

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče u pacientů s infekčními
komplikacemi po totálních endoprotézách
kyčelního a kolenního kloubu**

bakalářská práce

Autor práce: Soňa Brejšková
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Soňa Brejšková

Poděkování

Dovoluji si touto cestou poděkovat Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad i připomínek během přípravy mé bakalářské práce. Jejího vedení si velmi vážím.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám za jejich ochotu a věnovaný čas při poskytování rozhovorů.

Abstrakt

Název práce:

Ošetrovatelská péče u pacientů s infekčními komplikacemi po totálních endoprotézách kyčelního a kolenního kloubu.

Základní teoretická východiska

Infekční komplikace TEP patří k nejzávažnějším komplikacím po implantaci endoprotézy. Řešení je velmi náročné pro své chirurgické i psychologické aspekty vzhledem ke svým devastujícím účinkům a nejisté prognóze. V současné době se procento infekčních komplikací pohybuje mezi 0,5 – 2 %. Z pohledu sestry je ošetrovatelská péče o tyto pacienty velice náročná a má svá přesně stanovená specifika. Řešení infekčních komplikací pohybového aparátu je vysoce odborná záležitost a úspěch léčby je postaven především na propracovaném systému spolupráce ortopedického a infekčního oddělení. Tyto komplikace si vyžadují chirurgické řešení a ortopedický pacient s infekční komplikací, který podstoupí operační zákrok, je ihned z operačního sálu přeložen na infekční oddělení z důvodu zamezení možného přenosu infekce na ostatní pacienty ortopedického oddělení. Pacient je poté hospitalizován na infekčním oddělení i několik týdnů. Sestry na infekčním oddělení přebírají veškerou ošetrovatelskou péči, a proto by měly mít základní vědomosti o příčinách infekčních komplikací a o specifikách ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena na problematiku infekčních komplikací kloubních náhrad, na jejich příčiny, klasifikaci, léčbu a prevenci a dále se zabývá ošetrovatelskou péčí o tyto pacienty.

Cíle práce

Cílem práce bylo 1. Zmapovat znalosti sester o příčinách vzniku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu. 2. Zmapovat znalosti sester o ošetrovatelské péči u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu. 3. Zjistit dodržování aseptických postupů při poskytování

ošetřovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu.

K těmto cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. 1. Jaká je míra vědomostí sester o příčinách vzniku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu? 2. Jaká je znalost sester o specifikách ošetřovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu? 3. Jaká je míra znalostí sester o specifických potřebách pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu? 4. Do jaké míry dodržují sestry aseptické postupy při poskytování ošetřovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu?

Metodika

Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Metody a techniky sběru dat byly polostrukturované rozhovory a zúčastněné pozorování. Výzkumné šetření bylo realizováno na infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Šetření bylo anonymní, rozhovory a pozorování probíhalo v časové etapě od 1. 2. 2013 do 25. 2. 2013.

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Sestrám v něm bylo položeno 11 otázek (Příloha 10), které byly doplňovány v průběhu rozhovoru o další podotázky. Výsledky jednotlivých rozhovorů byly pro přehlednost zpracovány do kategorizačních skupin.

Jako další technika sběru dat byla použita metoda zúčastněného pozorování. Vypořádaná fakta jsme si průběžně zaznamenávali do předem připraveného záznamového archu (Příloha 11) a soustředili se na zvolené výkony. Pozorovány byly stejné sestry, se kterými probíhal rozhovor.

Výsledky

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry znají základní příčiny vzniku infekčních komplikací po TEP. Dále je z výsledků patrné, že sestry mají přehled o specifikách ošetřovatelské péče u těchto pacientů a rovněž mají teoretické znalosti v oblasti potřeb.

Na základě analýzy odpovědí bylo ale zjištěno, že sestřám provádění některých ošetrovatelských výkonů činí potíže, a to z důvodu částečné neznalosti, nejistoty a nemožnosti si některé výkony vyzkoušet. Z výsledků také vyplývá, že se všechny sestry snaží u pacientů saturovat fyzické potřeby, ale ne všechny sestry saturují psychické potřeby tak, jak uváděly ve svých odpovědích, což jsme zjistili pozorováním. Jedná se především o nedostatky v komunikaci s pacientem v oblasti motivace, psychické podpory a podpory sebeděče. Dále jsme zjistili, že většina sester dodržuje aseptické postupy při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP, ale výsledky odhalily i slabá místa. Více než polovina sester ve sledovaném souboru neprovádí hygienickou dezinfekci dle standardizované techniky a jedna třetina sester si nedezinfikuje ruce ani před výkonem. Další nedostatky jsme zjistili zejména v manipulaci se sterilním a biologickým materiálem.

Závěr

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry i přes nedostatek informací a zkušeností svými odpověďmi rámcově prokázaly své znalosti týkající se péče o tyto pacienty. V každé oblasti však zůstává prostor pro další rozšíření vědomostí sester jak po stránce teoretické, tak i po stránce praktické.

Tato bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla základní přehled o problematice infekčních komplikací po TEP a mohla být použita jako informační materiál pro již zkušené nebo začínající sestry, které se při své práci setkávají s pacienty s infekční komplikací po TEP. Praktickým výstupem bakalářské práce je návrh na mezioborový seminář zaměřený na problematiku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu, který přikládám jako přílohu. (Příloha 12)

Klíčová slova: bariérová péče, hygiena rukou, infekční komplikace, operační rána, pacient, potřeba, sestra, specifika

Abstract

Thesis title:

Nursing Care of Patients with Infectious Complications after Total Hip or Knee Endoprosthetic Replacement

Basic theoretical grounds

Infectious complications belong to the most serious problems after endoprosthesis implantation. Their solution is very demanding for its surgical and psychological aspects with regard to its devastating effects and uncertain prognosis. The percentage of infectious complications fluctuates between 0.5 and 2 % nowadays. From nurse's point of view the care about these patients is very demanding and has its exactly defined specifics. Solution of infectious complications in locomotor system is a highly professional matter and its success is mainly based on elaborate system of cooperation between surgical and infectious disease departments. These complications require surgical solution and an orthopaedic patient with infectious complications that has undergone a surgical operation is immediately transported from the operation theatre to the infectious disease ward to prevent possible transfer of infection to other orthopaedic patients. Such a patient is then hospitalized at the infectious disease ward for several weeks. Nurses of this ward take over all the care so they should have basic knowledge of infectious complication causes and specific care about these patients.

The thesis is divided into theoretical and empirical parts. The theoretical part focuses on problems of infectious complications in joint replacement and their roots, classification, treatment and prevention and it also deals with nursing care about these patients.

The aim of the thesis

The aim of the thesis was 1: To map the knowledge of the causes of occurrence of infectious complications after TEP of hip or knee joint among nurses. 2: To map the knowledge on nursing care of patients with infectious complications after TEP of hip or

knee joint among nurses. 3: To examine adherence to aseptic procedures in caring about patients with infectious complications after TEP of hip or knee joint. Three research questions were set to reach the goals: 1. What is the extent of knowledge of the causes of occurrence of infectious complications after TEP of hip or knee joint among nurses? 2. What is the knowledge of specific care of patients with infectious complications after TEP of hip or knee joint among nurses? 3. What is the extent of knowledge of specific needs of patients with infectious complications after TEP of hip or knee joint among nurses? 4. To what extent nurses adhere to aseptic procedures in caring about patients with infectious complications after TEP of hip or knee joint?

Methodology

Qualitative research was applied to elaboration of the thesis. Semi-structured interviews and involved observation were the data collection methods and techniques. The research was performed at the infectious disease department of the České Budějovice Hospital. The survey was anonymous, the interviews and observation were conducted from 1 to 25 February 2013.

A semi-structured interview was used for data collection. Nurses were asked 11 questions (Annex 10), which were complemented by additional questions during the interview. Results of the individual interviews were categorized for clarity.

The method of involved observation was used as another data collecting technique. I recorded the observed facts continuously in a pre-prepared data sheet (Annex 11) and concentrated on the chosen operations. The same nurses that had been interviewed were observed.

Results

The research has shown that nurses know the causes of infectious complications occurrence after TEP. It is also obvious that nurses are aware of the specifics of nursing care about these patients and they also have theoretical knowledge of the needs. However the analysis of the replies has revealed that nurses have problems with applying some nursing procedures, namely because of partial ignorance, uncertainty and

impossibility to try some procedures. The results have also shown that all the nurses try to saturate physical needs of patients but not all of them are able to saturate patients' physical needs as they mentioned in their replies and as we could observe. These are particularly drawbacks in communication in the field of motivation, mental support and self care support. We have also found that most of the nurses adhere to aseptic procedures in nursing care of patients with infectious complications after TEP, but the results have also revealed weak points. More than a half of the nurses of the monitored sample fail to perform hygienic disinfection in compliance with the standardized technique and a third of them do not disinfect their hands even before the act. We have found further drawbacks particularly in handling sterile and biological material.

Conclusion

The research results have shown that despite lack of information and experience the nurses proved their general knowledge of care about these patients in their replies. However there is still a lot to learn, both theoretically and practically.

This thesis was written to bring basic outline of the issue of infectious complications after total endoprosthetic replacement so as it can be used as information material for both, experienced or starting nurses that are in contact with patients with infectious complications after TEP. A multidisciplinary seminar aimed at the issues of infectious complications after total hip or knee endoprosthetic replacement (see Annex 12) is the practical output of the bachelor thesis.

Key words: barrier care, hand hygiene, infectious complications, operation wound, patient, need, nurse, specifics

Obsah

Obsah	10
Seznam použitých zkratek	12
Úvod	13
1 Současný stav	14
1.1 Totální náhrady kyčelního kloubu	14
1.1.1 Typy endoprotéz kyčelního kloubu	14
1.2 Totální náhrada kolenního kloubu	15
1.2.1 Typy endoprotéz kyčelního kloubu	16
1.3 Indikace k operaci TEP kyčelního a kolenního kloubu	16
1.4 Kontraindikace k operaci TEP kyčelního a kolenního kloubu	17
1.5 Infekční komplikace totálních náhrad kyčelního a kolenního kloubu	18
1.5.1 Rizika vzniku infekčních komplikací TEP	18
1.5.2 Klasifikace infekcí kloubních náhrad	19
1.5.3 Způsoby léčby infekčních komplikací TEP	20
1.6 Úloha sestry v prevenci infekčních komplikací po primoiimplantaci totálních endoprotéz	21
1.6.1 Hygiena a mytí rukou	22
1.6.2 Prevence infekce v místě chirurgického výkonu	22
1.6.3 Péče o permanentní katétr – prevence katérových infekcí	24
1.7 Předoperační příprava a péče o pacienta před revizní operací pro infekční komplikaci TEP	25
1.7.1 Dlouhodobá předoperační příprava pacienta před revizní operací	26
1.7.2 Krátkodobá předoperační příprava pacienta před revizní operací	27

1.7.3	<i>Bezprostřední předoperační příprava pacienta před revizní operací</i>	27
	
1.8	Pooperační péče o pacienta po revizní operaci	28
1.8.1	<i>Ošetrovatelská péče o pacienta po revizní operaci s implantovaným cementovým spacerem</i>	30
1.8.2	<i>Ošetrovatelská péče o pacienta po revizní operaci se zavedenou proplachovou drenáží</i>	32
1.9	Potřeby pacientů po revizních operacích pro infekční komplikace TEP	32
	
2	Cíle a výzkumné otázky	34
2.1	<i>Cíle práce</i>	34
2.2	<i>Výzkumné otázky</i>	34
3	Metodika	35
3.1	<i>Metodika práce</i>	35
3.1.1	<i>Rozhovor</i>	35
3.1.2	<i>Pozorování</i>	35
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	35
4	Výsledky	36
4.1	<i>Kvalitativní šetření – přepisy rozhovorů se všeobecnými sestrami</i>	36
4.2	<i>Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami</i>	49
4.2.1	<i>Kategorizační skupiny</i>	49
4.3	<i>Výsledky zúčastněného pozorování</i>	55
5	Diskuze	58
6	Závěr	66
7	Seznam použitých zdrojů	68
8	Přílohy	71
8.1	<i>Seznam příloh</i>	71

Seznam použitých zkratk

aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ASA	American Society of Anesthesiologists
BMI	body mass index
CŽK	centrální žilní katétr
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EKG	elektrokardiogram
i.v.	intravenózní aplikace – do žíly
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	permanentní žilní katétr
Rh faktor	rhesus faktor
s.c.	subkutánní aplikace – pod kůži
TEN	tromboembolická nemoc
TEP	totální endoprotéza
VAS	vizuální analogová škála

Úvod

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s infekční komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu. Téma této práce jsem si zvolila na základě dlouholetých osobních zkušeností s problematikou, jež se dotýká nejčastěji pacientů po operaci totální náhrady kyčelního a kolenního kloubu. Na ortopedickém oddělení, kde pracuji jako instrumentářka, jsem se zúčastnila řady provedených implantací výše zmíněných kloubních náhrad a též řešení těchto závažných komplikací. Kloubní náhrady a jejich komplikace jsou bezpochyby velmi a často diskutovaným tématem a to nejen v ortopedii. V oblasti ošetrovatelského výzkumu je stále více řešena problematika primární implantace totálních endoprotéz a s problematikou infekčních komplikací se již tak často neseťkáváme. V současné době je v Nemocnici České Budějovice a.s. péče o pacienty s infekční komplikací po TEP směřována na infekční oddělení, kde je poskytována komplexní ošetrovatelská i rehabilitační péče. Revizní operace pro infekční komplikaci po totální endoprotéze dvou největších kloubů v lidském těle je velice náročný výkon jak pro sestru z hlediska poskytování ošetrovatelské péče, tak hlavně pro pacienta. Proto je důležité, aby sestry měly dostatek znalostí o této problematice. Péče o tyto pacienty má svá specifika, a klade tak velké požadavky na znalosti sester v dané oblasti.

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda sestry na infekčním oddělení znají specifika této péče a zda přistupují k pacientům po revizní operaci pro infekční komplikaci holisticky. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena na problematiku infekčních komplikací kloubních náhrad, na jejich příčiny, klasifikaci, léčbu a prevenci a dále se zabývá ošetrovatelskou péčí o tyto pacienty. Část empirická obsahuje výsledky výzkumného šetření týkající se pooperační ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

1.1 *Totální náhrada kyčelního kloubu*

Zmapovat vývoj kyčelních kloubních náhrad není jednoduché. První zmínky o použití kyčelních kloubních náhrad pochází z počátku 20. století. Tehdy probíhal vývoj na několika liniích. První bylo hledání správného materiálu a designu a druhou způsob ukotvení kloubních náhrad. Při hledání materiálu byly postupně vyzkoušeny materiály jako je zlato, stříbro, magnesium, zinek, slonová kost, čepičky ze skla, bakelitu a vitalia. Vývoj kloubních náhrad se však neustále vyvíjel, a tak následovaly pokusy s různými materiály jako slonovina, ocel, osakryl a titan ve snaze nahradit celou hlavici i s krčkem (Čech, Džupa, 2004).

Endoprotézy kyčelního kloubu byly uvedeny do klinické praxe koncem 60. let minulého století. V roce 1962 v Anglii provedl sir John Charnley první implantaci cementované kyčelní endoprotézy a je považován za otce moderní endoprotetiky. Jednalo se o cementovaný typ totální náhrady. Jamka a dřík s hlavici byly po opracování acetabula a dřevné dutiny femuru fixovány pomocí kostního cementu (Dungl et al., 2005; Koudela et al., 2004). První totální náhrada kyčelního kloubu byla u nás provedena v roce 1969 pouhých šest měsíců po první implantaci v USA (Čech, Džupa, 2004).

1.1.1 *Typy endoprotéz kyčelního kloubu*

Pro poškozený kyčelní kloub může být použita endoprotéza cervikokapitální nebo endoprotéza totální. U endoprotézy cervikokapitální je nahrazena pouze hlavice kosti stehenní. U endoprotézy totální (dále jen TEP) se nahrazuje jednak hlavice kosti kyčelní, tak i kloubní jamka. Totální endoprotéza se skládá z dříku, který je implantován do opracovaného dřevného kanálu stehenní kosti. Dřík je vyráběn z různých kovových slitin. Na krček dříku je nasazena hlavička z kovové slitiny nebo speciální keramiky. Další komponentou je kloubní jamka, která nahrazuje kloubní povrch postiženého kyčelního kloubu. Jamka, která se ukotvuje pomocí kostního

cementu, se skládá pouze z jedné části a je vyrobena z polyethylenu. Jamka bezcementová je složena z titanového kotvícího pouzdra a artikulační vložky z vysokomolekulárního polyethylenu (Dungl et al., 2005; Sosna, Pokorný, Jahoda, 2003).

Obecně se rozlišují tři typy totálních náhrad. Náhrada cementovaná, necementovaná a hybridní. U cementovaných TEP se kyčelní jamka i dřík upevňují speciálním kostním cementem, u necementovaných TEP jsou jamka i dřík speciálně konstruovány tak, aby nemusely být fixovány do kostního lůžka kostním cementem. Fixace implantátu je dosaženo jejich tvarem a speciální úpravu povrchu, která po zaklínění do kosti umožňuje vrůst nové kosti do povrchu implantátu – dochází k osteointegraci implantátu z kostí tzv. kontaktní typ osteogeneze. Hybridní TEP je kombinace obou předchozích, kdy je jedna z komponent připevněna bez cementu, obvykle jamka, a druhá komponenta je fixována kostním cementem, obvykle dřík (Koudela et al., 2004; Dungl et al., 2005).

1.2 Totální endoprotéza kolenního kloubu

Vývoj hledání vhodného operačního výkonu k náhradě postiženého kolenního kloubu se datuje již od 19. století. Počátkem vývoje byla resekční artroplastika postiženého kloubu. Mezi resekované části kloubu byly vkládány měkké tkáně jako lalok z kloubního pouzdra, svalová tkáň, tuk, chromovaná sliznice vepřového měchýře nebo volný fasciální štěp. Dalším stupněm ve vývoji bylo použití interpozita z kovu. První skutečnou náhradou kolenního kloubu nahrazující celý kloubní povrch se stala až Waldiusova závěsová endoprotéza v roce 1957. Tato náhrada se skládala z komponent, které byly vzájemně spojeny na principu šarnýrového kloubu. Vývoj dále směřoval postupně přes geometrické typy implantátů až k implantátům anatomickým, respektujícím fyziologický pohyb kloubu. Jejich společným znakem bylo užití velmi tenkých a kompaktních komponent, které co nejdříve imitovaly původní kloub. Dalším pokrokem bylo zavedení kolenní náhrady s mobilní polyethylenovou artikulační vložkou (polovina 70. let „Oxford knee“) a také zavedení speciálních typů endoprotéz pro případy těžkých nestabilit, tumorů apod. Po úspěchu a velkém rozvoji kolenních

kloubních náhrad byly i u nás koncem 70. let minulého století zavedeny do běžné praxe kloubní náhrady většinou zahraniční výroby. První česká kondylární náhrada kolenního kloubu byla úspěšně implantována v roce 1984 (Vavřík, Sosna, Jahoda, Pokorný, 2005; Koudela et al., 2003).

