



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetřovatelská péče o klienta po artroskopii ramenního kloubu

Vypracoval: Jelínková Petra
Vedoucí práce: Mgr. Dolák František, Ph. D

České Budějovice 2016

Abstrakt

Teoretická část bakalářské práce popisuje historii vývoje ortopedie, anatomii ramenního kloubu, klinická vyšetření ramenního kloubu, úrazy dělící se na zlomeniny kostí ramenního kloubu a ostatní poranění ramenního kloubu a následně samotnou artroskopii. Na to volně navazují potřeby klienta v pooperačním období, které zahrnují soběstačnost klienta, bolest u klienta a rehabilitaci po operačním výkonu.

Praktická část je zaměřena na klienty po artroskopii ramenního kloubu a sestry ošetřující klienty po tomto výkonu.

Práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Technika sběru dat probíhala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Pro výzkumnou část byly stanoveny tři výzkumné otázky. Za pomoci těchto otázek jsme zjišťovali, jaká je úloha sestry v péči o klienty po artroskopii ramenního kloubu. Dále jaké negativní faktory nejčastěji klienti po zákroku vnímají a jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů po artroskopii ramenního kloubu.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úlohu sestry v péči o klienty po artroskopii ramenního kloubu. Mezi nejdůležitější úlohy patří edukace klienta před výkonem i v průběhu hospitalizace, zároveň do předoperační přípravy spadá seznámení klienta s Informovaným souhlasem, příprava operačního pole, bandáže dolních končetin, zajištění předoperačních vyšetření a podání naordinované medikace. Dalšími cíli bylo zjistit specifika v ošetrovatelské péči u klientů po artroskopii ramenního kloubu. Jako specifika ošetrovatelské péče sestry uvedly kontrolu prokrvení a cití periferie operované horní končetiny, vypodložení operovaného ramene, zvýšená potřeba hygieny v podpažní jamce operované končetiny. Třetím cílem bylo zjistit problémy, které klienti vnímají po artroskopii ramenního kloubu. Mezi hlavní vnímané problémy klienti řadí bolest. Dále se jednotlivě zmiňovali o nedostatku soukromí, diskomfortu ve spojení se zvolenou fixací a nedostatkem informací o nutnosti přiložené fixace.

Získané odpovědi od klientů a sester byly rozříděny do jednotlivých kategorií a následně porovnány v interakci mezi sestrou a klientem.

Klíčová slova:

Artroskopie, ramenní kloub, ošetrovatelská péče, potřeby klienta

Abstract

The theoretical part describes the history of orthopaedics development, the anatomy of the shoulder joint, clinical examination of the shoulder joint, injuries divided into the shoulder joint bones fractures and other injuries of the shoulder joint and the arthroscopy itself. This part is followed by the description of the client's needs in the postoperative period, which include self-sufficiency; furthermore the client's pain and the rehabilitation after surgery.

The practical part is focused on clients after arthroscopy of the shoulder joint and nurses attending to clients after the procedure.

The thesis was compiled as a qualitative research. The technique of data collection was carried out using a semi-structured interview. The research part included three research questions. Based on these questions, we examined the role of nurses in the care of clients after arthroscopy of the shoulder joint. Furthermore, the negative factors most clients perceive after the surgery and what the specifics of nursing care for clients after arthroscopy of the shoulder joint are analysed.

The aim of the thesis was to investigate the role of nurses in the care for clients after arthroscopy of the shoulder joint. The most important tasks include education of clients before the procedure and during the hospitalization. The preoperative preparation consists of the explanation of the informed consent to the client, the preparation of the surgical field, legs bandaging, the management of preoperative examinations and the administration of the prescribed medication. Other objectives were to determine the specifics of nursing care for the clients after arthroscopy of the shoulder joint. The specifics of nursing care reported by the nurses themselves including checking the blood circulation and peripheral sensitivity of the operated upper limb, shimming the operated arm, increased need for hygiene in the armpit of the operated extremity. The third objective was to identify the problems perceived by the clients after the arthroscopy of the shoulder joint. The main problems perceived by the clients included pain. Furthermore, they mentioned the lack of privacy, discomfort in association with the selected fixation and the lack of information about the need for the fixation system.

The answers from clients and the nurses were divided into individual categories and then compared in the interaction between the nurse and the client.

Keywords:

Arthroscopy, shoulder joint, nursing care, client's needs

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala 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. 2016

.....

Petra Jelínková

Poděkování

Děkuji především Mgr. Františku Dolákovi PhD., za jeho cenné rady, připomínky a odborné vedení mé práce. Děkuji také všem respondentům a respondentkám, kteří souhlasili s výzkumným šetřením a tím umožnili vznik této práce.

Obsah

Úvod

1. Současný stav	12
1.1 Historie ortopedie	12
1.2 Anatomie ramenního kloubu.....	13
1.3 Klinická vyšetření ramene	14
1.4 Úraz	15
1.4.1 Zlomeniny kostí ramenního kloubu	16
1.4.2 Ostatní poranění ramenního kloubu	17
1.5 Artrioskopie	18
1.6 Potřeby klienta v pooperačním období.....	20
1.6.1 Soběstačnost klienta v pooperačním období	21
1.6.2 Bolest u klienta po operačním zákroku	25
1.6.3 Rehabilitace po operačním zákroku artrioskopie ramenního kloubu	29
2. Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3. Metodika	34
3.1 Použité metody.....	34
3.2 Postup při analýze rozhovorů s klienty a se sestrami.....	34
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	35
4. Výsledky výzkumného šetření	36
4.1 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů s klienty	36
4.1.1 Kategorie – Charakteristika výzkumného souboru klientů	36
4.1.2 Kategorie – Informovanost o artrioskopickém výkonu	36
4.1.3 Kategorie – Poloha operované končetiny po výkonu jako součást pooperační péče	37
4.1.4 Kategorie – Průběh a účastníci rehabilitačního cvičení.....	37
4.1.5 Kategorie – Bolest a schopnost vlastní sebeobsluhy po výkonu	38

4.1.6 Kategorie – Negativní faktory a největší omezení po provedeném výkonu.....	38
4.2 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů se sestrami.....	39
4.2.1 Kategorie – Charakteristika výzkumného souboru sester.....	39
4.2.2 Kategorie – Edukace klientů přijímaných k arroskopickému výkonu ramenního kloubu.....	40
4.2.3 Kategorie – Ošetrovatelské výkony v rámci péče o klienty, v souvislosti s arroskopií ramenního kloubu, při příjmu k hospitalizaci.....	40
4.2.4 Kategorie – Ošetrovatelské výkony v rámci péče o klienty, v souvislosti s arroskopií ramenního kloubu, po provedeném operačním zákroku.....	41
4.2.5 Kategorie – Spolupráce sestry s fyzioterapeutem a informovanost o následné péči po propuštění do domácího ošetřování.....	42
4.2.6 Kategorie – Omezení klienta po arroskopickém výkonu ramenního kloubu a hodnocení míry soběstačnosti klienta sestrou.....	42
5. Diskuze	44
6. Závěr.....	50
Seznam použité literatury	52
Přílohy	56

Seznam použitých zkratk

- DGOT Deutsche Gessellschaft fur Ortopadie und Traumatologie,
Německá společnost pro ortopedii a traumatologii
- IASP..... Mezinárodní asociace pro studium bolesti
- VAS..... Vizuální analogová škála bolesti
- CNS.....Centrální nervový systém
- ADL..... Activity Daily Living
Barthelův test základních denních činností
- IADL.....Instrumental Activities of Daily Living
Test instrumentálních denních činností
- RTG Rentgenové vyšetření
- VAPR..... Bipolární přístroj pro artroskopické odstranění měkkých tkání

Úvod

Artroskopie ramenního kloubu je v současnosti vyšetřovací a léčebná metoda používaná při onemocnění ramenního kloubu. Díky této metodě si může lékař přímo prohlédnout kloub pomocí endoskopického nástroje a případně v něm provést chirurgický zákrok. Toto vyšetření se doporučuje při podezření na funkční poškození struktur kloubu. Výhodou je, že některá objevená poškození se mohou při artroskopii i odstranit.

Na základě svých zkušeností z lůžkové i ambulantní péče o klienty po artroskopii ramenního kloubu jsem usoudila, že bude zajímavé, poučné a zároveň přínosné podrobně posoudit pooperační péči z pohledu nejen sester, ale i klientů. Nezřídka se v ošetrovatelské práci stává, že bez podnětů a rozvoje vzdělání se práce sester stává rutinou bez schopnosti vcítit se do pocitů klientů. Je třeba udržet mezi zdravotnickým personálem neustálou potřebu rozvoje a snahy o prohloubení péče o specifické skupiny pacientů. Ať už z pohledu rozdílných operačních výkonů, které prodělali nebo věku, rozličných onemocnění či potřeb.

Spolu s neustálým rozvojem v oblasti medicíny se musí stejně pružně přizpůsobovat také ošetrovatelská péče. Proto je důležité prohlubování vědomostí ošetrovatelského personálu o nových možnostech v provádění operačního výkonu, používaných materiálů a přístrojů, technického vybavení na operačním sále a lůžkovém oddělení, i v rámci rehabilitace po těchto specifických výkonech.

Klient po artroskopii ramenního kloubu má řadu problémů v oblasti základní sebeobsluhy a pohybu z důvodu prodělaného zákroku. Proto je nedílnou součástí při provádění tohoto výkonu ošetrovatelská péče ze strany sestry a fyzioterapeuta, kteří se podílejí velkou měrou na péči o klienta. Výsledek provedeného výkonu je také odrazem dostatečné informovanosti klienta, správné edukace a kvalitně nastavené pooperační rehabilitace.

1. Současný stav

1.1 Historie ortopedie

Přesný vznik ortopedie není nikde datován. Je popsáno, že již ve starém Egyptě před 5000 lety existovaly psané návody, jak léčit různé druhy fraktur. V chrámu Kom Ombo v Egyptě jsou vyobrazeny reliéfy chirurgických nástrojů, které jsou neuvěřitelně podobné nástrojům, které se používají i v dnešní době. 800 let před n. l. žil v Indii léčitel Susruta, od kterého se dochovaly různé typy repositionálních kleští a písemná doporučení (Dungl, 2014). V 5. století před Kristem popsal Hippokrates v Řecku fraktury i deformity a v 11. století vydal Avicenna Kánon chirurgie (Maňák, 2005). Byla to ortopedie z dnešního pohledu neucelená a nesjednocená.

První lůžková oddělení vznikala velmi sporadicky. V roce 1741 byla svépomocí vydána kniha *Ortopedia*, od francouzského pediatra Nicholase Andryho, která měla být příručkou pro rodiče nemocných dětí, protože lékařská péče v té době byla velmi drahá a třeba transport nemocných lidí prakticky neexistoval.

Ortopedie jako taková mohla vzniknout až po spojení oborů, jako je anestezie (v roce 1846), asepse (v roce 1867) a RTG paprsky (v roce 1895). V naší zemi byl otevřen ortopedický ústav v roce 1843 v Praze a otevřel ho pan profesor Jan Špott, který se věnoval ortopedii. Spolu s profesorem Špottem byli na tehdejší Karlo- Ferdinandově universitě i docent Matějovský a Herrmann. Po roce 1900 došlo k rozvratu a byla založena samostatná německá společnost pro ortopedii a traumatologii (DGOT). Mezi zakládající členy patřili profesor Vítězslav Chlumský, profesor Albert Hoffa a profesor Lorenz. V roce 1887 byla založena ve spojených státech Americká společnost ortopedická, která se prosadila i o obor operační a traumatologii pohybového ústrojí (Dungl, 2014).

1.2 Anatomie ramenního kloubu

Na skladbě ramenního kloubu se podílí tři kosti. Zejména klíční kost s lopatkou a patří sem i hlavice kosti pažní (Hanzalová, 2009).

Rameno je složené hlavně i ze čtyř kloubů (viz. Příloha 1). Kloub akromioklavikulární, kloub sternoklavikulární, kloub glenohumerální a kloub skapulotorakální. Nachází se mezi vypouklou hlavici kosti pažní a mělkou kloubní jamkou lopatky. Ramenní kloub je kloubem volným kulovitým z důvodu nepoměru kloubních plošek. Kloubní jamka na zevním okraji lopatky je výrazně menší svým obvodem oproti hlavici kosti pažní a je spíše plochá. Z tohoto důvodu je ramenní kloub značně nestabilní a vyžaduje pevné spojení pomocí svalového aparátu a pomocí vazů (Naňka, 2015; Repko, 2012).

Z důvodu menší plochy kloubní jamky lopatky doplňuje tuto jamku po obvodu chrupavčitý lem, labrum glenoidale, který má za úkol rozšířit kontaktní plochu a zvyšuje stabilitu ramenního kloubu (Dungl, 2014).

Kloubní pouzdro je prostorné a silné, ve své dolní části dosahuje až k anatomickému krčku kosti pažní (Naňka, 2015). Po celém svém obvodu je kloubní pouzdro zesíleno o několik pevných vazů (Dungl, 2014) a svalů. Hlavním svalem, který udržuje svým napětím hlavici humeru v ramenním kloubu je sval deltový. Další důležité svaly pro správnou funkci ramenního kloubu jsou sval nadhřebenový, který nám zajišťuje odtážení a zevní rotaci ramenního kloubu a fixuje hlavici humeru v kloubu. Dále se tu uplatňuje sval podhřebenový, který má také vliv na udržení hlavice humeru v kloubním pouzdře a ovlivňuje zevní rotaci horní končetiny. Malý oblý sval má stejnou funkci, jako sval předešlý a velký oblý sval spolu se svalem podlopatkovým ovlivňuje vnitřní rotaci a přitažení horní končetiny (Naňka, 2015).

