přípravu vyžadují diabetici. Několik dnů před vlastním operačním výkonem jsou převáděni z depotního inzulínu nebo perorálních antidiabetik na krystalický inzulín. V rámci bezprostřední předoperační přípravy pak tyto pacienti dostávají infúze glukózy s krystalickým inzulínem k prevenci hypoglykémie nebo hyperglykémie (Valenta, 2007, s. 49), neboť i diabetici musí dodržet předoperační lačnění (Slezáková, 2010, s. 36).

### ***1.3.5 Pooperační péče po TEP kyčelního kloubu***

Pooperační období začíná po skončení operačního výkonu a anestezie (Garajová, 2010, s. 43). Šamánková (2006, s. 271) pooperační péči určuje okamžikem, kdy sestra přebírá pacienta po zákroku z operačního sálu. Valenta (2007, s. 50) ji dělí do tří období a to na bezprostřední, intermediální a rekonvalescenci.

#### ***1.3.5.1 Bezprostřední pooperační péče***

Bezprostřední pooperační péče pacientů po umělé náhradě kyčelního kloubu probíhá na JIP, kam jsou ihned po operačním zákroku převezeni. Délka hospitalizace na JIP se řídí celkovým stavem pacienta, na standardní oddělení je nejčastěji překládán 1. nebo 2. pooperační den (Repko, 2012, s. 123). Pacient leží v poloze na zádech se

správným antiluxačním postavením operované dolní končetiny, což znamená extenzi dolní končetiny, abdukce v kyčli je zabezpečena pomocí klínu mezi dolními končetinami a správná rotace špičky operované dolní končetiny je v časném pooperačním období zajištěna derotační botou (Taliánová, 2009, s. 76). Bezprostřední pooperační péče je zejména zaměřena na monitorování vitálních funkcí (Valenta, 2007, s. 50), kdy je pacient napojený na monitor a sestra sleduje jeho fyziologické funkce – krevní tlak, puls, saturace krve O<sub>2</sub>, EKG, stav vědomí. Sestrou je dále sledován obvaz na operační ráně (Schneiderová, 2014, s. 72). Pokud krytí prosakuje je nejprve doplněno o další vrstvu obvazu, pokud je i toto nedostačující, je nutné ihned informovat lékaře (Janíková, 2013, s. 56). Sestra sleduje také odpady z drénů (Schneiderová, 2014, s. 72). Obvykle krev z operačního pole odvádí 3 odsavné drény, které jsou ponechávány v ráně jeden až dva dny (Sosna, 2003, s. 28). Redonovy drény (aktivní drenážní systém) jsou vyvedeny na povrch těla mimo operační ránu a jsou zajištěny proti vypadnutí stehem ke kůži, tzv. pozičním stehem (Janíková, 2013, s. 56). V dnešní době je možné použití i rekuperačního systému pro sběr krve z drenáže operační rány, a po jejím přefiltrování je možné podat tuto autologní krev K/P jako autotransfuzi. Rekuperační systém je jednorázová pomůcka, která se napojí na motorek, který dle nastavení síly sání nasává krev do systému. Výhodou je nižší riziko zanesení infekce oproti pacientovi, kterému byla podána klasická alogenní transfuze (Asworth a Klein, 2010). Z dalších invazivních vstupů má pacient zavedenou intravenózní kanylou, do močového měchýře pak permanentní močový katétr, a v některých případech i epidurální katétr na tlumení pooperační bolesti (Taliánová, 2009, s. 76). Invazivní vstupy představují možnou bránu infekce, proto je důležitá jejich pravidelná kontrola, funkčnost, pravidelné převazy (Janíková, 2013, s. 55-56). Intravenózní kanylou sestra podává tekutiny, profylakticky antibiotika, krevní transfuze či autotransfuze podle hodnot krevního obrazu. Sestra sleduje bilanci tekutin a dostatečnou hydrataci intravenózně podávanými roztoky (Taliánová, 2009, s. 76). Periferní žilní katétr je možné ponechat maximálně 72 hodin (Janíková, 2013, s. 56). Permanentní močový katétr je pacientovi zaveden z důvodu již zmiňovaného sledování bilance tekutin, dále také z důvodu bolestivosti kyčle a zvýšeného rizika pooperační komplikace luxace

kyčle při zvedání nemocného na mísu v raném pooperačním období. Sestra sleduje nejen funkčnost permanentního močového katétru po dobu jeho zavedení, ale i množství a barvu moče nebo případné příznaky infekce. Nejsou-li žádné potíže, tak se obvykle permanentní močový katétr odstraňuje u mužů do 3 dnů a u žen do 5 dnů po operaci, závisí také na mobilitě pacienta. Po extrakci tohoto katétru sestra kontroluje spontánní močení. (Taliánová, 2009, s. 76 - 77). Velice důležité je i sledování a tlumení bolesti v místě operační rány. Používají se většinou silná analgetika nebo opiáty formou intramuskulární, intravenózní. Další možností podávání opiátů je kontinuální epidurální (Valenta, 2007, s. 50). Má-li pacient zaveden epidurální katétr, pak sestra každý den převáže místo vpichu (Inadine a Tegaderm) a změni polohu vnější části katétru fixovaného k tělu (Taliánová, 2009, s. 77). Důležitou součástí bezprostřední pooperační péče je i sledování projevů nauzey a zvracení, které lze obecně 24 hodin po operaci považovat za fyziologické. Pacienta je nutné pečlivě sledovat, aby nedošlo k aspiraci. V případě nevolnosti či zvracení je vhodné mít na nočním stolku připravenou emitní misku a buničitou vatou, hlavu pacienta dát na stranu a mírně ji zvednout (Šamánková, 2006, s. 272). Neméně významná je také prevence proleženin prostřednictvím sledování a péče o predilekční místa (Slezáková, 2010, s. 38). Další nezbytnou součástí bezprostřední pooperační péče je péče hygienická, která je ztížena sníženou pohyblivostí pacienta. Péče o dutinu ústní je nezbytnou součástí hygieny, protože může být zdrojem řady infekčních pooperačních komplikací, proto v prvních pooperačních hodinách pečuje sestra zejména o dutinu ústní, vytírá ji, vyplachuje a navlhčuje rty (Garajová, 2010, s. 44).

#### *1.3.5.2 Intermediální pooperační péče*

Navazující intermediální pooperační péče probíhá zpravidla již na standardním lůžkovém oddělení (Valenta, 2007, s. 50), kam je pacient přeložen z JIP po stabilizaci jeho stavu (Schneiderová, 2014, s. 72). Zde se nadále sledují oběhové a respirační parametry, tělesná teplota, močení, funkce trávicího ústrojí (Valenta, 2007, s. 50). Dále se kontrolují invazivní vstupy, operační rána, prosakování obvazu, v případě přítomnosti drénů jejich funkčnost, množství a charakter odpadu (Schneiderová,

2014, s. 72). Implantace endoprotézy kyčelního kloubu znamená samo o sobě pro pacienta vysoké riziko vzniku trombo-embolické nemoci bez ohledu na jeho věk, pohlaví a zdravotní stav, proto je prolongovaná farmakologická prevence doporučovaná na 28 až 35 dní od operace jako nutný postup lege artis, který výrazně redukuje výskyt TEN (Kučera, 2011, s. 105). V rámci prevence TEN se příkládají také elastické kompresní punčochy nebo elastická bandáž. Sestra kontroluje její funkčnost a správné nasazení. Je nutné, aby sestra každý den punčochu (bandáž) odstranila a ošetřila kůži dolních končetin a bandáž znovu řádně přiložila. Sestra také sleduje správné polohování končetiny a zajišťuje spolu s fyzioterapeuty včasnou rehabilitaci (Taliánová, 2009, s. 77). V průběhu 2. až 5. dne spočívá rehabilitace v nácvičku sedu, stoje, správného postupu vstávání z lůžka a uléhání na lůžko. Také je prováděn nácviček dalších běžných činností, jako je sedání na WC, umývání. Pomalu začíná i chůze o berlích. V těchto dnech je zapotřebí vždy plně nebo téměř plně odlehčit operovanou končetinu. Důraz je nutné klást na dodržování správného stereotypu chůze. Chůze by měla probíhat v těchto dnech pod kontrolou školeného personálu. Přibližně 8. pooperační den je většina pacientů schopna samostatné chůze bez zátěže operované končetiny s oporou vysokých podpažních berlí (Sosna, 2003, s. 31). Tento pohybový režim by měl být dodržován prvních šest týdnů od operace (Sosna, 2003, s. 39). Současně probíhá i posilování svalstva v oblasti kyčelního kloubu, procvičování lýtkového svalstva. Přibližně 11. až 14. pooperační den dochází k odstranění stehů z operační rány. Velmi důležité je udržovat operační ránu i nadále v dokonalé čistotě, aby nedošlo k následné ohrožující komplikaci, k infekci kloubní náhrady (Sosna, 2003, s. 32).

#### *1.3.5.3 Časná rekonvalescence*

Třetí fáze pooperační péče - časná rekonvalescence je také zaměřena na prevenci komplikací. Pacientovi se postupně vrací jeho síly. Rekonvalescentní fáze probíhá většinou již v domácím ošetřování (Valenta, 2007, s. 51). Někteří pacienti jsou překládáni na různá oddělení následné rehabilitační péče, kde pokračují ve cvičení pod dohledem rehabilitačních pracovníků a navíc zde mají zajištěnou ošetrovatelskou pomoc (Sosna, 2003, s. 39). Přejít na plnou zátěž operované končetiny operátor

dovoluje přibližně za dva až pět měsíců od operace, které je možné v tuto dobu postupně odkládat. Návrat do zaměstnání je velmi individuální. U zaměstnání spojených s plnou zátěží dolních končetin, je nutné vyčkat s návratem nejméně šest měsíců od operace, v případě lehčí fyzické práce je možné zahájit nástup do zaměstnání dříve (Sosna, 2003, s. 56).

## **2 Cíl práce, výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1 zjistit, jak pacienti před a po totální endoprotéze kyčle vnímají pojetí sesterských rolí a jejich vliv na poskytovanou ošetrovatelskou péči.

Cíl 2 zjistit, které ze sesterských rolí vnímá pacient před a po totální endoprotéze kyčle jako nejméně naplněné.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jak pacienti před a po totální endoprotéze kyčle vnímají pojetí sesterských rolí?
2. Jak pacienti před a po totální endoprotéze kyčle vnímají vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči?
3. Jaké sesterské role vnímá pacient jako nedostatečné v předoperační péči?
4. Jaké sesterské role vnímá pacient jako nedostatečné v pooperační péči?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu

Téma diplomové práce je zpracováno na podkladě odborných zdrojů z oboru ošetrovatelství, medicíny, sociologie, psychologie a managementu. Bylo zvoleno kvalitativně-kvantitativní šetření s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru a ústní ankety. Výzkumné šetření probíhalo v období leden 2016 až duben 2016 na ortopedicko-traumatologickém oddělení nejmenované okresní nemocnice v Jihočeském kraji. Hlavní sestra nemocnice dala souhlas k realizaci výzkumného šetření (její souhlas je k dispozici u autorky). Oslovení respondenti byli nejprve seznámeni s tématem a účelem výzkumného šetření. Všichni zúčastnění respondenti byli poučeni a ubezpečeni, že nebude porušena jejich anonymita a nahrávky budou použity pouze pro účel přepisu rozhovorů. Respondenti souhlasili s provedením ankety i rozhovoru a také s jeho záznamem na diktafon.

Celý výzkum probíhal ve čtyřech fázích. První fází tvořila ústní anketa se 430 pacienty, dále respondenty, hospitalizovanými na ortopedicko-traumatologickém oddělení. Anketa je nejjednodušší výzkumná technika, používaná často při průzkumných šetření (Kutnohorská, 2005). Respondenti ve dvou otázkách využili k odpovědi škálu 1-5, kde 1 znamenala výbornou a 5 nedostatečnou. V několika otázkách mohli respondenti uvést více než jednu možnost. Získaná data byla zpracována popisnou statistikou v grafech pomocí Microsoft Office Excel 2010.

Druhá fáze spočívala v oslovení pěti cíleně vybraných pacientů z této ankety. S těmito pacienty byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor, který se více do hloubky zabýval sesterskými rolími, respektive tím, jak pacient vnímá vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči a též tím, které sesterské role vnímá pacient jako nedostatečné v předoperační i pooperační péči. V polostrukturovaném rozhovoru se předem vymezí oblast zájmu a určí se zásadní otázky, které mají být zodpovězeny. Tento přístup umožňuje při kladení otázek měnit i jejich pořadí (Armstrong a Tayler, 2015). V souvislosti s výsledky první a druhé fáze výzkumu byl ve třetí fázi výzkumu vytvořen Průvodce pro pacienty před a po TEP kyčle, dále uváděn již jen jako

Průvodce. Tento Průvodce byl následně ve čtvrté fázi výzkumu předán respondentům k jeho prostudování a posouzení. V této čtvrté fázi výzkumu byly stanoveny tři pracovní skupiny respondentů, s nimiž taktéž probíhaly polostrukturované rozhovory. První pracovní skupině byl zaslán Průvodce k prostudování po telefonické domluvě s respondenty poštou, 14 dní před operačním výkonem. Druhá pracovní skupina obdržela tohoto Průvodce pro pacienty po TEP kyčle přesně v den přijetí k hospitalizaci na ortopedicko-traumatologickém oddělení. Třetí pracovní skupina respondentů obdržela Průvodce pro pacienty po TEP k prostudování a posouzení obsahu až po operačním výkonu, v den překladi z JIP oddělení na oddělení standardní.

Rozhovory s respondenty, byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány do textové podoby. Jednotlivé rozhovory s respondenty byly očíslovány. Rozhovory z druhé fáze výzkumu mají čísla 1-5. Rozhovory z fáze čtvrté mají čísla 6-20, přičemž rozhovory první pracovní skupiny jsou označeny 6-10/1, druhá pracovní skupina má rozhovory zaznamenané pod čísly 11-15/2 a následně třetí pracovní skupina má přiřazená čísla rozhovorů 16-20/3. Na tato jednotlivá čísla je odkazováno v textu, například R13/2 (třetí respondent, druhá pracovní skupina). Analýza získaných dat probíhala poté metodou otevřeného kódování v ruce (Příloha 2), která bývá rovněž označována jako metoda papír tužka (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Přepsané rozhovory (Příloha 7 na CD) byly vytištěny a několikrát pečlivě přečteny, posléze již zmiňovanou metodou tužka a papír kódovány do jednotlivých kategorií, které jsou pojmenovány sobě nadřazenými pojmy, či slovními spojeními. V přepsaných rozhovorech byla vyhledávána nejčastější slova či slovní spojení, kterými se respondenti vyjadřovali k jednotlivým kategoriím. Slova a slovní spojení byla z jednotlivých kategorií pro lepší přehlednost barevně v textu označována. Pro větší názornost byly jednotlivé kategorie s podkategoriemi dále zpracovány do samostatných schémat. V práci je na vytvořené podkategorie odkazováno například R 16/3/8 (první respondent třetí pracovní skupiny, řádek 8) a může být zároveň doplněno o přímou citaci respondenta.



### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

#### ***Výzkumný soubor ústní ankety – pacienti***

Výzkumný soubor ústní ankety tvořilo 430 pacientů ze standardního ortopedicko-traumatologického oddělení nemocnice v Jihočeském kraji, kteří byli přijati k hospitalizaci s různou ortopedicko-traumatologickou lékařskou diagnózou bez ohledu na věk a délku hospitalizace.

#### ***Výzkumný soubor rozhovoru po ústní anketě – pacienti***

Tento výzkumný soubor představovalo pět pacientů ze standardního ortopedicko-traumatologického oddělení, kteří byli cíleným výběrem z ústní ankety vybráni tak, aby jejich společným znakem byl pooperační stav po TEP kyčle. Tři respondenti byli z důvodu hospitalizace TEP kyčle přijati poprvé, dva respondenti byli ze stejného důvodu přijati již podruhé. Tři respondenti byly ženy, dva respondenti byli muži. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí jedné dekády od 62 do 68 let. Průměrný věk respondentů byl 65 let. Znázornění v tabulce 1.

#### ***Výzkumný soubor rozhovoru po předání Průvodce – pacienti***

Na čtvrté fázi výzkumu se podílelo celkem 15 pacientů, kteří byli rozděleni do 3 pracovních skupin. Společným znakem všech respondentů byl pooperační stav po TEP kyčle, kdy pacienti byli z tohoto důvodu přijímáni k hospitalizaci poprvé. První pracovní skupinu tvořilo 5 pacientů, tři ženy a dva muži, ve věku od 63 - 67 let. Průměrný věk pacientů byl 65 let. Znázornění v tabulce 2. V tabulce 3 je popsán výzkumný soubor pacientů druhé pracovní skupiny, dva muži a tři ženy. Nejmladší respondent této skupiny dosahoval 62 let a naopak nejstarší respondent této skupiny věku 67 let. Průměrný věk respondentů byl 64 let. Třetí pracovní skupinu ilustruje tabulka 4, jedná se o dvě ženy a tři muže opět ve věku od 62 do 65 let s průměrným věkem 64 let.

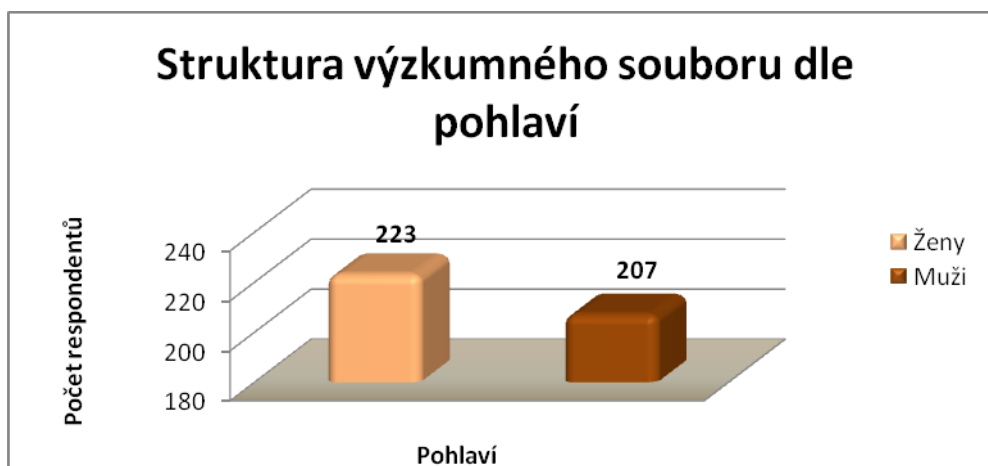
### 3.3 Charakteristika výzkumného prostředí

Nemocnice, ve které probíhalo výzkumné šetření, je zdravotnickým zařízením s vlastní právní subjektivitou. Jihočeský kraj je jejím jediným akcionářem. Nemocnice poskytuje ambulantní i lůžkové zdravotní, diagnostické a léčebně preventivní služby v souladu se stanovenými předpisy a smlouvami pojišťovny, je držitelem akreditace bezpečnosti SAK ČR, všechny laboratoře jsou akreditovány v režimu ČIA. Ošetřování v nemocnici probíhá na podkladě nejnovějších vědeckých poznatků a je poskytováno kvalifikovanými odborníky. Ortopedicko-traumatologické oddělení tvoří ambulantní a lůžkovou část. Lůžková část se skládá z jedné standardní jednotky a jednotky intenzivní péče a je vybavena 41 lůžky akutní péče, z toho je 7 lůžek pro intenzivní péči. Pokoje jsou jedno až šestilůžkové. Vlastní sociální zázemí mají dva pěti lůžkové pokoje a dva nadstandardní pokoje. Na každé jednotce oddělení je staniční sestra, která je přímo podřízena vrchní sestře. Vrchní sestra je zodpovědná za celkový chod oddělení v rámci ošetrovatelské péče a přímo podřízená přednostovi oddělení a hlavní sestře. V nemocnici se nachází centrální operační sály s kapacitou pěti operačních sálů. Ortopedicko-traumatologické oddělení využívá tři operační sály, jeden superseptický, jeden aseptický. K řešení hnisavých zákroků na pohybovém aparátu je pak vyčleněný prostor na septickém sále. Na ortopedicko-traumatologickém oddělení se provádí celkem široké spektrum operačních výkonů, mezi nejvýznamnější patří bezesporu endoprotetika kolenních i kyčelních kloubů, dále artroskopie. Provádí se zde i další ortopedické výkony z oblasti chirurgie nohy, chirurgie ruky, korekční osteotomie, artrodézy a také traumatologické operace jako chirurgie zlomenin krčku stehenní a pažní kosti, nitrodřeňové hřebování, dlahové osteosyntézy dlouhých i krátkých kostí, ošetření zlomenin zevním fixátorem.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky ústní ankety

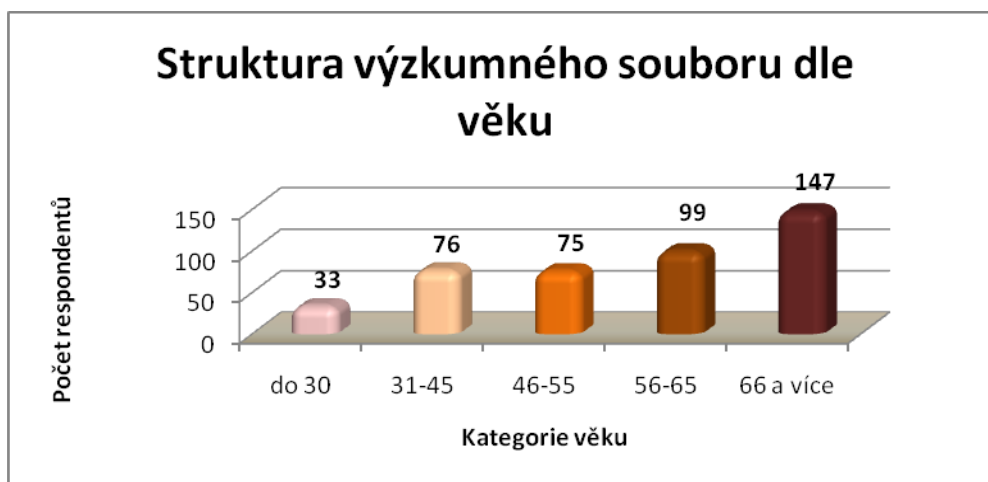
Graf 1



Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Výzkumný soubor ústní ankety tvořilo 207 (48 %) mužů a 223 (52 %) žen.

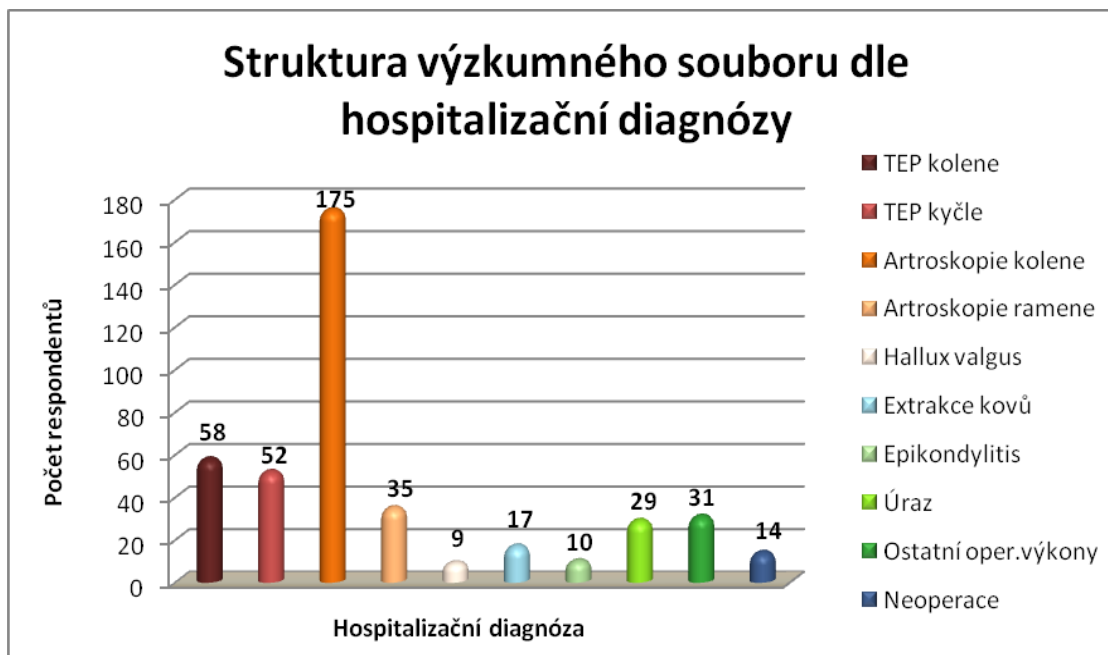
Graf 2



Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Ve věkové kategorii 66 let a více bylo 147 (34 %) respondentů. Ve věkové kategorii 56-65 let bylo 99 (23 %) respondentů. Kategorie 46-55let byla zastoupena 75 (17 %) respondenty a kategorie 31-45 let 76 (18 %) respondenty. Ve věkové kategorii do 30 let bylo 33 (8 %) respondentů.