1.2.1 Typy endoprotéz kolenního kloubu

Dnešní náhrady jsou navrženy tak, aby respektovaly anatomii kloubu. Nabídka implantátů v současné době umožňuje zvolit ke každému typu postižení adekvátní typ implantátu. Při poškození pouze jednoho kompartmentu femorotibiálního kloubu je metodou volby hemiatroplastika, kdy je nahrazena pouze část zátěžové zóny kolenního kloubu. Jedná se o náhradu mediální či laterální poloviny kloubu. Mnohem častěji se užívají tzv. totální náhrady, které umožňují nahradit celý styčný povrch kolenního kloubu a imitují přirozené kloubní tvary. Většina současných endoprotéz je založena na stavebnicovém systému. Femorální komponenty jsou vyráběny většinou z chromkobaltové slitiny, vzácněji z keramiky. Tibiální se skládají z polyethylenové vložky zasazené do kotvící kovové tibiální části, která je vyrobena rovněž ze slitiny kovů nebo z titanu. Kovové komponenty mohou být cementované nebo necementované se speciálním povrchem. Většina souprav implantátů má též náhradu pro česku. Femorální komponenta překrývá stehenní kost, tibiální kost holenní a patelární komponenta překrývá spodní hranu kloubní mezery. Obdobně jako kyčelní náhrady se kolenní náhrady dělí dle způsobu fixace ke kostnímu lůžku na cementované, necementované a hybridní. Hybridní náhrady mají bezcementovou komponentu na stehenní kosti a komponentu na holenní kosti fixovanou pomocí kostního cementu (Vavřík, Sosna, Jahoda, Pokorný, 2005; Trnavský, Rybka et al., 2006).

1.3 Indikace k operaci TEP kyčelního a kolenního kloubu

Indikace k operační léčbě musí být přísně individuální. Je indikována u spolupracujícího pacienta po pečlivém uvážení a vyčerpání všech možností konzervativní léčby, kdy nadále přetrvávají bolesti a dochází k výraznému funkčnímu

omezení končetiny, která pacienta značně omezuje v běžném životě. Nejčastější indikací k provedení TEP kyčelního kloubu je artróza kyčelního kloubu – koxartróza primární či sekundární. Koxartróza sekundární nejčastěji vzniká v důsledku vývojové kyčelní dysplazie, poškození kloubu úrazem nebo zlomeninou. Dále sem můžeme zařadit revmatické onemocnění - revmatoidní artritidu, m. Bechtěrev, stavy po zánětech kloubu a další. Indikací k provedení TEP mohou být rovněž i nádorová onemocnění (Sosna, Pokorný, Jahoda, 2003; Koudela et al., 2004).

U kolenního kloubu je hlavní indikací pokročilá gonartróza rezistentní na konzervativní terapii. Gonartróza postihuje jeden nebo oba kolenní klouby a stejně jako u kyčelního kloubu může být primární či sekundární. Sekundární gonartróza se ve většině případů rozvíjí v důsledku kloubních nepravidelností vzniklých jako následek traumatických změn, nebo následek chronického zánětu. K dalším indikacím také patří zánětlivá revmatická onemocnění, poúrazové stavy, systémové poruchy pohybového aparátu a vrozené vady (Trnavský, Rybka et al., 2006; Vavřík, Sosna, Jahoda, Pokorný, 2005).

1.4 Kontraindikace k operaci TEP kyčelního a kolenního kloubu

Kontraindikací k provedení totální náhrady jsou takové stavy, které by mohly výrazně ovlivnit jednak operační průběh, tak i pooperační zotavování. Kontraindikace lze rozdělit na lokální a celkové. Mezi lokální se řadí folikulitidy, vředové afekce v oblasti kloubu, proleženiny, erysipel a aktivní infekty v kloubu. Mezi celkové pak akutní infekce v jiných lokalizacích (uroinfekce, infekce dýchacích cest, zubní infekty), nepříznivý interní stav, závažné neurologické onemocnění, špatnou kvalitu kostní tkáně a závažná psychická onemocnění. Za relativní kontraindikace se považují věk nad 80 let, těžší forma diabetu, hemofilie, těžké formy systémových kostních postižení, monstrózní obezita a neuspokojivé sociální zázemí (Dungl et al., 2005; Trnavský, Rybka et al., 2006).

1.5 Infekční komplikace totálních náhrad kyčelního a kolenního kloubu

V počátcích aloplastiky se výskyt infekčních komplikací TEP udával v 9 %. V současné době se díky pečlivé přípravě pacienta, preventivní antibiotické profylaxi, operování na supersterilních operačních sálech, moderní operační technice a implantátům procento infekčních komplikací TEP pohybuje mezi 0,5 – 2 %. Infekční komplikace TEP (Příloha 1, 2) patří k nejzávažnějším komplikacím po implantaci endoprotézy a představují závažný problém. Řešení je velmi náročné pro své chirurgické i psychologické aspekty vzhledem ke svým devastujícím účinkům a nejisté prognóze. V neposlední řadě nelze opomenout ani ekonomické aspekty pro svou vysokou finanční náročnost léčby. Léčení infikované endoprotézy je dlouhodobé. Opakované chirurgické zákroky, dlouhodobé podávání antibiotik a náročná rehabilitace jsou pro pacienta velmi psychicky zatěžující a přes veškeré úsilí nemusí být léčba úspěšná. V krajním případě může léčba skončit artrodézou kloubu, extrakcí kloubu či dokonce amputací končetiny (Gallo, Kolář, Koukalová et al., 2006, s. 117; Tomáš, 2008, s. 451-456).

Závažnost, průběh a výsledek léčby závisí především na typu infekčního agens, na jeho virulenci, citlivosti k antibiotikům a schopnosti tvořit biofilm. Mezi nejčastější původce infekčních komplikací TEP patří grampozitivní koky, zejména *Staphylococcus aureus* a *Staphylococcus epidermidis*. Dále pak gramnegativní tyčky různých skupin např. *Escherichia coli*, *Proteus species*, *Pseudomonas aeruginosa* a *Enterobacter species*. V neposlední řadě nelze opomenout původce infekčních komplikací rezistentních na antibiotickou léčbu, a to především *Staphylococcus aureus* a *Staphylococcus epidermidis* methicilin rezistentní a vankomycin rezistentní *Enterococcus species* (Jahoda, Sosna, Nyč et al., 2008; Čech et al., 2004).

1.5.1 Rizika vzniku infekčních komplikací TEP

Riziko vzniku infekčních komplikací je závislé na mnoha faktorech. Infekce může vzniknout již v předoperačním období, může být také zanesena do operační rány přímo na operačním sále, a to nedodržením aseptického postupu a přísných režimových

opatření během samotné operace. Rizikovým faktorem je rovněž nesprávná operační technika nebo délka operace delší než 120min. V časném pooperačním období je to především nedodržení bariérové ošetrovací péče ze strany ošetřujícího personálu (Čech, Džupa, 2004; Jahoda, Sosna, Nyč et al., 2008).

Rizikové faktory ze strany pacienta lze rozdělit na celkové a místní. Z celkových rizikových faktorů lze vyjmenovat revmatoidní artritidu, stav výživy pacienta, a to jak malnutrici (BMI pod 20), tak i obezitu (BMI nad 35), diabetické komplikace, dentální fokusy, opakované infekty močových cest, alkoholismus, psoriázu, současnou léčbu imunosupresivou a kortikoidy. Lokálně má pak výrazný vliv na vznik infekce počet operačních výkonů na operovaném kloubu, v pooperačním období zpomalené hojení rány, pooperační hematoma, dehiscence v ráně a povrchové infekce (Jahoda, Sosna, Nyč et al., 2008; Tomáš, 2008, s.451- 456).

1.5.2 Klasifikace infekcí kloubních náhrad

Nejčastěji používanou klasifikací kloubních náhrad je klasifikace dle Coventryho. Dle této klasifikace se infekty kloubních náhrad dělí dle doby vzniku a průběhu na časný, mitigovalý a pozdní – hematogenní.

„*Časná infekce* vzniká v bezprostředním pooperačním období, nejpozději v druhém měsíci po operaci, nejčastěji po vysazení antibiotického krytí. Je způsobena vysoce virulentními kmeny. Stav je často akutní, často s dramatickým rozvojem systémových známek infekce. Pacient trpí výraznou bolestivostí, rána je zarudlá, je přítomen otok, zduření, jsou přítomny večerní teplotní špičky, později přetrvávající febrilie. *Mitigovaná infekce* vzniká obvykle 6-12 měsíců po operaci, symptomy infekce se vyvíjí postupně, hlavním příznakem je bolest (většinou po celou dobu od operace) a omezení funkce kloubu. Lokální známky zánětu mohou chybět. V anamnéze se vyskytují pooperační komplikace, jako zpomalené hojení rány, přetrvávající sekrece a teploty. Tento typ infekce je způsoben inokulací málo virulentního mikroorganismu během operace“ (Jahoda, Sosna, Nyč et al., 2008, s. 54-55).

„*Pozdní hematogenní infekce* vzniká obvykle za dva a více let po operaci, do té doby asymptomatického kloubu. Projevuje se bolestí kloubu, často i horečkou. Probíhá

akutně, či subakutně. Může vyvolat i septický stav nebo septický šok. Lokálně se objevuje zarudnutí v okolí operační jizvy a palpačně citlivé vyklenutí. Tomuto stavu často předchází chirurgický, stomatologický výkon, či infekce horních cest dýchacích nebo močových cest bez adekvátní antibiotické léčby“ (Čech, Džupa, 2004, s. 194).

1.5.3 Způsoby léčby infekčních komplikací TEP

Způsob léčby a zvolení vhodné léčebné metody závisí především na celkovém stavu pacienta, typu kloubu, rozsahu infekce, době jejího trvání, druhu infekčního agens, jeho schopnosti tvořit biofilm a citlivosti k antibiotikům. Je vhodné zvolit takový postup, který je co nejméně náročný pro pacienta a zaručuje sanaci infekce s nejlepším funkčním výsledkem. Léčba by měla probíhat na specializovaných pracovištích zabývajících se touto problematikou. Tato pracoviště mají dostatečné zkušenosti i možnosti provádět rozsáhlé rekonstrukce po TEP, mají fungující jednotku septické ortopedie, kvalitní vybavení a v neposlední řadě propracovanou multioborovou spolupráci především s obory, jako je mikrobiologie, infekční, interní a anesteziologické oddělení. Při této spolupráci je pacientovi poskytnuta vysoce specializovaná jak léčebná, tak i ošetrovatelská péče (Jahoda, Landor, Pokorný, 2011, s.179–184; Krbec, Čech, Džupa et al., 2004, s. 179-187).

Základní možnosti léčby jsou tyto. I. - debridement se zachováním TEP a proplachová laváž - tento postup je vhodný pouze u časně a pozdní hematogenní infekce provedený do dvou týdnů od začátku příznaků. II. - extrakce a reimplantace TEP, kterou lze provést jednodobě nebo dvoudobě s odkladem reimplantace v intervalu 6 týdnů až 6 měsíců s použitím cementového spaceru. III. - resekční artroplastika, tento postup je využíván u pacientů neschopných absolvovat rozsáhlý ani vícedobý výkon nebo u pacientů, kde je vysoké riziko recidivy. Spočívá v extrakci implantátu, pečlivém debridementu měkkých tkání a zavedení skeletární trakce za tuberositas tibiae. Tento postup není příliš vhodný v oblasti kolenního kloubu. IV. - artrodéza a amputace – jsou v oblasti kyčelního kloubu spíše raritním výkonem. U infekce kolenního kloubu je artrodéza indikována především u nezvládnutelné infekce a všeobecných interních komplikací. Standardně se užívá zevní fixátor v různých kombinacích, který zajistí

postavení artrodézy. Amputace je krajním řešením v případech život ohrožující sepse. V. - dlouhodobá antibiotická terapie s kontrolovanou píštělí je považována za vynucené řešení u neoperabilních pacientů. Pokud se nevytvoří píštěl, je pacient ohrožen na životě vznikem sepse až septického šoku. Všechny tyto léčebné možnosti doplňuje dlouhodobá antibiotická léčba (Čech, Džupa, 2004; Jahoda, Sosna, Nyč, 2008).

1.6 Úloha sestry v prevenci infekčních komplikací po primoimplantaci totálních endoprotéz

Úlohou každé sestry v prevenci infekčních komplikací po primoimplantaci totálních endoprotéz je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a dodržování bariérového ošetrovacího režimu. Bariérový ošetrovací režim je v prevenci infekcí kloubních náhrad nezbytný. Chrání nejen pacienty, ale i personál a je jedním z indikátorů kvality zdravotní péče (Nutilová, 2008, s. 334-336).

Bariérová ošetrovatelská péče je definována jako systém pracovních a organizačních opatření, které mají zabránit vzniku a šíření nozokomiálních nákaz (Kindlová, 2007). Pomocí ošetrovatelské bariérové péče lze zamezit přenosu infekce z jednoho kolonizovaného, či infikovaného pacienta na druhého. Do bariérové ošetrovatelské péče by měla sestra zapojit aktivně i samotné pacienty. Seznámit je s domácím řádem oddělení, upozornit na dodržování zásad osobní hygieny, používání osobních pomůcek a v neposlední řadě je informovat o prováděných výkonech a dalším ošetřování. K dodržení zásad správné bariérové péče je pro sestru zapotřebí dodržovat zásady osobní hygieny, mytí rukou, používat ochranné pomůcky, především rukavice. Dále pak používat přednostně jednorázové pomůcky a ostatní pomůcky individualizovat, dodržovat správnou manipulaci s biologickým materiálem, přísně dodržovat aseptické postupy a metody, správně manipulovat s čistým i použitým prádlem, nemocničním odpadem a bezpečně zacházet s použitými nástroji, přístroji a zdravotnickým materiálem. Zákonem, který upravuje systém bariérové ošetrovatelské péče, je vyhláška č. 306/2012 sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (Nutilová, 2008, s. 334- 336 ; Kapounová, 2007).

1.6.1 Hygiena a mytí rukou

Mezi nejdůležitější opatření v prevenci přenosu nozokomiálních nákaz patří správné mytí a dezinfekce rukou všech zdravotnických pracovníků. Kontaminovanými rukama zdravotníků je přeneseno víc jak 60 % všech nozokomiálních nákaz. Správná hygiena a dezinfekce rukou je nejjednodušší, nejefektivnější a nejméně nákladný způsob řešení vzniku a šíření nozokomiálních nákaz na oddělení (Škrla, 2006).

Zásady osobní hygieny, péče o ruce a jejich bezpečnou přípravu v rámci ošetrovatelské a léčebné péče stanoví metodický pokyn MZ ČR, částka 9, 2005.

Mechanické mytí rukou (Příloha 3) je součástí osobní hygieny. Je prováděno např. při příchodu na pracoviště, před a po běžném kontaktu s pacientem, po sejmutí rukavic, při viditelném znečištění rukou, po použití toalety, po smrkání apod. Používáno je nejčastěji tekuté mýdlo a tekoucí voda po dobu 30 sekund. Ruce se poté utrou do sucha jednorázovým papírovým ručníkem. Hygienická dezinfekce rukou (Příloha 4) redukuje množství přechodné mikroflóry z pokožky. Provádí se jako součást bariérové ošetrovací péče, dále po kontaminaci rukou biologickým materiálem a v případě protržení rukavic během výkonu. K této dezinfekci se používá alkoholový dezinfekční prostředek, který se vtírá do suché pokožky rukou po dobu 30 až 60 sekund do zaschnutí. Ruce se v tomto případě neotírají ani neoplachují. K dodržování správné hygieny je zapotřebí snadný přístup k dezinfekčním prostředkům, používání bezdotykových dávkovačů tekutých mýdel a jednorázových ručníků (Maďar, Podstatová, Řehořová, 2006; Vintr, 2011).

Dále by se měla sestra i ostatní zdravotničtí pracovníci v souladu s vyhláškou MZ ČR 306/2012 v operačních provozech a lůžkových zdravotnických zařízeních zdržet nošení šperků, hodinek, umělých a dlouhých nehtů na rukou (Česko, vyhláška č. 306, 2012).