Ramenní kloub je svým rozsahem pohybů nejpohyblivějším kloubem v lidském těle. Na celkovém pohybu ramene se podílejí všechny výše uvedené svaly a klouby (Dungl, 2014). Pohyb horní končetiny v ramenním kloubu je možný kolem tří os díky volnému kulovitému kloubu. Mezi základní pohyby ramenního kloubu patří ventrální flexe (předpažení) v rozsahu 90°, dorzální flexe (zapažení) do 40°,

abdukce (upažení) a addukce (připažení), obojí v rozsahu 90° a v neposlední řadě vnitřní a zevní rotace v rozsahu asi 90°. Elevace (zdvihání) je volným pokračováním abdukce nad horizontálu. Elevace je fázový a kombinovaný pohyb, na kterém se podílí lopatka, která se rotuje po stěně hrudní, že dojde k vyrotování kloubní jamky horizontálně (Hanzlová, 2009). Ve fyziologické kloubní dutině se nachází 10-15 kloubní tekutiny (Dungl, 2014).

1.3 Klinická vyšetření ramene

Dle Véleho (2012) lze rozdělit klinická vyšetření ramenního kloubu na dvě odlišné skupiny. Na metodu bez dotykového kontaktu s klientem a na druhou metodu, která využívá přímý i nepřímý kontakt s klientem.

Prvním krokem ve vyšetření klienta je sběr anamnézy. Ta poskytuje veškeré informace ohledně aktuálního zdravotního stavu klienta. A pomáhá nám k určování vhodné diagnózy. Pátráme po bolesti závislé na mechanice pohybu a po nočních bolestech. Mnoho klientů s obtížemi ramenního kloubu jsou sportovci a mladší lidé (Příkryl, 2007). U anamnézy samotné je důležité zjištění rodinné anamnézy, kterou můžeme zjistit vrozené či vývojové vady pohybového aparátu. Nádorová onemocnění, infekční onemocnění a např. i neurologická onemocnění. Nedílnou součástí je i osobní, pracovní a v neposlední řadě i sportovní anamnéza. U osobní anamnézy je důležité zjistit, zda klient neprodělal úrazy ramenních kloubů a možné prodělání infekčních ložisek v minulém čase. U pracovní anamnézy nás zajímá zaměstnání klienta, charakter vykonávané práce a možné přetěžování ramenních kloubů. U sportovní anamnézy nás zajímá druh a délka sportovní aktivity. Případné úrazy, které se během sportovní činnosti můžou stát (Dungl, 2014).

Dalším klinickým vyšetřením je aspekce, tedy vyšetření pohledem. Sledujeme tvar ramene, příp. otoky či odchylky. Klienta vyšetřujeme vždy vyslečeného do půl těla, aby bylo možné srovnání s protějším ramenním kloubem nejen při vyšetření pohledem, ale i při funkčním vyšetření rozsahu pohybu.

Klient je při vyšetřování k nám zprvu otočen zády. Palpací kloubu zjistíme možnou bolestivost a lokalitu maximální bolestivosti klienta (Příkryl, 2007; Dungl, 2014).

Při funkčním vyšetření ramene se doporučuje provést nejdříve pasivní pohyb v ramenním kloubu při maximálním uvolnění klientova svalstva. Po pasivním pohybu následuje pohyb aktivní, kdy si všímáme plynulosti a rozsahu pohybu ve smyslu předpažení, zapažení a vzpažení. Pro správnost vyšetření je vhodná komparace se zdravou končetinou (Příkryl, 2007). Dále je zjišťována možnost rotace v rameni v základní poloze a v abdukci 90° (Dungl, 2014). Pro představu vylévání sklenice vody širokým obloukem směrem do středu klientova těla.

Mezi další klinické vyšetřovací metody patří různé druhy specifických testů. Testů k vyšetření ramenního kloubu je mnoho, pro příklad lze uvést Apprehension test, Kennedyho test, Neerův test, Jobého test, Drom arm sing Burkhartův test, aj.

Nedílnou součástí základních vyšetřovacích metod je i rentgenové vyšetření ramenního kloubu. Rentgenové vyšetření lze provádět nejen v základní předozadní projekci (Příkryl, 2007), ale i v bočním (transthorakální), Y projekce (skapulothorakální) (Žvák, 2006), axilolaterální projekce a projekce SA prostoru.

Dále se hojně využívá vyšetření ultrasonografie, magnetická rezonance a výpočetní tomografie ramenního kloubu. V neposlední řadě se využívá i artrografie s projekcí kontrastní látky (Příkryl, 2007).

1.4 Úraz

Dle Wendscheho (2015) je úraz tělesným poškozením, které vzniklo nezávisle na vůli klienta náhlým a násilným působením zevních sil.

Většinou se jedná o děj, který má krátkou dobu trvání. Následek úrazu je poranění, což je porušení zdraví, kterou daný úraz zapříčinil. Podle poškození kožního krytu lze poranění rozdělit na poranění otevřená a zavřená. U otevřeného poranění došlo k porušení sliznice nebo kontinuity kůže a u zavřeného poranění porušená integrita kůže či sliznice není (Spilka, 2013).

Důležité je od klienta zjistit přesnou příčinu úrazu, úrazový děj a správně vyhodnotit následek úrazu. Podle příčiny lze úrazy dále dělit na úrazy domácí, kterých je valná většina, pracovní, dopravní, sportovní a kriminální. Důležitá je prevence jakékoliv úrazovosti (Valenta, 2007).

Neméně důležité je pro klienta i prevence úrazu, což je soubor opatření, kterým lze úrazu předcházet. Hlavní příčinou všech úrazů je člověk, a regulovat jednání člověka je vždy úkol obtížný. A proto je nutné nastavit a dodržovat bezpečnostní předpisy a opatření, ať už se klient pohybuje v jakémkoliv prostředí - domácnost, zaměstnání, příroda, silniční provoz aj. (Spilka, 2013).

Úraz je vážným společenským problémem. Tvoří až 6% všech ošetření v ambulancích a 1,2% všech hospitalizovaných klientů. Některé úrazy mohou být smrtelné a mnoho úrazů zanechává trvalé následky. Vážné úrazy jsou spojeny s vysokými náklady na poskytovanou péči. Úrazy jsou dle statistiky na 4. místě v příčinách smrti u dospělých klientů a na prvním místě v úmrtí dětí ve věku do 15 let (Michalský, 2009).

1.4.1 Zlomeniny kostí ramenního kloubu

Ramenní kloub se skládá ze tří kostí a každá kost může být zlomená. V nejsilnější kosti pažní dochází ke zlomeninám často. Pro ramenní kloub nás ale zajímá horní konec pažní kosti neboli proximální humerus (Michalský, 2009). Zlomenina může zasahovat do kloubu či může být spojena i s vykloubením ramenního kloubu (Pilný, 2007). Mezi další zlomeninu patří zlomenina chirurgického krčku kosti pažní, u které se dělí podle výsledku působících sil na zlomeninu abdukční či addukční. Často bývá v i odlomená hlavice kosti pažní vyluxovaná mimo kloub a nazývá se zlomeninou luxační. Při této složité zlomenině dochází i k poranění vazů, svalů, nervů i cév v ramenním kloubu.

Ke zlomeninám klíční kosti dochází nejčastěji u sportů po přímém nárazu na rameno (např. při nárazu na mantinel při hokeji, při cyklistice aj.) nebo pádem

na nataženou horní končetinu (Michalský, 2009). MUDr. Žvák udává nejčastější postižení střední části klíční kosti.

Poslední kostí, která se podílí na ramenním kloubu, je lopatka. Tam zlomeniny nebývají příliš časté, protože lopatka je uložena ve svalech, které se na ní různě upínají a ke zlomeninám lopatky dochází pouze přímým násilím (Michalský, 2009). Mezi nejvzácnější zlomeninu lopatky patří zlomenina krčku a glenoidální jamky (Žvák, 2006).

1.4.2 Ostatní poranění ramenního kloubu

K bolestivému omezení ramenního kloubu vede každé, i relativně malé poranění. Omezeny jsou nejvíce rotační pohyby a elevace paže (Michalský, 2009).

Mezi nejčastější poranění ramene patří pohmoždění ramenního kloubu, které vzniká pádem nebo přímým nárazem na rameno (Pilný, 2007). Následkem těžkého pohmoždění může vzniknout tzv. syndrom zmrzlého ramene, což je omezení pohyblivosti ramenního kloubu všemi směry. Provázené jsou silnými bolestmi při pohybu a vzniku atrofie svalů, které se upínají na ramenní kloub (Michalský, 2009). Vzniká zde zmenšení kloubní dutiny a dochází ke zkrácení a ztluštění okolních tkání (Janiček, 2012).

Dalším poraněním je vykloubení ramenního kloubu. Většina vykloubení ramene je traumatického původu a pouze minimum luxací původu netraumatického. Vždy při něm dochází k poranění kloubního pouzdra (Žvák, 2006). Hlavice kosti pažní se posune mimo kloub a dojde k přetržení kloubních vazů, které kloubní jamku drží pohromadě. Při nedostatečném zhojení luxace ramene může dojít k opakovaným luxacím ramene i při minimálním mechanismu úrazu. Rameno je v takovéto fázi nestabilní a „vyskakuje“ i při běžných denních či sportovních činnostech jako je např. plavání (Pilný, 2007).

Také poranění šlach dvouhlavého pažního svalu bývá velmi časté a to hlavně na podkladu chronického přetěžování a některých degenerovaných změn (Dungl, 2014). Další příčinou může být zvednutí příliš těžkého břemene, kdy může dojít k přetržení

části nebo úplnému odtržení úponů šlachy. Toto poranění je časté u silových sportů při nedodržení dostatečného rozevření (Pilný, 2007). Často jsou sdruženy i s ostatními poraněními ramene. Nejčastější je přetržení šlachy nadhřebenového svalu (m. supraspinatus), přetržení dlouhé šlachy bicepsu na přední ploše kosti pažní a roztržení úponu zevních rotátorů humeru (Michalský, 2009).

Spojením několika svalů v rameni je tvořena rotátorova manžeta, která má za následek stabilitu ramenního kloubu. Je tvořena spojením svalů vnitřního rotátoru, svalu nadhřebenového, svalu podhřebenového a zevními rotátory (Dungl, 2014). Šlachy těchto svalů se spojují do podoby široké čepičky kolem velkého hrbolu kosti pažní. Rotátorová manžeta se podílí na prvních 30% vykonávané abdukce (Janíček, 2012).

Příčina vzniku trhliny (ruptury) je úzce spojena s impingement syndromem (Dungl, 2014), což je dle Janíčka bolestivý stav daný opakovaným narážením velkého hrbolu humeru na spodní plochu kloubu hlavičky lopatky a přilehlou část vazů. To vše má za následek zúžení subakromiálního prostoru a vznik impingement syndromu. Bolesti se projevují při pohybech horní končetiny nad úroveň hlavy a mohou vystřelovat až do zevní strany paže, kde se upíná deltový sval (Pilný, 2007).

1.5 Artroskopie

Dle Dungla (2014) první zmínky o artroskopii ramenního kloubu pocházejí z roku 1931, kdy byla popsána Michaelem S. Burmanem artroskopie na mrtvém těle. Delší čas šlo pouze o výkon diagnostický a průlom k operační léčbě nastal až v 70. letech po zdokonalení videopřenosu a vývojem celé řady nástrojů a technik (Příkryl, 2007).

Rameno je v dnešní době druhým nejčastěji endoskopicky řešeným kloubem. K tomu pomohlo i vyvinutí vstřebatelných a titanových implantátů (Janíček, 2012). Indikací k artroskopii ramene je ošetření traumatických a potraumatických potíží (Repko, 2012). Použití této metody lze například k uvolnění prostoru mezi hlavicí pažní kosti a podklíčkem, k prohlížení kloubního pouzdra po vykloubení ramene,

odstranění volných tělísek v kloubu nebo k rekonstrukci rotátorové manžety, aj. (Veselý, 2011).

Výhodou této operační metody je nízká zátěž klienta a je málo invazivní (Kautzner, 2010).

Samotná artroskopie je prováděna v celkové anestezii, z důvodu zmírnění pooperačních bolestí. V některých případech lze využít i skalenický (krční) blok, který je výhodnější pro urychlení rehabilitace, ale samostatně je pro klienta nedostačující (Příkryl, 2007). Největší výhodou pro klienta samotného je kombinace obou anestézií, díky které dojde ke snížení hodnot středního arteriálního tlaku a k zabránění jeho výkyvům během operačního zákroku (Dungl, 2014).

Pro tuto operační metodu Příkryl (2007) udává dvě základní polohy. Polohu klienta v polosedě s mobilní volnou paží nebo polohu klienta na boku s flexí a abdukcí (natažením a odtažením) za paži axilárně a laterálně (ve směru osy a bočně). V poloze na boku je klient uložen na straně zdravé horní končetiny, která je uložena na podložce pro snadnější zavedení žilního vstupu. Operovaná horní končetina je zavěšena za prsty na ruce na speciálním držáku s kladkou a závažím (Veselý, 2011). Dolní končetiny jsou vypodloženy podložkou proti možnému vzniku otlaků. V kyčelním a kolenním kloubu je částečné ohnutí. Trup klienta je lehce skloněn na záda. Evropská škola upřednostňuje pro artroskopii ramene v oblasti kloubního prostoru mezi klíční kostí a hlavičkou kosti pažní polohu v polosedě. Operovaná horní končetina je při této poloze volně pohyblivá, či položená na stolku. Výhodou této polohy je lepší artroskopický obraz při pohybu končetiny, kterou provádí asistent operátora (Příkryl, 2007).

K artroskopii ramene je důležité disponovat vhodným vybavením, které zprostředkuje kvalitní obraz a tím pádem lepší orientaci v kloubu. K vybavení patří i neohebný tubus silný 4 mm, který je opatřený soustavou čoček s různými úhly pohledu. Jako světelný zdroj je využívána xenonová lampa s optickým kabelem. Nedílnou součástí je pumpa, která přivádí a odvádí nejčastěji Ringerův roztok do kloubu. Další jednotkou je motorová rotační fréza (Shaver) a VAPR, což je přístroj používaný ke snižování krvácení při samotném výkonu na měkkých

tkáních. Dále se k artroskopii používá celá řada speciálně vyrobených nástrojů (Novotný, 2007).