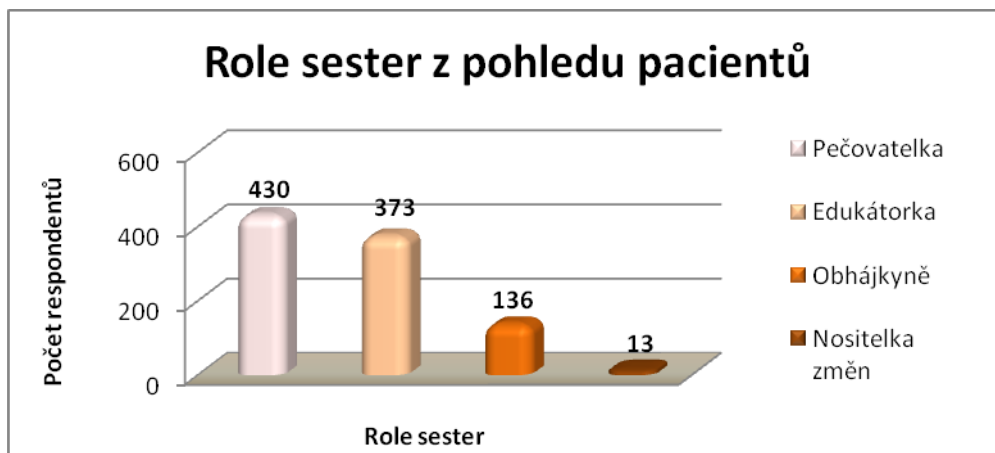
Graf 3



Zdroj: Vlastní výzkum 2016

58 (13 %) respondentů uvedlo, že jsou na ortopedicko-traumatologickém oddělení hospitalizováni z důvodu operace TEP kolene, 52 (12 %) respondentů z důvodu operace TEP kyčle. Nejčastější důvod hospitalizace pacienti uvedli operační výkon artroskopii kolene, tuto možnost odpovědělo 175 (41 %) respondentů. Artroskopie ramene byla zastoupena 35 (8 %) respondenty. 9 (2 %) respondentů uvedlo operaci pro hallux valgus a 17 (4 %) respondentů uvedlo důvod extrakce kovů. Epikondylitis odpovědělo 10 (2 %) respondentů. Různé úrazy byly zastoupeny 29 (7 %) respondenty. Ostatní operační výkony odpovědělo 31 (7 %) respondentů a 14 (3 %) respondentů uvedlo důvod hospitalizace jiný než operační.

Graf 4

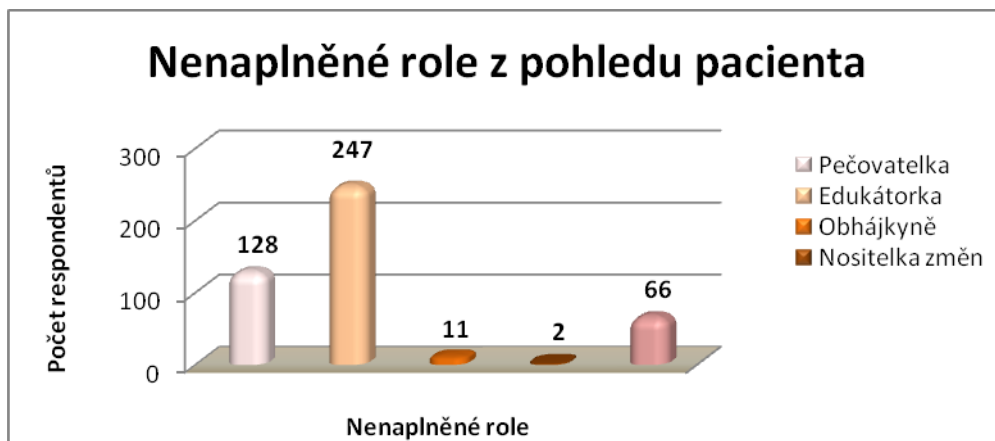


Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 952.

430 ze 430 respondentů vidí v sestře roli pečovatelky. 373 respondentů ze 430 uvedlo i roli edukátorky. Roli sestry obhájkyně udalo 136 respondentů. Role nositelky změn zmínilo 13 ze 430 respondentů .

Graf 5



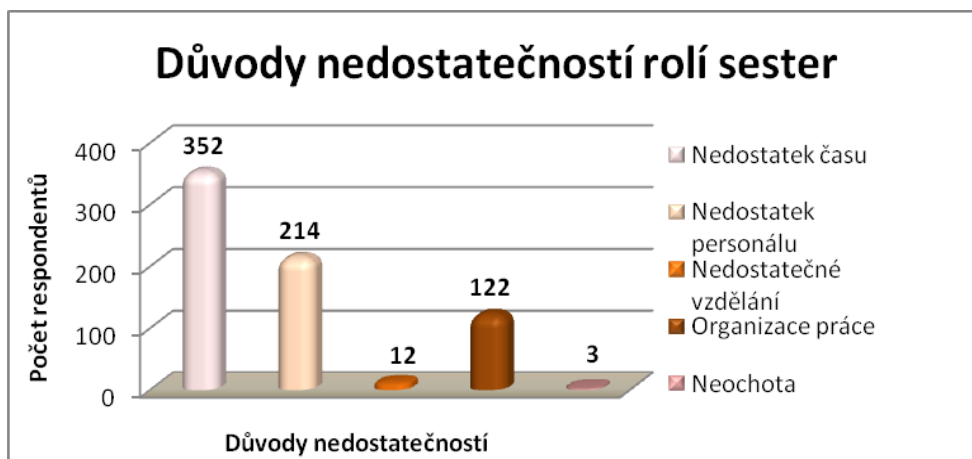
Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 454.

Roli pečovatelky uvedlo 128 respondentů ze 430 jako málo naplněnou. 247 respondentů udalo jako nedostatečně naplněnou roli edukátorky. Roli obhájkyně

označilo jako nedostatečnou 11 respondentů a 2 respondenti uvedli jako nedostatečnou roli nositelky změn. 66 respondentů ze 430 udalo žádnou roli jako nenaplněnou.

Graf 6

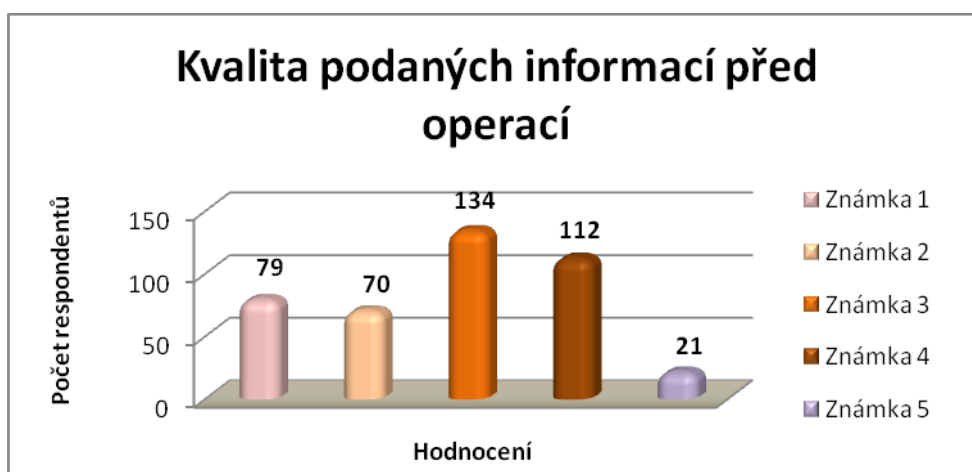


Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 703.

352 respondentů ze 430 udalo důvod nedostatečností rolí sester nedostatek času sester a 214 respondentů pak nedostatek personálu. Nedostatek vzdělání uvedlo 12 respondentů ze 430. 122 respondentů vidělo důvod nedostatečnosti rolí sester v organizaci práce. 3 respondenti ze 430 pak udali neochotu sester.

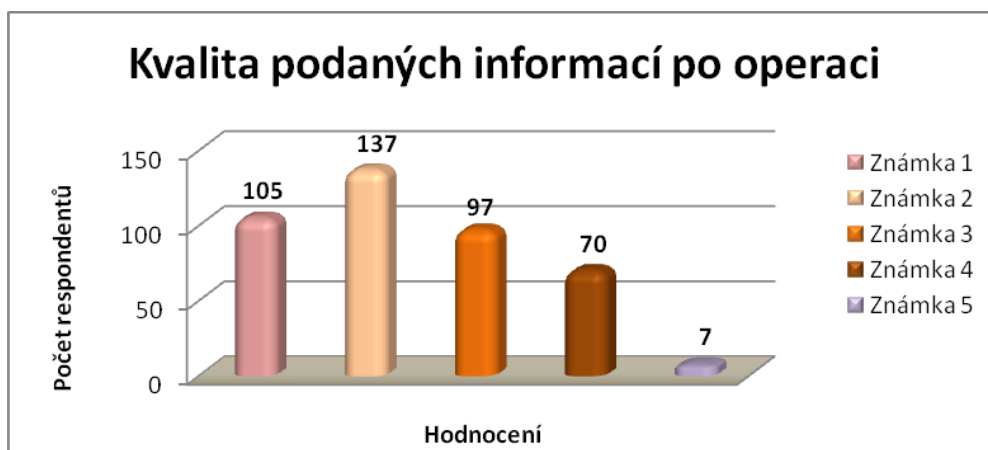
Graf 7



Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Na škále 1-5, kde 1 znamenala výbornou a 5 nedostatečnou kvalitu podaných informací, hodnotu 1 zvolilo 79 (19 %) respondentů, 2 zvolilo 70 (17 %) respondentů. 3 ohodnotilo 134 (32 %) respondentů, 4 pak 112 (27 %) respondentů. 5 udalo 21 (5 %) respondentů.

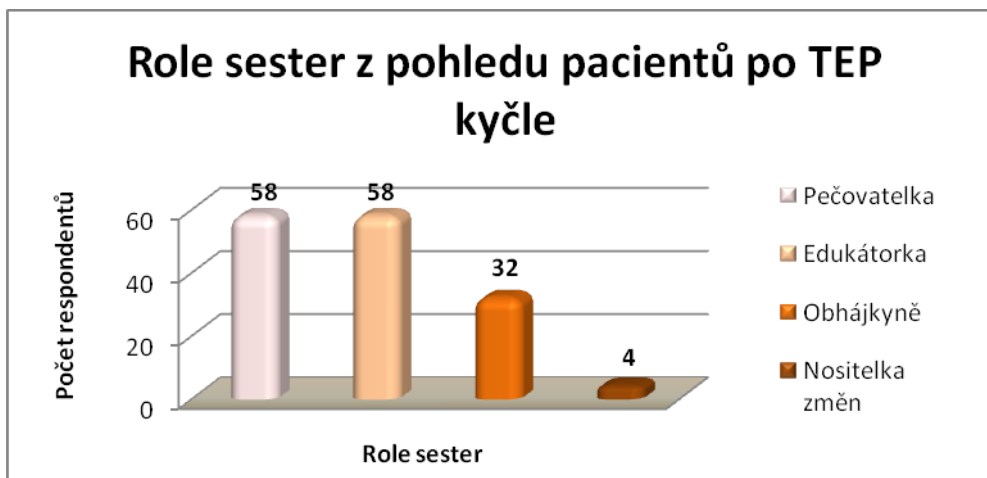
Graf 8



Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Na škále 1-5, kde 1 znamenala výbornou a 5 nedostatečnou kvalitu podaných informací, hodnotu 1 zvolilo 105 (25 %) respondentů, 2 zvolilo 137 (33 %) respondentů. 3 ohodnotilo 97 (23 %) respondentů, 4 pak 70 (17 %) respondentů. 5 udalo 7 (2 %) respondentů.

Graf 9

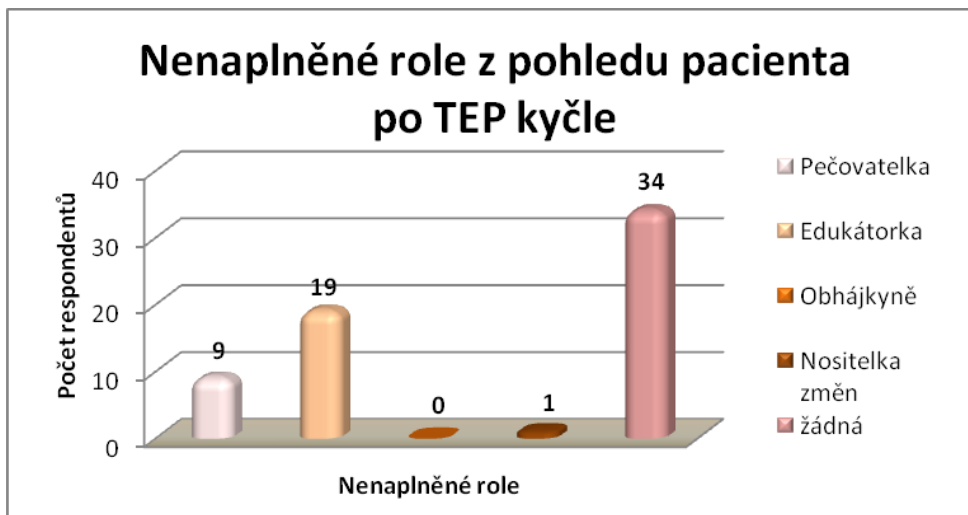


Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 152.

58 respondentů z 58, kteří v třetí otázce uvedli důvod hospitalizace operaci TEP kyčle, udali roli sestry pečovatelky. Stejný počet 58 respondentů vidělo sestru v roli edukátorky. 32 respondentů uvedlo odpovědi, které bylo možné zařadit do kategorie role sestry obhájkyně. 4 respondenti z 58 viděli sestru v roli nositelky změn.

Graf 10



Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 63.



9 respondentů z 58 respondentů, kteří v třetí otázce uvedli důvod hospitalizace operaci TEP kyčle, udali jako málo naplněnou roli pečovatelky. 19 respondentů udalo jako málo naplněnou roli edukátorky. Roli obhájkyň označilo jako nedostatečnou 0 respondentů a 1 respondent uvedl jako nedostatečnou roli nositelky změn. 34 respondentů z 58 udalo žádnou roli jako nenaplněnou.

## 4.2 Rozhovory s respondenty po ústní anketě

Tabulka 1 – Identifikační údajů respondentů

Respondent	Věk	Pohlaví	Hospitalizace	Pooperační den
R1	62	muž	první	9.
R2	65	muž	první	8.
R3	68	žena	druhá	10.
R4	62	žena	první	8.
R5	67	žena	druhá	10.

*Zdroj: Vlastní výzkum 2016*

V tabulce jsou znázorněny identifikační údaje respondentů a respondentek, kteří poskytli rozhovory k výzkumné části. V tabulce je zapsán jejich věk, pohlaví, hospitalizace na ortopedicko-traumatologickém oddělení a pooperační den.

Schéma 1- Kategorie: Role sester

## ROLE SESTER

Podkategorie

**PEČOVATELKA**

ODEBÍRALA KREV; DOSTAL JSEM ČÍPEK; VE VŠEM SE POSTARÁ; PTALY SE NA BOLEST; DÁVALI MI INJEKCE NA BOLEST; VYKOUPALY MĚ; HEZKY POSTARÁNO; OBJEDNALY KREV; NAPOJENÁ NA PŘÍSTROJ; MĚŘILY MI TLAK, PULZ, TAKY CUKR; STARALY SE O MĚ; NALEPILA MI; BYLA POŘÁD U MĚ

**EDUKÁTORKA**

NAUČILA MĚ; VYSVĚTLILA MI; UKÁZALA MI; UKAZOVALA; ŘÍKALA CO A JAK MŮŽU DĚLAT; JAKÝ VŠECHNY POHYBY BYCH NEMĚL DĚLAT; VYSVĚTLOVALA MI; ZNOVU VYSVĚTLILA; VĚNOVALA SE MI; ŘÍKALA MI; UČILA MĚ; CHODILA SE MNOU; POPISOVALA MI; PEČLIVĚ VYSVĚTLILA

**OBHÁJKYNĚ**

ZAŘÍDILA MI NÁSLEDNÉ PŘELOŽENÍ; OBJEDNALA MĚ NA TU REHABILITACI; POŘÍDILA MI NOVÉ BERLE

**NOSITELKA ZMĚN**

TO JSEM MINULE NEMĚLA, TAKOVOU NÁPLAST NA ZADEK „SRDÍČKO“

## *Role sester*

Kategorie Role sester se zabývá zkušenostmi respondentů po TEP kyčle s profesí sester, respektive s jejich vlastní prací. Je zaměřena na zkušenosti a postřehy pacientů po TEP kyčle na období týkající se předoperační péče, ale i pooperační péče. Není opomenuta ani profese rehabilitačních sester, se kterými se právě tito pacienti velmi často při svém zotavování na ortopedicko-traumatologickém oddělení setkávají. Veškeré uvedené celky byly podrobeny hloubkové analýze dat, ze kterých byly posléze vytvořeny čtyři podkategorie: pečovatelka, edukátorka, obhájkyň, nositelka změn. K jednotlivým podkategoriím byly následně přiřazeny výrazy, kterými respondenti nejčastěji vystihli jednotlivé podkategorie. Zakódovaná a analyzovaná data jsou znázorněna pro přehlednost ve schématu 1.

Z jednotlivých rozhovorů vyplývá, že respondenti udávají vesměs stejný pohled na danou problematiku. Každý oslovený respondent udává zkušenost se sesterskou rolí pečovatelky, kterou charakterizuje velmi rozmanitě. Například R3 řekla: „...*ještě před přeložením na oddělení mě celou vykoupaly i s hlavou.*“ R4 zmínila: „...*měřily mi tlak, pulz a taky cukr.*“ Obdobně je tomu i u sesterské role edukátorky, se kterou také každý respondent uvedl zkušenost, opět charakteristikou velmi rozmanitou. R1 se vyjádřil: „*Naučila mě vůbec vstát z postele...*“ R4 řekla: „...*učila mě, jak mám používat berle...*“ S rolí sestry obhájkyň udali zkušenost tři respondenti, přičemž dva respondenti se vyjádřili téměř shodně. R1 uvedl: „*Zařídila mi následné přeložení na rehabilitační oddělení...*“ S rolí sestry nositelky uvedla zkušenost pouze jedna respondentka R4, která řekla: „...*nalepila mi na zadek takovou náplast, říkala, že je to „srdíčko“, abych si nesesdřela kůži...*“

### **ROLE SESTRY PEČOVATELKY:**

- ❖ Odebírala krev: R1/1/2; R4/2
- ❖ Dostal jsem čípek: R1/2; R3/30; R4/10;
- ❖ Ve všem postará, hezky postaráno, staraly o mě: R1/8; R3/26; R4/10
- ❖ Injekce na bolest, dávali na bolest: R2/11; R3/8; R4/10

- ❖ Vykoupaly: R3/10
- ❖ Objednaly krev po operaci: R4/3
- ❖ Napojená na přístroji: R4/9
- ❖ Měřili mi tlak a pulz a taky cukr: R4/9
- ❖ Nalepila mi: R4/31
- ❖ Pořád u mě: R5/10

#### ROLE SESTRY EDUKÁTKY:

- ❖ Naučila mě: R1/12
- ❖ Vysvětlila mi: R1/12; R3/1/15; R4/15; R5/15
- ❖ Ukázala mi, ukazovala mi: R2/1
- ❖ Říkala: R2/15; R4/1; R4/15/31; R5/21
- ❖ Učila mě: R4/13/14
- ❖ Popisovala mi: R5/1
- ❖ Chodila se mnou: R4/14
- ❖ Věnovala se mi: R3/15
- ❖ Jaké pohyby bych neměl dělat: R2/30

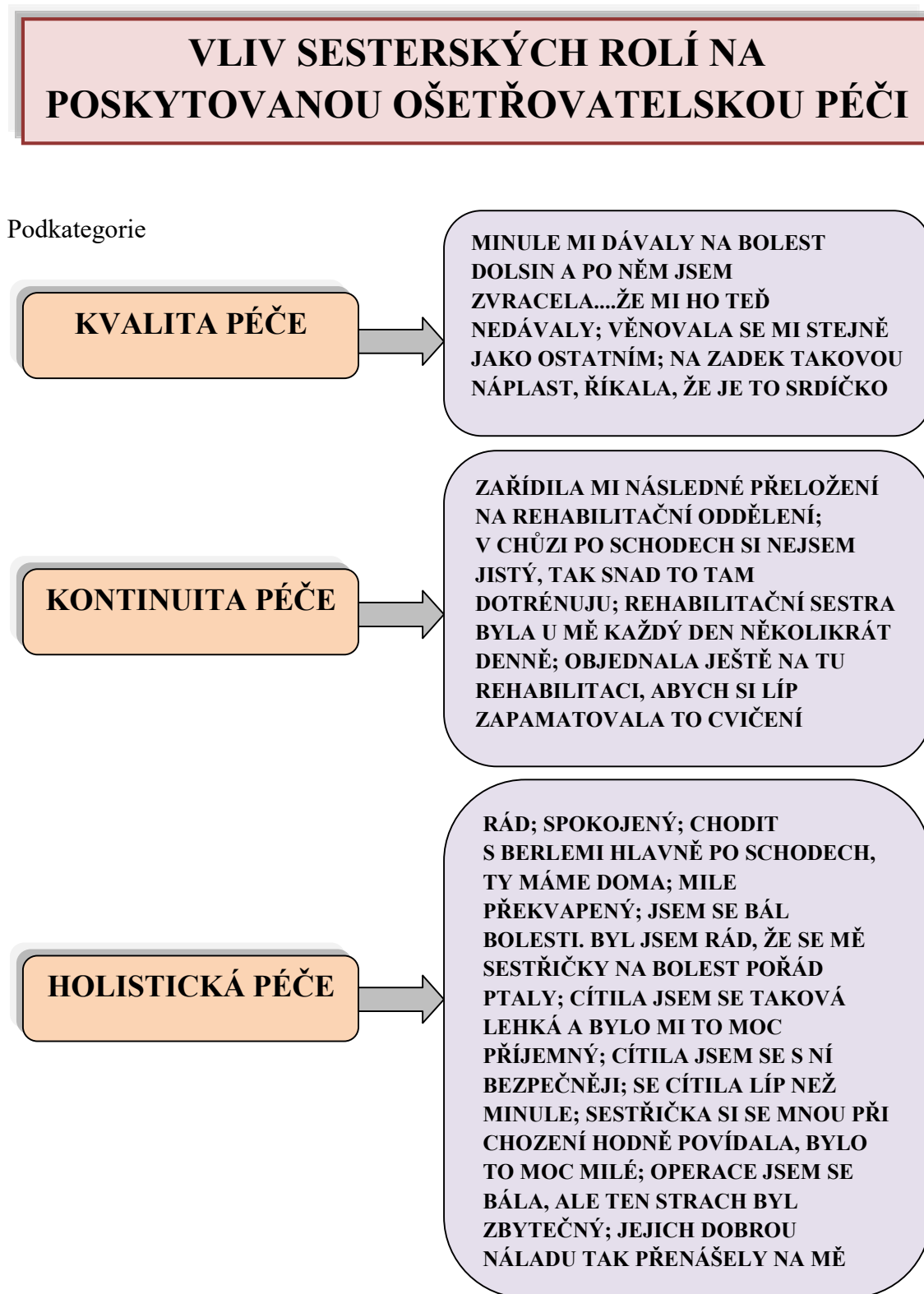
#### ROLE SESTRY OBHÁJKYNĚ:

- ❖ Zařídila mi následné přeložení na rehabilitaci, objednala na rehabilitaci: R1/16;  
R4/20
- ❖ Pořídila mi nové berle: R5/8

#### ROLE NOSITELKY ZMĚN:

- ❖ „Srdíčko“: R4/32

Schéma 2- Kategorie: Vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči



### *Vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči*

Kategorie Vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči vznikla na podkladě důkladné a opakované analýzy jednotlivých rozhovorů s respondenty. Po této analýze dat byla vytvořena kategorie Vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči, která se zaměřuje na postřehy jednotlivých respondentů. Z těchto postřehů posléze vznikly tři podkategorie s názvy: kvalita péče, kontinuita péče, holistická péče. Tato data jsou znázorněna ve schématu 2.