1.6.2 Prevence infekce v místě chirurgického výkonu

Infekce v místě chirurgického výkonu patří mezi nejčastější nozokomiální nákazy. Jsou vysoce preventabilní a jejich rizika lze minimalizovat. Následky těchto infekcí

prodlužují dobu zotavování a pobyt pacienta v nemocnici. Pacientovi způsobují utrpení a v nejhrošším případě mohou způsobit invaliditu, nebo i smrt. Většinu raných infekcí vyvolávají bakterie. Na ortopedických pracovištích pak především gram pozitivní, přičemž dominuje *Staphylococcus aureus*. Jedná se o infekce, které vznikají v souvislosti s operačním výkonem a porušením celistvosti kůže a sliznic. Klinicky se projevují od zarudnutí kolem stehů, až po hnisání v ráně s její dehiscencí. Dodržováním bariérové ošetrovatelské péče a dalších preventivních opatření lze vznik infekcí v místě chirurgického výkonu minimalizovat jak v předoperačním, intraoperačním, tak i v pooperačním období. V předoperačním období je nezbytná co nejkratší hospitalizace pacienta před operací, u plánovaných výkonů je nutná léčba jiných infekcí. Operační pole se doporučuje holt až v den zákroku. Holení večer před operací nebo dříve je spojeno s výrazně vyšším rizikem vzniku infekce a přisuzuje se mikroskopickým řezným zraněním kůže, ve kterých se mohou mikroorganismy usídlit a rozmnožovat. Neméně důležité je v tomto období podání vhodné antibiotické profylaxe, což je aplikace vybraných antimikrobních přípravků. Cílem je dosažení a udržení účinné koncentrace antibiotika v tkáních operačního pole po celou dobu operace a bezprostředním pooperačním období. Antibiotikum je nutné aplikovat i. v. 60 až 15 min před výkonem a maximální doba profylaxe by neměla být delší než 24 až 48 hod (Podstatová, Mařar, 2007, s. 8-10). V intraoperačním období má významnou úlohu především důsledné dodržování asepse a bariérové ošetrovací techniky sálovým personálem. Dále pak stavební řešení operačních sálů včetně laminárního proudění filtrovaného vzduchu, minimalizace počtu personálu na sále během operace, používání jednorázového materiálu a pomůcek, správná dezinfekce operačního pole s dodržováním doby expozice dezinfekčního roztoku, precizní chirurgická technika, délka operačního zákroku, způsob uzavření rány a jiné. V neposlední řadě také dodržování správných a účinných dezinfekčních a sterilizačních postupů popsanych v platné legislativě – vyhláška MZ 306/2012. V pooperačním období má významnou roli v prevenci těchto infekcí především sestra, která operační ránu udržuje zakrytou sterilním obvazem 24 až 48 hod po operaci, při převazech a kontaktu s operační ránou dodržuje zásady asepse, používá výhradně sterilní nástroje, materiál a pomůcky. O změnách v hojení, zhoršení

stavu rány nebo o jakémkoli symptomu infekce vždy včas informuje lékaře. Sestra pravidelně provádí záznam o ošetření rány do dokumentace pacienta, pečlivě sleduje jeho reakce, intenzitu bolesti a v neposlední řadě informuje pacienta i jeho rodinu o správném postupu v péči o ránu a možných komplikacích (Maďar, Podstatová, Řehořová, 2006; Krbec, Čech, Džupa et al., 2004, s. 179-187).

1.6.3 Péče o permanentní katétr – prevence katérových infekcí

Infekce krevního řečiště a močových cest jsou dalším rizikovým faktorem pro vznik infekčních komplikací po totálních endoprotézách. Správná volba katétru, adekvátní ošetrovatelská péče a znalost možných komplikací je jednou ze základních podmínek, jak sestra může pacientovi zajistit účinnou léčbu s minimálním rizikem komplikací. Mezi nejčastěji používané katétrů k zajištění krevního řečiště patří periferní žilní kanyl (dále jen PŽK), centrální žilní katétr (dále jen CŽK) a k zajištění močových cest - permanentní močový katétr (Maďar, Podstatová, Řehořová, 2006).

PŽK je zaváděn tehdy, je-li plánované použití kratší než 5 dní. Pro zavedení je nejčastěji využíváno žilní řečiště předloktí a ruky – v. basilica, v. cephalica, v. mediana a žilní síť na hřbetu ruky. Sestra u pacienta se zavedenou kanylou provádí řádně pravidelné převazy, při kterých dodržuje vždy aseptický postup. Pokud je vpich kryt sterilními mulovými čtverci, provádí převaz každý den, při použití semipermeabilní fólie každý 3. den, při prosáknutí či znečištění krytí provede převaz okamžitě. Dále kontroluje a hodnotí okolí vstupu katétru – minimálně jedenkrát denně, sleduje známky místní i celkové infekce a důsledně provádí záznamy do dokumentace pacienta. Kanylou pravidelně obměňuje v intervalu 48 až 72hod (Kapounová, 2007; Maďar, Podstatová, Řehořová, 2006).

CŽK je používán pro podání léků, které není vhodné pro jejich vysokou koncentraci aplikovat do periferního řečiště. CŽK se nejčastěji zavádí do v. subclavia, v. jugularis interna a externa a v. femoralis a zavádí ho vždy lékař, sestra asistuje. Před aplikací infuzních roztoků je nutné zkontrolovat polohu zavedeného katétru pomocí rentgenového snímku. Péče o CŽK je zcela v kompetenci sestry. Při jakékoliv manipulaci s katétre i při převazu místa vpichu dodržuje zásady asepse. Interval

převazu místa vpichu provádí podle použitého krycího materiálu (viz PŽK). První den po zavedení se doporučuje krýt katétr sterilními čtverci, a to z důvodu možného krvácení z místa vpichu. Dále sestra pravidelně dle standardu oddělení provádí stěr z okolí místa vpichu při převazu katétru nebo vždy, pokud je místo vpichu zarudlé, bolestivé, infiltrované nebo při výskytu sekretu v jeho okolí. Stěr odesílá na bakteriologické vyšetření (Kapounová, 2007).

PMK je plastový nebo silikonový katétr s traumaticky zaobleným koncem, dvěma otvory a fixačním balónkem, který se po zavedení plní fyziologickým roztokem. U žen zavádí katétr sestra, u mužů lékař a sestra asistuje. Při aplikaci a manipulaci s permanentním močovým katétre sestra rovněž dodržuje aseptické zásady, k dezinfekci genitálu používá doporučený dezinfekční roztok určený k cévkování a sterilní tampóny. V následné péči sestra u pacienta zajistí především dostatečný příjem tekutin. Pokud to dovolí pacientův zdravotní stav, je doporučená dávka cca 2500 až 3000 ml tekutin za den. Dle ordinace lékaře sleduje příjem a výdej tekutin, dále dbá na důslednou hygienu kůže a okolí genitálu, kontroluje průchodnost katétru, sleduje množství, barvu a kvalitu moče odtékající do sběrného sáčku a pravidelně mění katétr i sběrný sáček. Frekvence výměny katétru a sběrného sáčku se řídí typem materiálu a doporučením výrobce. U katétru ze silikonu je doporučena výměna za 2 až 3 měsíce, u ostatních po 3 až 4 týdnech. Sestra se vždy řídí ošetřovatelským standardem daného pracoviště. Sběrný sáček je nutné měnit častěji, a to jedenkrát za 24 až 48 hodin (Kapounová, 2007; Standard oš. péče č. 025).

1.7 Předoperační příprava a péče o pacienta před revizní operací pro infekční komplikaci po TEP

Revizní operace je indikována u pacientů, u kterých byla diagnostikována časná, mitigovaná nebo pozdní hematogenní infekce kloubu. Předoperační příprava zahrnuje péči o pacienta od doby, kdy bylo indikováno operační řešení a končí předáním pacienta na operační sál. Cílem předoperační přípravy je pro pacienta vytvoření optimálních podmínek ke zdárnému zvládnutí operačního zákroku i pooperačního průběhu a eliminace strachu. Rozsah předoperační přípravy je závislý na zdravotním stavu

pacienta, typu operačního výkonu, přítomnosti přidružených vedlejších chorob, klinickém a laboratorním nálezu a na tělesné a duševní kondici pacienta. Dle časového období před operací lze předoperační přípravu rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Kala, Penka, 2010; Slezáková et al., 2010).

1.7.1 Dlouhodobá předoperační příprava pacienta před revizní operací

Revizní operace infekční komplikace TEP je velmi náročný a zatěžující výkon. V předoperačním období proto musí pacient absolvovat detailní předoperační interní vyšetření, jehož účelem je zhodnocení jednotlivých orgánových systémů a odkrytí patologie či nemoci, která by mohla negativně ovlivnit průběh operace, anestezie a pooperační rekonvalescence (Šváb, 2008). Vyšetření zpravidla provádí ambulantně před přijetím k hospitalizaci praktický lékař nebo internista. Obsahuje odběr anamnézy, úplné interní fyzikální vyšetření, chemické vyšetření moči a močového sedimentu, kultivační vyšetření moči, vyšetření krve, zejména krevní obraz, základní biochemii, krevní skupinu a Rh faktor, Quickův test, aPTT, dále pak EKG s popisem a rentgenové vyšetření srdce a plic. Výsledky vyšetření a interní závěr nesmí být starší více jak 14 dnů. Praktický lékař nebo internista rovněž zabezpečí u pacienta vysazení dlouhodobě používaných salicylátů a jiných léků antikoagulační terapie. Dále navazuje předanestetické vyšetření, které slouží ke stanovení anesteziologické klasifikace dle ASA. Na základě jeho výsledků navrhuje anesteziolog charakter předoperační přípravy včetně medikace a způsob anestezie pro následný operační výkon. Další nezbytnou součástí předoperační přípravy je rentgenový snímek, magnetická rezonance, ultrazvukové vyšetření nebo scintigrafie kloubu a punkce kloubu s odběrem kloubního punktátu na bakteriologické, hematologické, biochemické, cytologické a genetické (PCR – polymerázová řetězová reakce umožňuje přímou detekci DNA patogenů přítomných v kloubu) vyšetření. Cílem tohoto vyšetření je stanovení přítomnosti zánětu v kloubu a určení druhu infekčního agens. Nezbytná je i kontrola u stomatologa k vyloučení infekčních fokusů v dutině ústní (Jahoda, Sosna, Nyč, 2008; Slezáková et al., 2010).

1.7.2 Krátkodobá předoperační příprava pacienta před revizní operací

Krátkodobá předoperační příprava se odehrává v den přijetí, a to 24 hod. před samotným operačním zákrokem. Při příjmu je pacient přijat lékařem a sestrou na ortopedické ambulanci. Lékař a sestra zhodnotí výsledky předoperačního vyšetření dle svých kompetencí. Lékař pacientovi vysvětlí zásady předoperačního a pooperačního režimu, seznámí ho s postupem operace a dá pacientovi podepsat souhlas s operací. Sestra při příjmu pacientovi změří fyziologické funkce, zapíše je do dokumentace a viditelně označí případné alergie. Poté je odveden na oddělení. Sestra pacienta uloží na lůžko, seznámí ho s chodem oddělení, s průběhem předoperační a pooperační péče. Během rozhovoru od pacienta průběžně získává informace o jeho zvyklostech a potřebách. Dále sestra zajišťuje doplnění vyšetření a plní ordinace dle ošetřujícího lékaře nebo anesteziologa. Zajistí také objednání transfuzních krevních derivátů. U pacienta zhodnotí stupeň soběstačnosti a zajistí celkovou koupel. V případě, že zjistí jakýkoliv deficit v soběstačnosti, nabídne mu pomoc. Při hygienické péči u pacienta věnuje pozornost především kožním záhybům, stavu kůže a nehtů. Sestra rovněž zajistí u pacienta dostatečné vyprázdnění tlustého střeva (očistné klyzma, vyprazdňovací roztok) dle zvyklosti oddělení a typu operace. Před výkonem sestra pacientovi vysvětlí, proč je nutné střeva před operací vyprázdnit, a seznámí ho s postupem. Pacienta také upozorní na nutnost nejíst, nepít a nekouřit minimálně 6-8 hod. před samotným zákrokem. Večer před operací z důvodu prevence tromboembolické nemoci aplikuje sestra pacientovi nízkomolekulární heparin s.c. a podá prepremedikaci. Pacienta rovněž navštíví anesteziolog z důvodu seznámení s typem anestezie a možnými riziky. Dle zdravotního stavu pacienta doplní anesteziologické ordinace, předepíše vhodnou premedikaci a dá pacientovi podepsat souhlas s anestezii (Standard oš. péče č. 032; Slezáková et al., 2010).

1.7.3 Bezprostřední předoperační příprava pacienta před revizní operací

Bezprostřední příprava probíhá cca 2 hodiny před samotným zákrokem. Sestra aplikuje pacientovi léky dle ordinace lékaře. Dle zvyklosti oddělení zavede pacientovi

periferní žilní kanylu, v indikovaných případech permanentní močový katétr. U pacienta zkontroluje dodržení lačnění (alespoň 6-8 hodin před zákrokem). Zajistí oholení operačního pole a následnou hygienu, poté ještě operační pole zkontroluje. Dále pacienta upozorní na nutnost sejmutí šperků, zubní protézy nebo naslouchadla. Na neoperovanou dolní končetinu dle ordinace lékaře přiloží elastická obinadla v rámci prevence TEN. Na vyzvu anesteziologické sestry dle ordinace anesteziologa aplikuje pacientovi premedikaci. Před aplikací premedikace pacienta vyzve, aby se vymočil, po aplikaci již nevstával z lůžka a dodržoval klidový režim. Zároveň pacientovi vysvětlí, že se po aplikaci premedikace může cítit ospalý a může mít pocit sucha v ústech. Poté zajistí převoz pacienta s kompletní dokumentací na operační sál a předá ho anesteziologické sestře (Slezáková et al., 2010; Kala, Penka, 2010).

1.8 Pooperační péče o pacienta po revizní operaci

Po ukončení operačního výkonu je pacient z operačního sálu s kompletní dokumentací přeložen na jednotku intenzivní péče septické ortopedie nebo infekčního oddělení. Převzetí pacienta sestra stvrdí svým podpisem a zapíše čas příjmu do dokumentace. Bezprostřední pooperační péče je zaměřena především na monitorování základních životních funkcí, sledování možných pooperačních komplikací a zvládnutí pooperační bolesti. V tomto období je také nezbytná péče o psychický stav pacienta a uspokojování jeho potřeb. Po příjmu na ošetrovací jednotku sestra pacienta uloží do polohy na zádech s lehce zvýšenou horní polovinou těla. Polohu dolní končetiny zajistí dle pokynu operátora z dokumentace pacienta. Poloha operované končetiny je po těchto operacích přísně individuální a řídí se typem operačního výkonu. Sestra zajišťuje a monitoruje v časových intervalech, které určí lékař, u pacienta základní životní funkce – krevní tlak, puls, dýchání, tělesnou teplotu a průběžně zaznamenává výsledky do dokumentace. Nutná je i pravidelná kontrola stavu vědomí pacienta pomocí jednoduchých dotazů a výzev. Při odchylkách ihned informuje lékaře (Valenta, 2007).

Kontrola operační rány (Příloha 5) patří rovněž k povinnostem sestry. V prvních dnech spočívá péče především v kontrole krycího obvazu, jeho případného prosakování

a vzhledu okolí kůže. Pokud krytí lehce prosakuje, doplní ho sestra o další vrstvu. Je-li toto nedostačující, informuje lékaře. Pokud se nevyskytnou komplikace, provádí první převaz po 24-48 hodinách. Dále pečuje o drény. Hlavní funkcí drénu je odvádění sekretu z ran a patologických ložisek. U pacientů po ortopedických operacích se zavádí převážně Redonův drén. U tohoto typu drénu se jedná o uzavřený systém drenáže. V kalibrované nádobce, která je součástí tohoto systému, je stálý odsávací podtlak. Drény se zavádí v průběhu operačního výkonu a na povrch těla jsou vyvedeny zvláštní incizí a fixovány ke kůži chirurgickým stehem, aby nenarušovaly proces hojení operační rány. V pooperačním období sestra sleduje vzhled a množství odváděného sekretu a pravidelně toto zapisuje. Zároveň kontroluje průchodnost drénu a podtlak ve sběrné nádobce (Slezáková et al., 2010).

Pacient má také z operačního sálu zajištěn žilní vstup – permanentní nebo centrální žilní katétr. Těmito vstupy sestra podává infúzní roztoky, medikace a antibiotika dle ordinace lékaře. Při aplikaci se přesně řídí ordinací lékaře zapsanou v dekurzu. Obzvláště antibiotika se podávají v dvoj nebo troj kombinaci i po delší dobu. Je tedy velmi důležité, aby sestra antibiotika podávala ve správné dávce a ve správný čas přesně dle rozpisu lékaře a sledovala možné alergické reakce po podání, či jiné projevy nesnášenlivosti daného antibiotika. Pacient je po této náročné operaci ohrožen komplikacemi z velkých krevních ztrát a z tohoto důvodu je u většiny pacientů v závislosti na výsledcích krevního obrazu a celkovém stavu ordinována transfuze krevních derivátů. Sestra během transfuze u pacienta pravidelně monitoruje celkový stav, subjektivní obtíže, barvu kůže, tělesnou teplotu, krevní tlak a puls. Nastane-li během transfuze jakákoli reakce nebo komplikace, transfúzi ihned ukončí, ale žilní vstup zachová a ihned informuje lékaře (Slezáková et al., 2010; Kapounová, 2007).

Kontrola močení po operaci je další nezbytnou součástí pooperační péče. Pacient po revizních operacích má zaveden většinou již z operačního sálu permanentní močový katétr. V péči o katétr dbá sestra především na důslednou hygienu kůže a okolí genitálu. Sleduje a udržuje průchodnost katétru, pravidelně vyměňuje sběrné sáčky, dále sleduje barvu, zápach, příměsi, množství moče a známky lokální i celkové infekce. Sběrný sáček zavěsí tak, aby byl pod úrovní močového měchýře a nedotýkal se podlahy.

Drenážní systém udržuje po celou dobu zavedení katétru sterilní, těsnící a co nejméně ho rozpojuje. Pokud pacient katétr zaveden nemá, měl by se vymočít do 6 - 8 hodin po operaci. Nestane-li se tak, může sestra podpořit mikci fyzikálními prostředky nebo dle ordinace lékaře provede katetrizaci močového měchýře (Žůčková, 2009, s. 15-16; Slezáková et al., 2010).

Léčba bolesti v operační ráně v pooperačním období musí být účinná, ideálně dávkovaná dle potřeb pacienta. Sestra u pacienta nikdy bolest nepodceňuje. Při monitoraci bolesti sleduje intenzitu (např. dle VAS 0-10), charakter, lokalizaci, reakci na léky a současně sleduje fyziologické funkce. K tišení bolesti pacientovi aplikuje dle ordinace lékaře neopiátová analgetika nebo opiody. Při podávání opioidů pravidelně kontroluje u pacienta vědomí a reakci na oslovení. Délka intervalů a dávka analgetik se liší dle velikosti operačního výkonu, věku a tělesné hmotnosti pacienta. Další možností tlumení bolesti je kontinuální epidurální podávání opiátů. Součástí léčby pooperační bolesti je i polohování a psychická podpora pacienta (Slezáková et al., 2010; Valenta, 2007).