V literatuře je popsáno mnoho artroskopických vstupů, ale nejpodstatnější je zadní základní vstup pro kameru, který se nachází 2 cm směrem kaudálně a přibližně 1-2 cm od středu posterolaterálního okraje akromia v intervalu mezi malým oblým svalem a svalem podhřebenovým. Nejdříve se zkusí dlouhou jehlou volná manipulace v oblasti ramenního kloubu. Poté se kožní incizí a tupým trokarem snažíme proniknout po proděravění kloubního pouzdra do kloubu. Ostatní vstupy pro artroskopii jsou vytvářeny dle druhu plánované techniky (Dungl, 2014). Přístupy ke kloubnímu prostoru ramene jsou základní, boční a přední. Bočních vstupů může být několik vedle sebe. Výkony se standardně provádí dvěma porty, ale při některých rekonstrukčních výkonech je možno zvolit více vstupů (Příkryl, 2007).

Největší komplikace, které se chce vyhnout každý operátor je poškození brachiálního plexu. A hlavní výhodou artroskopie ramenního kloubu je rychlejší návrat k původní aktivitě klienta, menší bolestivost po výkonu a minimální rozsah jizev (Janíček, 2012).

1.6 Potřeby klienta v pooperačním období

Pooperační období nastává po skončení operačního výkonu a anestezie. Pooperační péče je součástí ošetrovatelské i léčebné péče. Je důležité zajistit u klienta prevenci, rozpoznání a včasnou léčbu případných pooperačních komplikací. Cílem pooperační péče je bezpečně převést klienta přes toto období (Jedličková, 2012).

Po převzetí klienta a dokumentace od anesteziologa na předsálí operačního sálu sestra sleduje aktuální stav klienta, kvalitu vědomí a hodnoty vitálních funkcí. Vše výše uvedené je sledováno po celou dobu prevozu klienta na pooperační pokoj a poté pečlivě zaznamenáno do dokumentace klienta (Boušová, 2013).

Po artroskopickém výkonu ukládáme operovanou končetinu do Gillchristova závěsu, který klientovi nedovolí upažení a zevní vytočení ramene.

U hůře spolupracujících klientů lze nasadit klasický Desaultův obvaz, který je pevnější a nehrozí nežádoucí pohyb v ramenním kloubu (Přikryl, 2007).

Dále na pooperačním pokoji sestra sleduje stav klienta v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře. Sleduje také stav a správnou průchodnost intravenózního vstupu. Do dokumentace zapisuje naměřené hodnoty krevního tlaku, pulsu, dechu a stavu vědomí. Dále pečlivě sleduje případnou nevolnost, vývoj bolesti a aplikuje předepsanou analgetickou léčbu dle ordinace lékaře. Sestra také kontroluje stav rány, obvazu a v případě drénů i funkčnost těchto drénů a množství odvedených krevních ztrát. Klient je opakovaně sestrou edukován o nutnosti klidového režimu. Všechny naměřené a vyzorované skutečnosti a hodnoty sestra zapisuje průběžně do dokumentace a v případě fyziologických odchylek to neprodleně oznámí ošetřujícímu lékaři na oddělení (Boušová, 2013).

Artroskopii ramenního kloubu je možné díky své nízké invazivitě zařadit i do tzv. jednodenní chirurgie, kdy klient odchází první pooperační den do domácího ošetřování. Než bude klient propuštěn ze zdravotnického zařízení, musí být poučen o možnostech zvládnání bolesti a musí být alespoň částečně soběstačný v oblékání a v denních činnostech (Janíková, 2013).

1.6.1 Soběstačnost pacienta v pooperačním období

Soběstačnost patří k základním potřebám člověka. Potřeba se projevuje nějakým nedostatkem. Chyběním něčeho, co je pro člověka životně a vývojově důležité. Je důležité, aby se sestra dívala na člověka jako na celek, jako na bytost bio-psycho-sociální a bytost holistickou. Holistický přístup vnímá člověka, jako jeden celek. Je důležité si uvědomit, že porucha jedné části celku vede k poruše jiné části a může vést k poruše celého systému. Potřeby člověka se v průběhu života mění z hlediska kvality i kvantity. Vyvíjejí se a zdokonalují se, na rozdíl od instinktů a pudů, které jsou chápány, jako vnitřní síly dané biologicky a jsou zvenčí neovlivnitelné (Trachtová, 2013).

V ošetřovatelství vycházíme z hierarchického uspořádání potřeb člověka podle teorie A. H. Maslowa. Pod pojmem hierarchie se rozumí pořadí naléhavosti potřeb jedince (Plevová, 2011).

Abraham H. Maslow byl americký psycholog, který byl organizátorem a zároveň prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii vzniklé po druhé světové válce ve Spojených státech. Vytvořil teorii motivace, z nichž vychází jeho hierarchická teorie potřeb. A. H. Maslow uvádí, že každý člověk má individuální systém motivů. Některé motivy jsou silnější než druhé, a z těch silných jsou některé nejsilnější (Trachtová, 2013). Dle Plevové (2011) je funkcí motivace uspokojování potřeb jedince. Motivace je vnitřní psychologický proces, který má svůj zdroj ve vnitřní i okolní situaci každého jedince.

Trachtová (2013) popisuje ve své knize systém potřeb vytvořený A. Maslowem, který řadí základní fyziologické potřeby, k nimž patří potřeba kyslíku, pohybu, čistoty, výživy, spánku, vyprazdňování a sexuální potřeby. Některé potřeby si jedinec ani neuvědomuje, přičemž jsou pro něj životně důležité – např. potřeba kyslíku. Další důležitou potřebou je potřeba jistoty a bezpečí. Lze pod tuto potřebu zařadit potřebu vyvarovat se nebezpečí či ohrožení, vyjadřuje touhu po důvěře a spolehlivosti. U hospitalizovaného klienta často může dojít k pocitu ztráty životní jistoty z důvodu prodělaného zákroku či vývoje svého onemocnění. Potřeba sounáležitosti a lásky je občas nazývána potřebou afiliační. Tato potřeba se dostává do klientova popředí hlavně v době jeho osamocení či pocitu opuštění. Potřeba sebeúcty vyvolává v jedinci pocit důvěry v okolním světě. Dále potřeba uznání a touha po respektu okolí. Snaha o získání nebo udržení určitého statutu uvnitř určité sociální skupiny. Nejvyšší řadu v Maslowově pyramidě potřeb (viz. Příloha 2) tvoří potřeba seberealizace a sebeaktualizace. Důležité v těchto potřebách je, aby si mohl jedinec realizovat své záměry a sny s přihlédnutím ke svému vlastnímu potenciálu. K těmto všem potřebám řadí Maslow i tzv. metapotřeby, jako je potřeba růstu, poznání, rovnováhy, individuality aj. Tyto potřeby nejsou u člověka na hierarchii potřeb položeny nejvýše, ale jejich uspokojování velmi ovlivňuje daného jedince. Maslow ze svého pohledu

zjistil, že jedinci, kteří mají uspokojeny své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než jedinci s těmito neuspokojenými potřebami (Trachtová, 2013).

Dle Šamánkové (2011) naplnění potřeb směřuje k homeostáze, což je obnovení a vyrovnaní změněné rovnováhy organismu. Potřeby jsou pro klienta užitečné, nutné a velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou klientova života. Množství a intenzita potřeby závisí na věku klienta, pohlaví, na společenské a kulturní úrovni, na prostředí ve kterém žije a ve kterém vyrůstal. Dále záleží na zdravotním stavu, inteligenci a životních zkušenostech klienta. Pocit nenaplněných potřeb způsobuje jedinci zátěž, stres či pocit frustrace.

Po artroskopii ramenního kloubu je pro klienta důležitá míra soběstačnosti a sebeděče. Pojem sebeděče lze definovat, jako zajištění péče o sebe vlastními silami (Halmo, 2014). Z důvodu operačního zákroku pociťuje klient určitý deficit sebeděče. Důležité je věnovat se deficitu soběstačnosti v oblasti pohybu, hygieny, výživy, oblékání, ale i vyprazdňování a s tím související např. přesun klienta z lůžka na toaletu (Trachtová, 2013).

Hygienická péče je souborem postupů a pravidel vedoucích k podpoře a ochraně klienta. Potřeba hygieny patří mezi základní potřeby klienta a ovlivňuje spoustu dalších potřeb, např. potřebu spánku či výživy. Pohlíží se na ní z hlediska biologického, psychologického, sociálního a spirituálního. Z biologického hlediska odstraňujeme nečistotu, mikroorganismy aj., čímž bráníme možnému rozvoji infekce a odstraňujeme možný zápach. Z psychologického hlediska navozuje hygiena v klientovi pozitivní emoce a pocit klidu a pohody. Správnou péčí o hygienu vytváříme v oblasti sociální a spirituální příjemné prostředí pro klienta i jeho okolí. Podílíme se tím na možnosti komunikace a i čistota má své místo v systému lidských hodnot (Vytečková, 2011).

Faktory, které ovlivňují hygienickou péči o oblékání, jsou především věk a pohlaví klienta, pohybová aktivita a nemoc (Hoffmannová, 2008).

Dle Kelnarové (2015) je důležité pečovat o hygienu klientů v průběhu celého dne. Péče sestry v hygieně začíná ranním probuzením klienta a končí večerním mytím

a přípravou klienta ke spánku. Za asistence sestry je klient po výkonu na ramenním kloubu schopen vykonat hygienické potřeby téměř samostatně. Nutné je klientovi nachystat správné pomůcky, ručník a dopomoci klientovi umýt celá záda. Vhodné je také případně vyměnit klientovi vodu v umyvadle, učesat vlasy, pomoci mu při oblékání a dle potřeby vyměnit či upravit lůžko.

U klientů po výkonu na ramenním kloubu je důležité znát laterality, což je dominance pravé nebo levé horní končetiny, je důležité určit rozsah hygienické péče, způsob hygieny, potřebnou dopomoc a zajištění případných pomůcek k rukám klienta. Neméně důležitá je i fyziologie kůže klienta, u které si sestra všímá změny barvy, napětí kůže a ev. možná přítomnost krevních výronů (Hoffmannová, 2008).

Současně s deficitem hygieny vzniká i deficit v oblasti oblékání a pohybu klienta. Biologická potřeba pohybu je u každého jedince velmi individuální a na správný nácvik pohybu se zaměříme v rehabilitační části (Trachtová, 2013). Včasnou a důslednou rehabilitací lze odstranit či eliminovat deficit v oblasti oblékání a hygienické péče o klienta.

Dle Trachtové (2013) je schopnost klienta být aktivním a pohybovat se, základním kritériem v posuzování a hodnocení funkční úrovně soběstačnosti a sebeděče. Porucha hybnosti u klienta mění způsob vykonávání jeho denních činností, a tím dochází k narušení sebeděče.

Před samotným začátkem ošetrovatelských intervencí musí sestra zhodnotit stupeň funkční úrovně soběstačnosti klienta. Pomocí zrakového a hmatového posouzení sestra provádí zhodnocení stavu kůže, kožní turgor, kožní léze, hematomy či otoky. Pro hodnocení stupně soběstačnosti lze použít Barthelův test zvládání denních činností (viz. Příloha 3) a zhodnocení funkční úrovně soběstačnosti (Hoffmannová, 2008).

Dle Tóthové (2014) test instrumentálních denních činností (IADL) zkoumá schopnost klienta žít ve své samostatné domácnosti. V tomto testu je například zahrnuto hodnocení přípravy jídla, nakupování, běžného domácího úklidu, manipulace klienta s penězi, samostatné užívání chronických léků aj. Hodnocení tohoto testu lze použít v domácím i nemocničním prostředí. Výsledkem je, že čím má klient méně bodů,

tím je jeho míra závislosti na pomoci vyšší. V Barthelově testu základních všedních činností (ADL) lze vyhodnotit běžné denní aktivity klienta. Zhodnocuje se zde schopnost klienta se najíst, napít, obléknout, vykonání osobní hygieny, vykoupání. Dále případná inkontinence stolice a moči, přesun klienta z lůžka na židli a zpět, samostatná chůze po rovině či chůze s kompenzačními pomůckami (podpažní berle, francouzské hole, chodítko, hůlka apod.), a v neposlední řadě lze hodnotit i chůzi klienta na schodech. K vyhodnocení Barthelova testu jsou sčítány zjištěné body, a čím méně bodů klient získá, tím víc potřebuje dopomoci od ošetrovatelského personálu či rodiny v běžných denních činnostech. Dále ve zjištění míry soběstačnosti klienta po operačním zákroku na ramenním kloubu lze použít hodnocení funkční úrovně sebepěče M. Gordonové, které sestřám pomáhá určit míru soběstačnosti klienta. Při 0 získaných bodů hodnotíme klienta jako plně soběstačného a při získání maximálních 5 bodů v testu řadíme klienta jako s nejvyšší mírou deficitu sebepěče (Tóthová, 2014). Důležité je také zapsání zjištěných informací do dokumentace klienta odpovídajícím způsobem (Hoffmannová, 2008).

Výsledným kritériem sestry o uspokojení potřeb klienta je zlepšení jeho psychosomatických reakcí. Psychosomatické projevy a reakce mohou být verbální i nonverbální, psychické i fyziologické. Klientův pocit zlepšení je čistě subjektivní a obsahuje určitou schopnost uzdravování ve vztahu k pocitům vlastního nepohodlí, jako jsou obavy, strach, úzkost, beznaděj či bezmoc. Dlouhodobé neuspokojování potřeb klienta vede k poruše jeho zdraví. Ke splnění základního úkolu ošetrovatelství je činnost sestry specifikována na přímý kontakt s klientem, jeho rodinnou či jeho nejbližšími (Mastiliaková, 2014).