Z jednotlivých rozhovorů vyplynuly zajímavé postřehy respondentů ve vnímání vlivu sesterských rolí na ošetrovatelskou péči. Respondenti vnímají péči jako kvalitní, což vyjadřují jednotlivými projevy kvality péče, například R3 zmínil : „ *minule mi na bolest dávaly Dolsin a po něm jsem zracela, tak jsem byla ráda, že mi ho teď nedávaly...*“ Respondenti si dále také uvědomují i kontinuitu péče, která je pro celý proces rekonvalescence bezesporu též velmi důležitá. R1 uvedl: „ *Zařídila mi následné přeložení na rehabilitační oddělení...v té chůzi po schodech si ještě nejsem jistý, tak snad to tam dotrénuju.*“ Tento respondent taktéž udával důvod proč je rád, že mu sestra zařídila právě již zmiňovaný překlád na rehabilitační oddělení R1: „ *vysvětlila mi, jak mám chodit s berlemi, hlavně po schodech, protože ty máme doma já se bál, že to nebudu umět.*“ Obdobný postřeh respondenta týkající se kontinuity péče řekl i R4: „ *objednala mě ještě na tu rehabilitaci, abych si líp zapamatovala to cvičení, dost zapomínám a už mi to tak nejde.*“ Dále z jednotlivých rozhovorů lze vystopovat i jednotlivé prvky holistické péče, která vychází z celostního přístupu a z hlediska ošetrovatelství zahrnuje uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb člověka. Například R4 zmínil: „ *...operace jsem se bála, ale ten strach byl zbytečný.*“ R3 vyjádřil své uspokojení biologických i psychických potřeb takto: „ *...celou vykouply i s hlavou, cítila jsem se taková lehká a bylo mi to moc příjemný.*“

#### KVALITA PÉČE:

- ❖ *Minule mi na bolest dávaly Dolsin a po něm jsem zracela...že mi ho teď nedávaly: R3/8/9*

- ❖ Věnovala se mi stejně jako ostatním: R3/15
- ❖ Na zadek takovou náplast, říkala, že je to srdíčko: R4/31/32

#### KONTINUITA PÉČE:

- ❖ Zařídila mi následné přeložení na rehabilitační oddělení, objednala na rehabilitaci: R1/16; R4/20
- ❖ V chůzi po schodech si nejsem jistý, tak snad to tam dotrénuju: R1/17/18
- ❖ Rehabilitační sestra byla u mě každý den několikrát denně: R4/13

#### HOLISTICKÁ PÉČE:

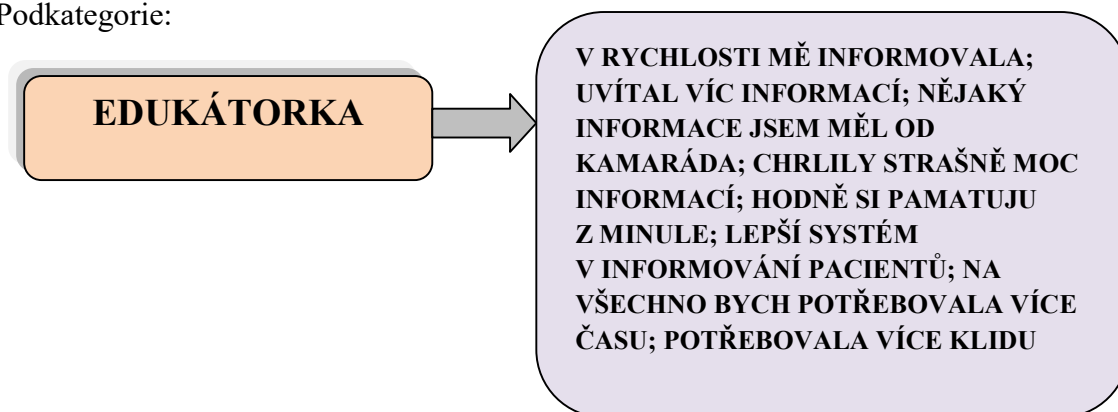
- ❖ Rád: R1/8/17; R2/10/14/15; R3/14; R5/2/15
- ❖ Spokojený: R1/26
- ❖ Cítila: R3/10/15/26
- ❖ Chodit s berlemi hlavně po schodech, protože ty máme doma: R1/13
- ❖ Hodně povídala, bylo to milé: R4/19
- ❖ Jsem se bál bolest, byl jsem rád, že se mě sestřičky na bolest pořád ptaly: R2/9/10
- ❖ Operace jsem se bála, ale ten strach byl zbytečný: R4/27
- ❖ Mile překvapený: R1/29
- ❖ Jejich dobrou náladu na mě přenášely: R5/10/11



Schéma 3- Kategorie: Nedostatečné sesterské role v předoperační péči

## NEDOSTATEČNÉ SESTERSKÉ ROLE V PŘEDOPERAČNÍ PÉČI

Podkategorie:



### *Nedostatečné sesterské role v předoperační péči*

Kategorie Nedostatečné sesterské role v předoperační péči se zabývá názorem respondentů, jak a zda vůbec vnímají v rámci předoperační péče nenaplněné sesterské role. Veškeré názory z jednotlivých rozhovorů byly podrobeny analýze dat, ze které vznikla již zmiňovaná kategorie Nedostatečné sesterské role v předoperační péči. K této kategorii byla vytvořena pouze jedna podkategorie: edukátorka. V podkategorii jsou kódované výrazy, kterými respondenti vystihovali svůj názor. Vše je znázorněno ve schématu 3.

Z jednotlivých rozhovorů vyplývá, že všichni respondenti se v tomto pohledu shodují. Každý oslovený respondent udává zkušenost s nenaplněnou sesterskou rolí v předoperační péči, kterou spojuje s nespokojeností se získáním informací. Například R1 řekla: „*V rychlosti mě informovaly...*“ R2 uvedla: „*...chrlily strašně moc informací...*“ R3 zmínila: „*...lepší systém v informování pacientů.*“ Tato podkategorie byla pojmenována: edukátorka, jelikož správně provedená edukace zahrnuje právě poskytnutí informací, poučení o konkrétní problematice.

## EDUKÁTORKA

- ❖ V rychlosti mě informovala, chrlily moc informací: R1/1/21
- ❖ Uvítal více informací, lepší systém v informování: R1/21/33; R3/21
- ❖ Nějaké informace jsem měl od kamaráda: R1/22
- ❖ Potřebovala bych více času, klidu: R4/24; R5/22

Schéma 4 – Kategorie: Nedostatečné sesterské role v pooperační péči

### NEDOSTATEČNÉ SESTERSKÉ ROLE V POOPERAČNÍ PÉČI

Podkategorie:



#### *Nedostatečné sesterské role v pooperační péči*

Kategorie Nedostatečné sesterské role v pooperační péči se zaměřuje na názor respondentů, jak a zda vůbec vnímají v rámci pooperační péče nenaplněné sesterské role. K této kategorii byla vytvořena pouze jedna podkategorie: žádná role. V podkategorii jsou kódované výrazy, kterými respondenti popisovali svůj názor. Zakódovaná a analyzovaná data jsou znázorněna pro přehlednost ve schématu 4.

Ze všech rozhovorů vyplývá shoda respondentů. Každý oslovený respondent udává, že není nenaplněné sesterské role v rámci pooperační péče. Například R3 řekl: „...bylo o mě moc hezky postaráno, skoro se mi nebude chtít domů.“ R1 uvedl: „...nesetkal jsem se, že by na mě byl někdo nepříjemný.“ R4 zmínil: „Kdepak,...jsem tu moc spokojená.“

- ❖ Asi ne, ne: R1/26; R2/25; R3/26; R5/26
- ❖ Nesetkal jsem se, že by na mě byl někdo nepříjemný: R1/30/31
- ❖ Nevím, co odpovědět: R2/25
- ❖ Nebude se mi chtít domů: R3/26
- ❖ Kdepak: R4/27

### 4.3 Rozhovory s respondenty po předání Průvodce

Tabulka 2 – Identifikační údajů respondentů 1. skupiny

Respondent	Věk	Pohlaví	Hospitalizace	Pooperační den
R1	63	žena	první	10.
R2	65	muž	první	9.
R3	65	žena	první	10.
R4	67	muž	první	8.
R5	66	žena	první	10.

Zdroj: Vlastní výzkum 2016

V tabulce jsou znázorněny identifikační údaje respondentů a respondentek 1. pracovní skupiny, kteří poskytli rozhovory k výzkumné části, která se týká 4. fáze výzkumu - předání Průvodce pro pacienty. První skupinu tvořili respondenti, kterým byl po telefonické domluvě domů zaslán Průvodce pro pacienty. V tabulce je zapsán jejich věk, pohlaví, hospitalizace na ortopedicko-traumatologickém oddělení a pooperační den, kdy byl s nimi veden polostrukturovaný rozhovor.

Tabulka 3 – Identifikační údajů respondentů 2. skupiny

Respondent	Věk	Pohlaví	Hospitalizace	Pooperační den
R1	62	muž	první	9.
R2	64	muž	první	9.
R3	67	žena	první	11.
R4	64	žena	první	10.
R5	65	žena	první	11.

Zdroj: Vlastní výzkum 2016

V tabulce jsou znázorněny identifikační údaje respondentů a respondentek 2. pracovní skupiny, kteří poskytli rozhovory k výzkumné části, jenž se týká 4. fáze celého výzkumu, kdy byl pacientům předán Průvodce. Druhou pracovní skupinu tvořili

respondenti, kterým byl Průvodce pro pacienty předán přesně v den příjmu k hospitalizaci na ortopedicko-traumatologické oddělení. V tabulce je zaznamenán jejich věk, pohlaví, hospitalizace na ortopedicko-traumatologickém oddělení a pooperační den, v který s nimi byl pořízen polostrukturovaný rozhovor.

Tabulka 4 – Identifikační údajů respondentů 3. skupiny

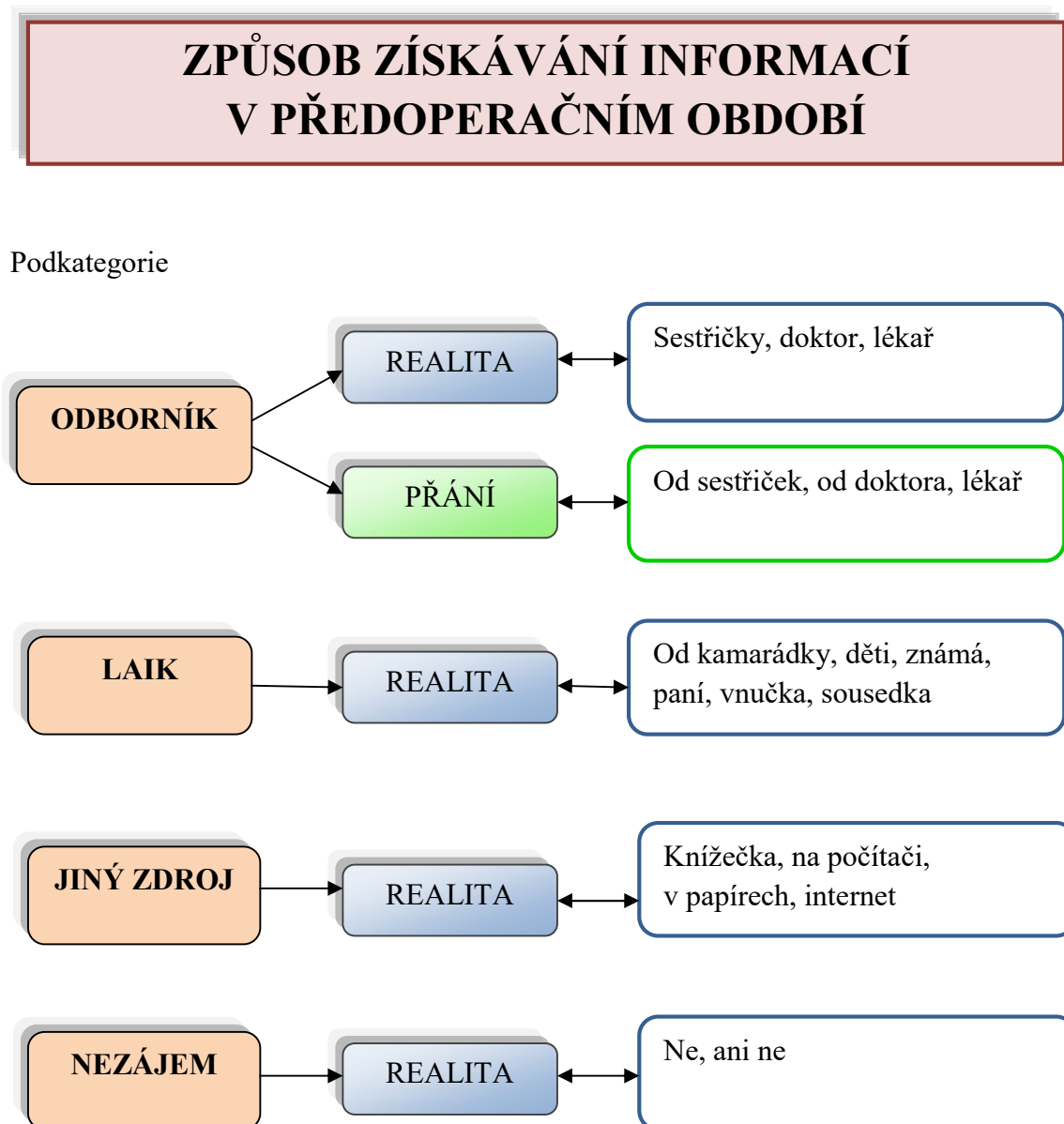
<b>Respondent</b>	<b>Věk</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Hospitalizace</b>	<b>Pooperační den</b>
R1	62	muž	první	9.
R2	65	muž	první	9.
R3	64	žena	první	11.
R4	63	žena	první	10.
R5	64	muž	první	10.

*Zdroj: Vlastní výzkum 2016*

V tabulce jsou zapsány identifikační údaje respondentů a respondentek 3. pracovní skupiny, kteří poskytli rozhovory k výzkumné části, jenž se týká 4. fáze výzkumu - předání Průvodce pro pacienty. Třetí pracovní skupinu tvořili respondenti, kterým byl Průvodce pro pacienty předán k prostudování až po operačním výkonu. V tabulce je znázorněn jejich věk, pohlaví, hospitalizace na ortopedicko-traumatologickém oddělení a pooperační den, kdy s nimi byl veden polostrukturovaný rozhovor.

### 4.3.1 Rozhovory s respondenty po předání Průvodce – 1. pracovní skupina

Schéma 5 – Kategorie: Způsob získávání informací v předoperačním období



### *Kategorie Způsob získávání informací v předoperačním období*

Kategorie Způsob získávání informací v předoperačním období mapuje zkušenosti první pracovní skupiny respondentů po TEP kyčle s jejich možnostmi získaných informací v době před operací. Tito respondenti měli k dispozici Průvodce 14 dní před nástupem k hospitalizaci. Veškeré zkušenosti a postřehy byly podrobeny analýze dat, ze které vznikla již zmiňovaná kategorie Způsob získávání informací v předoperačním období. K této kategorii byly následně vytvořeny následující podkategorie: odborník, laik, jiný zdroj, nezájem. K těmto jednotlivým podkategoriím byly následně přiřazeny výrazy, kterými respondenti nejčastěji označili jednotlivé podkategorie. Zakódovaná a analyzovaná data jsou znázorněna pro přehlednost ve schématu 5.

Z jednotlivých rozhovorů vyplývá, že respondenti mají vesměs stejný pohled na problematiku způsobu získávání informací. Respondenti se jednoznačně shodli ve faktu, že veškeré informace by jim měl podat odborník v osobě lékaře nebo sestry. Například R8/1 řekla: *„Asi od lékaře, ten to musí znát, když operuje tolik lidí.“* R9/1 uvedla: *„Od doktora, možná i od sestřičky.“* Dva respondenti udali svou zkušenost se získáváním informací právě od lékaře a sestry. Například R6/15 se vyjádřila: *„Pak mi něco řekly sestřičky...“* Nicméně je zajímavé, že respondenti si sami získávali potřebné informace zejména od laické veřejnosti. R 6/1 zmínila: *„Něco jsem se dozvěděla od kamarádky...“* R7/1 udal: *„Děti mi něco vyhledávaly na počítači...“* Tímto zmíněným tvrzením se nám objevil další způsob získávání informací respondenty. Je potěšující, že tři respondenti uvedli jako zdroj informací předaného Průvodce pro pacienty po TEP kyčle. R8/1 řekl: *„Něco jsem si přečetla v té knížečce od vás...“* R10/1 uvedl: *„Dost jsem si přečetla v těch papírech od vás.“* Za zmínku určitě stojí i fakt, že dva respondenti uvedli, že neměli výrazný zájem o získávání informací. Například R9/1 se vyjádřil: *„Ne. Říkal jsem si, že to nějak dopadne...“*

#### ODBORNÍK – PŘÁNÍ

- ❖ Od sestřiček R6/1/4; R9/1/3
- ❖ Od doktora, od lékaře R7/1/4; R8/1/4; R9/1/3; R10/1/4

#### ODBORNÍK – REALITA

- ❖ Sestřičky R6/1/5
- ❖ Doktor R7/1/4/9

#### LAIK – REALITA

- ❖ Od kamarádky, známá R6/1/5/8; R8/1/8
- ❖ Děti, vnučka R7/1/7; R10/1/6
- ❖ Paní R8/1/22
- ❖ Sousedka R8/1/26

#### JINÝ ZDROJ – REALITA

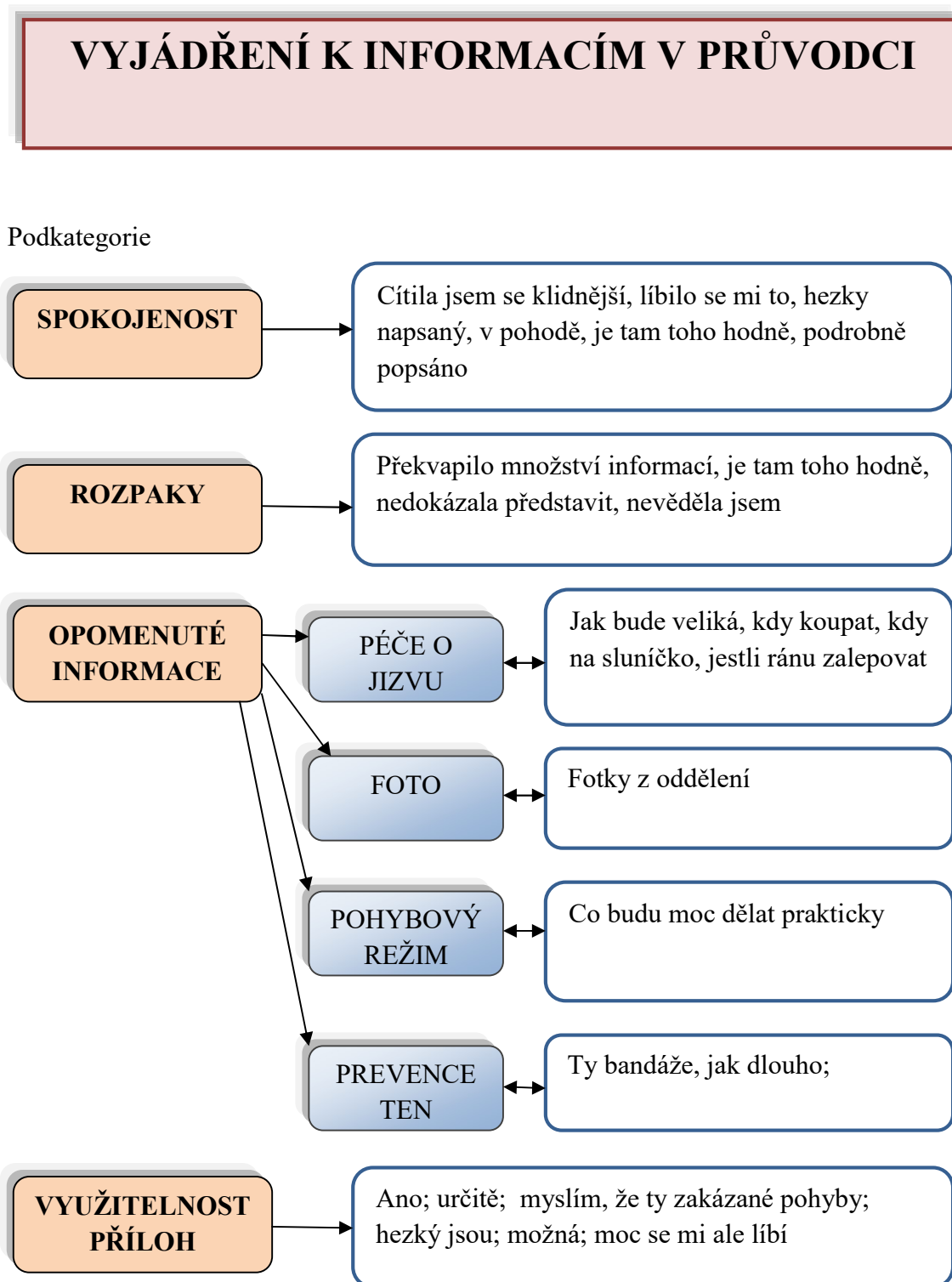
- ❖ Knížečka, v papírech R7/1/5/10; R8/1/5; R10/1/4
- ❖ Na počítači, internet R7/1/7; R10/1/7

#### NEZÁJEM

- ❖ Ne, ani ne R9/1/5; R10/1/6



Schéma 6 – Kategorie: Vyjádření k informacím v průvodci



### *Kategorie Vyjádření k informacím v Průvodci*

Kategorie Vyjádření k informacím v průvodci se zabývá názory a postřehy první pracovní skupiny respondentů po TEP kyčle, kteří informace z Průvodce měli k dispozici 14 před operačním výkonem. Veškerá získaná data byla opakovaně podrobena analýze a dala podklad vzniku již zmiňované kategorii. K této kategorii byly přiřazeny následující čtyři podkategorie: spokojenost, rozpaky, opomenuté informace, využitelnost příloh. Podkategorie označená jako Opomenuté informace byla dále pro lepší přehlednost a následnou výtěžnost rozdělena na další části: péče o jizvu, foto, pohybový režim. Vše je znázorněno ve schématu 6.

Respondenti při hloubkovém rozhovoru odkryli svůj pohled a názor na informace získané z Průvodce. Z globálního hlediska lze říci, že Průvodce se respondentům líbil. Například R6/1 řekla: „*Napsaný je to hezky.*“ R7/1 se vyjádřil k otázce informací v Průvodci takto: „*Bylo to v pohodě, občas tam nějaké odborné slovo bylo, ale u toho hned napsáno, co to znamená.*“ Zároveň někteří respondenti udávali jakési rozpaky nad velkým množstvím informací, které v průvodci jsou. R8/1 uvedla: „*Je tam toho hodně, co se bude dít...*“ R7/1 reagoval slovy: „*to množství informací v té knížečce mě trochu překvapilo*“ Za zmínku stojí i zajímavý fakt, že právě tento respondent R7/1 uvedl: „*...víc by mi vyhovovalo, když by mi to říkal přímo doktor.*“ Respondenti se taktéž vyjadřovali k informacím, které by rádi ještě v tomto Průvodci uvítali. R6/1 se k otázce nedostatku informací vyjadřovala takto: „*...trošku jsem řešila jizvu, jak velká ta jizva bude, kdy se budu moct koupat a jít na sluníčko.*“ Obdobně se vyjadřuje i R10/1: „*...jak se dál starat o tu ránu...*“ Respondent R9/1 by uvítal zase jinou informaci : „*...mi vadí ty bandáže...jak dlouho je musím na nohou mít.*“ Otázku využitelnosti příloh hodnotili respondenti také velmi rozličně. R7/1 se vyjádřil takto: „*Určitě ty zakázané pohyby.*“ Obdobně se vyjádřil i R9/1 řekl: „*Hezký jsou ty obrázky o nevhodných pohybech.*“ R6/1 uvedla: „*Doma jsem si zkoušela některé ty cviky, co tam jsou namalované.*“

## SPOKOJENOST

- ❖ Cítala jsem se klidnější R6/1/10
- ❖ Líbilo se mi R6/1/11; R8/1/25
- ❖ Hezky napsaný R6/1/13
- ❖ V pohodě R7/1/12; R9/1/9
- ❖ Je tam toho hodně, podrobně popsáno R9/1/11; R10/1/9

## ROZPAKY

- ❖ Překvapilo, nevěděla jsem R7/1/10; R8/1/25
- ❖ Je tam toho hodně R8/1/11
- ❖ Nedokázala představit R8/1/12

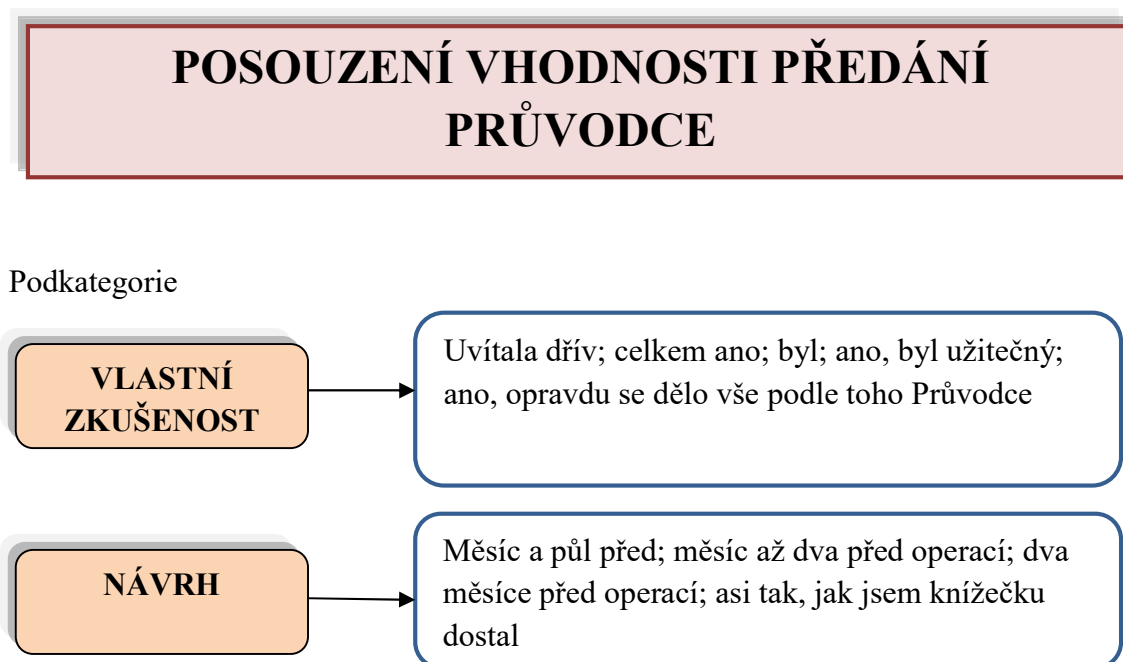
## OPOMENUTÉ INFORMACE

- ❖ Jízvu, rána R6/1/15; R10/1/14
- ❖ Fotky z oddělení R7/1/15
- ❖ Co budu moct dělat R8/1/16
- ❖ Ty bandáže R9/1/11

## VYUŽITELNOST PŘÍLOH

- ❖ Ano R6/1/20
- ❖ Určitě R7/1/19
- ❖ Myslím R8/1/21
- ❖ Hezký jsou R9/1/16
- ❖ Možná R10/1/19
- ❖ Moc se mi ale líbí R10/1/20

Schéma 7 – Kategorie: Posouzení vhodnosti předání Průvodce



#### *Kategorie Posouzení vhodnosti předání Průvodce*

Kategorie Posouzení vhodnosti předání průvodce se zaměřila na to, jak respondenti první pracovní skupiny vnímají předání Průvodce z hlediska časového horizontu. Respondentům první pracovní skupiny byl Průvodce předán 14 dní před plánovanou hospitalizací. Všechny tyto poznatky respondentů byly podrobeny analýze dat, z nichž byla následně vytvořena tato kategorie: Posouzení vhodnosti předání Průvodce. Tato kategorie byla posléze rozdělena na dvě podkategorie: vlastní zkušenost, návrh. K jednotlivým podkategoriím jsou přiřazena klíčová slova dle respondentů, která jsou v textu kódována. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 7.