V pooperační péči sestra rovněž zajišťuje u pacienta důslednou hygienu celého těla, včetně dutiny ústní. Dále dbá na prevenci vzniku tromboembolické nemoci, přikládá elastické bandáže na neoperovanou dolní končetinu, pravidelně je mění, aplikuje nízkomolekulární heparin s.c. (Fraxiparine, Clexan), provádí s pacientem dechovou gymnastiku a pasivní cvičení na lůžku. Důležitá je také prevence dekubitů, která spočívá v dostatečné hydrataci a nutrici pacienta, v pečlivě upraveném lůžku, osobní hygieně pacienta se zaměřením na predilekční místa, masáži zad a pravidelném polohování s použitím různých pomůcek (Chovancová, 2006, s.51-52 ; Slezáková et al., 2010).

1.8.1 Ošetrovatelské péče o pacienta po revizní operaci s implantovaným cementovým spacerem

Cementový spacer se implantuje do kyčelního nebo kolenního kloubu po extrakci původní infikované endoprotézy. Indikován je u pacientů, u kterých je po залечení infektu s odstupem minimálně šest týdnů plánována reimplantace nového implantátu.

Hlavním úkolem spaceru je vyplnění mrtvého prostoru kloubu po extrakci endoprotézy, lokální uvolňování antibiotika do kosti a okolní tkáně. V neposlední řadě také stimulace a remodelace kostního lůžka. K výrobě spaceru je používán kostní cement s antibiotikem (Gentamicin, Clindamycin, Vankomycin) a můžou z něho být modelovány různé tvary. Spacer je modelován z kostního cementu ručně operátérem nebo pomocí silikonové formičky přímo na operačním sále. V současnosti je všeobecně preferován továrně vyrobený spacer z kostního cementu s antibiotikem, který je nejlépe fungující, avšak jeho užití značně omezuje vysoká cena. V oblasti kyčelního kloubu má spacer tvar cervikokapitální endoprotézy. (Příloha 6) U kolenního kloubu (Příloha 7) je používán fixní spacer, kdy kostní cement vyplňuje celý kloubní prostor nebo spacer artikulační, který imituje kloubní plochy a umožňuje pacientovi částečný pohyb v kolenním kloubu. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty má svá specifika zejména v polohování, mobilizaci pacienta a jeho následné rehabilitaci. U pacienta s implantovaným kyčelním spacerem je končetina zapolohována v lehké elevaci a abdukci se zevní rotací. Operovaná končetina je položena v antirotační botě a mezi obě dolní končetiny je vložen klín. Jakmile je celkový stav pacienta stabilizován, pacient nemá drény, při převazu je lokální nález klidný, bez výpotku a pacient nemá teploty, může začít obvykle 3.-5. den, či za týden, dle situace, s postupnou vertikalizací. Povolen je nášlap na operovanou končetinu 1/3 až 1/2 váhy těla. Ostatní péče ze strany sestry spočívá především v prevenci dekubitů, dechových cvičeních, prevenci vzniku tromboembolické nemoci a psychické podpoře pacienta. Spacer v koleni, jak už bylo popsáno, může být fixní nebo artikulační. Fixní, jak už vyplývá z názvu, neumožňuje hybnost v kloubu. Bezprostředně po operaci je nutné končetinu zapolohovat v lehké elevaci, nastavením polohovacího lůžka nebo položením končetiny na molitanovou dlahu asi do 20-30 stupňů flexe v kyčli a vodorovné pozici v bérce. Artikulační spacer umožňuje po uplynutí nutného bezprostředního klidu a ústupu otoku ohnutí kolena do 60-80 stupňů, což přináší značnou výhodu pro další reimplantaci. U obou typů spacerů je končetina fixována v pevné orthéze a nášlap na končetinu je nutný na 1/2 váhy těla, z důvodu stimulace kostního lůžka. Ostatní ošetrovatelská péče je stejná jako u pacientů s kyčelním spacerem (Jahoda, Sosna, Nyč, 2008).

1.8.2 Ošetřovatelské péče o pacienta po revizní operaci se zavedenou proplachovou drenáží

Proplachová drenáž (Příloha 8) se používá k odvádění sekretu z uzavřeného prostoru. Standardně se používá uzavřený systém drenáže dle Redona. Jeden drén zavedený do kloubu je vyveden přes kůži v horním pólu kloubu mimo operační ránu a jeden nebo dva drény jsou vyvedeny v dolním pólu kloubu rovněž mimo operační ránu. Drény jsou ke kůži fixovány chirurgickým stehem. Horní drén slouží jako přívodný a je jím aplikován do kloubu lavážní roztok (např. fyziologický roztok nebo Ringerův roztok). Tento roztok je společně se sekretem odváděn dolními drény pod mírným negativním tlakem. Rychlost průtoku roztoku kloubem je 750 až 1000ml za 24 hodin. Sestra pravidelně kontroluje okolí drénů, možné prosakování tekutiny, průchodnost a funkčnost laváže. Dále pravidelně mění lavážní roztoky a odsavné láhve. Odsavné láhve je nutné před výměnou zaklipovat, aby nedošlo při výměně k nasátí vzduchu do operační rány. Množství vykapané tekutiny musí odpovídat množství tekutiny v odsavné láhvi. Množství lavážního roztoku a množství tekutiny v odsavné láhvi sestra zapisuje do dokumentace pacienta a počítá do příjmu a výdeje tekutin. Manipulace s drenážním systémem musí sestra vždy provádět po důkladné hygieně rukou za přísných aseptických podmínek (Jahoda, Sosna, Nyč, 2008; Slezáková et al., 2010).

1.9 Potřeby pacientů po revizních operacích pro infekční komplikace TEP

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka - pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela vytváří vzorec chování jednotlivce“ (Trachtová et al., 2003, s. 10).

Léčba infekčních komplikací po TEP je pro pacienta velmi zatěžující především z důvodu dlouhodobé hospitalizace a dlouhodobého upoutání na lůžko. Sestra má obvykle s pacientem bližší vztah než lékař. Pacient je v tomto období často na sestře závislý a je

v podřízené pozici. Proto je velmi důležité, aby sestra znala všechny pacientovy potřeby a plně je saturovala, ale zároveň maximálně podporovala i jeho soběstačnost (Farkašová et al., 2006; Trachtová et al., 2003).

V pooperačním období po revizní operaci je ošetrovatelská péče zaměřena především na naplnění biologických a psychických potřeb pacienta. Biologické potřeby zůstávají po velmi dlouhou dobu v popředí zájmu pacienta. Uspokojování biologických potřeb je v prvních pooperačních dnech zaměřeno na péči o kůži, pravidelnou hygienu, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, spánek, polohu a pohybový režim. Součástí pooperační péče je i psychická podpora pacienta. K tomu, aby byl pacient v psychické pohodě, je třeba v maximální míře s ohledem na jeho zdravotní stav udržet nebo zlepšit jeho soběstačnost, komunikovat, odstranit či minimalizovat bolest a vytvořit pocit jistoty a bezpečí. Pacienta často v tomto období provázejí nepříjemné pocity, nejistota, strach a úzkost. Především bolest se odráží na psychice pacienta, a proto nesmí být podceňována a musí být adekvátně řešena. V okamžiku, kdy jsou relativně uspokojeny biologické potřeby, dostává se u pacienta do popředí potřeba jistoty a bezpečí, která patří mezi základní lidské potřeby a souvisí s přežitím jedince a snahou vyhnout se ohrožení. Pacient může ztrácet pocit bezpečí během hospitalizace z důvodu nedostatku informací. Správná informovanost a pravidelná komunikace přináší pacientovi kognitivní kontrolu nad jeho nemocí. Je-li pacient dostatečně informován o svém zdravotním stavu a léčbě, snáší nemoc mnohem klidněji. Nejistota a neinformovanost značně ztěžují naplnění jak primárních, tak i sekundárních potřeb (Šamánková et al., 2011; Kapounová, 2007).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zmapovat znalosti sester o příčinách vzniku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu.

Cíl 2 Zmapovat znalosti sester o ošetrovatelské péči u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu.

Cíl 3 Zjistit dodržování aseptických postupů při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je míra vědomostí sester o příčinách vzniku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je znalost sester o specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu?

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je míra znalostí sester o specifických potřebách pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu?

Výzkumná otázka č. 4: Do jaké míry dodržují sestry aseptické postupy při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Metody a techniky sběru dat, které byly v práci využity, byly polostrukturované rozhovory a zúčastněné pozorování. Výzkumné šetření bylo realizováno na infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. se svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (Příloha 9), se souhlasem vrchní sestry infekčního oddělení a respondentek. Šetření bylo anonymní, rozhovory a pozorování probíhalo v časové etapě od 1. 2.2013 do 25. 2. 2013.

3.1.1 Rozhovor

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Sestrám v něm bylo položeno 11 otázek (Příloha 10), které byly doplňovány v průběhu rozhovoru o další podotázky. Všechny rozhovory byly zaznamenány písemným zápisem a poté přepsány. Kvalitativní data byla analyzována a významově uspořádána do kategorizačních skupin. Vazby a jevy byly deduktivně odhaleny pomocí literatury, na základě vlastních zkušeností a v závislosti na položené otázce.

3.1.2 Pozorování

Při výzkumu byla použita metoda zúčastněného pozorování. Vypozorovaná fakta jsme si průběžně zaznamenávali do předem připraveného záznamového archu (Příloha 11) a soustředili se na zvolené výkony. Pozorovány byly stejné sestry, se kterými probíhal rozhovor.

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 6 sester pracujících na infekčním oddělení Nemocnice Č. Budějovice a.s., kde jsou hospitalizováni pacienti s infekční komplikací totálních endoprotéz.

4 Výsledky

4.1 Kvalitativní šetření - přepisy rozhovorů se všeobecnými sestrami

Rozhovor 1

Sestra 1 pracuje 3,5 roku na infekčním oddělení. Je jí 37 let, má vysokoškolské vzdělání – magisterské, délka její praxe je 19 let.

Odkud získáváte informace o problematice infekčních komplikací po TEP?

„Informace získávám především od ortopedů. Tato problematika mě docela zajímá, tak si i sama vyhledávám články v časopisech pro sestry. Dost informací mám i ze školy, nedávno jsem ukončila studium. Ráda bych se třeba podívala i na operační sál, abych měla představu, co za výkon se pacientovi dělá.“

A bylo by Vám to umožněno?

„Myslím si, že určitě ano, ale zatím jsem nenašla odvahu se zeptat.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní příčiny vzniku infekční komplikace po TEP?

„Myslím si, že když propukne zánět v kloubu, tak už má pacient někde v těle infekci. Přenos pak probíhá hematogenně a přenesse se na TEP.“

Jaké zásady v ošetrovatelské péči považujete za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekčních komplikací nebo riziko vzniku reinfekce?

„Hygienu rukou, dodržování zásad sterility a asepse, správná manipulace s biologickým materiálem, používání rukavic a ochranných pomůcek.“

V čem vidíte hlavní rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním, kteří jsou hospitalizováni na Vašem oddělení?

„Jedná se o ortopedické pacienty, tak v tom bych viděla jeden rozdíl, pacient je po operaci, tak dalším rozdílem je pooperační péče, péče o operační ránu a drény, speciální pooperační poloha a tlumení bolesti.“

Jaká jsou dle Vás specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP?

„Určitě péče o ránu, pravidelné převazy, péče o drenáže, kontrola krvácení, vylučování, zajištění správné polohy operované končetiny a tlumení bolesti.“

Jsou nějaké ošetrovatelské výkony, které Vám u těchto pacientů činí potíže?

„Mně osobně dělá největší potíže asi manipulace s pacientem.“

A z jakého důvodu Vám to činí potíže?

„No, pacient je samá hadička a trubička, do toho se ještě musí hlídat poloha operované končetiny. Myslím si, že kdyby tady bylo hospitalizovaných takových pacientů víc, tak to dostanu do ruky a získám tím potřebnou jistotu.“

A jak často jsou na Vašem oddělení tito pacienti hospitalizováni?

„Průměrně je to tak jeden pacient měsíčně.“

Podílíte se na poskytování informací pacientům s infekční komplikací po TEP?

„Určitě ano.“

A čeho se tyto informace týkají?

„Týkají se především pooperační péče, co smí a co nesmí. Podle mého názoru je nejdůležitější s pacientem při všech výkonech komunikovat, říkat jim, co právě dělám. A o to se i snažím. To pacienta vždycky uklidní a lépe spolupracuje.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru nejdůležitější potřeby u pacientů s infekčními komplikacemi?

„Podle mě je nejdůležitější, aby byla u pacienta co nejlépe tlumena bolest, dále udržet pacientovu soběstačnost a poskytnout mu dostatek informací.“

Na jaké potřeby se u těchto pacientů zaměřujete?

„Rozhodně se zaměřuji na již zmíněnou bolest, pak na dostatečnou hygienu a s tím související antidekubitární péči a podporuji pacienta v soběstačnosti.“

Jaká potřeba je dle Vašeho názoru v tomto období nejméně saturována a proč?

„Myslím si, že sociální. Pacient je zde dlouhodobě hospitalizován, je sám v boxu, nemá téměř žádný kontakt s okolím, má pocit izolace a osamění.“

A jak Vy sama pomáháte pacientovi lépe zvládnout toto náročné pooperační období?

„Jak už jsem říkala, podporuji pacienta v soběstačnosti, snažím se ho zapojit do péče, aby neměl pocit zbytečnosti, a hodně s ním komunikuji. A také se snažím zapojit do péče rodinu, i když návštěvy jsou zde omezené, ale jsou.“

Rozhovor 2

Sestra 2 pracuje 3 roky na infekčním oddělení. Je jí 26 let, vzdělání diplomovaná sestra, délka její praxe je 3 roky.

Odkud získáváte informace o problematice infekčních komplikací po TEP?

„Informace získávám především od ortopedů a našeho primáře.“

A jsou pro Vaši práci tyto informace dostačující?

„Od lékařů se dozvídám spíše o léčebném postupu. Uvítala bych více seminářů pro sestry tady v Budějovicích.“

A konají se nějaké?

„No nějaké se občas konají, ale většina se jich koná mimo Budějovice. Jeden problém je velká vzdálenost a taky to stojí dost peněz.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní příčiny vzniku infekční komplikace po TEP?

„Příčiny? Infekční onemocnění pacienta nebo třeba špatně se hojící rána po operaci.“

Jaké zásady v ošetrovatelské péči považujete za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekčních komplikací nebo riziko vzniku reinfekce?

„Určitě je nezbytné, aby sestra dodržovala při všech výkonech zásady sterility.“

Jaké výkony máte na mysli?

„Třeba převaz operační rány, manipulaci s drény, ošetřování invazivních vstupů, péče o močový katétr.“

V čem vidíte hlavní rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním, kteří jsou hospitalizováni na Vašem oddělení?

„Hlavní rozdíl vidím v jiné manipulaci s pacientem, a také jsou to ortopedičtí pacienti, tak většinu výkonů dělám až dle ordinace ortopeda. Sama aktivně u těchto pacientů provádím pouze základní péči.“

Základní péče? Co tím máte na mysli?

„Hygienická péče, antidekubitární péče, hydratace a tak.“

Jaká jsou dle Vás specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP?

„Péče o ránu a drény, kontrola krevních ztrát, polohování operované končetiny, plnění ordinací dle ortopeda.“

Jsou nějaké ošetrovatelské výkony, které Vám u těchto pacientů činí potíže?

„Pokud jde všechno standardně, tak mi problém asi nic nedělá. Myslím si, že všechno zvládám. Problém však vidím v tom, když se vyskytne nějaká komplikace, tak si občas nevím rady, co s tím. V tomto případě raději požádám o radu kolegyni nebo zavolám na ortopedii.“

A jakou komplikaci máte třeba na mysli?

„Teď mě nic nenapadá, no třeba špatně odvádí proplachová drenáž.“

Z jakého důvodu Vám toto činí potíže?

„Těchto pacientů tady zas tak moc není, tak s tím mám malou zkušenost.“

A uvítala byste stáž na ortopedickém oddělení, abyste se v některých činnostech zdokonalila a procvičila jste si je?

„To by bylo fajn, určitě ano.“

Podílíte se na poskytování informací těmto pacientům?

„Ano, ale podávám pouze informace, které jsou v mé kompetenci.“

A čeho se tyto informace týkají?

„Informuji pacienta, aby nevstával, aby dodržoval klidový režim, aby ponechal končetinu v takové poloze, do jaké jsme ji my uložili, aby hodně pil, kdy přijde lékař na vizitu, jaký je na našem oddělení režim a tak.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru nejdůležitější potřeby u pacientů s infekčními komplikacemi?

„Hlavně dostatek informací, pak dostatečný spánek, výživa, hydratace.“

Na jaké potřeby se u těchto pacientů zaměřujete?

„Na ty, které jsou pro pacienta prioritní. Bolest, výživa, hydratace, hygiena a prevence dekubitů.“

Jaká potřeba je dle Vašeho názoru v tomto období nejméně saturována a proč?

„Sociální. Pacient je zde bez kontaktu.“

A jak Vy sama pomáháte pacientovi lépe zvládnout toto náročné pooperační období?

„Teď jste mě zaskočila. To se odvíjí od individuality pacienta. Každý snáší toto období jinak. Někdo si rád povídá, někdo chce mít svůj klid. Důležité je se vždy řídit přáním pacienta a respektovat ho.“

Rozhovor 3

Sestra 3 pracuje 1,5 roku na infekčním oddělení. Je jí 36 let, vzdělání – SZŠ rehabilitační pracovník, SZŠ zdravotnický záchranář, VZŠ všeobecná sestra, délka její praxe je 7 let.

Odkud získáváte informace o problematice infekčních komplikací po TEP?

„Hodně informací získávám zkušenostmi na našem oddělení, dále od ortopedů, občas konzultuji i s personálem ortopedického oddělení a od rehabilitačních pracovníků.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní příčiny vzniku infekční komplikace po TEP?

„Přenos hematogenní cestou z jiného infekčního ložiska v těle, kontaminace rány při operačním zákroku, vstup infekce operační ránou při převazech a s tím související nedodržení bariérové ošetrovatelské péče. Nedodržování bariérové ošetrovatelské péče je dle mého názoru jedna z hlavních příčin vzniku těchto komplikací.“

Jaké zásady v ošetrovatelské péči považujete za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekčních komplikací nebo riziko vzniku reinfekce?

„Jak už jsem říkala, infekce může vzniknout již na operačním sále, tak zásady bariérové péče je nutné dodržovat už tam a dále určitě v pooperační péči.“

V čem vidíte hlavní rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním, kteří jsou hospitalizováni na Vašem oddělení?