1.6.2 Bolest u klienta po operačním zákroku

Definice bolesti je „*nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození*“ (IASP- Mezinárodní asociace pro studium bolesti) IASP se schází

každé dva roky na světovém kongresu o bolesti. Má přes 6700 členů a členové pochází z 6 světových kontinentů. Bolest je vždy subjektivním vyjádřením klienta (Rokyta, 2012, s. 17).

Příčin bolestí je mnoho a dělí se na dvě základní složky- bolest akutní a bolest chronickou. Oba typy bolesti mají svá specifika, a je nutností je rozlišovat. Akutní bolest trvá pár hodin či dnů a je lokalizovaná v určité oblasti těla. Příčina je většinou okrajová a rychle ustupuje. Funkce akutní bolesti funguje jako výstražný systém pro lidský organismus (Rokyta, 2009). Oproti bolesti chronické, která trvá déle než 3 měsíce a lokalizace je rozptýlená. Způsobuje klientovi velké utrpení a má vliv na kvalitu života. Chronická bolest vyžaduje opakované lékařské zákroky a konzultace specialistů (Rokyta, 2012). Chronická bolest doprovází klienta většinou již před artroskopickým zákrokem z důvodu poúrazových změn v ramenním kloubu. Bolest je nejčastějším příznakem pro poruchu pohybového aparátu. Organismus klienta nemá jinou možnost, než se bránit tím, že se projeví bolest (Kolář, 2009).

Sestry nemají kompetence k indikaci analgetik, ale mají zásadní postavení v oblasti diagnostiky a hodnocení účinnosti analgetické léčby. Role sestry je naslouchat, informovat, edukovat a vyhodnocovat v péči o klienta s bolestí (Vaňásek, 2014).

V této práci se zaměřujeme hlavně na bolest akutní, která pochází ze samotného operačního zákroku. Chronická bolest se vyskytuje u naší skupiny klientů většinou v bezprostředním čase před operačním zákrokem artroskopie ramenného kloubu.

Akutní bolest je v tomto případě přímým důsledkem tkáňového poškození, ke kterému došlo na základě prodělané operace. Má fyziologický význam pro organismus a napomáhá k obnově tkáně, procesu hojení a je jistým druhem úniku ze stresové situace (Kolář, 2009). Akutní bolest odpovídá velmi dobře na správně nastavenou léčbu, a proto by měla být léčba vhodně zvolena. Pokud tato bolest nebude správně léčena, může snadno přejít do bolesti chronické. V mnoha zdravotnických zařízeních je bolest však léčena nedostatečně (Rokyta, 2009).

Samotná léčba bolesti by měla být zahájena u klientů již před operačním zákrokem, kdy jde hlavně o preventivní analgezii (Rokyta, 2009).

Faktorů ovlivňující pooperační bolest je několik, jedná se hlavně o kvalitu, intenzitu a dobu trvání pooperační bolesti. Důležitá je lokalizace, rozsah operačního zákroku při artroskopii ramene, zvolený typ anestezie při výkonu a možný výskyt komplikací po zákroku. Dále je neméně důležitý psychický a fyzický stav klienta, psychologická a farmakologická příprava před operací, tišení bolesti po operaci a také kvalita pooperační péče zdravotnickým personálem (Rokyta, 2012).

Pooperační bolest spouští fyziologické reakce těla, jako je vyšší puls, vyšší hodnoty krevního tlaku, zvýšené pocení a také psychologické reakce, jako je například vynucená poloha, verbalizace bolesti a bolestivý výraz ve tváři (Munden, 2006).

Bolest je nutno pravidelně a důsledně zaznamenávat, a to nám ve zdravotnických zařízeních umožňuje několik vhodně zvolených škál bolesti. Nejčastěji se používají vizuální a numerologické škály pro hodnocení typu a intenzity bolesti (viz. Příloha 4). Vizuální analogové škály jsou přibližně 10cm dlouhé přímky, na kterých je vlevo značena nulová bolest a vpravo je označena nejhorší možná bolest. Použitím škály VAS je hodnocení bolesti nejpřesnější a také časově nejúspornější z pohledu nejen klienta, ale i z pohledu ošetřovatelského týmu (Kolář, 2009). Klient musí být řádně a vhodně edukován, jak se škálou pro hodnocení bolesti pracovat a správně svou bolest zaznamenávat. Důležité je také pravidelné zaznamenávání bolesti, pro lepší přehlednost a sběr informací o účinnosti vhodně zvolené léčby bolesti.

Z ošetřovatelského hlediska je známa lokalita, ale je také nutné zjistit intenzitu bolesti klienta. Doporučíme klientovi úlevovou polohu, kterou docílíme vypodložení loketního kloubu menším polštářem nebo molitanovou podložkou. Vhodné je také, pokud operatér nerozhodne o ortéze, doporučit klientovi uložení operované horní končetiny do závěsu, příp. šátku. Vhodné je použití trojcípého šátku, protože tím bude docíleno vypodložení celého předloktí včetně zápěstí a ruky. Pokud by byla končetina vypodložena jen z části, nebylo by zabráněno možnému

většimu vzniku bolestivých podnětů. Důležité je klienta poučit o vhodnosti zachování klidu bezprostředně po výkonu z důvodu zmírnění bolesti. Vylučuje se aktivní pohyb v rameni, ale to bude blíže specifikováno v další části této práce. Klientovi je dále vhodné doporučit kryoterapii (použití chlazených polštářků). Důležité je u kryoterapie zabránění omrzlin, proto je nutné ledový obklad přikládat na postižené místo zabalené v ručníku nebo mulu.

Souběžně s ošetrovatelskou intervencí jsou klientovi podávána i vhodná analgetika. Dle Rokyty (2012) je potřebné zahájit tlumení bolesti co nejdříve po výkonu. Analgezie je dělená na systémovou a regionální. Regionální tlumení bolesti má výhodu v utišení bolesti přímo u zdroje bolesti bez výrazného útlumu CNS. Výhodou je jistě také ideální stav pro nebolestivé ošetřování a včasné zahájení rehabilitace. Dalším druhem je systémová analgezie, která odstraňuje bolest za pomoci léků. V bezprostředním čase po operaci je vhodné zajistit dle lékaře léky aplikující se intravenózně z důvodu rychlého nástupu účinku. Mezi vhodné a používané léky patří např. neopioidní analgetika (Paracetamol a Metamizol), klasická nesteroidní analgetika, místní anestetika, slabé opioidy, silné opioidy, a vhodná je i kombinace jednotlivých skupin. Bezprostředně po operačním výkonu je vhodné kombinovat infuzní terapii neopioidních analgetik. Dle reakcí klienta lze v dalším kroku přidávat např. skupinu léků slabých opioidů. Nutností je kontinuální sledování možných nežádoucích účinků léků a dále pravidelné sledování a zapisování průběhu a intenzity bolesti na škále VAS. Ve své praxi jsem se hojně setkala i s tím, že operatér bezprostředně před ukončením operačního zákroku provedl lokální infiltraci operačního pole 1% Mesocainem a tím výrazně zvýšil klientův komfort po operaci samotné. Použití této metody je sice dočasné, ale dle subjektivních poznatků klientů velmi účinné (Rokyta, 2012).

Ošetrovatelský personál musí být dle Rokyty (2012) edukován a veden k aktivnímu vyhledávání možných nežádoucích účinků léků. Nutností je vybavení oddělení resuscitačními pomůckami k uvolnění dýchacích cest (pomůcky pro intubaci či laryngeální maska) a také zajištění dostupnosti antagonistů podávaných opioidů.

Nedostatečně léčená bolest je ošetrovatelský problém, který má negativní dopad na klientův psychický i fyzický stav (Rokyta, 2009).

Dle Málka je intenzita bolesti po operačním zákroku v oblasti ramenního kloubu střední až krutá, a proto by se měla vhodně zvolené léčbě bolesti věnovat velká důležitost.

1.6.3 Rehabilitace po operačním zákroku

Pletenec horní končetiny je nejvíce pohyblivým kloubem těla. Pohyblivost a stabilita ramenního kloubu je řešena k zajištění velké mobility a i maximální stability ramenního kloubu (Dylevský, 2009). Rehabilitace ramene je díky složitosti kloubu nejnáročnější a trvá nejdéle (Ramík, 2008).

V roce 1969 byla definována rehabilitace dle WHO jako „*kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískávání co možná největšího stupně funkčních schopností*“. V roce 1981 byla definice WHO rozšířena: „*rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který způsobuje dysabilita, následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého*“ (Kolář, 2009, s 2).

Léčebná rehabilitace se zabývá i prevencí komplikací, které ohrožují klienty v souvislosti se základním onemocněním. Hlavními prostředky v prevenci je využití léčebných poloh, polohování klienta, mobilizace a vertikalizace klienta. Ve spolupráci s rehabilitačními pracovníky pracují i všeobecné sestry, které se aktivně podílí na realizaci rehabilitačního ošetřování klienta (Vytejková, 2011).

Pro stanovení správně nastavené rehabilitace je důležité stanovení krátkodobých i dlouhodobých plánů rehabilitace. Krátkodobý plán je časově limitován, například délkou pobytu klienta ve zdravotnickém zařízení. Dlouhodobý plán plynule navazuje na krátkodobé plány. Do dlouhodobého plánu se zapojuje i léčebná, pedagogická, sociální a pracovní rehabilitace. Cílem správně vedené rehabilitace je získání co největší samostatnosti klienta (Švestková, 2013).

V rehabilitaci se snažíme o prevenci či odstranění svalových kontraktur, snížení svalového napětí a o udržení či zlepšení mobilizace klienta (Janíček, 2012).

Už v období před operací je vhodné již provádět s klientem nácvik správného způsobu dýchání, tzv. dechová gymnastika. Včasná mobilizace klienta po artroskopickém výkonu je též součástí pro prevenci pooperačních komplikací (Čoupková, 2010). Pooperační poloha klienta musí zajišťovat volné dýchací cesty, musí se zabránit útlaku možných drénů a různých případných katétrů. Po stabilizaci stavu je klient v brzké době vertikalizován v důsledku prevence komplikací po operačním výkonu. Z důvodu prevence pooperační tromboembolické nemoci má klient přiloženy elastické bandáže na obou dolních končetinách. Bandáže lze odstranit po vertikalizaci klienta. Ošetřující sestra edukuje klienta jak šetrně a správně vstávat z nemocničního lůžka a zajišťuje bezpečnost klienta při těchto úkonech (Vytejková, 2011).

Samotná rehabilitace je závislá na druhu výkonu, který byl artroskopií proveden a je nutné pečlivě volit správný postup. Rehabilitace má pro rameno velký význam, protože již samotný zákrok je pro klienta po operaci velmi bolestivý (Příkryl, 2007).

Z ošetřovatelského hlediska sestra dopomáhá klientovi při pohybu na lůžku i při vstávání z lůžka. Vždy sestra pomáhá klientovi za pomoci zdravé končetiny, aby svým nevhodným zacházením s operovanou končetinou nezpůsobila klientovi bolestivost či drobná poranění v operovaném kloubu (Kolébalová, 2010).

Rehabilitace ramenního kloubu po artroskopii lze rozdělit do několika časových období. Tvoří jí všeobecně 3 fáze, rozdělené podle týdnů po provedeném výkonu. První fáze začíná v období bezprostředně po operaci až do druhého týdne po výkonu. Vhodné pro toto pooperační období je kryoterapie. Klient má v tomto období horní končetinu na šátkovém závěsu, popřípadě dle rady operátora je končetina uložena v ortéze. Klientovi jsou doporučovány ošetřovatelským personálem aktivní pohyby v zápěstí a v lokti. Pasivně klient provádí zbytek cviků, jako je opatrné protahování a cvičení ramene bez použití síly svalů. Klient se začíná po propuštění ze zdravotnického zařízení zapojovat do běžných denních aktivit. Tolerováno je v tomto období ohnutí horní končetiny v lokti s dlaní směřující vzhůru.

Klient může cvičit i vleže na zádech s dopomocí, kdy lze provádět tzv. antigravitační flexi a zevní rotaci. Doporučíme klientovi vyhýbat se upažování horní končetiny nad 90° a dohlížíme nad správným držením těla. Důležité je provádět všechny cviky do bolesti klienta (Kolář, 2009).

Další fáze je v období mezi druhým a šestým týdnem po operaci. V této době se začíná s postupně asistovaným aktivním pohybem a následně i aktivním pohybem podle svalové síly klienta. Provádí se s klientem cviky na posílení všech svalů ramenního pletence. Mobilizují se svaly lopatky, všechny tři kloubní spojení v rameni a žebra. Cvičí se s dopomocí fyzioterapeuta či zdravé paže zdvihání a ohýbání ramene s ohnutým loktem vleže i vestoje. Lze použít i žebřiny, posilovací gummy či aktivní posilování v závěsu. Důležité je opět cvičení do bolesti klienta, a v případě bolesti je vhodné cvičení omezit příp. na nějaký čas odložit. Vhodné je také klienta poučit o vynechání aktivního odtažení hlavně v rámci stereotypního chování (Kolář, 2009).

Jako poslední v řadě nastupuje třetí fáze rehabilitace, která trvá v období od šestého až do dvanáctého týdne po operaci. V tomto období pokračujeme v upevňování stabilizace ramenního kloubu. Postupně se zvětšuje rozsah pohybů v rameni všemi směry a zároveň se zvyšuje síla vyvíjená na svaly ramenního pletence například s použitím činek a závaží. Dále je možné protahování do vnitřní a zevní rotace, ohýbání a natahování za pomoci pružných tahů. Klient může s nataženou postiženou končetinou před sebou procvičovat zvedání horní končetiny za použití např. žebřin nebo šplhat prsty po stěně nahoru a následně pak nechat horní končetinu sesouvat po stěně dolů. Současně lze postiženou končetinou lehce tlačit proti zdi. Při tomto cviku se nejen posilují svaly v ramenním kloubu, ale také se protahují prsní svaly klienta (Kolář, 2009).