Ze všech jednotlivých rozhovorů vyplývá vesměs shodný pohled respondentů na danou problematiku. Čtyři respondenti udávají spokojenost s časovým intervalem, kdy dostali Průvodce k dispozici. Například R7/1 v otázce užitečnosti průvodce ve fázi, kdy mu byl předán, řekl: „*Celkem ano.*“ R10/1 odpověděla: „*Řekla bych, že ano...vše se opravdu dělo podle toho Průvodce.*“ Jeden respondent uvedl, že by Průvodce uvítal

v časnějším časovém intervalu, R6/1 uvedla: „*Asi bych Průvodce uvítala dřív, abych na vše měla více času a hlavně díky té krvi, kterou jsem sama sobě dávala.*“ Přesněji své vyjádření specifikovala R6/1 takto. „*Nevím, asi tak měsíc a půl před nástupem do nemocnice.*“ Nicméně zajímavý zůstává fakt, že ačkoliv čtyři respondenti udávali spokojenost s časovým intervalem předání Průvodce, který byl 14 dní před plánovanou hospitalizací, tak 3 z nich závěrem označují dobu vhodnou pro předání i jiným pacientům v rozsahu jednoho až dvou měsíců před plánovaným výkonem. Například R8/1 uvedla: „*Řekla bych třeba dva měsíce před operací.*“ R7/1 se vyjádřil obdobně: „*Nevím přesně, třeba měsíc až dva před operací, když bych to četl dřív, tak to stejně zapomenu.*“ Pouze jeden respondent R9/ uvedl: „*Asi tak, jak jsem knížečku dostal.*“

#### VLASTNÍ ZKUŠENOST

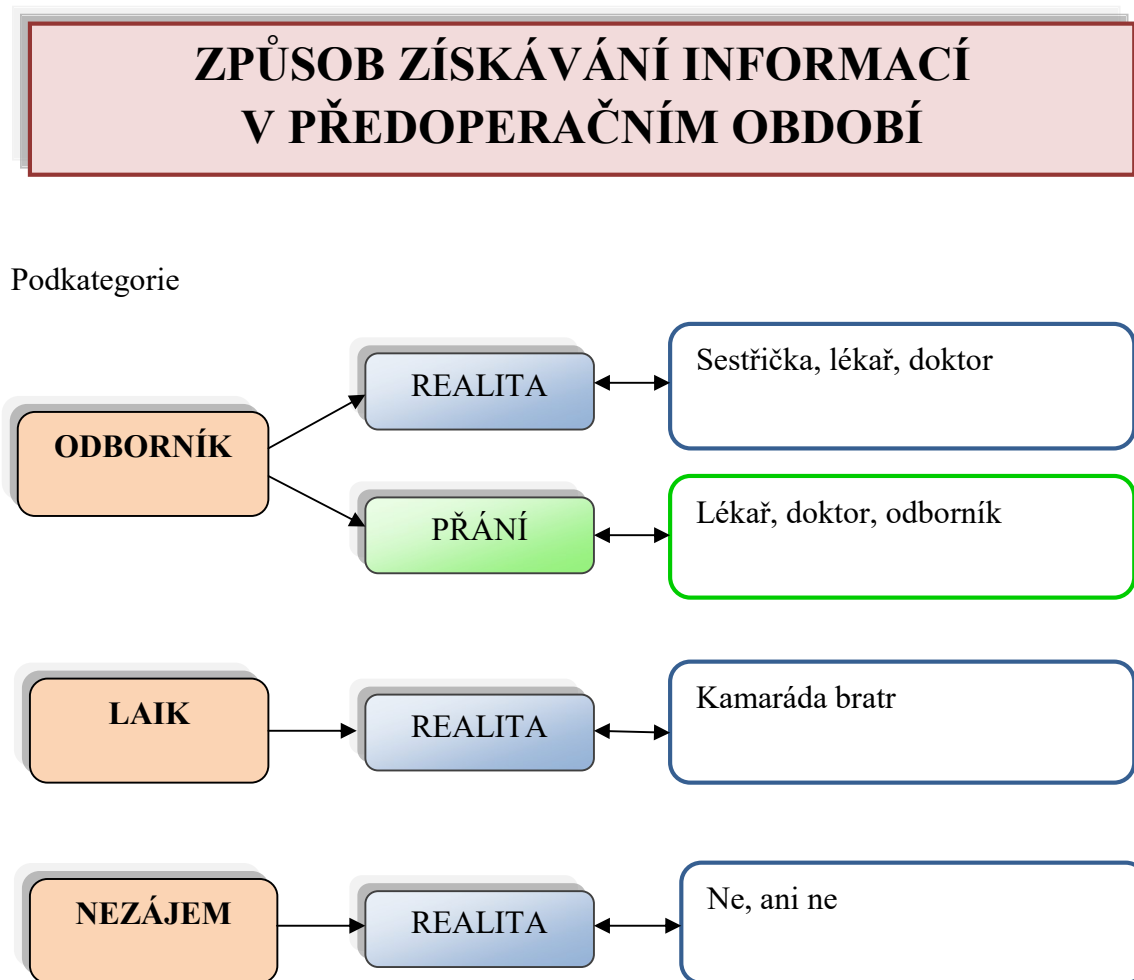
- ❖ Dřív R6/1/23
- ❖ Ano, byl R7/1/22; R8/1/25; R9/1/18; R10/123
- ❖ Vše se dělo podle toho Průvodce R10/1/23/24

#### NÁVRH

- ❖ Měsíc a půl před R6/1/26
- ❖ Měsíc až dva před R7/1/24; R10/1/26
- ❖ Dva měsíce před R8/1/28
- ❖ Jak jsem dostal R9/1/20

### 4.3.2 Rozhovory s respondenty po předání Průvodce – 2. pracovní skupina

Schéma 8 – Kategorie: Způsob získávání informací v předoperačním období



#### *Kategorie Způsob získávání informací v předoperačním období*

Kategorie Způsob získávání informací v předoperačním období je zaměřena na zkušenosti druhé pracovní skupiny respondentů po TEP kyčle s jejich způsoby získaných informací v době před operací. Této druhé pracovní skupině byl předán Průvodce v době příjmu k hospitalizaci. Veškerá získaná data byla podrobena analýze a dala podklad vzniku již zmiňované kategorii Způsob získávání informací

v předoperačním období. K této kategorii byly stanoveny následující podkategorie, obdobně jako u první pracovní skupiny: odborník, laik, nezájem. K podkategoriím jsou kódované výrazy, které vystihují vyjádření respondentů. Zakódovaná a analyzovaná data jsou znázorněna pro přehlednost ve schématu 8.

Ze všech rozhovorů vyplývá, že respondenti mají stejný pohled na problematiku způsobu získávání informací. Respondenti se jednoznačně shodli ve faktu, že veškeré informace by jim měl podat odborník, lékař nebo sestra. Z rozhovorů také vyplývá, že třem respondentům informace podal právě odborník v osobě lékaře nebo sestry. Například R11/2 řekl: *„Něco mi řekla sestřička při příjmu, pak lékař a bylo to fajn.“* R15/2 se vyjádřil takto: *„...mi už doktor říkal, když mě tu operaci doporučoval.“* Z rozhovorů je také patrné, že respondenti udávali získávání informací od odborníků zejména při příjmu pacienta, R12/2 udal: *„...sestřičky mi vše v rychlosti řekly při příjmu.“* Od laika získával informace pouze jeden respondent R12/2 této druhé skupiny, který zmínil: *„Nejvíc mi ale řekl mého kamaráda bratr.“* Z analýzy dat vyplynulo velmi překvapivé zjištění, že čtyři respondenti druhé pracovní skupiny na otázku týkající se získávání informací samotnými respondenty odpověděli výrazy, které byly kódovány do podkategorie Nezájem. Například R11/2 uvedl: *„Ne, říkal jsem si, že mi určitě někdo něco řekne až v nemocnici.“* R14/2 na otázku zda sám vyhledával nějaké potřebné informace, odpověděl jen stroze: *„Ani ne.“*

#### ODBORNÍK – PŘÁNÍ

- ❖ Lékař, doktor, odborník R12/2/4; R13/2/5; R14/2/3; R15/2/4

#### ODBORNÍK – REALITA

- ❖ Sestřička, sestřičky R11/2/3; R12/2/4
- ❖ Lékař, doktor R11/2/3; R15/2/1

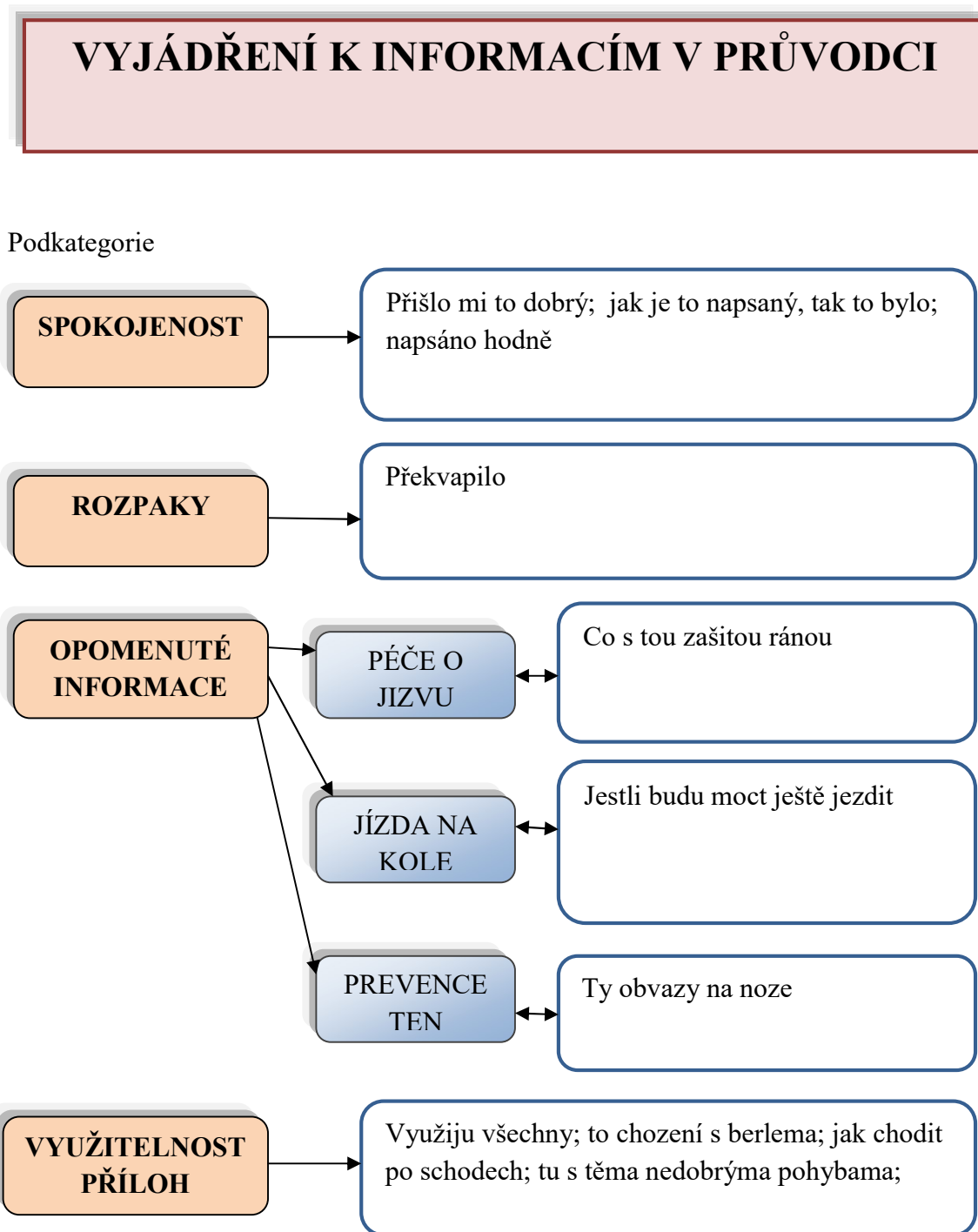
#### LAIK – REALITA

- ❖ Od kamaráda R12/2/5/7

#### NEZÁJEM – REALITA

- ❖ Ne, ani ne R11/2/5; R13/2/7; R14/2/6; R15/2/6

Schéma 9 – Kategorie: Vyjádření k informacím v průvodci





### *Kategorie Vyjádření k informacím v Průvodci*

Kategorie Vyjádření k informacím v Průvodci popisuje názory a postřehy druhé pracovní skupiny respondentů po TEP kyčle, kterým byl Průvodce předán v den přijetí k plánované hospitalizaci. Veškeré názory a postřehy z jednotlivých rozhovorů byly podrobeny hloubkové analýze dat, ze které následně vznikla Kategorie Vyjádření k informacím v Průvodci. K této kategorii byly přiřazeny čtyři podkategorie: spokojenost, rozpaky, opomenuté informace, využitelnost příloh. Podkategorie pojmenovaná Opomenuté informace se dále rozčlenila z důvodu lepší přehlednosti a následné výtěžnosti na další části: péče o jízvu, jízda na kole, prevence TEN. Vše je přehledně znázorněno ve schématu 9.

Z jednotlivých rozhovorů vyplynulo, že respondenti mají téměř shodný názor na danou problematiku. Čtyři respondenti se pochvalně vyjádřili obdobnými slovy vyjadřující spokojenost, čili lze říci, že Průvodce se respondentům druhé pracovní skupiny celkově líbil. Například R11/2 řekl: „*Přišlo mi to dobrý.*“ R14/2 uvedl: „*...v tom vašem Průvodci je hodně užitečných informací.*“ Dále se respondent R14/2 vyjadřuje také ke srozumitelnosti textu slovy: „*Myslím, že vše bylo pochopitelné.*“ Jeden respondent udával překvapení nad poměrně velkým množstvím informací, které Průvodce obsahuje. R15/2 uvedl: „*Musím říct, že mě překvapilo, kolik věcí je v tom průvodci napsáno.*“ Respondenti měli možnost se též vyjádřit k informacím, které by rádi ještě v tomto Průvodci uvítali. Například R15/2 by rád našel v Průvodci tyto informace, řečeno jeho slovy: „*jak dlouho mám ještě nosit doma ještě ty obvazy na noze.*“ R14/2 zmínil: „*jak je to s jízdou na kole...jestli budu moct ještě na kole jezdit.*“ Problematika využitelnosti příloh byla respondenty hodnocena velmi uspokojivě. Dva respondenti uvedli, že využijí přílohy všechny. R12/2 řekl: „*Myslím, že můžu využít všechny přílohy.*“ R15/2 uvedl: „*...se mi budou hodit všechny.*“ Ostatní respondenti uvedli využitelnost pouze jedné nebo dvou příloh. R13/2 řekl: „*Pěkná je ta s těma panáčkama, jak chodit po schodech a líbí se mi i ta s nevhodným pohybama.*“ R11/2 se vyjádřil obdobně: „*...to chození s berlema, protože se mi to pořád plete na těch schodech.*“

## SPOKOJENOST

- ❖ Dobrý R11/2/9
- ❖ Napsaný, jak to bylo R12/2/12
- ❖ Napsáno hodně R13/2/9; R14/2/8
- ❖ Pochopitelné R14/2/11

## ROZPAKY

- ❖ Překvapilo R15/2/9

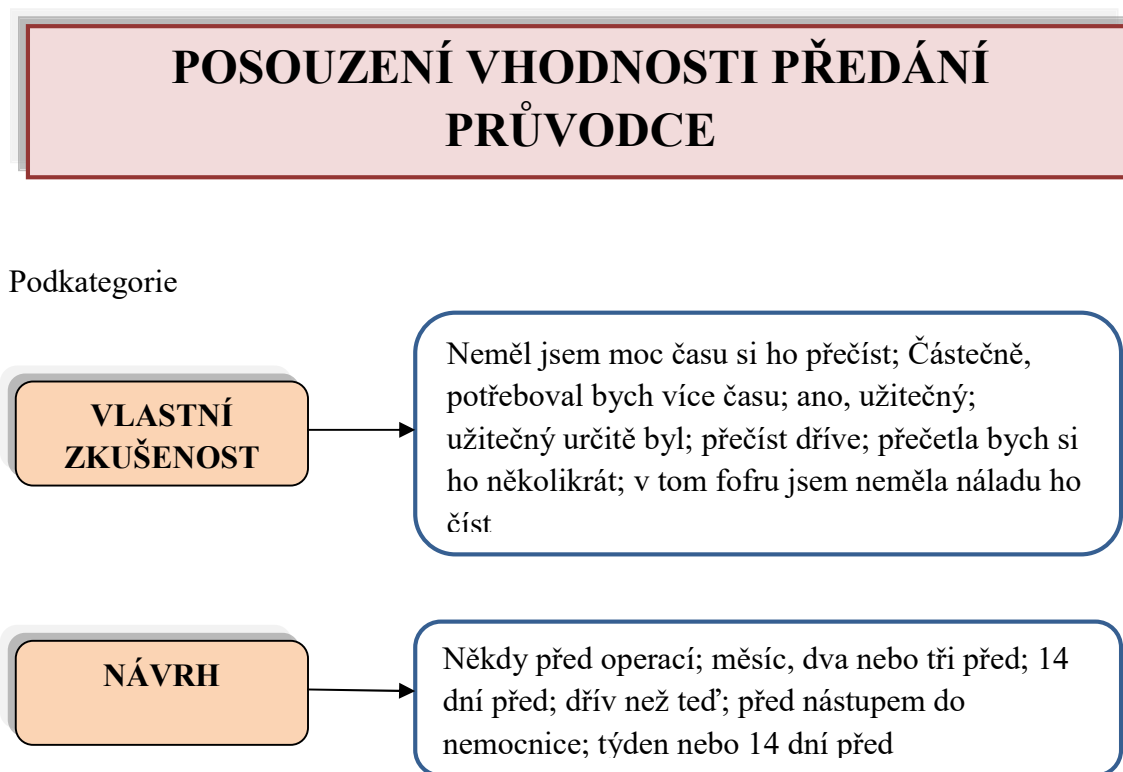
## OPOMENUTÉ INFORMACE

- ❖ Zašitou ránou R11/2/11
- ❖ Jízda na kole R14/2/13
- ❖ Obvazy R15/2/15

## VYUŽITELNOST PŘÍLOH

- ❖ Chození s berlema, jak chodit po schodech R11/2/15; R14/2/19/20; R13/2/17
- ❖ Všechny přílohy R12/2/21; R15/2/19
- ❖ Nevhodné pohyby, nedobré pohyby R13/2/17/18; R14/2/19

Schéma 10 – Kategorie: Posouzení vhodnosti předání Průvodce



#### *Kategorie Posouzení vhodnosti předání Průvodce*

Kategorie Posouzení vhodnosti předání Průvodce se zaměřuje na to, jak respondenti druhé pracovní skupiny vnímají získání Průvodce z hlediska časového horizontu. Respondenti druhé pracovní skupiny obdrželi Průvodce k dispozici v den přijetí k plánované hospitalizaci. Všechny názory respondentů této druhé skupiny byly podrobeny hloubkové analýze dat, ze které posléze byla vytvořena již zmiňovaná kategorie. Tato kategorie byla poté rozdělena na dvě podkategorie: vlastní zkušenost, návrh. V každé podkategorii byly následně kódovány výrazy, kterými respondenti tuto podkategorii vyjádřili. Zakódovaná a analyzovaná data jsou znázorněna pro přehlednost ve schématu 10.

Z jednotlivých rozhovorů vyplynulo následující. Většina respondentů udává, že Průvodce pro ně byl užitečný i v této fázi předání, ale následně upozorňují

na nedostatek času, který k prostudování měli. Například R12/2 o užitečnosti Průvodce, který mu byl předán v den přijetí řekl: „*Tak nějak částečně, jak už jsem říkal, potřeboval bych na to více času.*“ R13/2 odpověděla: „*Ano užitečný.*“ Následně na to ale R13/2 dodává: „*Možná o chvíli dřív, než jsem ho dostala.*“ R14/2 udává důvod, proč by si Průvodce ráda přečetla dříve: „*Je tam totiž spousta informací, které se hned po prvním přečtení nedají vstřebat.*“ Někteří respondenti se vyjadřují neurčitě, například R12/2 uvedla: „*Tak nějak částečně.*“ V názoru o době vhodné pro předání Průvodce jiným pacientům se respondenti druhé skupiny jednoznačně shodují, že by to určitě mělo být před vlastní hospitalizací. Například R15/2 řekla: „*Určitě někdy před nástupem do nemocnice.*“ Obdobně se vyjádřil i R11/2: „*Určitě někdy před operací.*“ Nicméně v konkrétním časovém horizontu jsou respondenti již zcela odlišní. Například R15/2 udal: „*...třeba týden nebo 14 dní před.*“ R11/2 udává jiný časový horizont: „*...třeba měsíc před.*“ R14/2 zmínila: „*Asi měsíc, dva nebo tři před operací by mohl stačit.*“

#### VLASTNÍ ZKUŠENOST

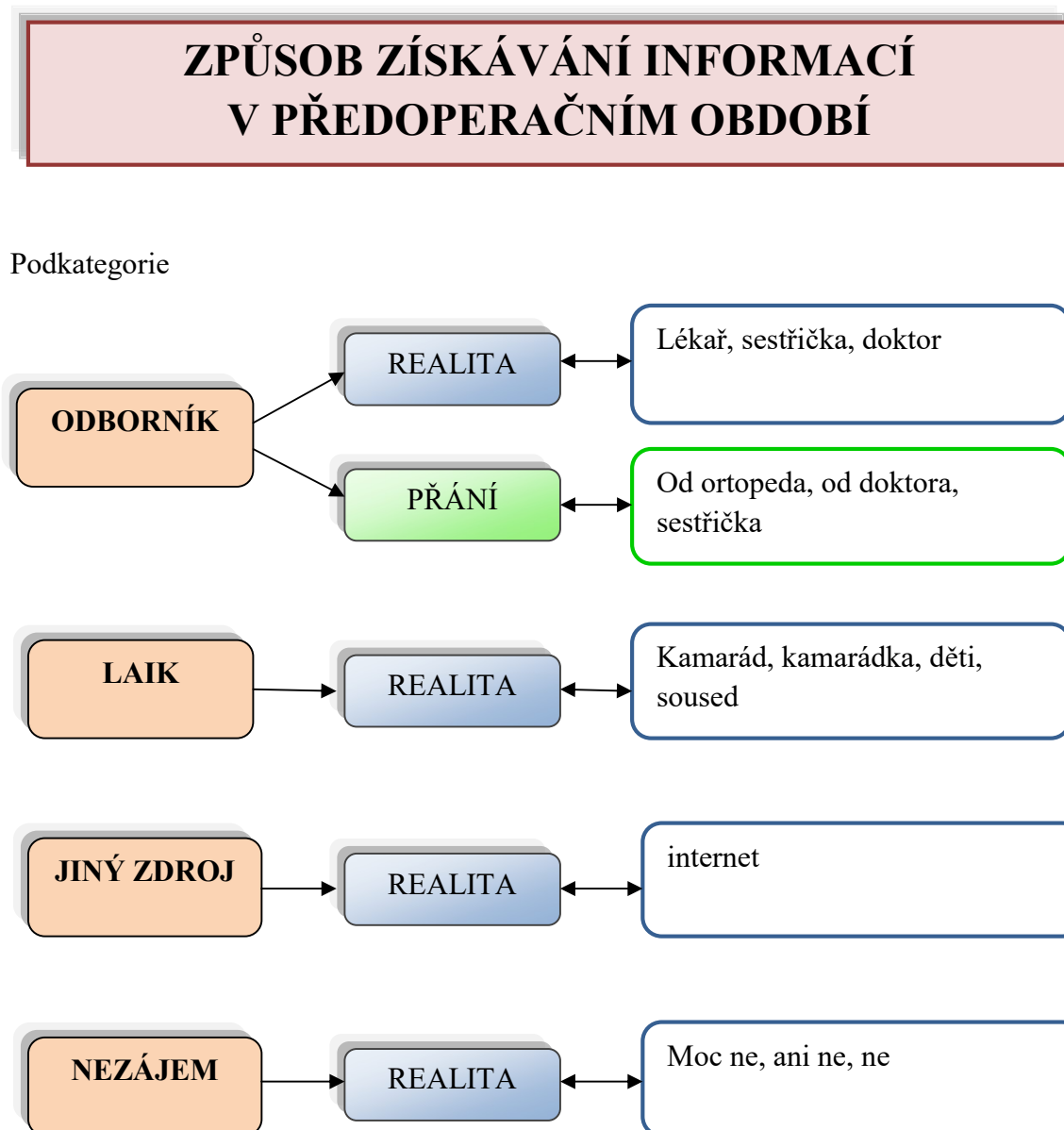
- ❖ Částečně užitečný R12/2/23
- ❖ Ano, užitečný R13/2/20; R14/2/22
- ❖ Více času, neměl moc času, přečíst dříve R12/2/23; R11/2/18; R14/2/22
- ❖ Přečetla bych si ho několikrát R14/2/23
- ❖ Neměla náladu ho číst R15/2/21/22

#### NÁVRH

- ❖ Před operací, před nástupem do nemocnice R11/2/21; R15/2/24
- ❖ Týden nebo 14 dní před R15/2/24
- ❖ 14 dní před R12/2/25
- ❖ Dřív než jsem ho dostala R13/2/22
- ❖ Měsíc před R11/2/21; R14/2/26
- ❖ Dva nebo tři R14/2/26

### 4.3.3 Rozhovory s respondenty po předání Průvodce – 3. pracovní skupina

Schéma 11 – Kategorie: Způsob získávání informací v předoperačním období



### *Kategorie Způsob získávání informací v předoperačním období*

Kategorie Způsob získávání informací v předoperačním období se zabývá zkušenostmi třetí pracovní skupiny respondentů po TEP kyčle s jejich způsoby získaných informací v době před operací. Respondentům třetí pracovní skupiny byl Průvodce předán do užívání po operačním výkonu, v den překladu z JIP na standardní oddělení. Uvedený celek byl podroben hloubkové analýze dat, ze kterých byly posléze vytvořeny čtyři podkategorie: odborník, laik, jiný zdroj, nezám. K těmto jednotlivým podkategoriím byly následně přiřazeny výrazy, kterými respondenti nejčastěji definovali jednotlivé podkategorie. Vše je znázorněno v přehledném schématu 11.