„Rozdíl je hlavně v invazivnější léčbě a vstupech, tím je větší riziko infekce, dále v delší imobilizaci, u těchto pacientů je zhoršená možnost soběstačnosti a samostatnosti, je u nich také komplikovaná hygiena a vylučování, mají bolest, je nutná složitá rehabilitace a rozdíl vidím také v nutnosti spolupráce s ortopedickými lékaři.“

Jaká jsou dle Vás specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP?

„Ihned po operaci je to kontrola vitálních funkcí, kontrola krevních ztrát, kontrola operační rány, sledování pooperačních komplikací, tlumení bolesti, polohování, v dalších dnech je pak důležitá důkladná hygiena, pravidelné převazy rány a drenáže, to vše vždy asepticky prováděné, péče o vyprazdňování, hydrataci, výživu a pokračující tlumení bolesti.“

Jsou nějaké ošetrovatelské výkony, které Vám u těchto pacientů činí potíže?

„Mně osobně dělá problém třeba péče o pacienta, který má extenzi.“

A co Vám brání ve správném poskytování této péče?

„Nevím, jak s ním správně manipulovat. Nemám s tím žádnou zkušenost a ani možnost někde vidět nebo si vyzkoušet manipulaci s takovým pacientem.“

A uvítala byste třeba stáž na ortopedickém oddělení?

„Špatné by to nebylo, určitě by to pomohlo.“

Podílíte se na poskytování informací pacientům?

„Určitě ano.“

A čeho se tyto informace týkají?

„Režimu na našem oddělení, pooperační péče, polohování, potřeby hydratace a rehabilitace.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru nejdůležitější potřeby u pacientů s infekčními komplikacemi?

„Psychická podpora personálu, snížení bolesti, udržení soběstačnosti, dostatek informací.“

Na jaké potřeby se u těchto pacientů zaměřujete?

„Na tišení bolesti, na hygienu, antidekubitární péči, výživu, hydrataci, vyprazdňování, psychickou podporu, komunikaci a udržení soběstačnosti.“

Jaká potřeba je dle Vašeho názoru v tomto období nejméně saturována a proč?

„Nejvíce dochází k sociální izolaci, pacient je bez rodiny, bez práce, styku s lidmi, přístupu na internet apod.“

A jak Vy sama pomáháte pacientovi lépe zvládnout toto náročné pooperační období?

„Pacient to lépe zvládá, pokud má pocit, že na to není sám. Pokaždé, když k němu přijdu, se ho snažím nějak rozptýlit, občas i nějaký vtípek není na škodu. A důležité je tlumit bolest. Pokud má bolesti, tak ho to dost vyčerpává a přestává spolupracovat.“

Rozhovor 4

Sestra 4 pracuje 10 let na infekčním oddělení. Je jí 38 let, má vysokoškolské vzdělání – bakalářské, délka její praxe je 20 let.

Odkud získáváte informace o problematice infekčních komplikací po TEP?

„Především od ortopedů a našeho primáře.“

A jsou pro Vaši práci tyto informace dostačující?

„Myslím si, že asi ano.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní příčiny vzniku infekční komplikace po TEP?

„Příčinou může být nedodržení sterility při operaci, při ošetřování operační rány nebo zánětlivý fokus v těle pacienta. Dost častou příčinou bývají zubní komplikace.“

Jaké zásady v ošetrovatelské péči považujete za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekčních komplikací nebo riziko vzniku reinfekce?

„Pracovat sterilně při všech výkonech, používat jednorázové pomůcky, dodržovat hygienické režimy na oddělení.“

V čem vidíte hlavní rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním, kteří jsou hospitalizováni na Vašem oddělení?

„Pacienti jsou z ortopedie, tak je nutná spolupráce s jejich lékařem. Dle jeho ordinací se odvíjí následná ošetrovatelská péče. Samozřejmě u všech pacientů hospitalizovaných na našem oddělení poskytujeme komplexní ošetrovatelskou péči, ale u těch ortopedických je navíc pooperační péče, péče o ránu, drény.“

Jaká jsou dle Vás specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP?

„Kontrola operační rány a následné převazy, péče o drenáž, kontrola krvácení, zajištění správné polohy operované končetiny.“

Jsou nějaké ošetrovatelské výkony, které Vám u těchto pacientů činí potíže?

„Nemám pocit, že by mně něco konkrétního dělalo problém. Čas od času by nebylo na škodu si nějaké výkony procvičit.“

A uvítala byste pravidelné stáže třeba na ortopedii?

„Nebránila bych se tomu.“

Podílíte se na poskytování informací pacientům?

„Snažím se.“

A čeho se tyto informace týkají?

„Pooperačního režimu. S pacientem se snažím komunikovat při jakékoli činnosti, říkám mu, co budu u něho dělat a proč to budu dělat. Pokud se pacient zeptá na něco, co nevím, nebo podání takové informace není v mé kompetenci, tak vždy zajistím, aby mu na tyto otázky bylo odpovězeno a neměl pocit, že mě nezajímá.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru nejdůležitější potřeby u pacientů s infekčními komplikacemi?

„Komplexní ošetrovatelská péče, zvládnutí bolesti.“

Na jaké potřeby se u těchto pacientů zaměřujete?

„Na komplexní péči, na bolest a psychickou podporu.“

Jaká potřeba je dle Vašeho názoru v tomto období nejméně saturována a proč?

„Potřeba jistoty a bezpečí. Pacient má obavy z dalšího fungování. Výsledek léčby u rozsáhlých infekcí je dost nejistý.“

A jak Vy sama pomáháte pacientovi lépe zvládnout toto náročné pooperační období?

„Pokud to dovolí jeho zdravotní stav, tak mu nabídnu třeba noviny nebo křížovky, aby si trochu zkrátil čas. Ráda si s ním i popovídám o věcech, které má rád a které ho zajímají.“

Rozhovor 5

Sestra 5 pracuje 3 roky na infekčním oddělení. Je jí 30 let, vzdělání SZŠ, délka její praxe je 6 let.

Odkud získáváte informace o problematice infekčních komplikací po TEP?

„Především od ortopedů.“

A jsou pro Vás tyto informace dostačující?

„Nejsou. Uvítala bych více informací o ošetrovatelské péči, o rehabilitaci a operačních výkonech. Samozřejmě koukám i do standardů, ale na některé výkony nejsou vypracovány. Třeba standard péče o pacienta s extenzí, se zevní fixací a s proplachovou drenáží. A zrovna tyto výkony se zde neprovádí tak často a není se kam podívat, jak postupovat, když něco nevím.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní příčiny vzniku infekční komplikace po TEP?

„Příčinou může být jakékoli infekce v těle pacienta.“

Jaké zásady v ošetrovatelské péči považujete za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekčních komplikací nebo riziko vzniku reinfekce?

„Dodržování izolačních režimů, dodržování sterility, mytí rukou a používání ochranných rukavic.“

V čem vidíte hlavní rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním, kteří jsou hospitalizováni na Vašem oddělení?

„V pooperační péči a v nutnosti spolupracovat s ortopedickým personálem ohledně další péče.“

Jaká jsou dle Vás specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP?

„Péče o drény, péče o ránu, kontrola krvácení, polohování.“

Jsou nějaké ošetrovatelské výkony, které Vám u těchto pacientů činí potíže?

„Správné polohování operované končetiny.“

A proč zrovna polohování?

„Mám pocit, že u každého pacienta, i když je po stejné operaci, je to jinak. Chybí mi dostatek informací, proč někdy je poloha taková a podruhé jiná. Je to hlavně u operací kolen. Někdy pacient může nohu pokrčovat, jindy zase ne a musí mít nohu v orthéze. Tak to mi asi dělá největší problém, protože nevím proč.“

Podílíte se na poskytování informací pacientům?

„Ano, podílím.“

A čeho se tyto informace týkají?

„Poskytuji jen ty informace, které jsou v mé kompetenci. Takže informace týkající se ošetrovatelské péče. Informace o způsobu léčby by měl podávat lékař.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru nejdůležitější potřeby u pacientů s infekčními komplikacemi?

„Nutriční potřeby, být bez bolesti, mít dostatek spánku a být v psychické pohodě.“

Na jaké potřeby se u těchto pacientů zaměřujete?

„Na bolest, hygienu, hydrataci, prevenci dekubitů a celkovou psychickou pohodu.“

Jaká potřeba je dle Vašeho názoru v tomto období nejméně saturována a proč?

„ Sociální, pacient je díky dlouhé hospitalizaci izolován od všedního života.“

A jak Vy sama pomáháte pacientovi lépe zvládnout toto náročné pooperační období?

„Pacient je po náročném výkonu, čeká ho dlouhodobá léčba, tak se snažím, aby byl dostatečně informován o dalším postupu, snažím se zjistit, co mu vyhovuje, jaké má zvyky třeba ohledně spánku, jídla, pití a tak. Pacient by měl mít pocit, že na to není sám a může se na mě kdykoli obrátit a má ve mě oporu.“

Rozhovor 6

Sestra 6 pracuje 5 let na infekčním oddělení. Je jí 29 let, má vysokoškolské vzdělání – bakalářské, délka její praxe je 10 let.

Odkud získáváte informace o problematice infekčních komplikací po TEP?

„Z časopisů, z internetu, od ortopedů a našeho primáře.“

A jsou pro Vaši práci tyto informace dostačující?

„Určitě ne. Uvítala bych více seminářů pro sestry, kde by byla řešena tato problematika. Je plno nových postupů v operační léčbě, v ošetrovatelských postupech, v rehabilitaci a tyto informace se k nám často nedostanou.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní příčiny vzniku infekční komplikace po TEP?

„Infekční komplikaci může způsobit třeba přechozená neléčená viróza nebo jiné infekční onemocnění, také zánět v zubu může být příčinou a v neposlední řadě může infekce vzniknout i vinou personálu, a to nedodržením bariérové péče a sterility během operace a v pooperačním období při převazu rány a při péči o invazivní vstupy.“

Jaké zásady v ošetrovatelské péči považujete za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekčních komplikací nebo riziko vzniku reinfekce?

„Nezbytné je při všech výkonech dodržovat zásady bariérové péče.“

A co podle Vás patří do bariérové péče?

„Určitě hygiena rukou, používání rukavic, používání jednorázových pomůcek, dodržování sterility a správná manipulace s biologickým materiálem.“

V čem vidíte hlavní rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním, kteří jsou hospitalizováni na Vašem oddělení?

„V péči o operační ránu, v manipulaci s drény a s drenážním systémem, v dodržování přísného aseptického postupu při těchto výkonech, v nutnosti tišit pooperační bolest, ve složitější manipulaci a v jiné rehabilitaci.“

Jaká jsou dle Vás specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP?

„Kontrola základních životních funkcí, kontrola krvácení, kontrola prokrvení operované končetiny, převazy rány, manipulace s drenáží, zajištění polohy operované končetiny dle ordinace ortopeda, sledování možného výskytu pooperačních komplikací, podávání krve a plazmy, tlumení bolesti, prevence tromboembolické nemoci a imobilizačního syndromu, kontrola močení.“

Jsou nějaké ošetrovatelské výkony, které Vám u těchto pacientů činí potíže?

„Je to určitě manipulace s pacientem při hygieně a vyprazdňování.“

A jaký je důvod?

„Během manipulace je nutné dodržovat naordinovanou polohu končetiny, hlídat drenáže, aby se nevytrhly, pacient má bolesti. Určitě je to třeba dělat ve dvou, aby se to provedlo co nejšetrněji a pacienta to dlouho nezatěžovalo. Nejen pro sestry, ale i pro toho pacienta je to dost náročné.“

Podílíte se na poskytování informací pacientům?

„Určitě ano, považuji to za velmi důležité.“

A čeho se tyto informace týkají?

„Snažím se pacientovi poskytnout dostatek informací ohledně ošetrovatelské péče, která u něho bude prováděna, dále ho informuji o nutnosti dodržovat klidový režim, aby nevstával sám z lůžka, o nutnosti hodně pít a dodržet polohování operované končetiny.“

Jaké jsou dle Vašeho názoru nejdůležitější potřeby u pacientů s infekčními komplikacemi?

„Být bez bolesti, mít dostatek informací, mít dostatečnou výživu a hydrataci a udržení soběstačnosti.“

Na jaké potřeby se u těchto pacientů zaměřujete?

„Já osobně se zaměřuji na kvalitní hygienu a výživu, tlumení bolesti, dostatečnou hydrataci, snažím se poskytnout pacientovi dostatek informací, dále se zaměřuji na prevenci dekubitů a prevenci tromboembolických komplikací.“

A co podle Vás patří do prevence tromboembolické komplikace?

„Bandáže dolních končetin, aplikace nízkomolekulárního heparinu, pasivní cvičení na lůžku.“

Jaká potřeba je dle Vašeho názoru v tomto období nejméně saturována a proč?

„Na infekčním oddělení je speciální režim ohledně návštěv. Pacienti jsou zde hospitalizováni i několik týdnů, jsou sami na pokoji. Často se cítí dost osamoceni a chybí jim kontakt s rodinou a okolím. Často na tom nejsou nejlépe ani po psychické stránce, bojí se, jak to vše dopadne, jestli se uzdraví a nezůstanou rodině na obtíž. Tak asi sociální potřeba a i určitě potřeba jistoty.“

A jak Vy sama pomáháte pacientovi lépe zvládnout toto náročné pooperační období?

„Snažím se pacienta více zapojovat do ošetrovatelských činností, více ho aktivizovat, chválit, určitě správně tlumit již několikrát zmíněnou bolest, také se mu snažím, poskytnou dostatek informací, kterým rozumí. Určitě je důležité do péče zapojit i rodinu.“ Mnohdy pomáhá pouhý úsměv a empatie. Podle mého názoru by bylo pro pacienta přínosné i vytvoření samostatného oddělení septické ortopedie, tak jak tomu je v jiných nemocnicích, kde by se na něho nevztahoval tak přísný režim, jaký je zde na infekci.“

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami

4.2.1 Kategorizační skupiny

1. Zdroje informací sester v problematice infekčních komplikací po TEP
2. Hlavní příčiny vzniku infekční komplikace po TEP dle názoru sester
3. Zásady v ošetrovatelské péči snižující riziko vzniku infekce nebo reinfekce
4. Rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním
5. Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP
6. Ošetrovatelské výkony u pacientů s infekční komplikací po TEP, které sestram činí potíže
7. Potřeby pacientů s infekční komplikací po TEP, které sestry považují za nejdůležitější
8. Potřeby pacientů s infekční komplikací po TEP, na které se sestry zaměřují
9. Potřeby pacientů s infekční komplikací po TEP, které jsou dle sester nejméně saturovány
10. Činnosti sester, které pacientovi s infekční komplikací po TEP pomáhají lépe zvládnout náročné pooperační období

1. Zdroje informací sester v problematice infekčních komplikací po TEP

Na otázku, odkud sestry získávají informace o problematice infekčních komplikací, se všechny respondentky shodují, že informace získávají především od lékařů ortopedů. Sestra 1 dále uvádí, že ji tato problematika zajímá, a tak si sama vyhledává informace v časopisech pro sestry a informace má také ze školy. Ráda by se rovněž podívala na operační sál, ale zatím nenašla odvalu se zeptat. Sestra 2 by uvítala větší nabídku seminářů pro sestry, informace jsou pro ni nedostačující. Říká, že od lékařů se dozvídá spíše o léčebném postupu. Sestra 3 udává: *„Hodně informací získávám zkušenostmi na našem oddělení, občas konzultuji i s personálem ortopedického a rehabilitačního*

oddělení.“ Sestra 4 získává informace také od primáře infekčního oddělení a myslí si, že jsou tyto informace pro její práci dostačující. Pro sestru 5 jsou informace nedostačující, uvítala by více informací o ošetrovatelské péči, o rehabilitaci a operačních výkonech. Dále udává: „*Samozřejmě koukám i do standardů, ale na některé výkony nejsou vypracovány a zrovna tyto výkony se zde neprovádí tak často a není se kam podívat, jak postupovat, když něco nevím.*“ Sestra 6 získává informace též z internetu a časopisů a od primáře infekčního oddělení, ale informace jsou pro ni také nedostačující. Uvítala by více seminářů pro sestry a dodává: „*Je plno nových postupů v operační léčbě, v ošetrovatelských postupech, v rehabilitaci a tyto informace se k nám často nedostanou.*“

2. Nejčastější příčiny vzniku infekční komplikace po TEP dle názoru sester

Na otázku, jaké jsou nejčastější příčiny vzniku infekční komplikace po TEP, se sestry 1 a 2 shodují na odpovědi přenos hematogenní cesta z infekčního ložiska v těle pacienta. Sestry 3, 4, 6 vnímají jako další možnou příčinu vzniku infekční komplikace nedodržení bariérové ošetrovatelské péče při operačním zákroku, a to formou kontaminace operační rány nebo nedodržením sterility a v pooperačním období při převazu operační rány. Sestra 6 říká: „*V neposlední řadě může infekce vzniknout i vinou personálu, a to nedodržením bariérové péče a sterility během operace a v pooperačním období při převazu rány a při péči o invazivní vstupy.*“

Sestra 2 uvádí jako další možnost nehojící se operační ránu. Sestra 3 a 6 vidí možnost vzniku infekční komplikace také v zánětlivém zubním fokusu. Sestra 6 dodává neléčenou virózu nebo jiné infekční onemocnění pacienta.

3. Zásady v ošetrovatelské péči snižující riziko vzniku infekce nebo reinfekce

Na otázku, jaké zásady v ošetrovatelské péči považujete za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekce nebo riziko vzniku reinfekce, sestry 1, 5 a 6 shodně uvádějí hygiena rukou, dodržování zásad sterility a asepse, jednorázové pomůcky, používání rukavic a ochranných pomůcek. Dodržovat zásady sterility při všech výkonech považuje za nezbytné také sestry 2, 4, 5. Sestra 3 říká: „*Jak už jsem říkala,*

infekce může vzniknout již na operačním sále, tak zásady bariérové péče je nutné dodržovat už tam a dále určitě v pooperační péči.“ Sestra 4 dále uvádí, že je nutné dodržovat hygienické režimy na oddělení. Sestra 5 ve své odpovědi také zmiňuje nutnost izolačních režimů. Sestra 1 a 6 doplňují své odpovědi ještě o správné zacházení s biologickým materiálem.

4. Rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním

Sestra 1 vidí hlavní rozdíl především v pooperační péči, v péči o ránu a drény, ve speciální pooperační poloze a v nutnosti tlumit bolest. Rozdíl vidí také v tom, že jsou to ortopedičtí pacienti. S tímto souhlasí rovněž sestra 2. Svou odpověď ještě doplňuje o jinou manipulaci s pacientem a říká: *„Jsou to ortopedičtí pacienti, tak většinu výkonů dělám až dle ordinace ortopeda. Sama aktivně u těchto pacientů provádím pouze základní péči.*“ Sestra 3 udává jako hlavní rozdíl invazivnější léčbu a vstupy, dále vidí rozdíl v delší imobilizaci pacientů, v zhoršené možnosti soběstačnosti a samostatnosti, v komplikované hygieně a vylučování, ve složité rehabilitaci a v nutnosti tlumit bolest. Za nutné považuje i spolupráci s ortopedickými lékaři. Sestra 4 se shoduje v odpovědi se sestrou 1 a dodává rovněž nutnou spolupráci s ortopedickým lékařem s tím, že od jeho ordinací se odvíjí následná ošetrovatelská péče. Sestra 5 udává také pooperační péči a rovněž nutnost spolupracovat s ortopedickým personálem ohledně další péče. Sestra 6 se shoduje se sestrou 1 a svou odpověď doplňuje o složitější manipulaci a jinou rehabilitaci.

5. Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP

Na otázku, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s infekční komplikací TEP v kategorizované formě, všechny sestry shodně uvádí, že je to péče o ránu, péče o drény, kontrola krvácení a zajištění polohy operované končetiny. Sestra 1, 3 a 6 se shodují také v odpovědi tlumení bolesti a v péči o vyprazdňování. Sestra 2 doplňuje svou odpověď ještě o plnění ordinací dle ortopeda. Sestra 3 vidí jako další specifika péče u těchto pacientů kontrolu vitálních funkcí, sledování pooperačních komplikací,

vyzdvihuje důležitost důkladné hygieny, hydratace a správné výživy. Sestra 6 uvádí také sledování vitálních funkcí a pooperačních komplikací a dále svou odpověď doplňuje o kontrolu prokrvení operované končetiny, podávání krve a plazmy, prevenci tromboembolické nemoci a imobilizačního syndromu.

6. Ošetrovatelské výkony u pacientů s infekční komplikací po TEP, které sestřám činí potíže

Na otázku, které ošetrovatelské výkony Vám u těchto pacientů činí největší potíže, sestra 1 a 6 udává, že je to manipulace s pacientem. Sestra 1 si myslí, že kdyby na jejich oddělení bylo hospitalizováno takových pacientů víc, tak to dostane do ruky a získá potřebnou jistotu. Sestra 2 odpovídá, že pokud vše probíhá standardně, vše zvládá. Problém vidí v případě, že se vyskytne nějaká komplikace, např. špatně odvádí proplachová drenáž. V tomto případě si občas neví rady a raději požádá o pomoc kolegyni nebo zavolá na ortopedii. Sestře 3 činí potíže péče o pacienta s extenzí a dodává: „*Nevím, jak s ním správně manipulovat.*“ Nemá žádnou zkušenost a ani možnost si někde vyzkoušet manipulaci s takovým pacientem, proto by uvítala stáž na ortopedickém oddělení. Sestra 4 by také uvítala stáž na ortopedickém oddělení i přesto, že ji nic konkrétního problém nedělá. Říká, že by nebylo špatné si čas od času některé výkony procvičit. Sestra 5 udává jako problém správné polohování operované končetiny a říká: „*Mám pocit, že u každého pacienta, i když je po stejné operaci, je to jinak. Chybí mi dostatek informací, proč někdy je poloha taková a podruhé jiná.*“

7. Potřeby pacientů s infekční komplikací po TEP, které sestry považují za nejdůležitější

Na otázku, které potřeby u těchto pacientů považujete za nejdůležitější v kategorizované formě, všechny sestry shodně uvádí odpověď tlumení bolesti. Sestra 1 a 6 považuje za důležité také udržet pacientovu soběstačnost a poskytnout mu dostatek informací. Sestra 2 uvádí také dostatek informací a dále svou odpověď doplňuje o dostatečný spánek, výživu a hydrataci. Dostatek informací, udržení soběstačnosti, to je odpověď i sestry 3. Sestra 4 si myslí, že nejdůležitější je pacientovi poskytnout

komplexní péči. Sestra 5 dále dodává dostatečný spánek a zdůrazňuje i nutriční potřeby. Sestra 6 svou odpověď doplňuje rovněž o nutnost výživy a hydratace.

8. Potřeby pacientů s infekční komplikací po TEP, na které se sestry zaměřují

Tlumení bolesti, tak zní odpověď všech sester na otázku, na které potřeby se u těchto pacientů osobně zaměřujete. Dále se sestry shodují také v odpovědi hygienická a antidekubitární péče. Sestra 1, 3 a 5 podporuje pacienta v soběstačnosti. Sestra 2, 3 a 6 dodává ještě výživu a hydrataci. Sestra 3 svou odpověď dále doplňuje o péči o vyprazdňování a zaměřuje se také na psychickou podporu a komunikaci. Psychickou podporu zdůrazňuje také sestra 4. Sestra 6 dodává, že se zaměřuje také na vyprazdňování a také na prevenci tromboembolické nemoci, do které, dle jejího názoru, patří bandáže dolních končetin, aplikace nízkomolekulárního heparinu a pasivní cvičení na lůžku.

9. Potřeby pacientů s infekční komplikací po TEP, které jsou dle sester nejméně saturovány

Na tuto otázku sestry 1, 2, 3, 5 a 6 jednoznačně odpověděly, potřeba sociální. Shodně si myslí, že je to z důvodu dlouhodobé hospitalizace, pocitu izolace a osamění, protože zde pacient nemá téměř žádný kontakt s okolím a svou rodinou. Dle sestry 4 je to potřeba jistoty a bezpečí. Říká, že pacient má obavy z dalšího fungování, jelikož výsledek léčby je u rozsáhlých infekcí nejistý. Sestra 6 rovněž zmiňuje potřebu jistoty a bezpečí a dodává: „*Na infekčním oddělení je speciální režim ohledně návštěv. Pacienti jsou zde hospitalizováni i několik týdnů, jsou sami na pokojích. Často se cítí dost osamoceni a chybí jim kontakt s rodinou a okolím. Často na tom nejsou nejlépe ani po psychické stránce, bojí se, jak to vše dopadne, jestli se uzdraví a nezůstanou rodině na obtíž.*“

10. Činnosti sester, které pacientovi s infekční komplikací po TEP pomáhají lépe zvládnout náročné pooperační období

Jak pomáháte pacientovi zvládnout toto náročné období, sestra 1 odpověděla, že podporuje pacienta v soběstačnosti, snaží se ho zapojit do péče, aby neměl pocit zbytečnosti a hodně s ním komunikuje. Sestru 2 má otázka zaskočila a po chvíli dodala: *„To se odvíjí od individuality pacienta. Každý snáší toto období jinak. Někdo si rád povídá, někdo chce mít svůj klid. Důležité je se vždy řídit přáním pacienta a respektovat ho.“* Sestra 3 si myslí, že pacient zvládá toto období lépe, pokud má pocit, že na to není sám. Říká, že se pacienta snaží rozptýlit, občas i nějaký vtípek není na škodu. Důležité je také tlumit bolest, protože bolest pacienta vyčerpává. Sestra 4 nabízí pacientovi třeba noviny nebo křížovky, aby si zkrátil čas, ráda si s ním povídá o věcech, které má rád. Sestra 5 poskytuje pacientovi dostatek informací a snaží se zjistit, co mu vyhovuje. Pacient by dle jejího názoru měl vědět, že se na ni může kdykoli obrátit a má v ní podporu. Sestra 6 zapojuje pacienta do ošetrovatelských činností, snaží se ho více aktivizovat a chválit a poskytuje mu rovněž dostatek informací, kterým rozumí a dodává: *„Podle mého názoru by bylo pro pacienta přínosné i vytvoření samostatného oddělení septické ortopedie, tak jak tomu je v jiných nemocnicích, kde by se na něho nevztahoval tak přísný režim, jaký je zde na infekci.“* Sestra 1 a 6 se snaží do péče zapojit i rodinu.“

4.3 Kvalitativní šetření – přepisy zúčastněného pozorování

Sestra 1

Sestra prováděla hygienické mytí rukou dle standardizované techniky, před výkonem i po výkonu si ruce dezinfikovala. Na všechny výkony použila ochranné rukavice. Při převazu rány, manipulaci s drenážním systémem vždy dodržovala aseptický postup. Před použitím zkontrolovala neporušenost obalů sterilního materiálu, při vybalování použila peel efekt, používala jednorázové pomůcky připravené vždy pouze pro daného pacienta. Při ošetřování PŽK a CŽK dodržovala rovněž aseptický postup. Antidekubitární péči prováděla dle standardu, kontrolovala i promazávala u pacienta všechna predilekční místa, používala různé polohovací pomůcky. Aktivně u pacienta monitorovala bolest, používala VAS a kontrolovala účinek podaného analgetika. Při všech výkonech se sestra snažila pacienta zapojit do péče, byla trpělivá, pacienta chválila a podporovala, po celou dobu s ním komunikovala.

Sestra 2

Sestra neprováděla hygienické mytí rukou dle standardizované techniky, nedodržela jednotlivé kroky ani stanovený čas 30s. Na všechny výkony používala ochranné rukavice, ale ruce si před výkonem nedezinfikovala. Po výkonu ano. Při převazu rány nepoužila při rozbalování pomůcek peel efekt, lékaři nenabídla emitní misku a použitý materiál odkládala na ochrannou podložku do lůžka pacienta. Při manipulaci s drenážním systémem a při péči o PŽK a CŽK dodržovala aseptický postup. Antidekubitární péči sestra prováděla, ale ne vždy kontrolovala a promazávala všechna predilekční místa. Aktivně u pacienta monitorovala bolest, používala VAS a kontrolovala účinek podaného analgetika. Při provádění hygienické péče sestra na pacienta chvátala, byla netrpělivá, část výkonů, které by pacient zvládl udělat sám, provedla za něho. Během výkonů s pacientem málo komunikovala.

Sestra 3

Sestra neprováděla hygienické mytí rukou dle standardizované techniky, nedodržela jednotlivé kroky ani stanovený čas 30s. Před výkonem i po výkonu si ruce dezinfikovala. Na všechny výkony použila ochranné rukavice. Při převazu rány, manipulaci s drenážním systémem a při ošetřování PŽK a CŽK dodržovala aseptický postup. Antidekubitární péči prováděla dle standardu, kontrolovala i promazávala u pacienta všechna predilekční místa. Aktivně u pacienta monitorovala bolest, používala VAS a kontrolovala účinek podaného analgetika. Při každé činnosti, kterou sestra u pacienta prováděla, se ho snažila povzbudit a rozptýlit, ptala se, zda pacient potřebuje pomoc, nebo zda to zvládne sám, s pacientem občas i vtipkovala. Byla trpělivá, pacientovi ochotně odpovídala na jeho dotazy.

Sestra 4

Sestra neprováděla hygienické mytí rukou dle standardizované techniky, nedodržela jednotlivé kroky ani stanovený čas 30s. Před výkonem si ruce neodezinfikovala, ale všechny výkony prováděla v ochranných rukavicích. Po sundání rukavic si ruce vždy umyla a provedla hygienickou dezinfekci. Při převazu rány nesprávným způsobem otvírala sterilní materiál, nepoužila peel efekt. Při ošetřování PŽK a CŽK dodržovala aseptický postup. Antidekubitární péči sestra prováděla, používala polohovací pomůcky, při hygienické péči promazala pacientovi pouze paty a záda, na ostatní místa se nesoustředila. Aktivně u pacienta monitorovala bolest, používala VAS a kontrolovala účinek podaného analgetika. Při hygienické péči připravila pacientovi k lůžku umyvadlo s vodou a hygienické pomůcky, ale s pacientem moc nekomunikovala. Nezeptala se ho, zda potřebuje v něčem pomoc, hygienu v oblasti genitálu provedla sama. Sestra byla odměřená. Pacienta nepodpořila ani nechválila.

Sestra 5

Sestra neprováděla hygienické mytí rukou dle standardizované techniky, nedodržela jednotlivé kroky ani stanovený čas 30s. Před výkonem i po výkonu si ruce odezinfikovala. Na všechny výkony u pacienta používala rukavice. Při převazu rány postupovala vždy dle zásad asepse, použitý materiál odkládala do emitní misky. Rovněž

při manipulaci s drenáží a při péči o PŽK a CŽK postupovala asepticky. Antidekubitární péči sestra prováděla, pacientovi promazávala všechna predilekční místa a i se zajímala, zda se mu leží pohodlně a nikde ho nic netlačí. Aktivně u pacienta monitorovala bolest, používala VAS a kontrolovala účinek podaného analgetika. S pacientem vždy komunikovala, zapojovala ho do péče, ptala se, co mu vyhovuje, a ochotně odpovídala na jeho dotazy.

Sestra 6

Sestra prováděla hygienické mytí rukou dle standardizované techniky, dodržela stanovený čas a jednotlivé kroky. Před výkonem i po výkonu si ruce vždy dezinfikovala. Na všechny výkony použila ochranné rukavice. Při převazu rány dodržovala aseptický postup při vybalování a manipulaci se sterilním materiálem, používala jednorázový materiál, pouze opět nepřipravila lékaři emitní misku na odkládání použitého obvazového materiálu. Při výměně drenážní láhve vždy spoje odezinfikovala a sterilně napojila. Při ošetřování PŽK a CŽK postupovala dle standardu a dodržovala aseptický postup. Antidekubitární péči sestra prováděla velmi pečlivě, dbala na úpravu lůžka, používala polohovací pomůcky, při hygienické péči promazala pacientovi všechna predilekční místa. Aktivně u pacienta monitorovala bolest, používala VAS a kontrolovala účinek podaného analgetika. Během všech výkonů s pacientem komunikovala, předem mu vždy vše vysvětlila a vždy pacienta zapojovala do péče. Byla milá, usměvavá a trpělivá.

5 Diskuze

Výzkumné šetření bakalářské práce se zabývalo otázkami znalostí a vědomostí sester o problematice ošetrovatelské péče o pacienty s infekční komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu. V současné době je v Nemocnici České Budějovice a.s. péče o pacienty s infekční komplikací po TEP směřována na infekční oddělení, kde je poskytována komplexní ošetrovatelská i rehabilitační péče. Péče o tyto pacienty má svá specifika, a klade tak velké požadavky na znalosti sester v dané oblasti.

Analýza kvalitativního výzkumného šetření byla provedena na základě polostrukturovaných rozhovorů se šesti sestrami, které pracují na infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Stěžejní metoda rozhovorů byla doplněna zúčastněným pozorováním. Prvním cílem bylo zmapovat znalosti sester o příčinách vzniku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: *Jaká je míra vědomostí sester o příčinách vzniku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu?* Druhým cílem bylo zjistit znalosti sester o specifikách ošetrovatelské péči u těchto pacientů. K tomuto cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky: *Jaká je znalost sester o specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu?* *Jaká je míra znalostí sester o specifických potřebách u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu?* Třetím cílem bylo zjistit, zda sestry dodržují aseptické postupy při poskytování ošetrovatelské péče těmto pacientům, a výzkumná otázka zněla: *Do jaké míry dodržují sestry aseptické postupy při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu?* K tomuto šetření bylo použito zúčastněné pozorování.

Revizní operace pro infekční komplikaci po totální endoprotéze dvou největších kloubů v lidském těle je velice náročný výkon, jak pro sestru z hlediska poskytování ošetrovatelské péče, tak hlavně pro pacienta. Proto je důležité, aby sestry měly dostatek znalostí o této problematice. Práce sestry na infekčním oddělení je zaměřena na široké spektrum diagnóz. Naše první otázka tedy zněla, odkud získávají sestry informace o problematice infekčních komplikací po TEP. Dle výsledků z rozhovorů se všechny sestry shodly na odpovědi, že informace získávají především od lékařů – ortopedů. Tato

odpověď koresponduje s předpokladem kvalitní spolupráce a komunikace mezi lékařem a sestrou různých oddělení. Na toto poukazuje ve svém článku i Radovičová (2005), která udává, že v péči o pacienta je důležitá souhra celého ošetrovatelského týmu. Informace od lékařů jsou dostačující pouze pro sestru 4. Dle ostatních sester, jsou informace pro jejich práci nedostačující, protože, jak říká sestra 2, informace od lékařů se spíše zaměřují na léčebný postup než na ošetrovatelskou péči. Tato odpověď nás překvapila, jelikož pokud sestry nemají dostatečné informace o dané problematice, jak tedy mohou poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči? Jak mohou pacientovi poradit a odpovědět na jeho otázky, týkající se této problematiky? Dále sestry uváděly jako zdroj informací internet a odborné články v časopisech. Sestry 2 a 6 by také uvítaly větší nabídku seminářů, kterých je dle jejich názoru nedostatek. Sestra 3 uvedla, že zdrojem informací jsou pro ni i zkušenější, služebně starší kolegyně, občas konzultuje i se sestrami z ortopedického oddělení. Domníváme se, že předávání zkušeností a znalostí mezi sestrami je nezbytné pro praxi sestry. Sestra 5 získává znalosti i prostřednictvím ošetrovatelských standardů, ale jak uvedla, na některé výkony nejsou vypracovány. Dle jejího názoru se zrovna tyto výkony neprovádí tak často a není se kam podívat, jak postupovat, když něco neví. Tímto jsme se tedy dozvěděli, že ošetrovatelské standardy jsou nedílnou součástí práce sestry. Proč ale nejsou na některé výkony standardy vypracovány? Myslíme si, že standardy nejsou vytvořeny z důvodu nízkého počtu provádění některých výkonů u těchto pacientů.