Odlišný styl rehabilitace se provádí u klienta po artroskopickém výkonu, kdy se prováděl zákrok na rotátorové manžetě, kde bylo provedeno sešití manžety nebo její spojení do hlavice kosti pažní. Po takovém zákroku je nutnost dodržení v období šesti týdnů zákaz aktivního posilování svalů rotátorové manžety. U klienta je dovolen a zároveň doporučován jen pohyb pasivní

pod vedením fyzioterapeuta, jako prevence ztuhnutí kloubu. Lze doporučit i pasivní cvičení na motodlaze. Teprve po šesti týdnech od operace doporučujeme začít s aktivním cvičením s dopomocí. Vhodným a doporučovaným rehabilitačním prostředkem po artroskopickém výkonu ramene je cvičení v bazénu (Příkryl, 2007).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce:

1. Zjistit úlohu sestry v péči o klienty po artroskopii ramenního kloubu.
2. Zjistit specifika v ošetrovatelské péči u klientů po artroskopii ramenného kloubu.
3. Zjistit problémy, které klienti vnímají po artroskopii ramenního kloubu.

2.2 Výzkumné otázky:

- 1: Jaká je úloha sestry v péči o klienty po artroskopii ramenního kloubu?
- 2: Jaké negativní faktory nejčastěji klienti po zákroku vnímají?
- 3: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů po artroskopii ramenního kloubu?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Technika sběru dat probíhala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Seznam otázek je uveden jako Příloha 6. Poskytnutí rozhovoru pro klienty i sestry bylo dobrovolné a anonymní. Na začátku rozhovoru byla u klientů získána data o pohlaví, věku a povolání klienta. Otázky v další části rozhovorů s klienty se týkaly informovanosti klientů, následovaly otázky týkající se polohy operované končetiny po provedeném zákroku, dále se otázky dotazovaly na průběh a účastníky rehabilitačního cvičení, dále byly položeny otázky dotazované na bolest a schopnost vlastní sebeobsluhy po výkonu, poslední část rozhovoru se týkala negativních faktorů a největšího omezení po provedeném výkonu. U dotazovaných sester byl zjištěn věk, délka praxe ve zdravotnictví a dosažené vzdělání. Otázky v další části rozhovorů se sestrami se týkaly edukace klientů, následovaly otázky na ošetrovatelské výkony prováděné u klientů při příjmu k hospitalizaci a ošetrovatelské výkony po provedeném operačním zákroku, dále byly položeny otázky týkající se spolupráce sestry s fyzioterapeutem, poslední část rozhovoru se týkala omezení klienta po výkonu a hodnocení míry soběstačnosti klienta sestrou. Rozhovory byly zaznamenávány písemnou formou. Přepsané rozhovory jsou k dispozici na CD viz. Příloha 7.

3.2 Postup při analýze rozhovorů s klienty a se sestrami

Při analýze rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování, kdy bylo každému klientovi přidělené číslo od jedné do pěti (K1 – K5). Taktéž bylo postupováno u dotazovaných sester a také jim bylo přiděleno číslo od jedné do pěti (S1 – S5). Rozhovory byly zpracovány metodou „tužka a papír“ pro zvýraznění důležitých informací v textu.. Poté byly očíslované

jen řádky, které obsahovaly odpovědi respondentek. Důvodem očíslování řádků, byla možnost následného odkazování na ně. Technikou, která se nazývá „vyložení karet“ byla data rozdělena do šesti kategorií jak u dotazovaných klientů, tak u dotazovaných sester.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen klienty, kteří podstoupili artroskopický výkon na ramenním kloubu a sestrami ošetřující klienty po této lékařské diagnóze. Výzkumný soubor tvořilo pět vybraných klientů a pět vybraných sester. Rozhovory probíhaly v průběhu měsíce března a dubna letošního roku na území Plzeňského kraje. Sestry ve výzkumném souboru byly záměrně vybrány dle oddělení, na kterém vykonávají svou nynější ošetrovatelskou praxi a při které přichází do kontaktu s klienty po tomto výkonu. Rozhovory byly vedeny ve volném čase klientů i sester.

4. Výsledky výzkumného šetření

Výsledky rozhovorů byly zařazeny do jednotlivých kategorií., které byly pro lepší přehlednost rozděleny na odpovědi klientů (označení K1 až K5) a sester (označení S1 až S5).

4.1 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů s klienty

Výsledky rozhovorů s klienty byly zařazeny do jednotlivých kategorií.

4.1.1 Kategorie – Charakteristika výzkumného souboru klientů

V první části rozhovoru s klienty jsme specifikovali jejich pohlaví, věk a zaměstnání. Dotazováno bylo pět klientů. První klient byla žena, ve věku 27 let, pracující jako obchodní zástupkyně, klientka byla na operačním výkonu před třinácti měsíci. V této práci označena K1. Druhým klientem byl muž, ve věku 42 let, pracující jako frézař ve strojírenství a arthroscopický zákrok prodělal před 6 měsíci. V této práci označen K2. Třetím klientem byl muž, ve věku 61 let, pracující jako školník na základní škole a výkon podstoupil před pěti měsíci. V této práci označen K3. Čtvrtým klientem byl muž, ve věku 46 let, pracující jako instalatér a na operačním výkonu byl před třemi měsíci. V této práci označen K4. Pátým klientem byl muž, ve věku 44 let, pracující jako elektromechanik a arthroscopii ramenního kloubu podstoupil před devíti měsíci. V této práci označen K5.

4.1.2 Kategorie – Informovanost o arthroscopickém výkonu

Kategorie Informovanost o arthroscopickém výkonu se zabývá způsobem podání informací o předoperační, operační a pooperační péči a možnosti pokládání doplňujících otázek ze strany klienta. Což bylo zjišťováno na základě odpovědí na otázky č. 2, 3 a 4.

V otázkách zabývajících se touto oblastí, bylo dotazováno, kdo klienty o průběhu celé léčby a jakou formou informoval. Většina klientů odpověděla, že nejvíce informací získala od ošetřujícího lékaře a operátora (K1, K2, K5). Jako další možnosti byli uvedeni ortoped s anesteziologem (K3) a ortoped s operátorem (K4).

Dále nás zajímalo, jakou formou byl klient informován. Všichni klienti uvedli, že jim informace byly předány ústní formou (K1 – K5) a druhým zdrojem informací byl Informovaný souhlas s artroskopickým výkonem (součást Řízené dokumentace nemocnice) (K2 - K5).

Všem dotazovaným klientům bylo umožněno pokládat doplňující otázky týkající se všech oblastí souvisejících s artroskopií ramenního kloubu (K1 – K5).

4.1.3 Kategorie – Poloha operované končetiny po výkonu jako součást pooperační péče

K této kategorii patří otázka č. 5, ve které bylo dotazováno, v jaké poloze byla fixována operovaná horní končetina bezprostředně po výkonu. Většina klientů uvedla, že měli končetinu fixovanou trojcípým šátkem (K2 – K4). Jeden klient uvedl, že měl horní končetinu volně položenou podél těla (K1) a jeden klient uvedl, že měl končetinu fixovanou ve vakuové bandáži ramenního kloubu (K5).

4.1.4 Kategorie – Průběh a účastníci rehabilitačního cvičení

K této kategorii se vztahuje otázka č. 6, ve které se dotazujeme klientů, jak a s kým probíhalo rehabilitační cvičení po výkonu. Většina klientů uvedla, že bezprostředně po výkonu probíhala rehabilitace s rehabilitačním pracovníkem přímo na lůžkovém oddělení jednodenní ortopedie (K1, K2, K4, K5) a jeden klient uvedl, že rehabilitační cvičení bylo zahájeno 10 dní po výkonu spolu s rehabilitačním pracovníkem na soukromém ambulantním rehabilitačním pracovišti (K3).

4.1.5 Kategorie – Bolest a schopnost vlastní sebeobsluhy po výkonu

K této oblasti se vztahuje otázka č. 7, ve které zjišťujeme za pomoci Melzackovy stupnice bolesti, zda a jakou míru bolesti klient po výkonu pociťoval. Zde nás zajímal vývoj bolesti od 0. dne, kdy byl výkon proveden do 2. pooperačního dne. Tři klienti uvedli, že 0. den pociťovali střední bolest v oblasti operační rány označenou na Melzackově stupnici číslem 3 (K1, K2, K5), jeden klient pociťoval nesnesitelnou bolest označenou číslem 5 (K3) a jeden klient uváděl silnou bolest označenou číslem 4 (K4). První pooperační den uvedli dva klienti mírnou bolest, která je na Melzackově stupnici označena číslem 2 (K1, K2), jeden klient uvedl střední bolest znázorněnou číslem 3 (K5) a dva klienti uvedli silnou bolest znázorněnou číslem 4 (K3, K4). Druhý pooperační den uvedl jeden klient, že se bolest pohybovala v rozmezí žádné až mírné bolesti označené číslem 0 až 2 (K1), jeden klient nepociťoval žádnou bolest (K2), jeden klient uvedl silnou bolest označenou na stupnici číslem 4 (K3), jeden klient uvedl střední bolest označenou číslem 3 (K4) a jeden klient uvedl, že bolest byla mírná označená číslem 2 (K5).

A otázka č. 8, zabývající se pocitem snížené sebeobslužnosti klienta při oblékání, hygieně a stravování. Všichni klienti uvedli, že po výkonu pociťovali omezení v oblasti oblékání (K1 – K5), čtyři klienti pociťovali omezení v oblasti hygieny (K1 – K4), jeden klient pociťoval omezení síly v operované horní končetině (K2) a jednoho klienta omezovala nepřirozená poloha operované horní končetiny z důvodu přiložené vakuové bandáže ramene (K5).

4.1.6 Kategorie – Negativní faktory a největší omezení po provedeném výkonu

K této kategorii se vztahují otázky č. 9 a 10. Nejprve jsme zjišťovali, za pomoci otázky č. 9, jaké negativní faktory vnímali klienti po provedeném operačním zákroku. Jeden klient uvedl jako největší omezení snížení vlastní sebeobsluhy zejména při přípravě stravy (K1). Jeden klient vnímal jako negativní faktor plně obsazený čtyřlůžkový pokoj, na kterém byl hospitalizován (K2).

Jeden klient vnímal jako omezení přiloženou ortézu Gillchrist, která mu znemožňovala spaní v jeho oblíbené poloze na břicho (K3). Dva klienti vnímali jako negativní faktor pooperační bolest (K4, K5), z nichž jeden navíc udával nepřírozenou polohu operované končetiny a nedostatek informací o přiložené ramenní bandáži (K5).

Za pomoci otázky č. 10 bylo zjišťováno, co klienty nejvíce omezovalo po artroskopickém výkonu ramenního kloubu. Dva klienti uvedli jako největší omezení dlouhodobou pracovní neschopnost (K2, K3), jeden klient uvedl velký tlakový obvaz na operační ránu a následné omezení při provozování sportů (K1), další klient zařadil mezi pooperační omezení dlouhodobou bolest trvající déle než tři měsíce a s tím spojené užívání analgetik a sníženou hybnost operované končetiny (K4), poslední klient uvedl sníženou soběstačnost ve stravování, omezení hybnosti operované končetiny a přítomnost redonu 0. den po výkonu (K5).

4.2 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů se sestrami

Výsledky rozhovorů se sestrami byly zařazeny do jednotlivých kategorií.

4.2.1 Kategorie – Charakteristika výzkumného souboru sester

V první části rozhovoru se sestrami pečujícími o klienty po artroskopii ramenního kloubu jsme specifikovali jejich věk, dosažené nejvyšší vzdělání a délku praxe. Dotazováno bylo pět sester. První sestra ve věku 40 let, se středoškolským vzděláním a 20ti letou praxí byla značena v této práci jako S1. Druhá sestra ve věku 54 let, se středoškolským vzděláním a 30ti letou praxí byla značena jako S2. Třetí sestra ve věku 46ti let se středoškolským vzděláním a 28 letou praxí byla značena jako S3. Čtvrtá sestra ve věku 36ti let se středoškolským vzděláním a specializačním vzděláním v oboru chirurgie s 18ti letou praxí byla značena jako S4. A pátá sestra ve věku 41 let

s vysokoškolským vzděláním a 23 letou praxí byla značena jako S5. Všechny dotazované sestry se podílejí na ošetrovatelské péči o klienty po artroskopii ramenního kloubu.

4.2.2 Kategorie – Edukace klientů přijímaných k artroskopickému výkonu ramenního kloubu

K této kategorii se vztahují otázky číslo 3 a 4. S pomocí otázky číslo 3 bylo zjišťováno, zda je edukace součástí činností prováděných sestrou u klientů přijímaných k artroskopii ramenního kloubu. Všechny sestry uvedly, že edukace je součástí činností prováděných u klientů při příjmu k hospitalizaci (S1 – S5).

Otázkou číslo 4 bylo zjišťováno, zda a jakou formou je klient informován o plánovaném výkonu. Všechny sestry uvedly, že je klient informován o plánovaném operačním výkonu artroskopie ramenního kloubu (S1 – S5). Většina sester uvedla jako hlavní a zároveň prvotní zdroj informací o výkonu ošetřujícího lékaře (S2 – S4). Jedna sestra uvedla jako hlavní zdroj informací příjmacího lékaře na příjmové ambulanci (S1). Jako hlavní formu podání informací uvedly všechny sestry ústní formu (S1 – S5), tři sestry spolu s touto možností uvedly také písemnou formu v provedení Informovaného souhlasu s artroskopickým výkonem, který dostali klienti k dispozici (S1, S2, S4). Dvě sestry uvedly, jako další součást edukace, ukázkou provedení výkonu na plastovém modelu ramene (S1, S5), jedna sestra uvedla užití instruktážního videa o zákroku (S2).