Ze všech rozhovorů jednoznačně vyplývá vyjádření respondentů, kteří udávají jako správný a vhodný způsob získávání potřebných informací od odborníka, kterého označují jako ortopeda, lékaře nebo sestru. Například R16/3 řekl: „*Asi od ortopeda, který mě na operaci objednával.*“ Obdobně se vyjádřil i R17/3: „*Určitě od doktora...*“ Hloubková analýza dat odhalila skutečnost, že určité informace v předoperačním období byly od odborníka reálně předány čtyřem respondentům. R16/3 uvedl: „*Řekl mi to až lékař v nemocnici.*“ R17/3 zmínil: „*...hodně mi toho pak řekla sestřička, když mě přijímala.*“ Nicméně laickou veřejnost oslovili v předoperačním, respektive předhospitalizačním období čtyři respondenti. Například R18/3 řekl: „*Ptala jsem se kamarádky, která tu operaci měla před dvěma roky.*“ R16/3 zmínil: „*Ptal jsem se akorát kamaráda.*“ Jeden respondent udal reálné získání informací prostřednictvím internetu a to zprostředkovanou formou díky rodině, R19/3 uvedl: „*...děti mi vždy přinesly něco vytištěné z toho internetu.*“

#### ODBORNÍK – PŘÁNÍ

- ❖ Od ortopeda, od doktora R16/3/3; R17/3/4; R19/3/4; R20/3/3
- ❖ Sestřička R17/3/5; R18/3/4

#### ODBORNÍK – REALITA

- ❖ Lékař, doktor R16/3/3; R20/3/4
- ❖ Sestřička R17/3/5; R19/3/5

LAIK – REALITA

- ❖ Kamarád, kamarádka R16/3/6; R18/3/4/6
- ❖ Děti R19/3/7
- ❖ Soused R20/3/3/6

JINÝ ZDROJ – REALITA

- ❖ Internet R19/3/7

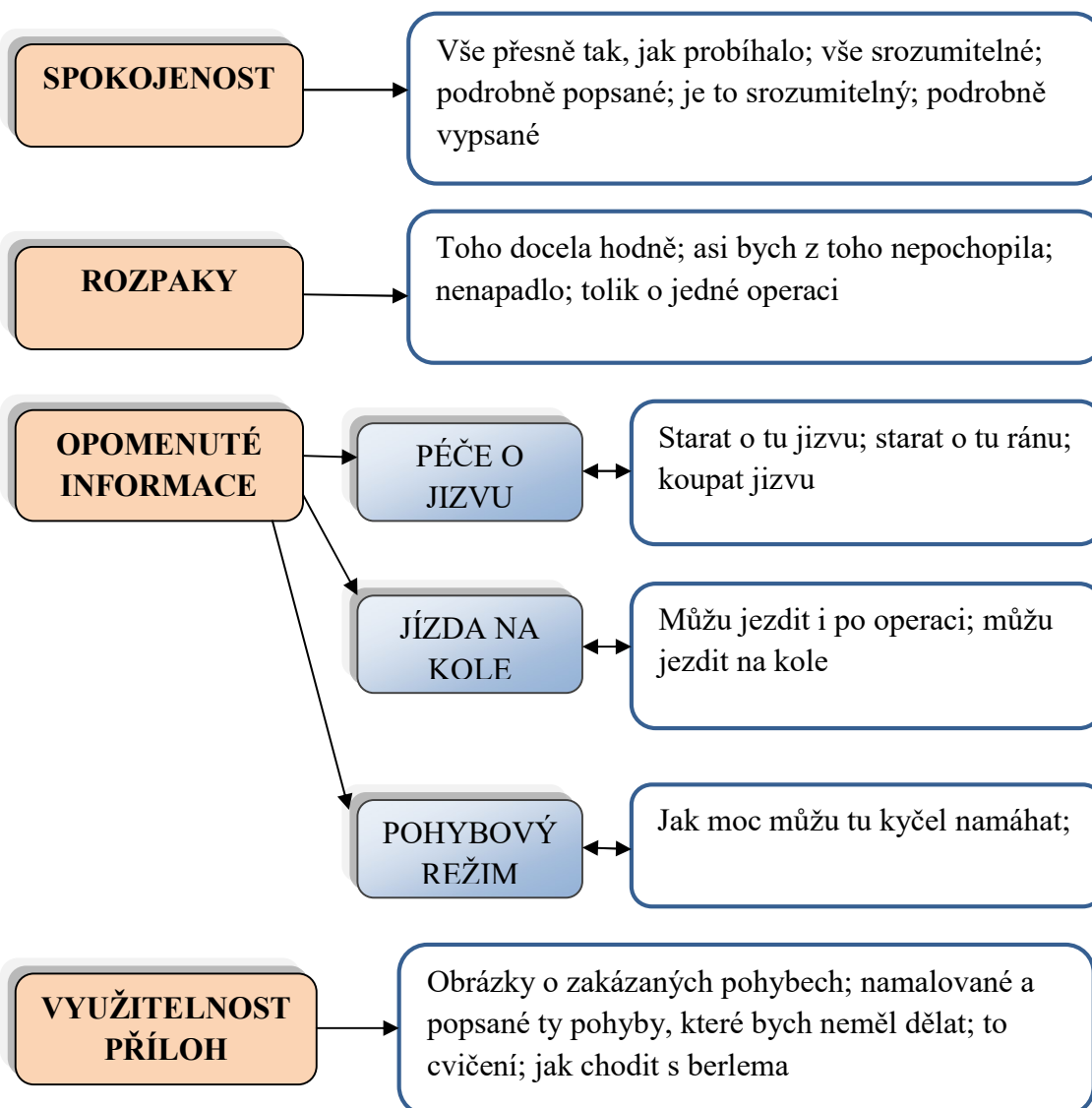
NEZÁJEM – REALITA

- ❖ Moc ne, ani ne R16/3/5; R17/3/7; R19/3/7; R20/3/6

Schéma 12 – Kategorie: Vyjádření k informacím v průvodci

## VYJÁDŘENÍ K INFORMACÍM V PRŮVODCI

Podkategorie





## *Kategorie Vyjádření k informacím v průvodci*

Kategorie Vyjádření k informacím v průvodci ukazuje na názory a postřehy třetí pracovní skupiny respondentů po TEP kyčle. Těmto respondentům byl Průvodce k dispozici až po operačním výkonu, v den překladu z JIP na standardní oddělení. Veškerá získaná data byla opakovaně a důkladně podrobena analýze a posléze z nich byly vytvořeny čtyři podkategorie: spokojenost, rozpaky, opomenuté informace, využitelnost příloh. Podkategorie označená jako Opomenuté informace byla pro lepší přehlednost a využitelnost dále rozdělena na další části: péče o jizvu, jízda na kole, pohybový režim. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 12.

Z jednotlivých odpovědí respondentů lze vyčíst, že Průvodce respondenti celkově hodnotili pozitivně. Například R16/3 řekl: *„Je tam napsáno všechno přesně tak, jak to tady probíhalo.“* K pochopení textu se R16/3 vyjadřovala takto: *„Přišlo mi vše srozumitelné.“* R19/3 udávala konkrétní záležitost: *„...jsou tam hezky popsané ty možnosti narkózy.“* I z rozhorů respondentů třetí pracovní skupiny jsou patrné určité rozpaky a vyjádření překvapení nad množstvím a typem informací Průvodce. R19/3 uvedl: *„Akorát by mě nenapadlo, že toho bude napsáno tolik o jedné operaci.“* R17/3 zmínil: *„...mě vůbec nenapadlo...že při přikrývání dekou v posteli můžu mít komplikaci.“* Zajímavá a rozmanitá jsou vyjádření respondentů k informacím, které Průvodce postrádá. R16/3 se k postrádající informaci vyjádřil takto: *„Podrobnější stránka, jak se starat o jizvu.“* R18/3 chyběly tyto informace: *„...Jestli může třeba jezdit na kole.“* R20/3 řekl: *„Jak moc můžu tu kyčel namáhat.“* Problematiku využitelnosti příloh hodnotili respondenti taktéž velmi různorodě. R17/3 uvedl: *„...namalované a popsané ty pohyby, které bych neměl dělat.“* R16/3 se vyjádřil obdobně, navíc dodal velmi zajímavý postřeh: *„Obrázky mi vždycky přijdou snazší na pochopení než slova.“* R18/3 zmínila jinou přílohu: *„...využít třeba to cvičení a cvičit i doma.“* R20/3 řekl: *„...mohl využít...jak chodit s berlema.“*

### SPOKOJENOST

- ❖ Vše přesně tak, jak to probíhalo R16/3/8

- ❖ Srozumitelné R16/3/10; R17/3/13
- ❖ Podrobně popsáné, vypsáné R17/3/10; R18/3/8; R19/3/9

#### ROZPAKY

- ❖ Hodně R17/3/10; R20/3/8
- ❖ Asi úplně nepochopila R18/3/9
- ❖ Nenapadlo R19/3/11; R17/3/21

#### OPOMENUTÉ INFORMACE

- ❖ Starat o jizvu, ránu, koupat jizvu R16/3/12; R19/3/13; R16/3/13
- ❖ Jezdit na kole i po operaci R17/3/16; R18/3/14
- ❖ Práci na zahradě, namáhat kyčel R18/3/13; R20/3/12

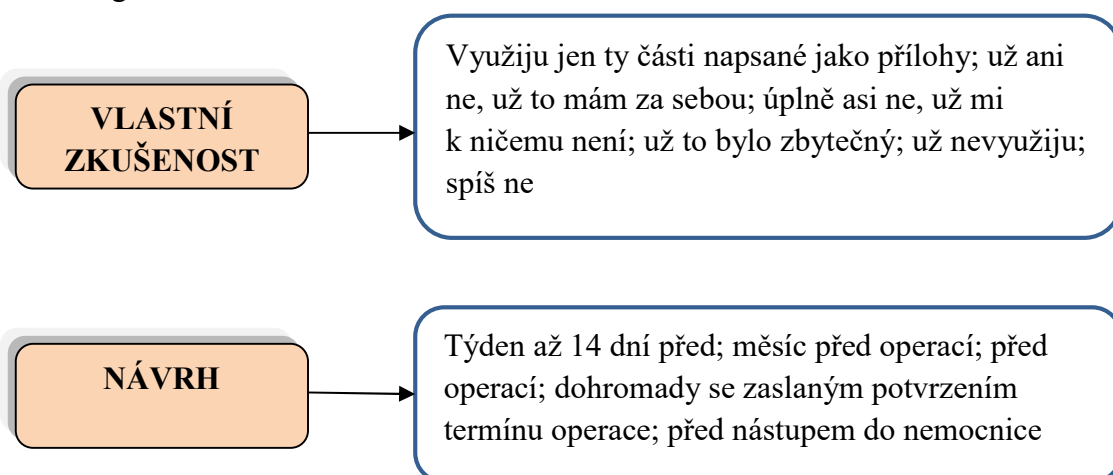
#### VYUŽITELNOST PŘÍLOH

- ❖ Obrázky o zakázaných pohybech, namalované pohyby, namalované, co není správné dělat R16/3/18; R17/3/20; R19/3/18
- ❖ To cvičení R18/3/19
- ❖ Chodit s berlema R20/3/17

Schéma 13 – Kategorie: Posouzení vhodnosti předání Průvodce

## POSOUZENÍ VHODNOSTI PŘEDÁNÍ PRŮVODCE

Podkategorie



### *Kategorie Posouzení vhodnosti předání Průvodce*

Kategorie Posouzení vhodnosti předání Průvodce mapuje názory respondentů třetí pracovní skupiny k časovému horizontu předání Průvodce k prostudování. Respondenti třetí pracovní skupiny obdrželi Průvodce až po operačním výkonu, v den překlady z JIP na standardní oddělení. Všechny získané názory a postřehy respondentů byly podrobeny analýze dat, z kterých byla následně vytvořena kategorie Posouzení vhodnosti předání Průvodce. Tato kategorie byla následně rozdělena na dvě podkategorie: vlastní zkušenost, návrh. Ke každé podkategorii byly posléze kódovány výrazy, kterými respondenti tuto podkategorii definovali. Tato data jsou znázorněna v přehledném schématu 13.

Ze všech rozhovorů vyplývá téměř shodný pohled respondentů třetí pracovní skupiny na posouzení vhodnosti předání Průvodce. Většina respondentů se vyjadřuje

slovy obdobnými jako R17/3: „*Už ani ne.*“ R18/3 řekl: „*No, úplně asi ne.*“ Dva respondenti přesto dodávají, že využitelnost příloh by určitě byla ještě možná. R16/3 uvedl: „...*využiju už jen ty části průvodce napsané jako přílohy.*“ Obdobně se vyjádřil i R20/3: „*Spíš ne, už jsem po operaci, možná ty přílohy.*“ V názoru o době vhodné pro předání Průvodce jiným pacientům se respondenti třetí skupiny jednoznačně shodují, že by to určitě mělo být před vlastní hospitalizací. Například R19/3 řekla: „...*před nástupem do nemocnice.*“ Stejného názoru byl i R17/3, který uvedl: „...*tak určitě někdy před operací.*“ V otázce přesné specifikace předání Průvodce se respondenti liší. Časový horizont udávají od týdne před operací až po dobu před operací, kdy je pacientům zasíláno potvrzení o termínu operace, tento časový údaj zmínil R18/3: „...*dohromady s tím, jak mi přišlo poštou to potvrzení termínu operace.*“ R19/3 se konkrétně k časovému termínu nevyjádřil, řekl pouze: „*před operací...asi někdy před nástupem do nemocnice.*“

#### VLASTNÍ ZKUŠENOST

- ❖ Využiju už jen ty části průvodce, napsané jako přílohy R16/3/22; R20/3/20
- ❖ Už ani ne, asi ne, spíš ne R17/3/24; R18/3/21; R20/3/20
- ❖ Už mi k ničemu není R18/3/21/22
- ❖ Už nevyužiju R19/3/20/21

#### NÁVRH

- ❖ Před operací, před nástupem do nemocnice R16/3/25; R17/3/26; R18/3/24; R19/3/23/24; R20/3/22
- ❖ Týden až 14 dní před R16/3/25/26
- ❖ Měsíc před R17/3/26
- ❖ Dohromady s potvrzením termínu operace R18/3/25

## 5 Diskuze

Povolání sestry patří mezi nejnáročnější povolání moderní doby, neboť klade vysoké požadavky nejen na odbornost a profesionalitu, ale především na samotnou osobnost člověka, která toto povolání vykonává. Sestra vstupuje neustále do interakce s jinými lidmi a její role se tak mění v závislosti na tom, zda je v danou chvíli v kontaktu s nemocným či jeho rodinnými příslušníky. Aktuální struktura vlastních profesních rolí sester se odvíjí nejen od vymezení předmětu a cílů oboru ošetrovatelství, ale také se odvíjí od proměňujícího se očekávání veřejnosti (Špirudová, Králová, 2007). Pohled veřejnosti na profesi sestry se stal podnětem této práce. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak pacienti před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu vnímají pojetí sesterských rolí a také zda vnímají vliv těchto sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči. V první části výzkumného šetření nás zajímal všeobecný názor pacientů ortopedicko-traumatologického oddělení, kteří zde byli hospitalizováni s různými lékařskými diagnózami. K tomuto průzkumnému šetření byla k získání empirických dat použita ústní anketa. Forma ústní ankety byla volena záměrně z důvodu odborně náročného tématu pro laickou veřejnost. Celkem bylo osloveno 430 pacientů, dále respondentů. Získaná data byla podrobena analýze a následně zpracována do podoby grafů (viz graf 1 - 8). Druhá fáze výzkumného šetření spočívala v oslovení pěti cíleně vybraných pacientů z již zmiňované ústní ankety. S těmito respondenty, zapsanými v tabulce 1, byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor, který se zabýval sesterskými rolemi více do hloubky, respektive tím, jak pacient vnímá vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči (viz schéma 1 - 4). Druhý cíl práce byl zaměřen na zjištění, které ze sesterských rolí vnímá pacient před a po totální endoprotéze kyčle jako nejméně naplněné. Zajímalo nás, které sesterské role vnímá pacient jako nedostatečné v předoperační péči a které role v pooperační péči. Toto zjištění se skládalo jak z dat ústní ankety, tak z následných polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po totální endoprotéze kyčle. Data polostrukturovaných rozhovorů byla po hloubkové analýze zpracována do schémat (schéma 3, schéma 4).

V první fázi výzkumného šetření jsme se tedy zaměřili na všeobecný názor pacientů ortopedicko-traumatologického oddělení týkající se jejich vnímání pojetí sesterských rolí. K tomuto průzkumnému šetření byla k získání empirických dat použita ústní anketa, bylo osloveno 430 respondentů. Respondenti dle pohlaví byli zastoupeni v poměru 48 % mužů a 52 % žen (viz graf 1). Je zajímavé, že struktura našeho výzkumného souboru je velmi podobná struktuře naší populace. Český statistický úřad v roce 2015 udával v České republice procentuální zastoupení celé naší populace – 49 % mužů a 51 % žen. Velmi široké bylo věkové rozdělení respondentů, které zahrnovalo 5 věkových kategorií (viz graf 2). Nejvíce respondentů (34 %) spadalo do věkové kategorie 66 a více let. Druhou největší kategorií (23 %) tvořili respondenti ve věkovém rozmezí 56 - 65 let. Kategorie 46 - 55 let byla zastoupena 17 %, věková kategorie 31 - 45 let 18 %. Věková kategorie do 30 let byla zastoupena pouhými 8 %. Struktura našeho výzkumného souboru odpovídá současné společnosti, pro niž je charakteristické prodlužování lidského věku, mimo jiné díky pokrokům v medicíně, ale i díky lepším životním a pracovním podmínkám. Nicméně díky prodlužování života stoupá i počet lidí s onemocněním pohybového aparátu, což se v našem výzkumném souboru v souvislosti s nejčtenější věkovou kategorií (66 a více let) také potvrdilo.

Ústní ankety se zúčastnilo 430 respondentů s různými lékařskými diagnózami (viz graf 3). Nejčastější důvod hospitalizace pacienti uvedli operační výkon artroskopii kolene, tuto možnost odpovědělo 175 (41 %) respondentů. Artroskopie ramene byla zastoupena 35 (8 %) respondenty. 58 (13 %) respondentů uvedlo, že jsou na ortopedicko-traumatologickém oddělení hospitalizováni z důvodu operace TEP kolene, 52 (12 %) respondentů z důvodu operace TEP kyčle. 9 (2 %) respondentů uvedlo operaci pro hallux valgus a 17 (4 %) respondentů uvedlo důvod extrakce kovů. Epikondylitis odpovědělo 10 (2 %) respondentů. Různé úrazy byly zastoupeny 29 (7 %) respondenty. Ostatní operační výkony odpovědělo 31 (7 %) respondentů a 14 (3 %) respondentů uvedlo důvod hospitalizace jiný než operační.

Plnění profesionálních rolí sestry v praxi v podstatě popisuje jejich každodenní činnost. A právě na tyto činnosti jsme se zaměřili, abychom zmapovali vnímání sesterských rolí z pohledu pacienta, jelikož právě prostřednictvím těchto činností

pacienti vnímají existenci rolí sester. Výsledky nám ukazuje graf 4. Bártlová (2005) ve své publikaci uvádí, že tradičně je sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní fyzickou péči pacientům. Stejně tak poukazuje na Hendersonovou, která významně ovlivnila ošetřovatelství v polovině minulého století tím, že viděla základní funkci sestry v tom, že pomáhá zdravému či nemocnému člověku. O tomto tradičním úhlu pohledu na sestru a její práci svědčí i výsledky ankety, kdy všichni respondenti viděli v sestře roli **pečovatelky**.

Do kategorie **edukátorky** byly zařazeny odpovědi typu „*sestra mne učila chůzi po schodech s berlemi*“, „*sestra mě učila, jak si aplikovat Clexane*“, „*sestra mi vysvětlila, jak si nasazovat korzet*“, „*sestra mi vysvětlovala, kterým pohybům se mám vyvarovat*“ apod. Tyto odpovědi ukazují na to, že prostřednictvím sestry docházelo k určitému vzdělávání a výchově pacientů ortopedicko-traumatologického oddělení, což jsou rysy typické pro edukaci (Juřeníková, 2010), proto byly tyto odpovědi přiřazeny právě k roli sestry edukátorky. Tuto kategorii uvedlo 373 respondentů ze 430.

Roli sestry **obhájkyňe** uvedlo 136 respondentů ze 430. Do této kategorie byly zařazeny odpovědi typu „*sestra mi pomohla vyřídit přeposlání důchodu do nemocnice*“, „*sestra mi pomohla zařídit pobyt na LDN Horažďovice*“, „*sestra mi zařídila po propuštění domů na další kontrolu odvoz sanitou*“ apod. Obdobně tuto náplň sesterské role popisuje i Špirudová a Králová (2007), které hovoří o sestře advokátce nebo též obhájkyňi. Vidí uplatnění této role tam, kde pacient nezná, neumí, není schopen účinně saturovat své potřeby, problémy, tudíž se v těchto situacích stává sestra jeho obhájcem, ochráncem. Zároveň tím i saturuje pacientův pocit jistoty a bezpečí.

Bez působení a využívání další role, a to role **nositelky změn** v ošetřovatelství, by se tato profese stala stagnující (Farkašová, 2006). Tato role bezesporu souvisí s výzkumem v ošetřovatelství a též s praxí založené na důkazech. Janíková a Zeleníková (2013) uvádí, že rozvoj chirurgického ošetřovatelství lze v následujících letech předpokládat především právě v oblasti praxe založené na důkazech, kdy dosavadní postupy péče o pacienta v předoperačním i pooperačním období se podrobují kritickému zhodnocení s ohledem na bezpečnost a kvalitu poskytované péče. Roli nositelky změn uvedlo 13 respondentů ze 430. Tuto roli zastupovali odpovědi typu

„zavedli mi do žíly novinku, prý se jmenuje midline“, kdy je z odpovědi respondenta zřejmé, že sestry ortopedicko-traumatologického oddělení zavádí používání a ošetřování nové možnosti kanylace žíly. Ze své pracovní zkušenosti musím poznamenat, že práce s midline katétrech je bezesporu skutečným pokrokem v medicíně a ošetřovatelství, neboť přináší komfort jak pro zdravotnický personál, tak zejména pro pacienta s poškozeným periferním řečištěm, kde je velmi obtížné zavést a udržet periferní žilní katétr. Midline katétr zavádí lékař pod sonografickou kontrolou a umožňuje pak neustálý přístup do periferního žilního řečiště po dobu 2 – 4 týdnů právě u pacientů s tímto poškozeným řečištěm, a to pouze jedním vpichem. Clayton a Willihnganz (2016) ve své publikaci udávají další výhody aplikovaného midline katétru, hovoří mimo jiné i o výrazně menším výskytu komplikace – zánětu žil, než je tomu u klasických krátkých periferních žilních katétrů, jelikož midline katétr je dlouhý 20cm. Pacient v rozhovoru hovořil přímo o „novince“. Obdobně je tomu i v dalším tvrzení, které bylo přiřazeno k roli sestry nositelky změn: „na paty jsem dostala takové speciální molitánky, které mají snižovat otlačení pat“. Odpověď o „speciálních molitáncích“ jsem přiřadila do kategorie Nositelky změn z důvodu své zkušenosti z praxe s tímto vícevrstevným měkkým silikonovým pěnovým krytím, které znamená pro ošetřovatelství taktéž velký pokrok, a to v oblasti prevence nově vzniklých dekubitů. Randomizovaná klinická studie profesora ošetřovatelského výzkumu Nicka Santamarii (2013) ukazuje na prospěch používání těchto speciálních krytí pro pacienty v oblasti sakra i pat. Uvádí, že bylo významně méně pacientů (10%) s nově vzniklými dekubity u intervenční skupiny ve srovnání s kontrolní skupinou. Obdobně zaměřená výzkumná šetření probíhala i v České republice, např. v roce 2012 ve Fakultní Nemocnici Plzeň na kardiochirurgickém oddělení JIP s výsledkem, že při použití tohoto krytí, jménem Mepilex, jako prevence bylo riziko výskytu dekubitu v průběhu prvních 3 týdnů hospitalizace 6,1x nižší v porovnání s běžnou péčí.