Dále jsme zjišťovali znalosti sester o příčinách vzniku infekční komplikace po TEP. Dungl (2008) uvádí, že dle literárních zdrojů jsou 1 – 2 % všech endoprotéz během své životnosti komplikovány infektem. Dle Jahody (2008) je riziko infekčních komplikací závislé na mnoha faktorech a příčinou infekce může být celá řada onemocnění i lékařských a ošetrovatelských výkonů. Jako nejčastější příčinu vzniku těchto komplikací uváděly sestry zejména nedodržení bariérové ošetrovatelské péče při operačním zákroku a nedodržení sterility v pooperačním období při převazu operační rány. Dále sestry zmiňovaly i přenos hematogenní cestou z jiného infekčního ložiska v těle pacienta např. zánětlivý zubní fokus nebo jiné neléčené infekční onemocnění, což se shoduje s příčinami uváděnými v literatuře. Domníváme se, že jednotlivé odpovědi

sester byly zodpovězeny správně, nikoli však vyčerpávajícím způsobem. V každé odpovědi zůstává prostor pro další rozšíření vědomostí sester. Překvapujícím zjištěním je, že ani jedna ze sester ve své odpovědi neuvedla jako možnou příčinu vzniku těchto komplikací přidružená onemocnění pacienta. Dle mého názoru je to zřejmě tím, že se sestry zaměřovaly spíše na příčiny způsobené nesprávnou ošetrovatelskou péčí. Jestli lze něco říci s určitostí, pak to, že sestry neměly větší problém správně vyjmenovat alespoň část zmiňovaných příčin vzniku infekčních komplikací po TEP okamžitě a bez vážnějšího zaváhání.

Jelikož sestry uváděly jako nejčastější příčinu vzniku infekčních komplikací po TEP nedodržení bariérové péče, zajímalo nás, zda znají a dodržují zásady této péče, a které činnosti považují za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekce nebo reinfekce. Nutilová (2008) uvádí, že úlohou každé sestry v prevenci infekčních komplikací je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a dodržování bariérového ošetrovacího režimu. Dle jejího názoru je bariérový ošetrovací režim v prevenci infekcí kloubních náhrad nezbytný. Sestry 1, 5 a 6 shodně uváděly, že je nutné dodržovat zásady správné hygieny rukou, dodržovat zásady sterility a asepse, používat rukavice a ochranné pomůcky. Dle Kapounové (2007) je pro sestru zapotřebí dodržovat zásady mytí rukou, používat ochranné pomůcky, především rukavice. Dále pak používat přednostně jednorázové pomůcky a ostatní pomůcky individualizovat, dodržovat správnou manipulaci s biologickým materiálem, přísně dodržovat aseptické postupy a metody. Správnou manipulaci s biologickým materiálem zmiňují ve své odpovědi také sestry 1 a 6. Z výsledků vyplývá, že všechny sestry jsou si vědomy nutnosti dodržování bariérové ošetrovatelské péče. O to více pro nás byly překvapující výsledky pozorování, ve kterém jsme zjistili, že i když sestry znají zásady, ne všechny je dodržují. Velkým zklamáním pro nás byla zejména oblast hygieny rukou. Maďar (2006) udává, že kontaminovanými rukama zdravotníků je přeneseno víc jak 60 % všech nozokomiálních nákaz. Více než polovina sester z našeho souboru nemá povědomí o správné technice hygienické dezinfekce rukou, tuto techniku nedodržuje a jedna třetina sester si ruce nedezinfikuje před výkonem u pacienta. Proč tomu tak je? Domníváme se, že sestry si stále neuvědomují, jak uvádí ve své publikaci Škrla (2006), že správná

hygiena a dezinfekce rukou je nejjednodušší, nejefektivnější a nejméně nákladný způsob řešení vzniku a šíření nozokomiálních nákaz na oddělení. Z výsledků je také zajímavé, že v případě dezinfekce rukou po výkonu a v případě používání ochranných rukavic jsme nezjistili žádné nedostatky. Dle mého názoru je to tím, že sestry při své práci dbají na ochranu především sama sebe a pacient je až na druhém místě.

Na infekčním oddělení jsou hospitalizováni pacienti se širokým spektrem infekčních nemocí převážně interního charakteru. Poskytována je zde také perioperační péče pacientům z oboru septické neurochirurgie o ortopedie. Každý obor má svá specifika, a proto nás zajímalo, v jaké oblasti vidí sestry hlavní rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP. Sestra 1, 2, 4, 5, 6 uvedly, že hlavní rozdíl vidí především v pooperační péči, dále pak v nutnosti spolupracovat s ortopedickým personálem. Sestra 3 udává jako další rozdíl invazivnější léčbu a vstupy, dále vidí rozdíl v delší imobilizaci pacientů, ve zhoršené soběstačnosti, v komplikované hygieně a vylučování, ve složité rehabilitaci a v nutnosti tlumit bolest. Nutnost tlumit bolest a složitou rehabilitaci uvedla rovněž sestra 1.

Dále jsme zjišťovali, zda sestry znají specifika pooperační ošetrovatelské péče u těchto pacientů. Všechny sestry se shodly, že v pooperačním období je důležitá péče o ránu a drény. Dle Slezákové (2010) v prvních dnech spočívá péče o operační ránu především v kontrole krycího obvazu, jeho případného prosakování a vzhledu okolí kůže. U drénů je důležité sledovat vzhled a množství odváděného sekretu, dále pak průchodnost drénu a podtlak ve sběrné nádobce. Maďar (2010) dále uvádí, že pokud se nevyskytnou komplikace, sestra udržuje operační ránu zakrytou sterilním obvazem 24 až 48 hod po operaci. Při převazech, kontaktu s operační ránou a manipulací s drenáží dodržuje zásady asepse a používá výhradně sterilní pomůcky. Na toto jsme se zaměřili i při pozorování, neboť nás zajímalo, zda sestry tyto zásady dodržují. Převaz operační rány provádí vždy lékař. Práce sestry spočívá v přípravě pacienta a v asistenci lékaři. Zjistili jsme, že většina sester dodržuje zásady asepse, ale u některých sester jsme postřehli nedostatky zejména ve vybalování sterilního materiálu a v manipulaci s použitým obvazovým materiálem. Překvapující pro nás bylo zjištění, že i někteří lékaři nedodržují zásady asepse. Otázkou tak zůstává, když lékaři sami toto nedodržují a

akceptují chyby sester nebo je na určité nedostatky neupozorní, zda si sestra vůbec své chyby uvědomuje. Jelikož jsme hledali odpověď na výzkumnou otázku č. 4, zaměřili jsme se i na dodržování aseptického postupu při péči o PŽK a CŽK. Tyto výkony všechny sestry prováděly bezchybně. Čím to tedy je? Dle mého názoru je péči o katétrů věnována větší pozornost, jsou vypracovány ošetrovatelské standardy, sestry jsou pravidelně proškoleny, koná se i řada seminářů s touto tematikou, kde mají sestry možnost i praktického nácviku. Sestry 1, 3 a 6 dále uvedly, že je u těchto pacientů velice důležité také tlumení bolesti. Valenta (2003) uvádí, že bolest v operační ráně musí být adekvátním způsobem tlumena. Kala (2010) se zmiňuje, že léčba pooperační bolesti by měla být účinná a ideálně dávkovaná dle potřeb pacienta. Sestra 3 zdůraznila rovněž důležitost dostatečné hydratace a správné výživy. Je zajímavé, že pouze sestra 6 uvedla nutnost kontroly prokrvení operované končetiny, prevenci tromboembolické nemoci a imobilizačního syndromu, což považuje za důležité i mnoho autorů v literatuře. Domníváme se, že toto by mělo být každodenní samozřejmostí v práci sestry u těchto pacientů. Otázkou zůstává, proč to zmínila ve své odpovědi pouze jedna sestra. Považují to ostatní sestry za rutinu, a proto se o tom nezmínily? Z výzkumného šetření jsme zjistili, že sestry rámcově znají specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů, ale provádění některých výkonů jim činí potíže.

Sestry udávaly jako nejčastější problém manipulaci s pacientem, a to z důvodu částečné neznalosti, což koresponduje i s odpověďmi sester na otázku, zda mají dostatek informací, nejistoty a nemožnosti si někde vyzkoušet manipulaci s takovým pacientem. Dle mého názoru manipulace s tímto pacientem vyžaduje znalost dané problematiky a i potřebnou zkušenost, zručnost a možnost si jednotlivé výkony prakticky vyzkoušet. Tento názor sdílí i sestry 3, 4 a 5, které by uvítaly stáž na ortopedickém oddělení. Jak uvádí, chtěly by si některé výkony vyzkoušet, procvičit si je a i se naučit něčemu novému. Na otázku, zda by jim toto bylo umožněno, sestry odpověděly, že určitě ano, ale zatím je nenapadlo se na to zeptat nebo nenašly odvahu. Dle Kapounové (2007) je celoživotní vzdělávání základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnického povolání. Neustále dochází k podstatným změnám ve způsobech poskytování péče, které je třeba si osvojit a procvičit. Sestra 2 vidí problém v případě výskytu komplikace,

např. špatně odvádí proplachová drenáž. V tomto případě si občas neví rady a raději požádá o pomoc kolegyni nebo zavolá na ortopedii. Jahoda (2008) ve své publikaci uvádí, že péče o proplachovou drenáž je jednou z nejnáročnějších činností personálu septického oddělení a vyžaduje si nejen pochopení principu zavedení drénu, ale i zkušenost s celým systémem. V časném pooperačním období je totiž nezbytné intermitentně zastavovat odvodné drény, aby nedocházelo k extrémním krevním ztrátám, ale zároveň je třeba zabránit jejich ucpaní.

Dále jsme se zaměřili na oblast potřeb pacientů. Domníváme se, že je důležité, aby každá sestra, která pečuje o pacienta po revizní operaci pro infekční komplikaci, měla nezbytné teoretické znalosti o základních potřebách. Trachtová (2006) uvádí, že potřeba je něco, co člověk potřebuje pro jeho žití a vývoj. Každá osobnost potřeby ukazuje, prožívá a uspokojuje individuálně. V pooperačním období je u těchto pacientů ošetrovatelská péče zaměřena především na naplnění biologických a psychických potřeb pacienta. Dle Kapounové (2007) je součástí pooperační péče i psychická podpora pacienta. K tomu, aby byl pacient v psychické pohodě, je třeba v maximální míře s ohledem na jeho zdravotní stav udržet nebo zlepšit jeho soběstačnost, komunikovat, odstranit či minimalizovat bolest a vytvořit pocit jistoty a bezpečí. Trachtová (2006) dodává, že biologické potřeby zůstávají po velmi dlouhou dobu v popředí zájmu pacienta. Zajímalo nás, které potřeby u těchto pacientů považují sestry za nejdůležitější. Zacharová (2007) uvádí, že při ošetrování pacienta musí mít sestra na paměti, že pracuje s člověkem, jehož nálada a chování jsou ovlivněny mírou saturace biologických, psychických i sociálních potřeb. Všechny sestry se shodly, že za nejdůležitější potřebu považují tlumení bolesti. Sestra 1, 3 a 6 uvedly rovněž nutnost poskytnout pacientovi dostatek informací a udržet jeho soběstačnost. Sestra 2, 5 a 6 doplnily své odpovědi o potřebu dostatečného spánku a potřebu výživy a hydratace.

Sestry v této části výzkumného šetření prokázaly znalost nejdůležitějších potřeb u těchto pacientů, ale nás zajímalo, zda se na tyto potřeby opravdu ve své praxi zaměřují. Nejvíce se sestry zaměřují na tlumení bolesti, což dokazují i výsledky pozorování. Šamánková (2011) uvádí, že bolest v systému uspokojování potřeb patří k nejsilněji pocíťovaným. Jako další potřebu, na kterou se sestry zaměřují, je potřeba hygienické a

antidekubitární péče. Dle Šimůnkové (2002) u ortopedických pacientů mohou vznikat dekubity i na neobvyklých místech, a proto nejzákladnějším úkolem sestry je prevence. To znamená dostatečná hydratace a nutrice, péče o kůži a polohování s použitím různých pomůcek. Valenta (2003) dodává, že péče o čistotu kůže je nejen základním předpokladem pro prevenci proleženin, ale navozuje též dobrý subjektivní pocit nemocného. Sestra 2, 3 a 6 zmínily také výživu a hydrataci. V dalších odpovědích sestry uvedly, že se dále zaměřují na vyprazdňování, na psychickou podporu a podporu soběstačnosti. Trachtová (2003) udává, že pacienti upoutaní na lůžko nebo s poruchami hybnosti jsou většinou schopni zvládat denní činnosti samostatně, když jim sestra vytvoří vhodné podmínky a připraví pomůcky na dosah jeho rukou a dopomůže v činnostech, které sám nezvládne. Zarážející je a opět nás to překvapilo, že prevenci tromboembolické nemoci zmínila ve své odpovědi pouze jedna sestra, a to sestra 6. Proč tomu tak je? Domníváme se, že opatření k prevenci tromboembolické komplikace jsou ordinována převážně lékařem a sestry ji provádějí automaticky, a proto ji ve svých odpovědích nezmiňují. Dle mého názoru ale není přeci vše ordinováno lékařem? Nemá snad sestra při své práci aktivně předvídat možné komplikace?

Zajímalo nás také, která z potřeb je dle sester u pacientů nejméně saturována. Na tuto otázku sestry 1, 2, 3, 5 a 6 jednoznačně odpověděly, potřeba sociální. Shodně si myslí, že je to z důvodu dlouhodobé hospitalizace, pocitu izolace a osamění, protože zde pacient nemá téměř žádný kontakt s okolím a svou rodinou. Farkašová (2006) uvádí, že sociální kontakt je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka, protože člověk těžko snáší jakoukoli izolaci. Vymětal (2003) dodává, že pokud je pacient osamocen a bez rodiny, snáší onemocnění mnohem hůře. Sestra 4 a 6 uvedla také potřebu jistoty a bezpečí. Podle sestry 4 je to tím, že pacient má obavy z dalšího fungování, jelikož výsledek léčby je u rozsáhlých infekcí nejistý. Sestra 6 dodává, že na infekčním oddělení je speciální režim ohledně návštěv. Pacienti jsou zde hospitalizováni i několik týdnů, jsou sami na pokoji. Často se cítí dost osamoceni a chybí jim kontakt s rodinou a okolím. Často na tom nejsou nejlépe ani po psychické stránce, bojí se, jak to vše dopadne, jestli se uzdraví a nezůstanou rodině na obtíž. Dle Vymětala (2003) je v těchto případech na místě velká podpora ošetřujícího týmu, a to především ze strany sestry.

Sama ze své zkušenosti vím, že pacient s infekční komplikací po TEP nejvíce touží po podpoře, chce být ujistěn, že na to není sám. Přístup k těmto pacientům často vyžaduje od personálu značnou trpělivost a empatii, neboť se pacient mnohdy ptá na stejné otázky stále dokola. Z odpovědí sester vyplynulo, že pacient se cítí osamocen, a tak nás zajímalo, jakým způsobem pomáhají pacientovi zvládnout náročné pooperační období. Jako nejčastější odpověď sestry shodně udávaly, že se snaží s pacientem hodně komunikovat a poskytnout mu dostatek informací. Richards (2004) ve své publikaci uvádí, že efektivní komunikace pozitivně přispívá k uzdravení pacienta tím, že tlumí strach a zmatek, pomáhá při úzkosti a stresu, pomáhá zmírňovat bolest, snížit počet komplikací a vedlejších účinků a urychluje rekonvalescenci. Kapounová (2007) dodává, že ani ta nejlepší, nejšikovnější a nejrychlejší sestra nedosáhne při ošetřování nemocných takového úspěchu, pokud neumí správně komunikovat se svými pacienty. Sestra 1 a 6 dále uvedly, že zapojují pacienta do péče a podporují ho v soběstačnosti a do péče se snaží zapojit i rodinu. Sestra 2 říká, že je důležité se vždy řídit přáním pacienta a respektovat ho. Sestra 3 se pacienta snaží rozptýlit a myslí si, že občas i nějaký vtípek není na škodu. Sestra 4 nabízí pacientovi noviny nebo křížovky, pokud to dovolí jeho stav, aby si zkrátil čas. Sestra 6 dodává: „*Mnohdy pomáhá pouhý úsměv a empatie.*“

Jelikož dostatečná komunikace, zapojení pacienta do péče a podpora jeho soběstačnosti patřily k nejčastějším odpovědím sester, zajímalo nás, jaká je realita. Při pozorování jsme si všimli skutečnosti, že některé sestry mají problém v komunikaci s pacientem v oblasti motivace, psychické podpory a podpory sebepéče. Jedná se snad ze strany sester o nezájem o pacienta? Nebo zde hrají roli i jiné faktory jako např. nedostatek času nebo usnadnění si práce? Myslíme si, že tato problematika by si zasloužila hlubší zamyšlení a rozpracování v rámci jiného výzkumného šetření.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry i přes nedostatek informací a zkušeností svými odpověďmi rámcově prokázaly své znalosti týkající se péče o tyto pacienty. V každé oblasti však zůstává prostor pro další rozšíření vědomostí sester jak po stránce teoretické, tak i po stránce praktické.

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla věnována problematice ošetrovatelské péče o pacienty s infekčními komplikacemi po TEP. Ke zpracování tohoto tématu byly stanoveny tři cíle: **Cíl 1** Zmapovat znalosti sester o příčinách vzniku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu. **Cíl 2** Zmapovat znalosti sester o ošetrovatelské péči u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu. **Cíl 3** Zjistit dodržování aseptických postupů při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP kyčelního a kolenního kloubu. Pro splnění cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka mapovala znalost sester o příčinách vzniku infekčních komplikací po TEP. Z odpovědí sester vyplynulo, že znají základní příčiny vzniku infekčních komplikací po TEP. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaká je znalost sester o specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry znají specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů, ale provádění některých výkonů jim činí potíže, a to z důvodu částečné neznalosti, nejistoty a nemožnosti si některé výkony vyzkoušet. Třetí výzkumná otázka zjišťovala míru znalostí sester o specifických potřebách pacientů s infekčními komplikacemi po TEP. Sestry v této části výzkumného šetření prokázaly, že mají teoretické znalosti v oblasti potřeb u těchto pacientů. Z výsledků také vyplývá, že se všechny sestry snaží u pacientů saturovat fyzické potřeby, ale ne všechny sestry saturují psychické potřeby tak, jak uváděly ve svých odpovědích. Jedná se především o nedostatky v komunikaci s pacientem v oblasti motivace, psychické podpory a podpory sebepéče. Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, zda sestry dodržují aseptické postupy při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekčními komplikacemi po TEP. Většina sester aseptické postupy dodržuje, ale výsledky odhalily i slabá místa. Více než polovina sester neprovádí hygienickou dezinfekci rukou dle standardizované techniky, některé sestry si nedezinfikují ruce před výkonem. Další nedostatky jsou zejména v manipulaci se sterilním a biologickým materiálem.