4.2.3 Kategorie – Ošetrovatelské výkony v rámci péče o klienty, v souvislosti s artroskopii ramenního kloubu, při příjmu k hospitalizaci

K této kategorii se vztahuje otázka číslo 5. Bylo zjištěno, že spolu s edukací, která je uvedena výše, je standardem při příjmu k hospitalizaci ve všech dotazovaných zdravotnických zařízeních předoperační příprava. Do této předoperační přípravy spadá seznámení klienta s Informovaným souhlasem, příprava operačního pole,

bandáže dolních končetin, zajištění předoperačních vyšetření a podání naordinované medikace, což uvedly všechny dotazované sestry (S1 – S5). Některé sestry k této standardní přípravě uvedly jistá specifika daná konkrétním zdravotnickým zařízením. Jedna sestra uvedla verifikaci operované končetiny (S3) a jedna sestra uvedla specifickou hygienu a desinfekci pupíku, vyndání zubních náhrad klienta a v předem lékařem určených případech i antibiotickou profylaxi (S5).

4.2.4 Kategorie - Ošetrovatelské výkony v rámci péče o klienty, v souvislosti s artroskopií ramenního kloubu, po provedeném operačním zákroku

K této kategorii se vztahuje otázka číslo 7, 8 a doplňující otázka číslo 6. V odpovědích sestry shrnuly běžnou ošetrovatelskou péči a uvedly specifické ošetrovatelské výkony u těchto klientů.

Z otázky číslo 7 vyplynula standardní ošetrovatelská péče, která u všech sester zahrnovala monitoraci fyziologických funkcí (S1 – S5). Čtyři sestry uvedly jako běžnou součást pooperační péče kontrolu operační rány a obvazu (S1, S3 – S5). Tři sestry uvedly monitorování a tlumení bolesti (S1 – S3). Jedna sestra uvedla kontrolu močení v čase po výkonu (S1) a dvě sestry péči o Redonův drén (S4, S5).

Z otázky číslo 8 vyplynula specifika ošetrovatelské pooperační péče. Všechny sestry uvedly kontrolu prokrvení a cití periferie operované horní končetiny (S1 – S5). Dvě sestry uvedly vhodné vypodložení operovaného ramene (S2, S4) a tři sestry uvedly potřebu zvýšené hygieny v podpažní jamce operované končetiny v souvislosti s přiloženou ortézou či ramenní bandáží (S1, S2, S5). Jedna sestra uvedla mezi specifika převaz operační rány první pooperační den (S1) a jedna sestra uvedla kontrolu odeznění anestetik u klienta po provedeném axiálním bloku (S5).

Z doplňující otázky číslo 6 vyplynulo, že ve čtyřech případech je standardem ve zdravotnických zařízeních fixace operované končetiny v závěsu trojcípého šátku, eventuálně Desaultově ortéze (S2 - S5). V jednom případě sestra uvedla

jako standard volně položenou operovanou horní končetinu podél těla eventuálně přiložení bandáže ramene (S1).

4.2.5 Kategorie – Spolupráce sestry s fyzioterapeutem a informovanost klienta o následné péči po propuštění do domácího ošetřování

K této kategorii se vztahuje otázka číslo 10 a 11. Otázkou číslo 10 se zjišťovala míra spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem. Tři sestry uvedly, že spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem probíhá. Podání informací o rehabilitaci klientovi je shodné jak od sestry, tak od fyzioterapeuta (S2 – S4). Z čehož jedna sestra uvedla, že rehabilitace probíhá pod dohledem erudované sestry (S4), ve zbylých dvou případech vede rehabilitaci fyzioterapeut (S2, S3). Dvě sestry uvedly, že spolupráce s fyzioterapeutem neprobíhá a rehabilitace je vedená sestrou (S1, S5).

Otázkou číslo 11 se zjišťovalo, zda klient odchází do domácího ošetřování dostatečně informován. Všech pět sester uvedlo, že je klient dostatečně informován o následné péči po propuštění v oblasti pooperačních kontrol (S1 – S5). Čtyři sestry uvedly, že dostatečná informovanost je také v oblasti rehabilitačního cvičení (S1 – S4).

4.2.6 Kategorie – Omezení klienta po artroskopickém výkonu ramenního kloubu a hodnocení míry soběstačnosti klienta sestrou

K této kategorii se vztahují otázky číslo 9 a 12. Otázkou číslo 12 se zjišťovala možná omezení klienta. Ve čtyřech případech sestra uvedla jako hlavní omezení klienta bolest (S1 – S3, S5). Dvě sestry uvedly bandáž ramenního kloubu (S1, S5), dvě sestry uvedly omezení hybnosti operované končetiny (S2, S4), jedna sestra uvedla jako největší omezení provedení výkonu na dominantní končetině klienta (S5).

Otázka číslo 9 hodnotí míru soběstačnosti klienta v pooperačním období. Toto období bylo rozděleno na operační den, 1. pooperační den a 2. pooperační den.

V operační den uvedly všechny sestry dle Barthelova testu soběstačnosti, že klient je částečně závislý na dopomoci sestry (S1 – S5). V první pooperační den uvedly tři sestry částečnou závislost klienta na dopomoci (S2 – S4) a dvě sestry označily klienta za nezávislého na dopomoci sestry (S1, S5). V druhý pooperační den zhodnotily sestry klienty jako plně soběstačné (S1 – S5), z toho jedna sestra zmínila občasnou dopomoc (S3).

5. Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o klienty po artroskopii ramenního kloubu. Onemocnění ramenního kloubu spojené s omezenou hybností a bolestí je vnímána klienty jako velké omezení v každodenním životě. Je spojené s diskomfortem, omezenou sebeobsluhou a dlouhodobou pracovní neschopností.

Pro přehlednost a objektivitu výsledků byly vytvořeny dva typy rozhovorů. Nejprve se zjišťoval náhled ze strany klientů a vzhledem k subjektivnímu vnímání některých oblastí ošetrovatelského procesu, byly vytvořeny také otázky pro rozhovor se sestrami pečujícími o tento typ klientů. Díky čemuž jsme získali náhled z obou stran.

V druhé části rozhovoru s klienty jsme se zaměřili na získání dostatečného množství informací týkajících se průběhu hospitalizace, při artroskopii ramenního kloubu, jednotlivých klientů. Při výzkumném šetření a podrobné analýze dat, získaných z rozhovorů, bylo postupováno dle jednotlivých vytvořených kategorií.

V první kategorii Informovanost o artroskopickém výkonu bylo zjištěno, že všichni klienti byli informováni. Ve většině případů byl zdrojem informací ošetřující lékař a operatér. Tyto informace byly podávány nejčastěji ústní formou a písemnou formou v podobě Informovaného souhlasu s artroskopickým výkonem (součást Řízené dokumentace nemocnice - viz. Příloha 5). Dle Haškovcové (2007) podpisem klient potvrzuje, že je „zasvěcený“ ohledně výkonu, který schvaluje. Což znamená, že porozuměl stavu věcí. Všichni dotazovaní klienti uvedli, že měli možnost pokládat doplňující otázky. Vzhledem k povaze operačního výkonu je v pořádku, že informace tohoto druhu, podával lékař specializovaný na danou problematiku, schopný zodpovědět případné doplňující otázky ze stran klienta.

V druhé kategorii Poloha operované končetiny po výkonu jako součást pooperační péče bylo zjištěno, že nejčastějším způsobem fixace je trojcípý šátek. Fixace nebyla však jednotná, dva klienti uvedli odlišný způsob pooperační polohy končetiny. Vzhledem k rozdílným rozsahům výkonu při artroskopii

by se tato nejednotnost dala pochopit. Ale postup po výkonu, je dle Příkryla (2007) jasně dán tak, že klientovi nesmí být po výkonu povoleno upažení a zevní vytočení ramene – což má zajistit právě Gillchristova ortéza (může být nahrazena závěsem končetiny v trojcípém šátku) nebo Desaultova ortéza. Proto pro nás bylo překvapením, že jsou zařízení, ve kterých se tento postup nedodrží.

Ve třetí kategorii Průběh a účastníci rehabilitačního cvičení bylo zjištěno, že hlavními účastníky rehabilitačního cvičení byly ošetřující sestry a rehabilitační pracovníci. Rozsah této účasti byl však nejednotný. U čtyř klientů rehabilitace probíhala bezprostředně po výkonu pod vedením rehabilitačního pracovníka. Pouze jeden klient uvedl, že rehabilitace v době hospitalizace neprobíhala a poučení o následné rehabilitaci v domácím ošetřování proběhla při propuštění pod vedením staniční sestry daného oddělení. Dle Koláře (2009) je specifikováno, že rehabilitaci ramenního kloubu po artroskopii tvoří tři fáze. Při čemž první fáze začíná v období bezprostředně po operaci. Z čehož jasně vyplývá, že u klienta K3 neprobíhala rehabilitace správně. U pooperační fáze spojené s rehabilitací je důležité zmínit to, že jak uvádí Trachtová (2013), potřeby člověka se v průběhu života mění a vyvíjejí z hlediska kvality i kvantity. Což by měla být sestra schopná hlavně dle věku klienta zhodnotit. Už proto, že klienti, kteří mají uspokojené své základní potřeby, jsou výkonnější, šťastnější a zdravější – tudíž lépe spolupracují a dosáhnou dobrých výsledků při rehabilitaci a pooperační fázi je pravděpodobnější. V rozhovoru se sestrami nebylo příliš patrné, že by při své každodenní práci s klienty braly tyto rozdíly na zřetel. Dle mého uvážení, se zde jasně zrcadlí potřeba celoživotního vzdělávání a rozšiřování oblastí vzdělávání – jako je psychologie, edukace, komunikace a další.

Ve čtvrté kategorii Bolest a schopnost vlastní sebeobsluhy po výkonu bylo prokázáno, že bolest je nedílnou součástí pooperačního období. Je důležité, i vzhledem k nutné včasné rehabilitaci, zaměřit se na její zmírnění a postupné odstranění. Všichni klienti uvedli, že bezprostředně po výkonu pociťovali bolest, lišila se pouze míra bolesti. Vzhledem k tomu, že bolest je vnímána subjektivně a je ovlivňována mnoha faktory, dal se tento výsledek předpokládat.

Faktory, které bolest klienta ovlivňují, uvádí Rokyta (2012) a je třeba brát je v potaz. Také uvádí, jak je důležité od prvopočátku řádně tlumit a ovlivňovat vývoj bolesti, aby nedošlo k následnému poškození tkání v důsledku silné a netlumené akutní bolesti. Taková to bolest přechází v chronickou těžko ovlivnitelnou bolest. Doprovázejícím omezením v pooperačním období je také snížení sebeobsluhy, na čemž se shodli všichni klienti. Míra omezení se lišila pouze v různých oblastech sebeobsluhy. Všichni klienti udávali omezení v oblasti oblékání, většina klientů také zmínila oblast hygieny.

V páté kategorii Negativní faktory a největší omezení po provedeném výkonu bylo zjištěno, že mezi hlavní negativní faktory klienti řadí bolest. Dále se jednotlivě zmiňovali o nedostatku soukromí, diskomfortu ve spojení se zvolenou fixací a nedostatkem informací o nutnosti přiložené fixace. Tyto faktory jsou ze strany zdravotnického personálu pochopitelné. Ale je nutno zmínit, že všichni klienti uvedli dostatečnou informovanost o průběhu pooperační péče, včetně možnosti doplňujících otázek. A součástí těchto informací jsou i tato omezení (viz. Příloha 5 - Informovaný souhlas). Jako největší omezení po provedeném výkonu klienti udávali dlouhodobou pracovní neschopnost a omezení při běžných denních činnostech. Jak uvádí Příkryl (2007), mnoho klientů s obtížemi ramenního kloubu jsou sportovci a mladší lidé. Pro tyto skupiny je zcela logicky snižena sebeobsluha nečekaným a mnohdy hůře přijímaným omezením. Míru a rozsah omezení ovlivňuje z velké části to, na které horní končetině byl výkon proveden – zda byla operovaná končetina dominantní či nikoliv. Což ve své publikaci potvrzuje také Hoffmannová (2008).

V druhé části rozhovoru se sestrami jsme se zaměřili na získání dostatečného množství informací týkajících se průběhu hospitalizace klientů po artroskopii ramenního kloubu. Při výzkumném šetření a podrobné analýze dat, získaných z rozhovorů, bylo postupováno dle jednotlivých vytvořených kategorií.

V první kategorii Edukace klientů přijímaných k artroskopickému výkonu ramenního kloubu bylo potvrzeno, že probíhá edukace klientů o plánovaném výkonu, průběhu hospitalizace a pooperační péči. Všechny sestry uvedly,

že se podílejí na edukaci klientů nebo jsou svědky toho, že edukace probíhá ze strany některého z lékařů. Dalším zjištěním a zároveň potvrzením probíhající edukace klientů bylo, že sestry uvedly několik různých forem edukace. Ať už ústní, v tištěné formě nebo názornou ukázkou na modelu či videozáznamu. Dle mého názoru – pokud chceme správně edukovat a vést klienta po celou dobu jeho hospitalizace, je potřeba správně provedený sběr anamnézy. A s tímto názorem také souhlasí Dungl (2014). Jak uvádí Dungl, u sběru anamnézy by nás měl zajímat druh a délka sportovní aktivity, kterou klient před úrazem vykonával. I z toho si sestra může odvodit, jak velkou překážkou bude pro klienta snížená sebeobsluha a jak důležité bude při edukaci dostatečně zdůraznit snížení fyzické výkonnosti a správně prováděnou rehabilitaci.