Graf 9 znázorňuje odpovědi respondentů, kteří v třetí otázce ústní ankety udali důvod hospitalizace, operaci TEP kyčle. Jednalo se o 58 respondentů. Všichni tito respondenti se shodli na roli sestry pečovatelky. Stejný počet respondentů (58) vidělo sestru v roli edukátorky. Roli edukátorky tito respondenti udávali častěji než ostatní



respondenti průzkumné ankety. Můžeme předpokládat, že tento výsledek má zřejmý důvod v delší době hospitalizace, v náročnější pooperační péči, nutném dlouhodobém dodržování určitého pohybového režimu, který musí respondenti znát a dodržovat ještě před propuštěním do domácí péče. Potřebné dovednosti a znalosti získávají respondenti během hospitalizace právě prostřednictvím edukace. 32 respondentů z 58 uvedlo odpovědi, které bylo možné zařadit do kategorie role sestry obhájkyň. 4 respondenti viděli sestru v roli nositelky změn.

Jednou z otázek ústní ankety bylo, zda shledávají respondenti některou ze zmíněných rolí jako nedostatečnou, nenaplněnou. Výsledky ilustruje graf 5. Roli pečovatelky uvedlo 128 respondentů ze 430 jako málo naplněnou. 247 respondentů ze 430 udalo jako nedostatečně naplněnou roli edukátorky. Roli obhájkyň označilo jako nedostatečnou 11 respondentů a 2 respondenti ze 430 uvedli jako nedostatečnou roli nositelky změn. 66 respondentů ze 430 udalo žádnou roli jako nenaplněnou.

Zajímavý je i pohled respondentů na důvody, proč si myslí, že tomu tak je. 352 respondentů ze 430 udalo důvod nedostatečností rolí sester v nedostatku času sester a 214 respondentů pak v nedostatku personálu. Tyto výsledky jsou jistě odrazem současné situace ve zdravotnictví, kdy již i pacienti vnímají a pociťují nedostatek zdravotnického personálu, který i ve sníženém počtu musí zajistit chod oddělení a profesionální péči o pacienty, což zřejmě vede k pacientovu dojmu nedostatku času zdravotníků vůči jim pacientům. Nedostatek vzdělání uvedlo 12 respondentů ze 430. 122 respondentů vidělo důvod nedostatečnosti rolí sester v organizaci práce. Jsem přesvědčena, že slovní spojení „organizace práce“ je na ortopedicko-traumatologickém oddělení velmi často skloňováno, jelikož na toto oddělení se přijímají pacienti nejen na plánované operační výkony, ale i neplánovaní pacienti z důvodu úrazů a dalších nečekaných poškození zdraví. Organizace práce i u těchto neplánovaných pacientů je jasná, ovšem pokud se na oddělení v krátkém časovém intervalu objeví více takovýchto pacientů, může to, dle mého mínění, u pacienta vyvolat dojem špatné organizace práce. 3 respondenti ze 430 pak udali neochotu sester. Neochota sester je v současné době velmi závažným důvodem, který by se neměl, respektive nesmí, v novodobém moderním ošetrovatelství vyskytnout. Vystává zde ale otázka, zda respondenty

udávaná neochota sester taktéž nesouvisí s nedostatkem personálu a jejich pracovním přetížením, kdy následně tuto situaci může pacient vnímat a vyhodnotit jako neochotu?

Graf 10 znázorňuje odpovědi respondentů, kteří v třetí otázce ústní ankety uvedli důvod hospitalizace, operaci TEP kyčle. Tento graf zachycuje jejich pohled na nedostatečnost sesterských rolí. Nejvíce respondentů (34 respondentů z 58) uvádělo žádnou roli jako nenaplněnou. 19 respondentů z 58 udalo jako málo naplněnou roli edukátorky. 9 respondentů uvedlo roli pečovatelky jako málo naplněnou. Nedostatečné naplnění role obhájkyne nevedl žádný respondent. 1 respondent z 58 uvedl jako nedostatečnou roli nositelky změn. Graf 10 znázorňuje odpovědi 58 cíleně vybraných respondentů ze 430, jak již bylo podrobně popsáno výše. Graf 5 znázorňuje na stejnou otázku odpovědi všech 430 respondentů. Při srovnání těchto dvou grafů je zřejmé, že pacienti různých lékařských ortopedicko-traumatologických diagnóz a pacienti s lékařskou diagnózou TEP kyčle vnímají konkrétní nenaplněnou sesterskou roli obdobně (role edukátorky a pečovatelky). Výrazný rozdíl ve vnímání nenaplněné sesterské role však je možné zaznamenat v kategorii Žádná nenaplněná role, kterou pacienti s TEP kyčle uvádí s největší četností oproti všem 430 respondentům (graf 5). Můžeme předpokládat, že tento výsledek má zřejmý důvod v náročnější pooperační péči, v důkladné edukaci dlouhodobého dodržování určitého pohybového režimu, který musí pacienti znát, ovládat a dodržovat ještě před propuštěním do domácí péče.

Ve druhé fázi výzkumného šetření nás zajímal hlubší pohled respondentů na profesi sestry, na pojetí sesterských rolí založených na základě jejich zkušeností z hospitalizace na ortopedicko-traumatologickém oddělení. Osloveno bylo cíleně pět vybraných respondentů již zmiňované ústní ankety, jejichž společným znakem byl pooperační stav po TEP kyčle. S těmito pacienty byly vedeny polostrukturované rozhovory. Aspekty jednotlivých rozhovorů jsou zaznamenány ve schématu 1 nazvaném Role sester, kterou tvoří čtyři podkategorie. Jak již bylo řečeno, plnění profesionálních rolí sestry v praxi v podstatě popisuje jejich každodenní činnost. A právě proto jsme se i zde na tyto činnosti opět zaměřili, abychom zmapovali vnímání sesterských rolí z pohledu pacienta. Každý z pacientů udával činnosti, které je možné zařadit do podkategorie Pečovatelka. Například R3 řekla: „...ještě před přeložením

*na oddělení mě celou vykoupaly i s hlavou.*“ Každý z respondentů zmiňoval i další činnosti sestry, kdy docházelo k získávání vědomostí, dovedností a schopností potřebných k dodržování pohybového režimu. Tento proces Juřeníková (2010) nazývá edukace, proto se z pohledu těchto činností můžeme dívat na sestru také jako na edukátorku. Například R4 řekla: „...učila mě, jak mám používat berle...“ S dalšími činnostmi, které respondenti uváděli, se již nesetkali všichni ve stejné míře. Tři respondenti udávali zkušenost, kdy se sestra stala jejich mluvčím a saturovala jejich potřeby, které respondent neuměl nebo nebyl schopen zvládnout, Špirudová (2007) v této souvislosti hovoří o sestře advokátce nebo obhájkyňi. R1 řekl: „Zařídila mi následné přeložení na rehabilitační oddělení...“ S rolí sestry nositelky změn uvedla zkušenost pouze jedna respondentka R4, která řekla: „...nalepila mi na zadek takovou náplast, říkala, že je to „srdíčko“, abych si nesesděla kůži...“ Pokud porovnáme výsledky těchto hloubkových rozhovorů s výsledky ústní ankety z pohledu vnímání sesterských rolí pacienty, můžeme jednoznačně říci, že oba výzkumné soubory se v této problematice shodují.

Kategorie nesoucí název Vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči je znázorněna ve schématu 2 a vznikla z analýzy rozhovorů, kdy nás také zajímalo, zda si respondenti uvědomují i nějaké působení jimi definovaných sesterských rolí na ošetrovatelskou péči. Tato kategorie nás směřovala k ucelenému pohledu na celou problematiku sesterských rolí a je složena ze tří podkategorií. Respondenti vnímají péči jako kvalitní, což vyjadřují jednotlivými projevy kvality péče, například R3 zmínil: „minule mi na bolest dávaly Dolsin a po něm jsem zvracela, tak jsem byla ráda, že mi ho teď nedávaly...“ Tento postřeh respondenta bezesporu svědčí o jistě kvalitně odebrané ošetrovatelské anamnéze v rámci ošetrovatelského procesu, kdy cílem jeho první fáze, Posuzování, je právě vytvořit soubor dat, informací a výpovědí pacienta (Plevová, 2011). Sestry dokázaly s těmito informacemi následně pracovat a v péči o pacienta je posléze využít a tím také bezesporu zajistit bezpečnou péči. Dále lze z jednotlivých rozhovorů vystopovat i některé prvky holistické péče, která vychází z celostního přístupu a z hlediska ošetrovatelství zahrnuje uspokojování biologických, psychických a sociálních a spirituálních potřeb člověka (Plevová, 2011). R3 vyjádřila

své uspokojení biologických i psychických potřeb takto: „...celou vykoupaly i s hlavou, cítila jsem se taková lehká a bylo mi to moc příjemný.“ Špirudová (2007) definuje moderní profesionální ošetrovatelství tak, že je postaveno na 4 pilířích: holistický přístup, metoda ošetrovatelského procesu, kvalita a bezpečnost péče a ošetrovatelská praxe založená na důkazech. Lze tedy konstatovat, že respondenti vnímají vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči, o které lze jednoznačně říci, že dle Špirudové (2007) splňuje prvky moderního profesionálního ošetrovatelství.

V rámci rozhovorů nás dále také zajímalo, které sesterské činnosti, respektive role vnímá respondent jako nedostatečné v předoperační a jaké v pooperační péči. Schéma 4 ilustruje kategorii Nedostatečné sesterské role v pooperační péči. Respondenti v této kategorii vyjadřují shodu, kdy uvádí skutečnost, že v rámci pooperační péče nezaznamenali nenaplněnou sesterskou roli. Například R3 řekl: „...bylo o mě moc hezky postaráno, skoro se mi nebude chtít domů.“ R4 zmínil: „Kdepak...jsem tu moc spokojená.“ Této kategorii byla tudíž přiřazena jedna podkategorie.

Kategorie Nedostatečné sesterské role v předoperační péči zachycuje podrobně schéma 3 a tvoří ji taktéž jedna podkategorie. Respondenti se v tomto pohledu taktéž shodují. Každý oslovený respondent udává zkušenost s nenaplněnou sesterskou rolí v předoperační péči v souvislosti s nespokojeností s informacemi. Nejedná se ani tak o množství a řekněme možná i kvalitu informací jako o jejich nevhodný způsob prezentace. Například R1 řekla: „V rychlosti mě informovaly...“ R2 uvedla: „...chrtily strašně moc informací...“ Obdobné výsledky zjistili ve své studii i Włoszczak et al. (2013), kteří uvádí, že nespokojenost pacientů nepramení z „technické“ profese sester, ale z nespokojeností pacientů s nedostatečnou mezilidskou komunikací mezi nimi pacienty a sestrami. Dále je v rozhovorech respondentů našeho výzkumného šetření patrná i určitá stopa nejistoty. Tento postřeh potvrzuje též Zacharová (2011), která hovoří o potřebě informovanosti pacientů. Pokud pacient nedostává odpovědi na své otázky, či si je netroufá ani položit, stává se úzkostnější, nejistější a tím také méně zdravotníkům důvěřuje, což nemá příznivý vliv na celý jeho zdravotní stav. Obdobně se vyjadřují i Nicholls a Wilson (2006), kteří říkají, že pacient bývá většinou ve stresu, protože celá záležitost pro něj není ve většině případů běžnou

situací. Dále se zmiňují, že je nutné si zároveň uvědomit, že pacient nezná rutinní nemocniční postupy a nesmíme proto tak zapomínat na dostatek prostoru pro pacientovy dotazy, které bývají plné obav. I když slovo informace není synonymem slova edukace, přesto spolu úzce souvisí, a to tím, že prostřednictvím informací je možné pacienta edukovat. Toto dokládá i Joint Commission International v Mezinárodních akreditačních standardech (2008), kde se hovoří o tom, že edukace zahrnuje informace, které by měl pacient znát v průběhu poskytování zdravotní péče. A v souladu s tímto vyjádřením byla tato podkategorie pojmenována: edukátorka.

Obdobný pohled respondentů na problematiku informovanosti vyplynul taktéž z výsledků úvodní průzkumné ústní ankety, kde se respondenti vyjadřovali ke kvalitě podaných informací před a po operaci prostřednictvím škály 1-5, kde 1 znamenala výbornou a 5 nedostatečnou kvalitu podaných informací. Graf 7 ilustruje názory respondentů na kvalitu podaných informací před operací, kdy nejvíce respondentů, tedy 134 (32 %), zhodnotilo celou situaci hodnotou 3. Dále následovala hodnota 4, tu pak volilo 112 (27 %) respondentů. Hodnotu 1 zvolilo 79 (19 %) respondentů, 2 uvedlo 70 (17 %) respondentů a hodnotu 5 udalo 21 (5 %) respondentů. Graf 8 znázorňuje odpovědi respondentů průzkumné ústní ankety na otázku kvality podaných informací po operaci. Tuto problematiku hodnotí tito respondenti jako uspokojivější, kdy nejvíce respondentů 137 (33 %) uvedlo hodnotu 2. Následovala hodnota 1, kterou zvolilo 105 (25 %) respondentů, 3 ohodnotilo 97 (23 %) respondentů. V tomto se 430 respondentů průzkumné ústní ankety shoduje se souborem pěti respondentů cíleně vybraných z účastníků ústní ankety v polostrukturovaných rozhovorech. Svědčí o tom jejich hodnocení nenaplněné sesterské role kdy, jak bylo popsáno výše, v předoperačním období všech pět respondentů uvedlo nenaplněnou roli sestry edukátorky, díky nedostatku informací (schéma 3). V pooperačním období se všech 5 respondentů shodovalo ve faktu, že není žádná role, která by byla nedostatečná (schéma 4).

V celkovém pohledu na empirická data získaná z rozhovorů s respondenty můžeme říci, že respondenti chápou sesterské role v úzké souvislosti s činnostmi sestry, tyto činnosti dokáží definovat. V jednotlivých rozhovorech pacienti dávali do souvislosti

sesterské role s kvalitní péčí, holistickým přístupem, ale i kontinuitou péče. Nicméně z rozhovorů a v podstatě i z výsledků průzkumné ústní ankety dále vyplynulo, že zejména v předoperačním období respondenti postrádají dostatek informací. Respondenti prostřednictvím rozhovorů očekávají více prostoru a času pro získání potřebných informací. V souvislosti s těmito všemi zjištěními jsme se rozhodli pro pacienty zpracovat manuál, který by obsahoval na jedné straně informace a na straně druhé také i prvky edukace. Tato myšlenka dala podklad vzniku Průvodce pacienta před a po TEP kyčle, dále Průvodce. Tuto část jsme označili jako třetí fázi výzkumného šetření. Cílem tohoto manuálu bylo „provedení“ pacienta celou plánovanou hospitalizací prostřednictvím kontinuálního podání informací od vlastní přípravy pacienta k hospitalizaci, přes přípravu osobních věcí k hospitalizaci až po vlastní průběh hospitalizace. Součástí manuálu se staly i edukační přílohy zaměřené na chůzi s berlemi, na nevhodné pohyby po operaci TEP kyčle. Součástí se stala i edukační příloha s cvičební jednotkou po TEP kyčle. Při tvorbě edukačních příloh jsme aplikovali některé základní principy z obecné didaktiky, zejména princip názornosti prostřednictvím obrázků a princip přiměřenosti, který jsme se snažili zajistit tak, že jsme vyloučili používání odborných termínů v celém textu. Princip přiměřenosti dle Mužíka (2004) znamená, že obsah a rozsah učiva odpovídá schopnostem a úrovni účastníků. O principu názornosti Mužík (2004) uvádí, že vede k lepšímu pochopení, trvalejšímu zapamatování a k dokonalejšímu osvojení učiva. Toto tvrzení nám potvrdil i jeden z respondentů R16/3, který při následném hodnocení využitelnosti příloh Průvodce zmiňoval: „*Obrázky mi vždycky přijdou snazší na pochopení než slova.*“ Jakou výhodu by mohl tento manuál pro pacienty též přinést kromě prostých informací? Domníváme se, že Průvodce se může stát jednou z možností zdroje informací, ke kterému se může pacient kdykoliv vrátit, kdykoliv si přečíst a zopakovat jakoukoli část. I Zacharová (2011) hovoří o častém omylu zdravotníků, kteří předpokládají, že nemocnému pokyny sdělili jasně a srozumitelně, nicméně ve skutečnosti většina pacientů chápe pokyny poněkud zkresleně a velkou část z nich většinou stejně zapomene.

S konečným vytvořením tohoto Průvodce vyvstala před námi důležitá praktická otázka: kdy Průvodce předat pacientovi k dispozici? A následně se vynořovaly další otázky: ohodnotí Průvodce pacient jako pomocníka, který mu pomůže zdat strach z neznámého? Obsahuje Průvodce odpovědi, alespoň na většinu pacientových otázek? K získání odpovědí na všechny tyto otázky jsme pokračovali dále ve výzkumném šetření další, tedy čtvrtou fází. V této fázi výzkumu jsme si stanovili tři pracovní skupiny pacientů, s nimiž jsme plánovali polostrukturované rozhovory. První pracovní skupině byl zaslán Průvodce k prostudování po telefonické domluvě s respondenty poštou, 14 dní před operačním výkonem. Druhá pracovní skupina obdržela tohoto Průvodce přesně v den přijetí k hospitalizaci na ortopedicko-traumatologickém oddělení. Třetí pracovní skupina respondentů obdržela Průvodce k prostudování a posouzení obsahu až po operačním výkonu, v den překlady z JIP oddělení na oddělení standardní. Výzkumný soubor každé pracovní skupiny představovali pacienti, kteří byli cíleně vybráni tak, aby byl výzkumný soubor reprezentativní. Společným znakem byl pooperační stav po TEP kyčle, kdy pacienti byli z tohoto důvodu přijímáni k hospitalizaci poprvé. Stanovená kritéria shrnují tabulky 2, 3, 4.

Nejdříve jsme se v této fázi výzkumu zaměřili na informovanost respondentů v souvislosti s jejich plánovaným operačním výkonem. Tyto aspekty jednotlivých rozhovorů jsou shrnuty v jednotlivých schématech, pracovní skupina 1 ve schématu 5, pracovní skupina 2 ve schématu 8, pracovní skupina 3 schéma 11. Všechna schémata z důvodu jejich následného možného porovnání jsou nazvána Způsob získávání informací v předoperačním období, všechny tvoří čtyři podkategorie. Z hloubkové analýzy všech dat vyplývá, že všechny tři skupiny respondentů se shodují jednoznačně v tom, že by si přáli být informováni od odborníka v osobě lékaře nebo sestry, jelikož předpokládají, že právě tyto osoby jsou nejerudovanějším zdrojem pro jejich získávání informací. Všeobecně lze říci, že lékař v očích veřejnosti vždy byl osobou velmi váženou a vzdělanou, které důvěřovali v souvislosti se svým zdravím a zdravotním stavem. Tento postoj v podstatě přetrvává dodnes, zejména u starších pacientů. Z rozhovorů vyplynulo, že několika respondentům byly některé potřebné informace předány právě prostřednictvím sestry nebo lékaře. Například R11/2 řekl: „něco mi řekla

*sestřička při příjmu, pak lékař a bylo to fajn.*“ Nelze jinak, než vyjádřit souhlas s tímto názorem respondentů, jelikož právě již zmínění odborníci by, skutečně v rámci svých kompetencí měli tyto informace pacientům podávat. Na tomto se s námi z pohledu lékaře shodují i Nichollz a Wilson (2006), kteří říkají, že chirurg informuje o smyslu, průběhu a rizicích operačního zákroku. Na rozhovor by si měl vyhradit dostatek času, aby mohl zodpovědět otázky týkající se operace a hospitalizace a tím tak pacienta co nejvíce uklidnit a zmírnit jeho obavy. Sestra pro péči v chirurgických oborech vykonává u dospělého pacienta činnosti podle § 54 vyhlášky 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků, v platném znění, která stanoví kompetence zdravotnických pracovníků, kde mimo jiné může *„edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiál...“*

Dalším a nejvyužívanějším zdrojem informací všech tří skupin respondentů se staly osoby, které byly kategorizovány do podkategorie Laik. Proč zrovna neodborníci? Můžeme konstatovat, že ze všech rozhovorů vyplývá zjištění, že pokud měli respondenti zájem o informace, které nezískali od odborníka, tak si informace hledali z jiných zdrojů pro ně dostupných. Tímto zdrojem pro ně byla nejčastěji blízká či známá osoba, která již měla s tímto plánovaným výkonem zkušenosti, kterých námi dotazovaní respondenti rádi využili. Další možnosti zdrojů k získávání informací respondenti udávali minimálně, proto podkategorie Jiný zdroj byla zastoupena všemi skupinami velmi sporadicky, ve druhé pracovní skupině se tato podkategorie ani nevyskytla. Jednalo se zejména o informace z internetu, jenž respondenti získávali prostřednictvím dalších blízkých osob, které jim potřebné informace na internetu vyhledávali. R7/1 udal: *„Děti mi něco vyhledávaly na počítači...“* Tyto informace hodnotili respondenti vesměs jako nepříliš přínosné. Zásadní rozdíl mezi třemi pracovními skupinami, pro nás však velmi významný rozdíl, jsme spatřovali pouze v první skupině, která jako jediná v několika rozhovorech uvedla jako zdroj informací našeho Průvodce. Například R8/1 řekl: *„Něco jsem si přečetla v té knížečce od vás...“* R10/1 uvedl: *„Dost jsem si přečetla v těch papírech od vás.“* Za zmínku určitě stojí i fakt, že několik respondentů všech třech pracovních skupin uvedlo, že neměli výrazný zájem



o získávání informací. Například R9/1 se vyjádřil: „*Ne. Říkal jsem si, že to nějak dopadne...*“ O tomto námi zjištěném faktu hovoří i Zacharová (2011), která udává, že existují skupiny pacientů, kteří nevyžadují žádné informace a jsou spokojeni pouze s pokyny zdravotníků v dané situaci.

V dalších částech rozhovorů jsme se již plně věnovali konkrétním informacím v Průvodci. Na základě podrobné analýzy dat vznikla Kategorie Vyjádření k informacím v Průvodci, kterou ilustruje pro první pracovní skupinu schéma 6, druhou pracovní skupinu schéma 9 a třetí pracovní skupinu znázorňuje schéma 12. Synonymem této kategorie by bezesporu mohlo být i slovní spojení „zpětná vazba“, která na jedné straně poskytuje jedinci prostor reagovat na přijatou zprávu, a na straně druhé můžeme hovořit o recipročním ději, ve kterém jde o zjištění, zda příjemce správně porozuměl obsahu (Zacharová, 2011). Očekávali jsme, že získané informace by se pro nás mohly stát zdrojem k další úpravě Průvodce, tak aby se stal pro pacienty praktičtější, použitelnější, srozumitelnější. Z globálního hlediska lze říci, že se Průvodce respondentům všech třech pracovních skupin líbil. Například R16/3 řekl: „*Je tam napsáno všechno přesně tak, jak to tady probíhalo.*“ R7/1 se vyjádřil k otázce informací v Průvodci takto: „*Bylo to v pohodě, občas tam nějaké odborné slovo bylo, ale u toho hned napsáno, co to znamená.*“ Tento respondent nám zároveň tímto jeho konstatováním potvrzuje i náš záměr vytvořit Průvodce na základě didaktického principu přiměřenosti (Mužik, 2004), o kterém jsme se již zmiňovali. Zároveň v kontrastu pocitu spokojenosti s informacemi z Průvodce velká většina respondentů udávala i jakési rozpaky nad velkým množstvím informací, které v průvodci jsou. R7/1 reagoval slovy: „*to množství informací v té knížečce mě trošku překvapilo*“ Za zmínku stojí i zajímavý postřeh, že právě tento respondent R7/1 uvedl: „*...víc by mi vyhovovalo, když by mi to říkal přímo doktor.*“ Zároveň se opět tímto pacientovým tvrzením vracíme k již vyřčené myšlence dlouhodobě „zakořeněné“ vysoké prestiže lékaře a zároveň velké důvěry v lékaře v očích pacientů. Tento respondent zřejmě také upřednostňuje verbální komunikaci se všemi prvky, které ke komunikaci patří. Vévoda (2013) se o komunikaci vyjadřuje, že znamená vzájemné si vyměňování nejen informací, ale i myšlenek, emocí, postojů. Komunikací si aktéři nejen vyměňují

informace, ale budují si i vzájemný vztah. Jakýkoliv obsah se dobře předává v právě dobře nastoleném vztahu. Velmi rozmanité bylo vyjádření respondentů v podkategorii Opomenuté informace. Právě pro velkou rozmanitost a následnou možnou využitelnost byla tato podkategorie dále rozčleněna na další subpodkategorie – viz schéma 3, 6 a 9. Subpodkategorie Péče o jizvu byla zastoupena poměrně velkou částí respondentů všech třech pracovních skupin. R 6/1 se vyjadřovala takto: „*trošku jsem řešila jizvu, jak velká ta jizva bude, kdy se budu moct koupat a jít na sluníčko.*“ R16/3 se vyjádřil obdobně: „*Podrobnější stránka, jak se starat o jizvu.*“ Určitě by bylo prospěšné tuto potřebu respondentů využít pro další zkvalitnění informací v Průvodci, jelikož péče o ránu a následně o jizvu je skutečně bezesporu jednou ze součástí pooperační péče i následné péče v domácím prostředí, na které se pacient taktéž podílí. Tato pacienty vyhledávaná informace byla proto následně zakomponována do Průvodce. Sosna (2003) k této problematice udává, že základem je udržení operační rány v dokonalé čistotě a doporučuje nejméně jeden měsíc nenavštěvovat hromadné bazény, kde je značné riziko infekce, která by pak mohla být jednou z nejhorších komplikací, a to infekce kloubní náhrady. Další společnou subpodkategorií všech třech pracovních skupin podkategorie Opomenuté informace byla Jízda na kole. Například R14/2 se vyjadřoval takto: „*Jak je to s jízdou na kole...*“ K této problematice se vyjadřuje Sosna et al. (2003) tak, že lze s odstupem šesti měsíců od operace zahájit rekreační lehké sportování. Jízdu na kole udává jako velmi vhodný způsob sportu spolu s plaváním, chůzí a golfem. Průvodce by jistě také i o tuto informaci mohl být rozšířen. Náhrada kyčelního kloubu patří mezi operační výkon s vysokým rizikem vzniku TEN, proto je jako prevence zahájena antikoagulační léčba, přikládání bandáží či kompresivních punčoch, ale je nutná také adekvátní hydratace a včasná mobilizace (Janíková a Zeleníková, 2013). Další kódované výrazy proto daly podklad vzniku subpodkategorii Prevence TEN, ta byla zastoupena jen ve dvou pracovních skupinách. Respondenty zajímal časový úsek aplikace bandáží dolních končetin. Hovořil o tom například R15/2: „*Jak dlouho mám ještě nosit ty obvazy na noze.*“ Jiné zajímavé vyjádření respondenta první pracovní skupiny jiné subkategorie bylo uvítání dalších fotografií v Průvodci. Toto respondentovo vyjádření opět souvisí s didaktickým principem