Tato bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla základní přehled o problematice infekčních komplikací po TEP a mohla být použita jako informační materiál pro již

zkušené nebo začínající sestry, které se při své práci setkávají s pacienty s infekční komplikací po TEP. Praktickým výstupem bakalářské práce je návrh na mezioborový seminář, zaměřený na problematiku infekčních komplikací po TEP kyčelního a kolenního kloubu, který přikládám jako přílohu. (Příloha 12)

7 Seznam použitých zdrojů

- BOŘECKÁ, Kamila, 2011. Ruce zdravotníků odpovídají za většinu nozokomiálních nákaz. *Florence*. roč. 7, č. 2, s. 44-45. ISSN 1801-464 X
- ČECH, Oldřich a Valér DŽUPA, 2004. *Revizní operace náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-260-2
- ČESKO, Vyhláška č. 306 ze dne 12. září 2012, kterou se stanoví podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 109. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z <://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlaska-c306/2012-sb-o-podminkach-predchazeni-vzniku-a-sirenich_on_6838_2439_11.html>
- DUNGL, Pavel et al., 2005. *Ortopedie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0550-8.
- FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Přel. Tóthová, V. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
- GALLO, J., M. KOLÁŘ a D. KOUKALOVÁ et al., 2006. Bakteriální původci periprotetických infekcí a možnosti jejich diagnostiky. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. roč. 12, č. 3, s. 117 – 123. ISSN 1211-264 X.
- CHOVANCOVÁ, Dana, 2006. Ošetrovatelská péče na ortopedické JIP po náročných operačních výkonech. *Sestra*. roč. 16, č. 11, s. 51-52. ISSN 1210-0404.
- JAHODA, D., J. ŠIMŠA a O. NYČ et al., 2006. Pozdní hematogenní infekce kloubních náhrad a její prevence v chirurgických oborech. *Rozhledy v chirurgii*. roč. 85, č. 11, s. 581 – 585. ISSN 0035 – 9351.
- JAHODA, D., A. SOSNA a O. NYČ et al., 2008. *Infekční komplikace kloubních náhrad*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-158-1.
- JAHODA, D., I. LANDOR a D. POKORNÝ, 2011. Současné trendy v léčbě infikované aloplastiky. *Ortopedie*. roč. 5, č. 4, s. 179-185. ISSN 1802-1727.
- KALA, Zdeněk a Igor PENKA et al., 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-518-1.

- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KINDLOVÁ, Marta. *Bariérová ošetřovatelská péče* [on line]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: <http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=1&kod_kurzu=kos_392>
- KOUDELA, Karel et al., 2004. *Ortopedie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0654-2.
- KRBEC, M., O. ČECH a V. DŽUPA et al., 2004. Infekční komplikace TEP kyčelního kloubu. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca*. roč. 71, č. 3, s. 179 - 187. ISSN 0001-5415.
- MAĎAR, R., R. PODSTATOVÁ a J. ŘEHOŘOVÁ, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1673-9.
- NUTILOVÁ, Marcela, 2008. Bariérové způsoby práce jako prevence nozokomiálních nákaz. *Florence*. roč. 4, č. 9, s. 334-335. ISSN 1801-464 X
- PODSTATOVÁ, Renata a Rastislav MAĎAR, 2007. Prevence infekcí v místě chirurgického výkonu. *Sestra: mimořádná příloha Instrumentářka*. roč. 17, č. 4, s. 8-10. ISSN 1210- 0404.
- RADOVIČOVÁ, Alena, 2005. Práce sestry na infekčním oddělení. *Sestra*. roč. 15, č. 6. str. 37 -38. ISSN 1210 -0404.
- RICHARDS, A., EDWARDS, S. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.
- SOSNA, A., D. POKORNÝ a D. JAHODA, 2003. *Náhrada kyčelního kloubu*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4.
- Standard ošetřovatelské péče č. 025. *Cévkování nemocných*. Nemocnice České Budějovice a.s.
- Standard ošetřovatelské péče č. 032. *Předoperační příprava a pooperační péče o nemocné*. Nemocnice České Budějovice a.s.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

- ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-419-4.
- ŠVÁB, Jan et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku 1*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2604-5.
- TOMÁŠ, Tomáš, 2008. Pacient - rizikový faktor infekce totální endoprotézy. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae chechoslovaca*. roč. 75, č. 6, s. 451-456. ISSN 0001-5415.
- TRACHTOVÁ, Eva et al., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.
- TRNAVSKÝ, Karel a Vratislav RYBKA et al., 2006. *Syndrom bolestivého kolena*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-391-5.
- VALENTA, Jiří, 2007. *Základy chirurgie*. Vyd. 2. doplněné a přepracované. Karolinum: Galén. ISBN 978-7262-403-4.
- VAVŘÍK, P., A. SOSNA, D. JAHODA a D. POKORNÝ, 2005. *Endoprotéza kolenního kloubu: průvodce obdobím operace, rehabilitaci a dalším životem*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-549-3.
- VINTR, Jan, 2011. Hygiena rukou – opatření v prevenci vzniku a šíření NN. *Sestra*. roč. 21, č. 4, s. 57-58. ISSN 1210-0404.
- VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80 -7178 - 740 – X
- ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktické cvičení*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-2068-5.
- ŽŮČKOVÁ, Kateřina, 2009. Péče o permanentní katétr, periferní kanyly a porty. *Diagnóza v ošetrovatelství*. roč. 5, č. 9, s. 15–16. ISSN 1801 – 1349.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1	Infekční komplikace po TEP
Příloha 2	Infekční komplikace po TEP – RTG známky zánětu
Příloha 3	Mechanické mytí rukou
Příloha 4	Hygienická dezinfekce rukou
Příloha 5	Operační rána po extrakci TEP pro infekční komplikaci
Příloha 6	Cementový spacer pro kyčelní kloub
Příloha 7	Cementový spacer pro kolenní kloub
Příloha 8	Proplachová laváž kloubu
Příloha 9	Svolení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Č. Budějovice a.s. s provedením výzkumného šetření
Příloha 10	Otázky k rozhovoru se sestrami
Příloha 11	Pozorovací arch pro zúčastněné pozorování
Příloha 12	Návrh na mezioborový seminář

Příloha 1

INFEKČNÍ KOMPLIKACE PO TEP



Zdroj: Vlastní

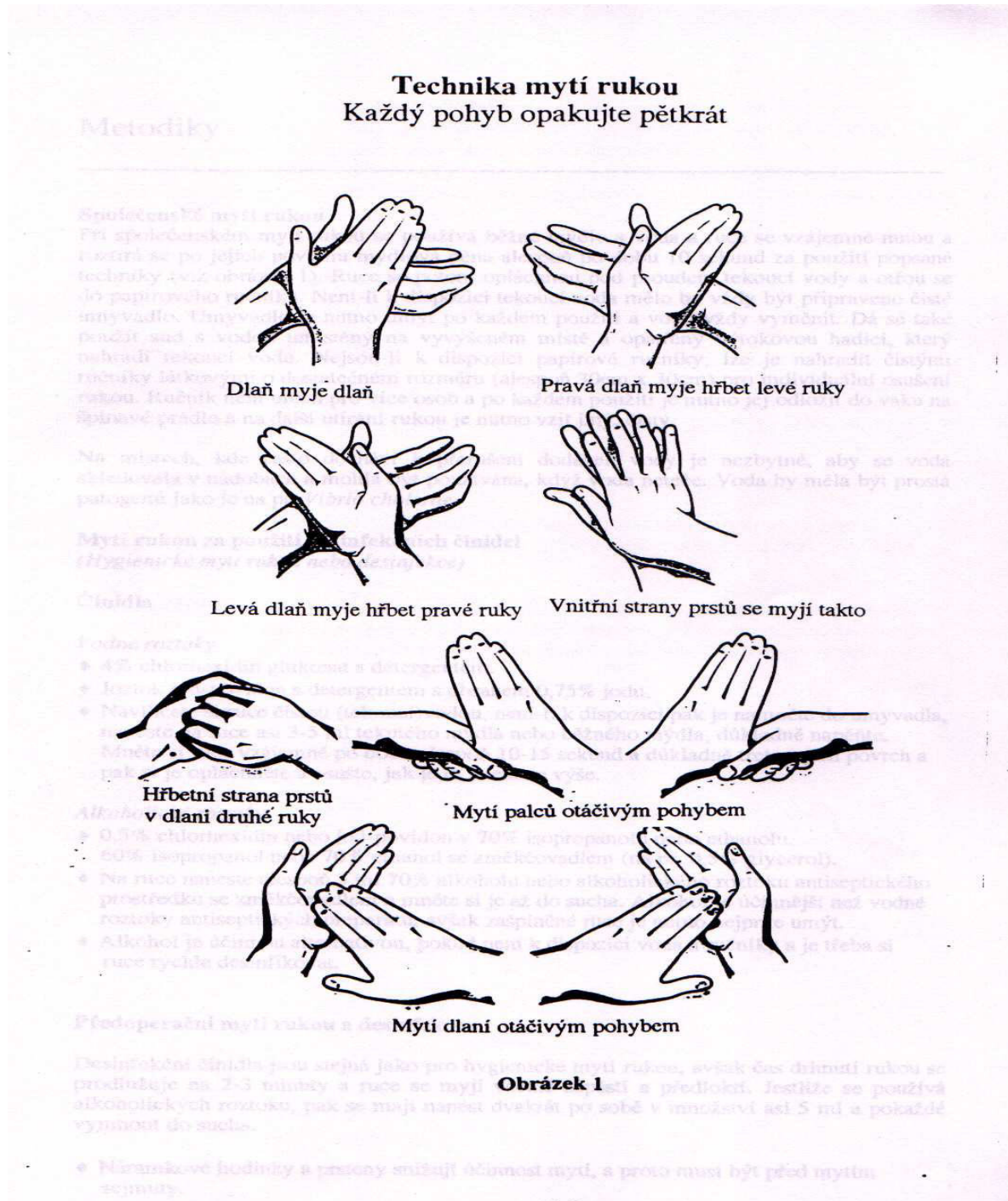
Příloha 2

INFEKČNÍ KOMPLIKACE PO TEP - RTG ZNÁMKY ZÁNĚTU



Zdroj: Vlastní

TECHNIKA MYTÍ RUKOU



HYGIENICKÁ DEZINFEKCE RUKOU

Hygienická dezinfekce rukou

Standardní metoda podle EN 1500

1. krok
Dlaň proti dlani.
Upozornění:
Nezapomeňte
na zápěstí.

2. krok
Dlaň pravé ruky
přes hřbet levé
a dlaň levé ruky
přes hřbet pravé.

3. krok
Dlaň proti dlani
s propletenými
prsty.

4. krok
Vnější část prstů
proti dlani
s „uzamčenými“
prsty.

5. krok
Sevřít pravý palec
v levé dlani
a vtírat krouživým
pohybem,
a naopak.

6. krok
Krouživé pohyby
sevřených konečků
prstů pravé ruky
v levé dlani,
a naopak.

Aplikujte dezinfekční přípravek na suché ruce. Dle výše popsaného postupu vtírejte přípravek důkladně do rukou až po zápěstí 30 vteřin. Každý krok provádějte pětkrát. Po ukončení 6. kroku opakujte znovu jednotlivé kroky po dobu trvání předepsaného času. Pokud je to nutné, použijte větší množství dezinfekčního přípravku. Zajistěte, aby ruce byly vlhké po celou dobu dezinfekčního procesu.

STERILLIUM
PRODUCTS

Příloha 5

OPERAČNÍ RÁNA PO EXTRAKCI TEP KYČELNÍHO KLOUBU



Zdroj: Vlastní

Příloha 6

CEMENTOVÝ SPACER PRO KYČELNÍ KLOUB



Zdroj: Firma Tecres S.p.A., Itálie

Příloha 7

CEMENTOVÝ SPACER PRO KOLENNÍ KLOUB



Zdroj: Firma Tecres S.p.A., Itálie

Příloha 8

PROPLACHOVÁ LAVÁŽ KLOUBU



Zdroj: Vlastní

Příloha 9

Svolení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Č. Budějovice a. s. provedením výzkumného šetření

Nemocnice České Budějovice a.s.
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
a hlavní sestra
Mgr. Kyselová Monika, MBA

Studentka JCU-ZSF
Brejšková Soňa
tel: 605915956
387878851 ORO SÁL

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v Nemocnici Č. B. zaměřeného na ošetrovatelskou péči o pacienty s infekčními komplikacemi po TEP.

Vážená paní magistro,

jsem studentkou 3. ročníku JCU-ZSF oboru všeobecná sestra – kombinované studium a obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Č. Budějovice a.s. jako podkladu pro mou bakalářskou práci s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienty s infekčními komplikacemi po totálních endoprotézách kyčelního a kolenního kloubu“. Kvalitativní výzkumné šetření bude provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů s písemným záznamem. Rozhovory budou uskutečněny s šesti náhodně vybranými sestrami infekčního oddělení. Součástí výzkumného šetření bude i zúčastněné pozorování stejné skupiny. Cíle a výzkumné otázky s rámcovými otázkami k rozhovoru Vám přikládám v další příloze. Předpokládaný termín je od 4.2.2013 do 15.3.2013. Jsem zaměstnanec nemocnice a pracuji jako staniční sestra ortopedických operačních sálů.

Děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem Brejšková Soňa

V Českých Budějovicích dne 28.1.2013

29.1.2013

Soňa Brejšková

Nemocnice České Budějovice, a.s.
IC 255 68 277
21

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Zdroj: Vlastní

Otázky k rozhovoru se sestrami

Odkud získáváte informace o problematice infekčních komplikací po TEP?

Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní příčiny vzniku infekční komplikace po TEP?

Jaké zásady v ošetrovatelské péči považujete za nezbytné, aby se eliminovalo riziko vzniku infekčních komplikací nebo riziko vzniku reinfekce?

V čem vidíte hlavní rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP oproti pacientům s jiným infekčním onemocněním, kteří jsou hospitalizováni na Vašem oddělení?

Jaká jsou dle Vás specifika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP?

Jsou nějaké ošetrovatelské výkony, které Vám u těchto pacientů činí potíže?

Podílíte se na poskytování informací pacientům s infekční komplikací po TEP?

Jaké jsou dle Vašeho názoru nejdůležitější potřeby u pacientů s infekčními komplikacemi?

Na jaké potřeby se u těchto pacientů zaměřujete?

Jaká potřeba je dle Vašeho názoru v tomto období nejméně saturována a proč?

A jak Vy sama pomáháte pacientovi lépe zvládnout toto náročné pooperační období?

Zdroj: Vlastní

Pozorovací arch – zúčastněné pozorování

	SESTRA 1	SESTRA 2	SESTRA 3	SESTRA 4	SESTRA 5	SESTRA 6
Mytí rukou dle standardizované techniky hygienické dezinfekce rukou						
Hygienická dezinfekce rukou před výkonem						
Hygienická dezinfekce rukou po výkonu						
Používání ochranných rukavic při výkonu						
Dodržování aseptického postupu při převazu operační rány						
Dodržování aseptického postupu při manipulaci s drenážním systémem a výměně sběrné láhve						
Dodržování aseptického postupu při péči o PŽK a CŽK						
Manipulace s použitým biologickým materiálem						
Antidekubitární péče						
Aktivní monitorace bolesti						
Kontrola účinnosti podaného analgetika						
Podpora soběstačnosti pacienta – zapojení pacienta do péče						
Komunikace s pacientem						
Psychická podpora pacienta						

MEZIOBOROVÝ SEMINÁŘ SESTER ZAMĚŘENÝ NA PROBLEMATIKU INFEKČNÍCH KOMPLIKACÍ PO TEP KYČELNÍHO A KOLENNÍHO KLOUBU - NÁVRH

Poslání

Infekčních komplikací po totálních endoprotézách kyčelního a kolenního kloubu v současné době stále přibývá. Z pohledu sestry je ošetrovatelská péče o tyto pacienty velice náročná, má svá přesně stanovená specifika a zásadně se dotýká i sester infekčního oddělení. Sestry by měly mít základní vědomosti a dovednosti v této oblasti.

Posláním semináře je seznámení sester s touto problematikou, a také praktický nácvik vybraných ošetrovatelských činností.

Cíle programu

- předat cílové skupině znalosti a dovednosti zaměřené na předcházení vzniku infekčních komplikací po TEP
- předat cílové skupině znalosti a dovednosti zaměřené na ošetrovatelskou péči u pacientů s infekční komplikací po TEP
- předat cílové skupině znalosti a dovednosti zaměřené na rehabilitační péči u pacientů s infekční komplikací po TEP
- předat cílové skupině znalosti a dovednosti v problematice výživy u pacientů s infekční komplikací po TEP
- podporovat cílovou skupinu v tom, aby tyto znalosti a dovednosti dokázala uplatnit ve své praxi

Cílová skupina

- cílovou skupinou jsou sestry pracující v nemocnici na infekčním oddělení

Forma vzdělání

- skupinová – do 15 účastníků

Jak seminář probíhá ?

Semináře se konají dvakrát ročně. Jsou zaměřeny na příčiny vzniku infekčních komplikací po TEP a následnou péči o tyto pacienty.

Program je realizován interaktivní formou. Součástí je mapování znalostí a dovedností sester v dané problematice. Pozornost je také věnována diskuzím. Účastníci pracují individuálně i ve skupinách. Seminář trvá 90 min a probíhá v zasedací místnosti ortopedického oddělení.

Vlastní průběh je rozdělen do čtyř částí dle tématických okruhů pod vedením lékaře – ortopeda, vrchní sestry ortopedického oddělení, fyzioterapeuta a nutričního terapeuta.

Co je náplní programu:

- problematika příčin vzniku infekčních komplikací po TEP
- problematika léčby a diagnostiky infekčních komplikací po TEP
- problematika ošetrovatelské péče u pacientů s infekční komplikací po TEP
- problematika výživy u pacientů s infekční komplikací po TEP
- problematika rehabilitace u pacientů s infekční komplikací po TEP

Pomůcky:

- zasedací místnost
- PC
- rehabilitační a polohovací pomůcky

Zdroj: Vlastní