V druhé kategorii Ošetrovatelské výkony v rámci péče o klienty, v souvislosti s artroskopií ramenního kloubu při příjmu k hospitalizaci, jehož součástí je předoperační příprava klienta, vyplynulo, že všechny dotazované sestry se podílejí na předoperační přípravě. Z odpovědí sester vyplynulo, že se liší v náplni a průběhu předoperační přípravy. Všechny sestry uvedly, že do předoperační přípravy spadá seznámení klienta s Informovaným souhlasem, příprava operačního pole, bandáže dolních končetin, zajištění předoperačních vyšetření a podání naordinované medikace. Některé sestry k této standardní přípravě uvedly jistá specifika daná konkrétním zdravotnickým zařízením. Jedna sestra uvedla verifikaci operované končetiny a jiná sestra uvedla specifickou hygienu a desinfekci pupíku, vyndání zubních náhrad klienta a v předem lékařem určených případech i antibiotickou profylaxi. Tato specifika by však mohla být zařazena do standardní přípravy a je otázkou, zda nebyla pouze opomenuta v odpovědích ostatních sester.

Ve třetí kategorii Ošetrovatelské výkony v rámci péče o klienty, v souvislosti s artroskopií ramenního kloubu, po provedeném operačním zákroku z odpovědí sester vyplynula standardní ošetrovatelská péče po výkonu. Tato péče zahrnovala monitorování fyziologických funkcí, kontrolu operační rány a obvazu, péči o Redonův drén, monitorování a tlumení pooperační bolesti.

Jako standardní fixaci po provedeném výkonu, uvedla většina sester, uložení operované horní končetiny do závěsu trojcípého šátku nebo Desaultovy ortézy. Jako specifika ošetrovatelské péče sestry uvedly kontrolu prokrvení a čítí periferie operované horní končetiny, vypodložení operovaného ramene, zvýšená potřeba hygieny v podpažní jamce operované končetiny. Jedna sestra uvedla jako specifikum péče po artroskopii ramenního kloubu kontrolu odeznění anestetik po provedeném axiálním bloku. S těmito výsledky, jsme byli spokojení. Stejně jako je jasně daná poloha operované končetiny po výkonu, tak Boušová (2013) uvádí jasný postup při péči o klienta po operačním výkonu. Do tohoto postupu spadá právě péče o drén, sledování vývoje bolesti, stavu rány a edukace o klidovém režimu.

Ve čtvrté kategorii Spolupráce sestry s fyzioterapeutem a informovanost klienta o následné péči po propuštění do domácího ošetřování všechny sestry uvedly, že spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem je standardem na daném pracovišti. Buď je rehabilitace u klienta vedena fyzioterapeutem, nebo erudovanou sestrou. Vzhledem k již zmiňované nutnosti včasné rehabilitace po provedeném výkonu je pozitivním zjištěním, že rehabilitace je standardní součástí pooperační péče. Stejně jako je pozitivní zprávou, že všechny sestry uvedly, že klient je dostatečně informován o následné péči po propuštění v oblasti pooperačních kontrol u lékaře a o vhodném následném rehabilitačním cvičení. Je také nutné zmínit to, čemu se věnuje Spilka (2013). Dle jeho publikace je nutné nastavit a dodržovat bezpečnostní předpisy a opatření. Ať už se klient pohybuje v jakémkoliv prostředí – domácnost, zaměstnání, příroda, silniční provoz aj. Což se dle mého, může úplně stejně vztahovat na předúrazové období jako na pooperační období. A je třeba, aby sestra klientovi v této oblasti poradila. Návrat do domácího prostředí je pro klienta mnohdy náročnější než si je sám schopen uvědomit.

V páté kategorii Omezení klienta po artroskopickém výkonu ramenního kloubu a hodnocení míry soběstačnosti klienta sestrou uvedla většina sester jako hlavní omezení bolest. Dále zmínily bandáž ramenního kloubu, omezenou hybnost operované končetiny a provedení výkonu na dominantní končetině klienta. Míru soběstačnosti

hodnotily sestry za pomoci Barthelova testu soběstačnosti (viz. Příloha 3). Všechny sestry uvedly u klientů určitou míru závislosti na dopomoci druhé osoby, která se postupem času od provedení výkonu snižovala. Jak uvádí Janíková (2013), než bude klient propuštěn ze zdravotnického zařízení, musí být alespoň částečně soběstačný v oblékání a v denních činnostech. Dle Kautznera (2010) je artroskopie operační metoda s nízkou zátěží klienta a jen málo invazivní. I přesto by si měl ale klient uvědomit, že určitá zátěž a riziko zde je. Z mých mnohaletých zkušeností, kdy jsem pracovala jak na příjmové úrazové ambulanci, (kde jsme tyto klienty diagnostikovali a doporučovali k výkonu), tak na lůžkovém oddělení, (kde probíhala příprava a následná péče o klienty po výkonu), každý klient snáší operační zátěž jinak. A to, co jeden klient vnímá jako banalitu, jiný klient vnímá jako velké omezení a vytržení z běžného života. Je úkolem hlavně sestry, aby klienta provedla celou hospitalizací a byla mu oporou. Proto je tolik důležité, aby i tyto faktory vnímala jako důležité a zařadila je do běžné péče o klienta.

Pokud jde o konečný výsledek naší práce, je nutno říci, že není špatný. O klienty je po odborné stránce dobře postaráno – ve většině případů, jsou dodržovány odborné standardní postupy a klienti odchází do domácího ošetřování řádně poučení a ošetřeni. Vždy je však možnost rozvíjet a prohlubovat vědomosti a dovednosti jak sester, tak lékařů. Mnohdy je zde překážkou velké množství práce ve spojení s nízkým počtem personálu nebo jeho nízkou motivací – což vede ke snižování možností, které by ošetrovatelský personál mohl mít. Doba, kdy se hledaly správné postupy právě jen při provádění výkonů, je pryč a je třeba rozvíjet a zdokonalovat v ošetrovatelské praxi menší, avšak ne méně důležité obory, jako je právě již zmíněná psychologie, edukace, komunikace, sociologie, management a další. Je třeba naučit se ke klientům přistupovat jako k jednotlivcům se specifickými potřebami.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o klienta po artroskopii ramenního kloubu. Rameno je v dnešní době druhým nejčastěji endoskopicky řešeným kloubem. Patří mezi jedny z nejsložitějších struktur, co do stavby kloubu samotného. Indikací k artroskopii ramene je ošetření traumatických a potraumatických potíží. Výhodou této operační metody je nízká zátěž klienta a malá invazivita. Samotná artroskopie je prováděna v celkové anestezii, z důvodu zmírnění pooperačních bolestí.

Pro práci byly stanoveny tři cíle. Pro jejich naplnění bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, technikou polostrukturovaného rozhovoru u klientů a sester. Poté byly rozhovory zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“. Prvním cílem bylo zjistit úlohu sestry v péči o klienty po artroskopii ramenního kloubu. Druhým cílem bylo zjistit specifika v ošetrovatelské péči u klientů po artroskopii ramenního kloubu a třetím cílem bylo zjistit problémy, které klienti vnímají po artroskopii ramenního kloubu.

Jak ukazují výsledky výzkumného šetření, v mnoha ohledech se sestry pečující o klienty po artroskopii ramene shodují s klienty po tomto výkonu. K této shodě došlo v případě edukace a informovanosti o předoperační péči. Edukace a informovanost klientů je z pohledu sester i klientů dostatečná. Shoda nastala také v oblasti pooperační péče. Klienti i sestry se shodli, že sebeobsluha klientů je po výkonu omezená a z části závislá na dopomoci jiné osoby. Pooperační rehabilitační péče probíhá pod dohledem fyzioterapeuta nebo erudované sestry.

V rámci výzkumného šetření jsme si odpověděli na výzkumné otázky. První z nich je, že úlohou sestry v péči o klienty po tomto výkonu je dostatečně edukovat klienta o průběhu pooperačního období, zprostředkovávat kontakt mezi jednotlivými členy ošetrovatelského týmu lidí pečujících o klienta (rehabilitační pracovník, rodina, ošetřující lékař) a v neposlední řadě standardní pooperační péče. Další výzkumnou otázkou bylo zjistit negativní faktory

vnímané klientem po artroskopickém výkonu na ramenním kloubu. Největším omezením a nejčastěji zmiňovaným diskomfortem byla pooperační bolest, omezující fixace operované končetiny a snížená sebeobsluha klienta. Třetí výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit specifika ošetrovatelské péče u klientů po tomto zákroku. Z šetření nám vyplynulo, že do specifík spadá kontrola prokrvení a cití operované končetiny, udržení správné polohy operované horní končetiny a management tlumení pooperační bolesti.

Důležitým poznatkem při zpracování této práce bylo, že doporučené teoretické i praktické postupy z odborné literatury jsou v mnoha ohledech aplikovány v ošetrovatelské praxi. Sestry prokázaly dostatečnou znalost při ošetrování klientů po artroskopii ramenního kloubu, zejména pokud jde o specifické postupy u tohoto výkonu. Z pohledu klientů je důležité nepodceňovat informovanost o všech aspektech souvisejících s plánovaným výkonem. Prokázalo se, že důležité je zmiňovat a správně klientovi vysvětlit omezení a diskomfort, který z výkonu vyplývá. Klient musí chápat důvody těchto omezení a vědět, jak jejich následky zmírnit. Důležitou kontrolou správného pochopení všech aspektů souvisejících s výkonem je zpětná vazba pomocí kontrolních otázek vůči klientovi ze strany lékaře i sester.

Použitá literatura:

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-X.

BOUŠOVÁ, Marcela. [on line]. [cit. 15. 10. 2015] Péče o pacienty po artroskopii. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 2, s. 43-45. ISSN 1210-0404.

Dostupné též z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-po-artroskopii-469300>

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s., [4] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014, 1192 stran. ISBN 978-80-247-4357-8.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Kineziologie: základy strukturální kineziologie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 235 s. ISBN 978-80-7387-324-0.

HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4811-5.

HANZLOVÁ, Jitka a Jan HEMZA. *Základy anatomie pohybového ústrojí*. 2., dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 100 s. ISBN 978-80-210-4937-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-497-3.

HOFFMANNOVÁ, Petra a Lenka PLÍVOVÁ. *Základy ošetrovatelské péče*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008, 5 sv. (124, 103, 97, 97, 115 s.). ISBN 978-80-7372-344-6.

JANÍČEK, Pavel. *Ortopedie*. 3., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 112 s. ISBN 978-80-210-5971-9.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- KAUTZNER, Jakub a TRČ, Tomáš. Artroskopické přístupy k velkým kloubům. *Ortopedie*. 2010, roč. 4, č. 1, s. 21-27. ISSN 1802-1727.
- KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ, Iva KŘEŠŤANOVÁ, Marcela KŘIVÁKOVÁ, Zdeňka KOVÁŘOVÁ a Dana HAUSEROVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, XXXI, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOLÉBALOVÁ, Jitka a Jana KRATOCHVÍLOVÁ. *Rehabilitujeme doma: jak pomoci nemocnému v pohybových aktivitách v domácím prostředí*. Vyd. 1. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010, 95 s. Pečuj doma. ISBN 978-80-254-7334-4.
- MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2014, 149 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.
- MAŇÁK, Pavel. *Traumatologie: repetitorium pro studující lékařství*. 5. vyd., (přeprac. a dopl.). Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 96 s. ISBN 80-244-1009-5.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
- MICHALSKÝ, Rudolf. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoci pro studující ošetrovatelství*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství, 2009, 81 s. ISBN 978-80-7248-538-3.
- MUNDEN, Julie (ed.). *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024717204.
- NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015, 416 stran. ISBN 978-80-7492-206-0.

- NOVOTNÝ, Milan, HAVLÍČEK, Vlastimil a HUDEČEK, Filip. Artroskopie ramenního kloubu – indikace a technika. *Ortopedie*. 2007, roč. 1, č. 6, s. 268-275. ISSN 1802-1727.
- PILNÝ, Jaroslav. *Prevence úrazů pro sportovce: taping : popis zranění, první pomoc, léčba, rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 103 s. ISBN 978-80-247-1675-6.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
- PŘIKRYL, Pavel a Pavel SADOVSKÝ. *Artroskopie ramene*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, VI, 68 s. ISBN 978-80-7262-508-6.
- RAMÍK, Kamil. *Cviky na vaši bolest: rychlá a účinná úleva*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 95 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2391-4.
- REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5.
- ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s., vii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3012-7.
- ROKYTA, Richard (ed.), Miloslav KRŠIAK (ed.) a Jiří KOZÁK (ed.). *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2012, 747 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
- SPIILKA, Jiří a Miroslav ZEMAN. *Chirurgie pro bakaláře*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2013, 168 s. ISBN 978-80-260-3421-6.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠVESTKOVÁ, Olga a Petra SLÁDKOVÁ. *Fyzioterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Fyzioterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2013, 196 s. ISBN 978-80-260-4100-9.
- TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