názornosti (Mužík, 2004), který respondenti skutečně vnímají. Ačkoli subpodkategorie nazvaná Pohybový režim byla zastoupena pouze ve dvou pracovních skupinách, a to v první a druhé, tak byla nejrozmanitější subpodkategorií. Toto zjištění mě přivádí k myšlence, že je skutečně velmi těžké nebo možná i nemožné vytvořit Průvodce, ve kterém by našli všichni pacienti odpovědi na všechny své otázky. Tento psaný Průvodce určitě nenahradí lidský faktor a účinnou efektivní komunikaci, ale na druhou stranu by se mohl stát velkým pomocníkem, který umožní pacientům utřídit si opakovaně získané informace. Tudíž by jejich následné dotazy na lékaře nebo sestry pak mohly být již zcela konstruktivní, specificky zaměřené. Nyní se vracím k ryze praktické otázce, kterou jsme si položili již při vytvoření tohoto Průvodce: kdy Průvodce předat pacientovi k dispozici? Respondenti všech třech pracovních skupin se shodují, že by měl být předán určitě v nějakém časovém horizontu před plánovaným operačním výkonem. Například R15/2 řekla: „*Určitě někdy před nástupem do nemocnice...*“ Nicméně v konkrétním časovém termínu jsou respondenti velmi odlišní. Udávána doba se pohybuje od 14 dní až po 2 měsíce před plánovaným operačním výkonem. Jeden z respondentů R 18/3 vyjádřil i delší časový interval: „*...dohromady s tím, jak mi přišlo poštou to potvrzení termínu operace.*“ Konkrétním časovým údajem to znamená 6 měsíců před operačním výkonem. Dle mého názoru by vhodný čas na předání Průvodce mohl být asi tak 2 měsíce před plánovaným výkonem. Důvodem tohoto časového intervalu je fakt, že pacienti potřebují více času na opakované přečtení Průvodce, zejména ti starší pacienti. Potřebují čas na zpracování přečteného materiálu, utřídění informací, čímž jim následně vyvstanou pro ně důležité nezodpovězené otázky. S tímto časovým údajem souvisí i ryze praktické věci jako například příprava vlastních krevních jednotek na transfuzním oddělení, dále také úprava bytu (madla, nástavec na WC), zajištění vhodné obuvi apod. Pokud bychom respektovali individualitu jedince, kdy každému vyhovuje jiný časový interval, což bylo zřejmé i z výsledků rozhovorů, byla by jistě vhodná možnost využití webových stránek dané nemocnice, kde by byl celý text neustále přístupný pro kohokoliv, kdo by se rád s touto problematikou seznámil v jakémkoli časovém intervalu. Využitelnost této možnosti starší populací je

však rozporuplná, kdy i v rozhovorech je možné zaznamenat minimální uvedení možnosti internetu jako informačního zdroje.

Z celkového pohledu na empirickou část diplomové práce a její výsledky se domníváme, že cíle práce byly dosaženy. Myslíme si, že se nám povedlo zmapovat to, jak pacienti vnímají profesi sester, prostřednictvím rolí sester, které ze své podstaty vychází z vlastní činnosti sester. Dále také jak vnímají vliv sesterských rolí na péči o ně samotné. Již v průběhu výzkumu a analýzy dat jsme získávali zajímavé výstupy, které nás vedly k zamyšlení nad tím, co a jak změnit, aby pacienti před náročnou operací jako je výměna kyčelního kloubu ztratili pocit strachu, nejistoty, ke kterým je vedl zejména nedostatek informací. I Zacharová (2011) říká, že při chirurgických zákrocích je přirozeným jevem předoperační strach, který lze redukovat mimo jiné i aktivní pomocí zdravotnických pomocníků, správnou informovaností. Hovoří také o přípravě pacienta na nový, změněný životní režim, který bezesporu pacienti po TEP kyčle musí dodržovat z hlediska prevencí následných komplikací. Domníváme se, že vytvořený Průvodce pro pacienty před a po TEP kyčle může být pro tyto pacienty pomocníkem, který je „provede“ předoperační přípravou i následnou pooperační péčí a bude tak pro ně zdrojem informací, ke kterému se budou moci kdykoliv vrátit. Pacienti by pak mohli přicházet na oddělení s menšími obavami. A můžeme se tak opět vrátit na začátek celé práce, a to k rolím sester, kdy právě předání tohoto Průvodce do praxe mezi pacienty může rozšířit činnost sestry v její roli Nositelky změn, kterou následně pacienti jistě ocení.

## 6 Závěr

Diplomová práce Role sestry a jejich vliv na péči o pacienty totální endoprotézou kyčle si dala, na základě ústní formy ankety a polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, za cíl zjistit, jak pacienti před a po totální endoprotéze kyčle vnímají pojetí sesterských rolí a také jejich vliv na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Dalším cílem bylo zjistit, které ze sesterských rolí vnímá pacient před a po totální endoprotéze kyčle jako nejméně naplněné.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti vnímají sesterské role prostřednictvím každodenních činností sestry. Pacienti ortopedicko-traumatologického oddělení, kde došlo k realizaci výzkumného šetření, před a po totální endoprotéze kyčle vnímají stoprocentně sestru z tradičního úhlu pohledu, a to jako sestru pečovatelku. Stejně zastoupení měla také sestra edukátorka, následovala sestra obhájkyň a na poslední pomyslné příčce byla sestra nositelka změn. Výzkumné šetření také odhalilo, že pacienti vnímají vliv sesterských rolí na poskytovanou ošetrovatelskou péči. V jednotlivých rozhovorech pacienti dávali do souvislosti sesterské role s kvalitní péčí, holistickým přístupem, ale i kontinuitou péče. Další část výzkumného šetření nám také odhalila skutečnost, že pacienti před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu vnímají nedostatečně naplněnou sesterskou roli jinak v předoperační péči a jinak ji vnímají v rámci pooperační péče. Z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že v pooperační péči není sesterská role, která by byla z pohledu pacientů před a po totální endoprotéze kyčle nenaplněná. Ovšem v předoperační přípravě pacienti dosahovali shody v tvrzeních, že neměli dostatek informací, respektive jim nevyhovoval způsob podávání informací. I když slovo informace není synonymem slova edukace, přesto spolu úzce souvisí, neboť prostřednictvím vhodného způsobu předávání potřebných informací je pacient edukován, z tohoto důvodu byla tato nedostatečná role nazvaná edukátorkou.

V souvislosti s těmito všemi zjištěními jsme se rozhodli pro pacienty zpracovat manuál, který by obsahoval na jedné straně informace a na straně druhé také i prvky edukace. Tato myšlenka dala podklad vzniku Průvodce pacienta před a po TEP kyčle, dále Průvodce. Cílem tohoto manuálu bylo „provedení“ pacienta celou plánovanou

hospitalizací prostřednictvím kontinuálního podání informací od vlastní přípravy pacienta k hospitalizaci, přes přípravu osobních věcí k hospitalizaci až po vlastní průběh hospitalizace. Součástí manuálu se staly i edukační přílohy zaměřené na chůzi s berlemi, na nevhodné pohyby po operaci TEP kyčle a edukační příloha s cvičební jednotkou po TEP kyčle. Tento manuál jsme prostřednictvím hloubkových rozhovorů se třemi pracovními skupinami pacientů podrobili zpětné vazbě. Průvodce byl pacienty ohodnocen velmi pozitivně i přes velké množství informací, které mnohé pacienty překvapilo. Získali jsme i data, která se stala dalšími podněty k doplnění informací v Průvodci, aby se tak pro pacienty stal praktičtější, použitelnější, srozumitelnější. Některé informace byly v Průvodci následně doplněny. Jednoznačným faktem je, že vytvořený Průvodce rozhodně nemůže nahradit efektivní komunikaci pacienta se zdravotníkem, ten by měl být stále tím nejvhodnějším „zdrojem“ informací. Průvodce však může být pacientovým „pomocníkem“, ke kterému se může kdykoliv vrátit.

Výstupem této diplomové práce se stal příspěvek, který byl prezentován na XIII. Setkání Jihočeských anesteziologů a sester v Českých Budějovicích. Diplomová práce bude taktéž prezentována na mezinárodní konferenci o ošetrovatelství pořádanou ZSF JU České Budějovice v září 2016, IX. Mezinárodní sympozium - Součinnost teorie a praxe v kvalitní péči. Vytvořený manuál bude předložen managementu ortopedicko-traumatologického oddělení k návrhu možnosti jeho využití v praxi. Možná by byla forma tištěná nebo také forma příspěvku na webových stránkách nemocnice, respektive ortopedicko-traumatologického oddělení. Tento Průvodce by mohl být i výbornou informační pomůckou pro nově nastoupené sestry na ortopedicko-traumatologickém oddělení, kde výzkum probíhal. Pomohl by jim, seznámit se alespoň částečně se standardním postupem ošetrovatelské péče o pacienty před a po TEP kyčle. Významné by pro ně mohly být zejména edukační přílohy Průvodce.

O výsledcích výzkumného šetření byla také informována hlavní sestra nemocnice a primář ortopedicko-traumatologického oddělení.

## 7 Seznam použitých zdrojů

ABRAHAM, Ivo et al., 2012. Applied research. In: FITZPATRICK, J. Joyce at al. *Encyclopedia Nursing Research*. 3. vyd. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-82610750-3.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-33-X.

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR, 2015. *Řízení lidských zdrojů: Moderní pojetí a postupy-13.vydání*. 13.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9882-0.

ASHWORTH, Andrew and Andrew A. KLEIN. Cell salvage as part of a blood conservation strategy in anesthesiology. *British Journal of Anaesthesia*. 2010, č. 104, s. 401-416. ISSN 0007-0912.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2010. *Vztah sestra-lékař*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-526-6.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.

BASTABLE, Bacorn Susan, 2008. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3.vyd. Boston, Toronto, London, Singapore: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-4643-8.

CLAYTON D. Bruce and Michelle WILLIHNGANZ, 2016. *Basic Pharmacology for Nurses*. 17.vyd. Elsevier Health Science. ISBN 978-03-2337-697-6.

ČESKO. Vyhláška č. 55 Sb. ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244.

DUNGL, Pavel et al., 2005. *Ortopedie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0550-8.

ELDER, Ruth et al., 2009. *Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2. vyd. Elsevier Australia. ISBN 978-0-7295-3877-0.

FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

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

GARAJOVÁ, Barbora, 2010. Pooperační péče. In: KALA, Zdeněk et al. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-518-1.

GULÁŠOVÁ, Ivica. Adaptácia pacienta na zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu. *Kontakt*. 2005, č.3-4, s. 239-246. ISSN 1212-4117.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.



HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4032-4.

JANÍČEK, Pavel et al., 2007. *Ortopedie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4429-6.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2436-2.

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

KOŇOŠOVÁ, Helena, 2006. *Teorie ošetrovatelské péče Peplauové*. In: FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

KOZIEROVÁ, Barbara et al., 1995. *Ošetrovatelstvo 1*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.

KUČERA, Tomáš et al. *Prevence tromboembolické nemoci po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu*. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca*. 2011, č. 2, s.101-105. ISSN 0001-5415.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-8-0247-3148-3.
- MARYA, Sanjiv K. S., 2013. *Total Hip Replacement Spectrum – ECAB*. Elsevier Health Sciences. ISBN 978-8-1312-3237-8.
- MATOUŠ, Miloš et al., 2005. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0886-8.
- MILLER, Alice Mary a Pamela Rae, STOECKEL, 2015. *Client Education: Theory and Practice*. 2.vyd. Burlington: Jones & Bartlett Publishers. ISBN 978-1-284-08503-7.
- MZ ČR, 2000. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: MZ ČR. ISBN 80-85047-20-9.
- MUŽÍK, Jaroslav, 2004. *Androdidaktika*. 2.vyd. Praha: ASPI. ISBN 80-7357-045-9.
- NAKONEČNÝ, Milan, 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0577-X.
- NICHOLLS, Anthony and Iain WILSON, 2006. *Perioperative medicine: managing surgical patients with medical problems*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780199211739.
- NOVOTNÁ, Jana a Marie HOLUBOVÁ. Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu. *Sestra*. 2013, č.10, s. 52-53. ISSN 1210-0404.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PENKA, Igor, 2010. Předoperační příprava nemocného. In: KALA, Zdeněk et al. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-518-1.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ, 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.

REPKO, Martin, 2012. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-549-5.

ROUCHAL, Marek et al., 2012. Úvod do problematiky ortopedie a traumatologie pohybového aparátu. In: REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-549-5.

SANTAMARIA Nick et al. A randomised controlled trial of the effectiveness of softsilicone multi-layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial. *International Wound Journal*. 2013, č. 10, s. 1-7. ISSN 1742-4801.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. Role sestry a nemocného. In: PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

SKALICKÁ, Hana, 2007. *Předoperační vyšetření. Návody pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1079-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

SOSNA, Antonín, 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.

SOSNA, Antonín et al., 2003. *Náhrada kyčelního kloubu. Rehabilitace a režimová opatření*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4.

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetrovatelství II. Sestra-reprezentant profese*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-368-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. Komunikace ve zdravotnictví. In: VÉVODA, Jiří et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jaroslava KRÁLOVÁ. Sesterská profesní role „advokáta pacienta“. *Medicína pro praxi*. 2007, č. 1, s. 32-34. ISSN 1214-8687.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9964-3.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TALIÁNOVÁ, Magda, et al. Péče o nemocné po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2009, č. 1, s. 75-77. ISSN 1210-0404.

TOPINKOVÁ, Eva et al., 2010. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. [online], [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: [http://www.vpl.sk/files/file/dp/2003\\_2007/geriatrie\\_2010.pdf](http://www.vpl.sk/files/file/dp/2003_2007/geriatrie_2010.pdf)

TREŠLOVÁ, Marie, 2010. Sesterské povolání v minulosti a dnes. In: BÁRTLOVÁ, Sylva et al. *Vztah sestry-lékař*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-526-6.

VALENTA, Jiří, et al., 2007. *Základy chirurgie*. Vyd. 2. Praha: Galén a Karolinum. ISBN 978-80-7262-403-4 (Galén) ISBN 978-80-246-1344-4 (Karolinum).

VÁGNEROVÁ, Mária, 2005. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.

VÉVODA, Jiří et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

WLOSZCAK-SZUBZDA, Anna a Mirosław J. JAROSZ. Professional communication competences of nurses – a review of current practice and educational problems. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2013, č.1, s. 183-188. ISSN 1232-1966.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ŽENČICA, Pavel, 2012. Následná péče v ortopedii. In: REPKO, Martin et al. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-549-5.

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 otázky ústní ankety

Příloha 2 otevřené kódování

Příloha 3 otázky rozhovorů s respondenty po ústní anketě

Příloha 4 otázky rozhovorů s respondenty po předání Průvodce

Příloha 5 program ARO konference

Příloha 6 Průvodce pacienta před a po TEP kyčle.

Příloha 7 Přepisy rozhovorů – záznam na CD



## Příloha 2

PEČOVATELKA  
 OZNAČOVATELKA  
 EDUKÁTOREK  
 HOSITELKA ZPÍVU  
 KONTAKT P.  
 PVLISNKA  
 NEJEDN-EMKADKA  
 PEČE

R1. PRVNÍ OPERACE KYČLE 62 let

Co pro Vás všeobecná sestra udělala nebo čím byla pro Vás důležitá během Vaší hospitalizace ještě před operací?

- 1 „V rychlosti mě informovala, co a jak bude druhý den v den operace. Pak mi ještě odebírala
- 2 krev a dostal jsem večer čípek na vyprázdnění.“
- 3 Co pro Vás rehabilitační sestra udělala nebo čím byla pro Vás důležitá během Vaší
- 4 hospitalizace ještě před operací?
- 5 „Před operací jsem rehabilitační sestru neviděl.“
- 6 Co pro Vás všeobecná sestra na oddělení udělala nebo čím byla pro Vás důležitá během
- 7 Vaší hospitalizace zejména v pooperačním období?
- 8 „Byl jsem rád, že se o mě ve všem postará, protože jsem se cítil naprosto neschopný. Byl jsem
- 9 hlavně na JIP oddělení, že je pořád poblíž mě, kdykoliv budu něco potřebovat“
- 10 Co pro Vás rehabilitační sestra udělala nebo čím byla pro Vás důležitá během Vaší
- 11 hospitalizace zejména v pooperačním období?
- 12 „Naučila mě vůbec vstát z postele a hezky mi vysvětlila, jak mám chodit s berlemi, hlavně po
- 13 schodech, protože ty máme doma a já se bál, že to nebudu umět“
- 14 Je něco, co by pro Vás všeobecná sestra nebo rehabilitační sestra kromě ošetrovatelské
- 15 péče udělala?
- 16 „Zařídila mi následně přeložení na rehabilitační oddělení, pozítří bych tam měl být přeložený.
- 17 Jsem moc rád, protože právě v té chůzi po schodech si ještě nejsem jistý, tak snad to tam
- 18 dotrénuju.“
- 19 Shledáváte z výše Vámi uvedených činností sester v nemocnici v péči o Vás nějakou jako
- 20 nedostatečnou, málo naplněnou právě ještě v období před operačním zákrokem?
- 21 „Asi bych uvítal víc informací, ale bylo vidět, že mají sestry málo času, pořád běhaly sem
- 22 tam, tak jsem si netroufal se zeptat. Ale nějaký informace jsem měl od kamaráda, který
- 23 stejnou operaci prodělal před rokem taky tady na ortopedii“
- 24 Shledáváte z výše Vámi uvedených činností sestry v nemocnici v péči o Vás nějakou jako
- 25 nedostatečnou, zejména v pooperačním období?
- 26 „Asi ne, byl jsem tady moc spokojený, hlavně na JIP.“
- 27 Bylo něco, čím Vás během hospitalizace všeobecná sestra oddělení či rehabilitační sestra
- 28 překvapila ať pozitivně nebo negativně?



29 „Byl jsem moc mile překvapený, že kdykoliv jsem cokoli potřeboval, tak i když měly sestřičky  
30 hodně práce, tak vždycky byly milý, opravdu jsem se nesetkal, že by na mě byl někdo  
31 nepříjemný.“

32 **Je něco, co byste v péči o Vás nějak vylepšil?**

33 „ Jak říkám asi bych uvítal více informací před operací, aby se člověk zbytečně tak nebál, co  
34 bude a jak bude.“

### **Příloha 3**

#### **Otázky rozhovorů s respondenty po ústní anketě:**

**Co pro Vás rehabilitační sestra udělala nebo čím byla pro Vás důležitá během Vaší hospitalizace ještě před operací?**

**Co pro Vás všeobecná sestra na oddělení udělala nebo čím byla pro Vás důležitá během Vaší hospitalizace zejména v pooperačním období?**

**Co pro Vás rehabilitační sestra udělala nebo čím byla pro Vás důležitá během Vaší hospitalizace zejména v pooperačním období?**

**Je něco, co by pro Vás všeobecná sestra nebo rehabilitační sestra kromě ošetrovatelské péče udělala?**

**Shledáváte z výše Vámi uvedených činností sester v nemocnici v péči o Vás nějakou jako nedostatečnou, málo naplněnou právě ještě v období před operačním zákrokem?**

**Shledáváte z výše Vámi uvedených činností sestry v nemocnici v péči o Vás nějakou jako nedostatečnou, zejména v pooperačním období?**

**Bylo něco, čím Vás během hospitalizace všeobecná sestra oddělení či rehabilitační sestra překvapila ať pozitivně nebo negativně?**

**Je něco, co byste v péči o Vás nějak vylepšil?**

## **Příloha 4**

### **Otázky rozhovorů s respondenty po předání Průvodce:**

**Po stanovení diagnózy a zejména termínu operace, měla jste potřebu získat nějaké informace a jaké informace jste nejvíce potřebovala vědět?**

**Od koho jste potřebné informace chtěla slyšet a dozvěděla jste se je?**

**Získávala jste si sama nějaké potřebné informace a kde?**

**Po přečtení Průvodce-dostala jste odpovědi na Vaše dotazy?**

**Rozuměla jste psanému textu, nebyl příliš odborný?**

**Co Vám v Průvodci ještě chybí?**

**Co považujete v průvodci za zbytečné?**

**Využijete přílohy Průvodce, a které?**

**Ve fázi, ve které se Vám průvodce dostal do rukou, byl pro Vás užitečný?**

**Jakou dobu považujete Vy za vhodnou k získání Průvodce?**

## Příloha 5

### ODBOBNÝ PROGRAM – SESTERSKÁ SEKCE

22. 4. 2016 / 9.00–16.00 hodin

Congress Hotel Clarion (České Budějovice, Pražská 14)

**11.30-13.30: Přestávka na oběd**

*(Účastníci si zajišťují oběd sami!)*

*Doporučujeme restaurace v Congress Hotelu Clarion nebo v IGY)*

**BLOK III.: 13.30-15.00**

**ZKUŠENOSTI Z OŠETŘOVÁNÍ PICC A MIDLINE**

**L. HRDINOVÁ**

Interní JIP, Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

**ROLE ANESTEZIOLOGICKÉ A TRAUMATOLOGICKÉ SESTRY**

**Z POHLEDU PACIENTA**

**K. SLABÁKOVÁ**

Traumatologicko-ortopedické oddělení Nemocnice Písek, a.s.

**NOVÉ KLINICKÉ POZNATKY V PREVENCI DEKUBITŮ**

**D. WAGNEROVÁ**

Mólnycke Health Care, s.r.o.

*15.00–15.30: Přestávka na kávu*

*Certifikáty pro NLZP budou rozdány až po skončení celého odborného programu.  
Děkujeme za pochopení!!!*

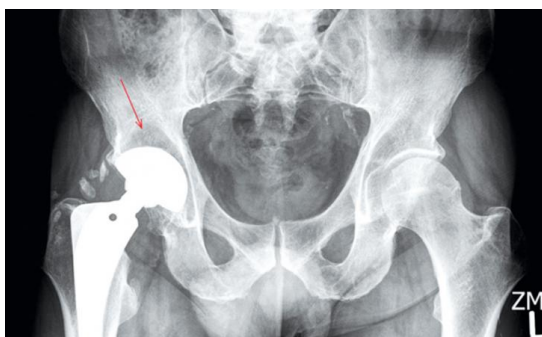
---

**18.30–02.00 hod.:**

**Společenský večer s rautem pro přihlášené lékaře i sestry**

*Congress Hotel Clarion (České Budějovice, Pražská 14)*

**PRŮVODCE PACIENTA PŘED A PO**  
**TEP KYČLE**



## PRŮVODCE PACIENTA PŘED A PO

### TEP KYČLE

Vážená/ý paní/pane,

připravili jsme pro Vás průvodce pacienta před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Pokusíme se Vás seznámit z pohledu zdravotní sestry s činnostmi, které s operací souvisejí, a to před nástupem hospitalizace, v průběhu hospitalizace, až do doby propuštění z nemocničního zařízení. Rádi bychom tak přispěli k Vaší psychické pohodě a minimalizovali stres z nečekaných událostí.

### 1) PŘÍPRAVA K HOSPITALIZACI:

Po stanovení termínu operačního výkonu následuje několik dalších kroků:

#### a) INTERNÍ PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ

- Předoperační vyšetření zajišťuje Váš praktický lékař na základě písemného požadavku ortopedického pracoviště. Výsledkem předoperačního vyšetření je interní závěr, zda jste nebo nejste schopen/na operačního výkonu.
- Poštou Vám spolu s termínem operačního zákroku přijde tiskopis, kde budou informace pro vašeho praktického lékaře, jaká vyšetření v rámci předoperačního vyšetření požadujeme (viz příloha č. 1).
- Kompletní předoperační vyšetření nesmí být starší než 2 týdny, pokud jste se rozhodl k autotransfúzi tak 1 měsíc.

#### b) AUTOTRANSFÚZE

- Autotransfúze znamená odběr vlastní krve, kterou je v případě potřeby možno při nebo po operaci použít.
- U většiny operací totální endoprotézy je totiž jeden či několik krevních převodů nutný.
- Pokud budete mít zájem o vlastní autotransfúzi, je nutné **předoperační vyšetření provést již měsíc před výkonem** => s ním se pak dostavíte na ortopedickou ambulanci a personál ortopedické ambulance Vás odešle na transfúzní oddělení, které Vám v určitém časovém intervalu odebere jednu, dvě nebo tři transfúzní jednotky krve.

#### c) NĚKOLIK DALŠÍCH RAD

- **Vyvarujte se poranění kůže,**
  - chraňte především operovanou oblast i další části těla

- pozor na oděrky, puchýře, spáleniny, afty, opary => ty znamenají riziko infekce a může tak být ohrožen Váš operační zákrok.
- **Optimální hmotnost,**
  - snažte si udržovat optimální hmotnost, neboť obezita může závažným způsobem ohrozit výsledek operace infekcí nebo selháním umělého kloubu.
- **Úprava domácího prostředí,**
  - je vhodné dovybavit domácnost o nezbytné doplňky jako jsou madla na WC. Vhodné je po návratu z nemocnice užívat sprchový kout opatřený madlem a protiskluzovou podložkou. Dále je vhodné odstranit koberečky běhouny, které by Vám mohli způsobit pád. Z dalších pomůcek budete potřebovat dlouhou obouvací lžici.

## 2) PŘÍPRAVA OSOBNÍCH VĚCÍ K HOSPITALIZACI

Doba pobytu na ortopedicko-traumatologickém oddělení je **při nekomplikovaném průběhu 8-12 dní**, proto věci osobní a hygienické potřeby by měly této délce odpovídat.

### a) HYGIENICKÉ POTŘEBY

- Toaletní mýdlo, kartáček na zuby, ručník, žínka, hřeben, krém či tělové mléko papírové kapesníky. 2 noční košile ke kolenům (tu doporučuje i pro pány – umožňuje tak lehký a rychlý přístup k operační ráně), spodní prádlo, ponožky.
- Velice **důležitá je správná obuv** – měla by být pevná, rovná, bez podpatku.

### b) VLASTNÍ LÉKY

- Při nástupu k hospitalizaci byste si měli s sebou vzít užívané léky minimálně na tři dny. Všechny Vámi užívané léky nemusí být na ortopedicko-traumatologickém oddělení okamžitě k dispozici a je nutné je objednat. Tímto postupem se zamezí možnému přerušení v podávání léků.
- Do nemocnice je vždy nutno s sebou nosit léky v originálním balení. Při příjmu je nutné veškeré léky odevzdat sestře, která Vám po celou dobu hospitalizace léky bude podávat. **Sami po dobu hospitalizace žádné léky neužívejte!!!!**
- Pokud seznam Vámi užívaných léků nebude uveden na předoperačním vyšetření, připravte si s sebou **lístek se seznamem a dávkováním Vašich léků.**

### c) VĚCI OSOBNÍ POTŘEBY

- Pro zpříjemnění pobytu v nemocnici je možno s sebou vzít mobilní telefon, knížky, časopisy, přenosný tablet či notebook – je zde také možnost zakoupit si

na 3 dny kód na wifi přístup k internetu (Cena 30Kč). Nedoporučujeme si s sebou brát velký obnos peněz, ani šperky.

### **3) PRŮBĚH HOSPITALIZACE**

#### **a) PŘÍJEM NA ORTOPEDICKÉ AMBULANCI**

- V den uvedený na tiskopisu, který Vám dorazil spolu s ostatními dokumenty poštou domů, se dostavte v **7,00 na ortopedickou ambulanci** – přízemí pavilónu chirurgických oborů. Připravte si kartičku pojišťovny, občanský průkaz.
- Zde v příjmové místnosti budete postupně přijímáni lékařem i zdravotní sestrou.
  - **Příjem zdravotní sestry** – sestra převezme od Vás platné předoperační vyšetření, které předá přijímacímu lékaři.
    - sestra ve spolupráci s Vámi zpracuje sesterskou ošetrovatelskou anamnézu, bude se Vás ptát na spoustu informací potřebných k ošetrovatelské péči (př. zda používáte nějaké kompenzační pomůcky jako brýle, hole? Zda nemáte problémy se spánkem? apod. )
    - sestra Vás „označí“ identifikačním náramkem, který Vám přiloží kolem zápěstí, tento náramek budete mít po celou dobu hospitalizace (je na něm uvedeno Vaše jméno a oddělení, kde budete hospitalizováni)
  - **Příjem lékařem** - po příjmu zdravotní sestry následuje příjem lékaře, nemusí se ale vždy jednat o lékaře, kterého jste navštěvovali v 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) s léčebným postupem a operačním výkonem.
    3. Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s provedením transfuze krve (podáním transfuzních přípravků a krevních derivátů).

#### **b) PŘÍJEM NA ODDĚLENÍ**

- **Po příjmu lékařem budete sestrou uvedeni na pokoj ortopedicko-traumatologického oddělení, kde vás zdravotní sestra seznámí s oddělením (kde je WC, sesterna, jídelna apod.) a také s provozem na oddělení (kdy a kde je snídaně, oběd, večeře; kdy je vizita ...)**



- Sestře odevzdáte léky, které užíváte.
- Sestra vám odebere vzorek krve, který se dále zpracuje v krevní bance k objednání krevní konzervy.
- Dle pokynu sestry si vybalíte do nočního stolečku jen potřebné věci na Jednotku intenzivní péče (dále jen JIP), kam budete umístěni bezprostředně po provedení operačního výkonu: ručník, žinku, kartáček na zuby, zubní pastu, mýdlo a případně brýle, zubní protézu a kontaktní čočky. Je možné si vzít také mobilní telefon.
- **Ve 14,00 hodin Vás navštíví LÉKAŘ ANESTEZIOLOG**, jehož úloha nespočívá pouze v seznámení s postupem anestézie, ale anesteziolog též:
  - zhodnotí výsledky a závěr interní přípravy,
  - seznámí vás s anesteziologickými riziky,
  - naordinuje vám premedikaci (účelem premedikace je farmakologicky ovlivnit průběh anestezie), součástí premedikace někdy bývá i podání „léku na spaní“ večer před výkonem.

Poté následuje:

### c) PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA DEN PŘED OPERACÍ

- Posledním jídlem je večeře.
- Tekutiny se mohou přijímat do půlnoci, **od půlnoci zůstaňte nalačno – nepijte, nejzte, nekuřte, nežvýkejte, necucejte cukrovinky.**
- Odpoledne po návštěvě lékaře anesteziologa dostanete jeden vyprazdňovací čípek, který si zavedete per rektum, tj. do konečníku. Nevyprázdnete-li se do čtyř hodin od zavedení čípku, informujte o tom sestru. Sestra vám po zvážení situace nabídne šetrné malé klyzma pomocí přípravku Yall.
- **Večer proveďte koupel nebo osprchování** – pokud nejste sami schopni tento úkon provést, sestřský personál Vám bude nápomocen, při mytí **dbejte zejména na:**
  - důkladné omytí podpaží a třísel,
  - omytí a očištění krajiny pod prsy a krajin tělních rýh,
  - omytí a očištění genitálu a konečníku.
- V případě, že máte nalakované nehty, musíte si je odlakovat odlakovačem.

### d) 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 se sestra dotazem ujistí, zda jste skutečně zůstali od půlnoci lační.
- Můžete se ještě ráno osprchovat.

- Ráno u mužů sanitář, u žen sestra Vám oholí a odesinfikuje místo operačního pole.
- Dále Vám ráno vám sestra změří krevní tlak.
- Pokud jste diabetik, ráno Vám sestra změří hodnotu glykémie a následně „místo snídaně“ Vám bude podána infuze glukózy s inzulínem do nitrožilní kanyly, která Vám bude zavedena (je to úkon velmi podobný odběru krve).
- Dále Vám bude zaveden permanentní močový katétr, což je cévka (úzká měkká hadička), která je zavedena do močového měchýře. Tento katétr budete mít po několik dnů zavedený, aby mohlo být kontrolováno množství odcházející moči. Tato cévka je napojena na sběrný sáček, který bude připevněný k lůžku. Tuto cévku ženám zavádí sestra ještě na standardním oddělení před odvozem na sál, mužům pak lékař na sále.
- Lékař vám při ranní vizitě fixou označí křížkem na kůži 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. Dále Vás sestra vyzve k převlečení do tzv. „anděla“. Používáte-li naslouchátko, můžete si ho vzít na sál s sebou.
- Dle ordinace anesteziologa se Vám podá cca 15 minut před odjezdem na sál 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. Po této premedikaci již nemůžete vstávat z lůžka, je nutné již ležet. Pak odjíždíte na operační sál na lůžku za doprovodu sestry a sanitáře.

## e) OPERACE

- V rámci převozu na operační sál budete nejdříve přivezeni na anesteziologickou přípravnu, kde se Vás ujme anesteziologická sestra a lékař anesteziolog a znovu si ujistí Vaše jméno, typ výkonu a operovanou stranu. Pokud nebudete mít zavedeno z oddělení, tak Vám anesteziologická sestra zavede periferní žilní kanylu, což je krátká úzká hadička zavedená do žíly. Jejím prostřednictvím pak budou aplikovány léky do žíly. Zavedením této kanyly se určitě nemusíte strachovat, je to úkon velmi podobný odběru krve.
- Používají se dva typy anestezie, o nichž Vás informoval anesteziolog den před operací:
  - **celková anestezie (narkóza)** je metoda, sloužící k vyřazení vědomí a pocitu bolesti v celém těle v průběhu operačního výkonu nebo
  - **b) epidurální (svodná) anestezie** je anestezie, která vede k vyřazení pocitu v místě prováděné operace. Vzniká podáním lokálního anestetika do epidurálního prostoru páteřního kanálu.

## f) POOPERAČNÍ PÉČE

- Po operaci budete převezeni **na jednotku intenzivní péče (JIP)**, která je vybavena monitorovací technikou, centrálním rozvodem kyslíku a dalšími potřebnými pomůckami – viz fotogalerie. Na JIP zůstanete cca tři až čtyři dny, poté budete přestěhováni zpět na standardní pokoj ortopedického oddělení.
- **Po dobu 3-4 dnů budete na lůžku zaujímat ve dne i v noci polohu na zádech.** U dolního čela lůžka budete mít uložený polštář ve tvaru písmene „A“, který bude zajišťovat stále postavení Vašich dolních končetin, udržuje dolní končetiny v odtažení – viz fotogalerie.
- Na horní končetinu vám bude nasazena tlaková manžeta, která v pravidelných intervalech bude měřit krevní tlak, pulz.
- Na prstu budete mít nasazený malý „koleček“ podobný kolíku na věšení prádla, který snímá Vaši saturaci kyslíku.
- Na hrudníku budete mít nalepené elektrody, které Vám bude kontinuálně zaznamenávat EKG křivku.
- Z operační rány zakryté obvazem povedou 2-3 „hadičky“, které odvádí podtlakem přebytečnou krev z rány, jedná se o tzv. Redonovy drény. Tyto drény Vám budou postupně odstraněny v průběhu 3. až 4. pooperačního dne.
- Stále budete mít zavedený permanentní močový katétr do močového měchýře, ten se odstraňuje většinou až na standardním oddělení 4. - 5. den po operaci, dle schopnosti a možnosti dojit si sám na WC nebo použít močovou láhev (tzv. „bažanta“) apod.
- Budou se provádět pravidelné odběry krve ke stanovení ztrát krevních elementů a minerálních látek a odběry moče.
- Přes již zavedenou nitrožilní kanylu vám budou podávány tekutiny, antibiotika, analgetika, případně transfuze nebo autotransfúze.
- V místě operační rány **jistě budete cítit určitou bolest**, což samozřejmě k tak velkému operačnímu výkonu patří, ale nemusíte se toho obávat, protože bolest Vám **bude tlumena** různými léky - analgetiky. Sestry se Vás budou opakovaně na intenzitu bolesti ptát. Analgetikum by mělo být podáno dříve, než je překročen práh bolesti.
- Jako prevence proti krevním sraženinám dolních končetin, které mohou způsobit embolii, se používá několik opatření: bandáže (obvázání elastickým obvazem) obou končetin, podávání léku na ředění krve, většinou ve formě tablety, 1x denně.
- Hned druhý pooperační den již budete za pomoci rehabilitační sestry sedět na lůžku, vstávat z lůžka, zkoušet chůzi o podpažních berličích, cvičit různé cviky. V příloze č. 1 máte uvedené jednoduché pokyny k chůzi o berličích. Podle přílohy č. 3 si můžete již nyní některé cvičební prvky vyzkoušet.
- Třetí den Vám sestry zajistí za pomoci malého klyzmatu vyprázdnění a osprchování ve velké koupací vaně.
- Třetí nebo čtvrtý den po operaci budete zpět převezeni na standardní oddělení ortopedického oddělení.

### **g) STANDARDNÍ ODDĚLENÍ**

- Na standardním oddělení budete i nadále provádět různá cvičení, chůzi s rehabilitační sestrou.
- Máte-li zájem o následnou hospitalizaci na rehabilitačním oddělení, informujte o tom svého ošetřujícího lékaře co nejdříve, abychom Vás tam mohli objednat.
- 8. pooperační den Vám bude ještě odebrána krev na kontrolní vyšetření.
- Stehy se z operační rány odstraňují většinou 12. pooperační den.
- Do domácího ošetřování můžete být propuštěni 8. -12. pooperační den.
- Během hospitalizace Vám budou doporučeny různé pomůcky, např.:



Nástavec na WC



Sedačka do sprchy



Podavač předmětů



Navlékač ponožek

## FOTOGALERIE:

(Zdroj obrázků: vlastní)



Nemocniční polohovatelné lůžko s monitorem na ortopedii JIP .



Tzv. „áčko“ u dolního čela lůžka k polohování končetin po operaci.



Sesterna JIP s centrálním monitorem vitálních funkcí.



„Bílé sluchátko“ = signalizace pro pacienty k přivolání sestry.  
Šedo-oranžový „ovladač“ = ovládání k polohování lůžka např. pod hlavou

## 5) PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCI PÉČE

- **Do domácího ošetřování můžete být propuštěni 8. -12. pooperační den.**
- Stehy se z operační rány odstraňují většinou 12. pooperační den.
- Při propuštění budete vybaveni **propouštěcí zprávou** pro Vašeho obvodního lékaře, receptem na **lék k prevenci zánětu hlubokého žilního systému** (trombózy), event. vyplněným **Poukazem na ortopedickou pomůcku** (viz výše, bod g)).
- **Kontrola na ortopedické ambulanci, včetně rentgenových snímků, je plánována obvykle za 6 týdnů od operace.** Lékař zhodnotí Váš stav, doporučí Vám postupně zvyšovat zátěž na Vaši končetinu, **do té doby platí dodržování všech zásad**, o kterých jste byli poučeni (viz příloha 1, 2 a 3). Při jakémkoliv problému či komplikaci je kontrola možná samozřejmě dříve.
- **DŮLEŽITÁ UPOZORNĚNÍ:**
  - **Léčit všechny běžné infekce, chřipky, kašel, močové infekce apod. antibiotiky!**
  - **Při jakékoliv bolesti operovaného kloubu, zarudnutí a otoku rány se hlase u ortopeda!**
  - **Při bolesti lýtka s jeho otokem** navštivte lékaře, tento příznak by mohl signalizovat zánět žil.
  - **Vyvarovat se zakázaným pohybům!!!** (viz příloha 2)

Použité zdroje:

- ŠIMEČEK, Karel. Tiskopisy Ortopedicko-traumatologického oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

Použité zdroje v přílohách:

- SOSNA, Antonín et al., 2003. *Náhrada kyčelního kloubu. Rehabilitace a režimová opatření.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4.
- Orthes. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu.* [online], [cit. 2016-06-20]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/index.php?module=page&record=23>
- Nemocnice Olomouc. *Péče o jizvu.* [online], [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/oddeleni-plasticke-a-esteticke-chirurgie-sluzby-sekce\\_396.html](https://www.fnol.cz/oddeleni-plasticke-a-esteticke-chirurgie-sluzby-sekce_396.html)

Příloha č. 1

(Zdroj obrázků: Nemocnice Kladno)

## CHŮZE S BERLEMI

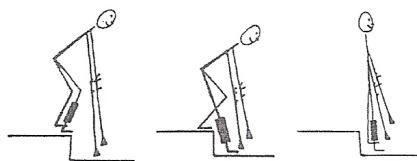
- **Dodržujte zátěž operované končetiny** tak, jak Vám stanovil lékař – operatér (používejte obě berle/hole dokud Vám je lékař nedovolí odložit).
- **Výšku podpažních berlí** nebo francouzských holí nechte nastavenou tak, jak Vám doporučila rehabilitační sestra.
- Pořídte si **obuv**, která dobře drží na noze, nejlépe s pevnou patou a která se dobře obouvá, boty **obouvat pomocí dlouhé lžice, nepředklánějte se!!!**
- **Při chůzi po schodech** je důležité: nenosit těžké předměty, s nikým si nepovídat, neohlížet se, neposkakovat!
- **Nepřetěžujte operovanou končetinu dlouhými pochody** – řiďte se podle pocitu únavy.
- **Vyvarujte se** nadměrnému a **dlouhému stání** (např. při žehlení, ve frontách..), častěji měňte polohu a střídejte chůzi, sed, leh.
- **Nechodte po mokřém povrchu** – vytřené podlahy.
- V zimě používejte **nástavce na berle**.
- Několikrát denně **samostatně cvičte dle pokynů** rehabilitační sestry.

### PO ROVINĚ:

- **Hole**
- **Nemocná**
- **Zdravá**

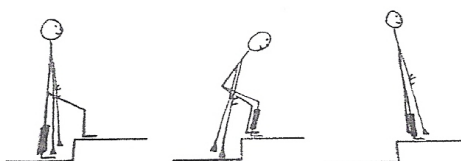
### PO SCHODECH DOLŮ: (pomůcka **HoNZa**)

- **Hole**
- **Nemocná**
- **Zdravá**



### PO SCHODECH NAHORU: (pomůcka **ZOB-„zobání“**)

- **Zdravá**
- **Operovaná**
- **Berle**



Příloha č. 2

(Zdroj obrázků: Resurf Med)

## ZAKÁZANÉ POHYBY

Po operačním zákroku totální endoprotézy kyčle je **NUTNÉ se VYVAROVAT několika zakázaným pohybům**, protože těmito pohyby byste si mohli způsobit vykloubení umělého kyčelního kloubu. Toto vykloubení je velmi bolestivé a řešením bývá manévr provedený ortopedem nebo opětovný operační zákrok!

Jedná se o tyto **ZAKÁZANÉ pohyby**:

- Ohnutí (flexe) v kyčelním kloubu větším než 90°
- Křížení operované dolní končetiny přes osu těla
- Rotace operované končetiny

### OHNUTÍ V KYČELNÍM KLOUBU VĚTŠÍ NEŽ 90°

#### SED

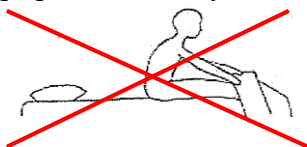
- Při sezení mějte chodidla opřená o zem a kolena mírně od sebe
- Nesedejte do hlubokého křesla ani na nízkou židli.
- Nesedejte si na nízké WC, ani se na něm nepředklánějte – vhodný je nástavec na WC.



- Nesedejte na židli bez opěradla – koleno nesmí být výš než kyčel.
- Používejte židle s opěrkami na ruce, zejména kvůli vstávání. Pokud takovou židli nemáte, nesedejte si, aniž byste měli po ruce berle
- Seděte na obou půlkách hýždí – neseděte nakřivo
- Vsedě se nepředklánějte – pozor při jídle!!!



- 3 měsíce od operace NEŘÍDIT automobil!
- Na lůžku se nepřikrývejte níže uvedeným způsobem, přikrývku na lůžku si připravte tak, abyste se se pro ni nemuseli předklánět.



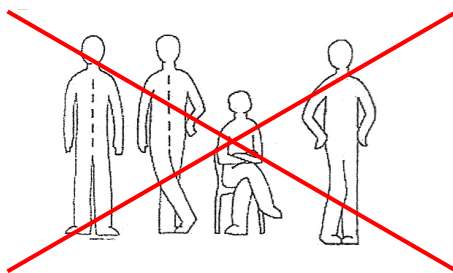


## PŘEDKLON



- Pro nic se neohýbejte tímto způsobem – vždy raději přivolejte druhou osobu nebo použijte speciální podavač, který si můžete zakoupit ve zdravotnických potřebách
- Boty si obouvejte pomocí dlouhé obouvací lžice
- Ponožky si oblékejte pomocí „navlékače ponožek“ nebo druhé osoby
- Nezavazujte tkaničky na obuté botě apod.

## KŘÍŽENÍ OPEROVANÉ DOLNÍ KONČETINY PŘES OSU TĚLA










- **ZÁSADA: nekřížit nohy v žádné poloze!!!**
- Při ležení mějte vždy malý pevný polštářek mezi koleny cca 10cm výšky
- Při otáčení se na zdravý bok nebo při posazování mějte vždy malý pevný polštářek nebo klínek mezi koleny

## ROTACE OPEROVANÉ KONČETINY

- Vleže by koleno a prsty nohou měly mířit přímo ke stropu, nevytáčejte dolní končetiny ani ven, ani dovnitř.
- Při sedu, stojí nebo chůzi musí špičky směřovat přímo vpřed.
- **Neležet a nespát na boku operované DK!!!** – nepřetáčet se na operovaný bok dříve než za dva měsíce.
- **Při ležení na boku neoperované DK vkládat mezi kolena klín !!!** nebo tužší polštářek.

### CVIČEBNÍ JEDNOTKA PO TEP KYČLE

- Zpočátku by mělo být cvičení lehké, s nízkým odporem. Postupně je možno zátěž zvyšovat.
- Později cvičení vícekrát denně, po menších časových úsecích, provádět celkové cvičení podle pokynů fyzioterapeuta, které jste se během hospitalizace naučili.

<b>VLEŽE NA ZÁDECH</b>		
Výchozí pozice	Pohyb	obrázek
Natažené dolní končetiny, propnutá kolena, stažená hýždě a podsazená pánev.	„fajfky, špičky“ Přitahujeme špičky chodidel k sobě a od sebe.	
Natažené dolní končetiny, podsazená pánev.	„fajfky, kolena, hýždě“ Přitáhnout špičky chodidel k sobě, protlačit kolena dolů do podložky, stáhnout hýždě – výdrž 5s a uvolnit.	
Natažené dolní končetiny	Krčeni dolní končetiny v koleni, operovanou sunout po podložce. Dbáme na správné postavení – koleno musí směřovat do stropu. Postupně zvyšujeme stupeň pokrčení. Cvik provádíme pouze do bolestí.	
Obě dolní končetiny pokrčené	Podsazovat pánev, stáhnout břicho a hýždě – výdrž 5s a s výdechem uvolnit.	
Obě dolní končetiny pokrčené a mírně roznožené, pánev podsazená, zadek a břicho stažené.	Střídatavě zvedat špičky a paty.	
Obě dolní končetiny pokrčené a mírně roznožené, pánev podsazená, zadek a břicho stažené.	S výdechem pomalu zvedat pánev od podložky, s nádechem pomalu pokládat. Vzpírat pouze na neoperované končetině.	
Natažené dolní končetiny	Suneme jednu nataženou končetinu po podložce do strany (unožit). Nevytáčet špičku ani koleno do strany!	

## PÉČE O JIZVU

Péče o jizvu je důležitou součástí Vaší léčby. Pokud tuto část léčby vynecháte, může Vám v budoucnu jizva činit problémy jako je začervenání, tuhost, pocit napětí až bolesti apod. Tkáň jizvy je mnohem citlivější než zdravá kůže. Postupná přestavba a dozrávání jizvy probíhá po dobu 12-18 měsíců

- **Přibližně po 12 dnech od operace** vám budou vyjmuty stehy
- **Po 2 dnech od vyjmutí stehů** můžete jizvu sprchovat (nepoužívejte na jizvu mýdlo, které kůži vysušuje)
- **Po 7 dnech od vyjmutí stehů** můžete začít s promašťováním jizvy a tlakovou masáží
- **1 měsíc po vyjmutí stehů** nenavštěvujte veřejné bazény, koupaliště, kde je značné riziko infekce v oblasti jizvy
- **Další režimová opatření – podobu minimálně 6 měsíců**
  - ***Ochrana před mechanickým drážděním*** - nenoste těsné oblečení, které se tře o jizvu
  - ***Ochrana před vysušování jizvy*** – vhodné promašťovat jizvu alespoň 2 x denně, ale POZOR- vyvarujte se před nadměrnou aplikací krémů a mastí, aby nedošlo k mokvání jizvy
  - ***Ochrana jizvy před přímým slunečním zářením*** – použít krémy s faktory více než SPF 15, nejlépe však 35 a výše, lze užít též ochranných tyčinek na rty (průhledné a ochranné faktory i 40 až 50). Jizva do šesti měsíců je velmi náchylná na vychytávání tmavého kožního pigmentu, doporučená ochrana před UV zářením je jeden rok

## PROMAŠŤOVÁNÍ JIZVY

Jizvu je vhodné promašťovat například vyškvařeným nesoleným vepřovým sádlem, nebo měsíčkovou mastí.

## TLAKOVÁ MASÁŽ

Provádějte nejlépe 3 x 5 denně po dobu 5 - 10 minut (30 sekund tlak na jizvu proti pevné spodině až vybledne a 10 - 15 sekund uvolnění až se místo opět prokrví). Masáže je nutné provádět s citem, bez nadměrného zatížení.

HMATY TLAKOVÉ MASÁŽE	
1) Jemný tlak do hloubky 	Přiložíme palec nebo ukazovák na začátek jizvy a jemně zatlačíme do zbělání nehtového lůžka. Setrváme 5 s a prst uvolníme. Tímto způsobem postupujeme po celé délce jizvy.
2) Drobné kroužky 	Přiložíme palec nebo ukazovák na začátek jizvy a jemně zatlačíme. Prstem děláme drobné kroužky a pomalu postupujeme po celé délce jizvy.
3) Uvolnění jizvy do tvaru U 	Palce a ukazováky obou rukou přiložíme naproti sobě z každé strany jizvy. Tím vznikne kožní řasa, kterou držíme 5 s. Tímto způsobem pokračujeme po celé délce jizvy.