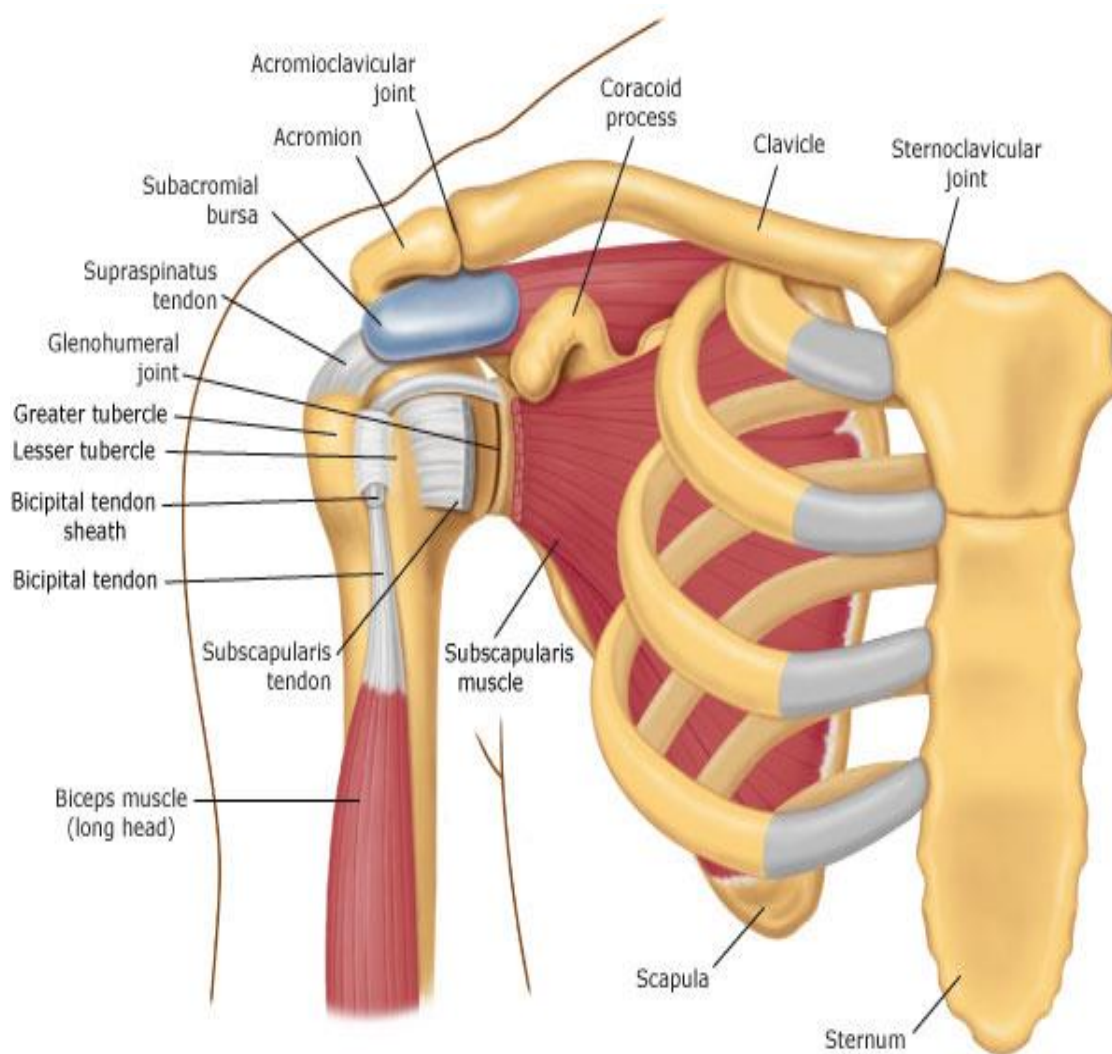
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VALENTA, Jiří. *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 277 s. ISBN 978-80-246-1344-4.
- VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014, 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.
- VÉLE, František. *Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyzologie: příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 222 s. ISBN 978-80-7387-608-1.
- VESELÝ, Radek. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 202 s. ISBN 978-80-7013-539-6.
- VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
- WENDSCHE, Peter a Radek VESELÝ. *Traumatologie*. Praha: Galén, 2015, XVI, 344 stran. ISBN 978-80-7492-211-4.
- ZHÁNĚL, Jiří, Vladimír HELLEBRANDT a Martin SEBERA. *Metodologie výzkumné práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-6696-0.
- ŽVÁK, Ivo. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 207 s. ISBN 80-247-1347-0.

Přílohy:

- Příloha 1*** Anatomie ramenního kloubu
- Příloha 2*** Maslowova pyramida potřeb
- Příloha 3*** Barthelův test základních všedních činností
- Příloha 4*** Analogové a numerické škály intenzity bolesti
- Příloha 5*** Informovaný souhlas pacienta s artroskopickou operací
- Příloha 6*** Otázky pro rozhovor s klienty a se setrami
- Příloha 7*** CD s přepsanými rozhovory

Příloha 1

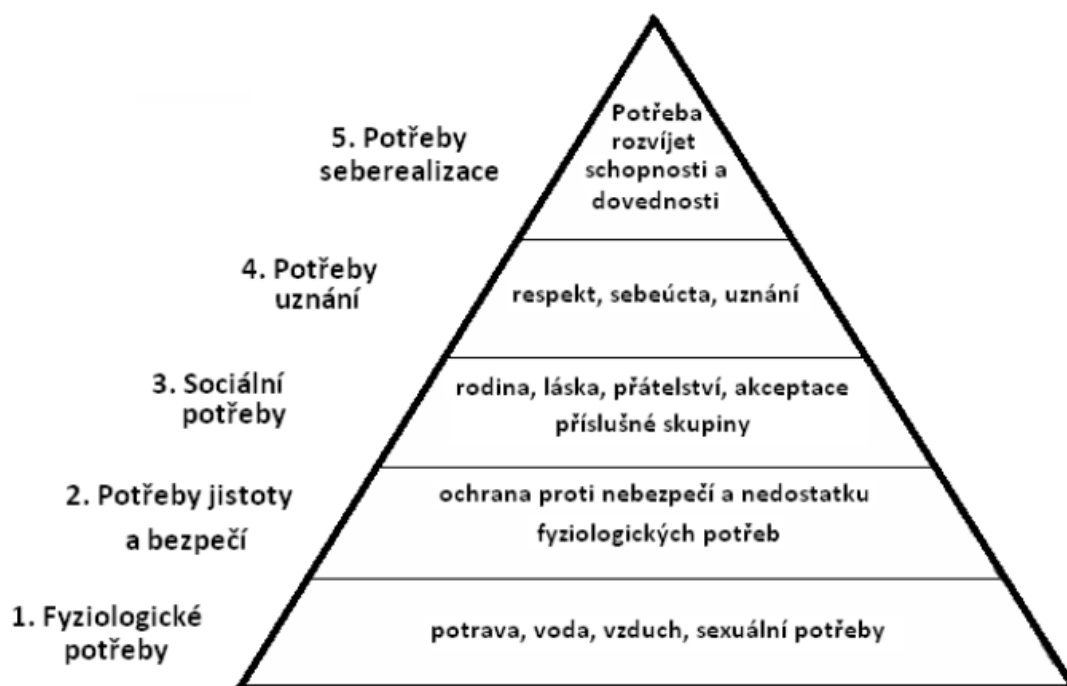
Anatomie ramene



Zdroj: převzato z: Bolesti ramenního kloubu. In: www.rehazone.cz [online]. 2014 [cit. 2016-04-28]. Dostupné z: www.rehazone.cz/content/bolesti-ramenního-kloubu

Příloha 2

Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: vlastní

Přepřacováno z: TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2

Příloha 3 Barthelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Příjem potravy	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně, s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně, s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	trvale kontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	trvale kontinentní	0
Přesun na lůžko, židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Hodnocení rizika	0 nezávislý 100-96 b	Nyní
	1 lehká závislost 95-65 b	
	2 střední závislost 60-45 b	
	3 vysoce závislý 40- 0 b	
Celkové bodové hodnocení :		

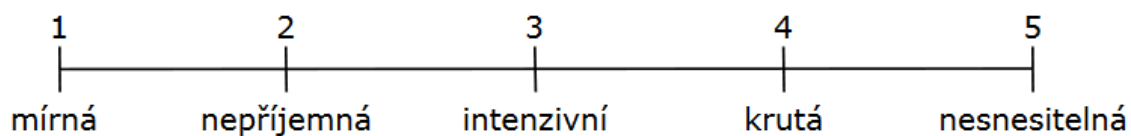
Zdroj: vlastní

Přepřacováno z: KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009.(s.223) ISBN 978-80-7262-657-1.

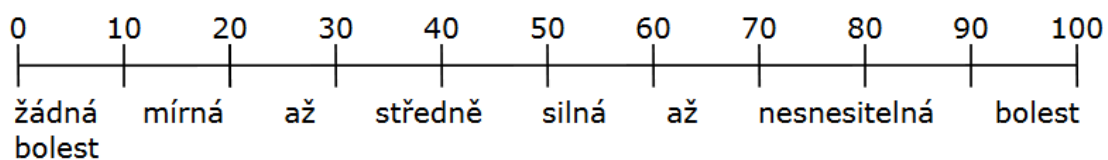
Příloha 4

Analogové a numerické škály intenzity bolesti

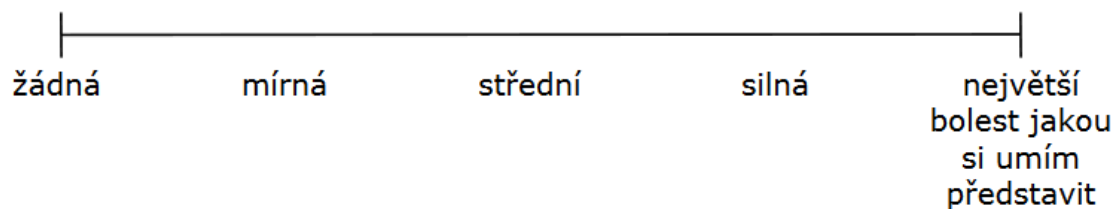
Melzackova škála bolesti



Numerická škála bolesti



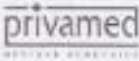
Analogová škála bolesti



Zdroj: Vlastní

Příloha 5

Informovaný souhlas pacienta s artroskopickou operací

Centrum jednodenní chirurgie a ortopedie Městská nemocnice Privamed Kotlíkovská 17, Píseň primář MUDr. Jindřich Šebor	 privamed HEALTH CARE GROUP
---	---

Informovaný souhlas

ARTROSKOPICKÁ OPERACE

Vážená paní, Vážený pane,

Na základě předchozího vyšetření Vám/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil provedení artroskopického ošetření kloubu. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Artroskopie je minimálně invazivní metodou ošetření sloužící k zjištění a léčbě kloubních potíží především kolenního, ramenního, loketního, hlezenního kloubu. Je prováděna v celkové nebo svodné anestezii (znecitlivění). Obecná operační rizika jsou platná i u tohoto typu ošetření, avšak díky minimálně invazivitě jsou výrazně snížena.

Příprava k výkonu

Tento výkon provádíme v celkové/místní anestezii (znecitlivění), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. Tři týdny před operací pacient nesmí prodělat zánětlivá onemocnění (např. angína, chřipka, zánět močových cest, zánět průdušek či jiná onemocnění provázená teplotou). Léčba některými léky musí být upravena (např. Warfarin, Peletan – snižují srážlivost, úprava diabetické léčby, doporučuje se vysadit 6 týdnů před výkonem kontraceptiva atd.). Před výkonem / v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit. Před operací si může pacient doma oholit operovanou končetinu v rozsahu operovaného kloubu.

Postup při výkonu

Artroskopické ošetření kloubu spočívá v zavedení optického zařízení do kloubu z bodového přístupu (asi 1cm). Následuje revize kloubu se stanovením definitivní (konečné) diagnózy a následně ošetření případných chorobných stavů pomocí nástrojů zaváděných z dalších minipřístupů.

Rizika a možné komplikace výkonu

Artroskopické operace jsou operace s nízkým rizikem komplikací, závažné komplikace se pak vyskytují zcela vzácně, nicméně je nutno na některé možné komplikace upozornit.

Celkové:
Nevolnost a potíže spojené s narkózou - jejich léčbu vysvětlí anesteziolog, interní komplikace jsou minimalizovány precizním předoperačním vyšetřením.

Lokální:
Otok či výpotek operovaného kloubu – prevencí je zavedení odsavné hadičky do kloubu, někdy je nutná punkce, výjimečně se mohou vyskytnout potíže s cévním systémem z omezení prokrvení těsnícím obvazem nebo fixační pomůckou – proto při těchto případech ihned informujte sestru. Jinou málo častou komplikací může být povrchní či hluboká flebotromboza (zánět žil).

1. Artroskopie bude provedena podle uznávaných pravidel lékařské vědy, je však nutno brát na vědomí, že i při vynaložení veškerého úsilí nemohou lékaři zajistit vždy jistý diagnostický a léčebný výsledek.

2. Při artroskopii jsou používány různé šicí materiály a implantáty, které jsou pro tělo cizími materiály. Z toho plyne možnost odmítnuté reakce organismu, která se může projevit bolestí nebo zánětem. V ojedinělých případech tato reakce může vést k nutnosti reoperace.

3. Centrum jednodenní chirurgie a ortopedie Privamed a.s. používá pro výše uvedené zákroky pouze prověřené materiály, u kterých jednotliví výrobci zaručují dobrou snášenlivost, která ale nemusí být u každého pacienta 100%.

4. Operační zátěž může vést k selhání životních funkcí organismu či k selhání parenchymatózních orgánů (jater, ledvin), může dojít k tromboembolické nemoci (ucpání cévy krevní sraženinou) se všemi jejími důsledky včetně úmrtí, poškození nervů a cév.

Chování po výkonu, možná omezení

Pooperační režim je stanoven operátorem a ošetřujícím personálem a k dosažení co nejlepšího výsledku je potřeba jej dodržet v maximální možné míře.

V Centru jednodenní chirurgie a ortopedie Privamed a.s. budete propuštěni do domácího léčení, podle typu operačního výkonu a po zhodnocení celkového pooperačního stavu a vzhledu rány, téhož dne nebo dny následující. Z toho vyplývá nutnost domácího zázemí event. Vám může být zajištěna služba „home care“.

Prohlášení

Byl/a jsem podrobně seznámen/a u plánovaného zdravotního výkonu se všemi alternativami (možnostmi) léčby, s jejich výhodami a riziky a měl/a možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti po výkonu, s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s navrhaným postupem.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Pokud to bude můj zdravotní stav vyžadovat, souhlasím s možností léčby na jiných odděleních Městské nemocnice Privamed a.s. nebo FN Plzeň.

Dále potvrzuji, že jsem tento dokument podepsal před tím, než mi byly podány jakékoliv tlumící léky.

Pacient/ka:

Zákonný zástupce:

Příbuzenský vztah:

V Plzni dne v hodin

Podpis pacienta/pacientky nebo zákonného zástupce:

Lékař/ka provádějící poučení:

Příloha 6

Otázky pro rozhovor s klienty a se setrami

Otázky pro klienty:

1. Pohlaví, věk, zaměstnání?
2. Kdo Vás informoval o plánovaném artroskopickém výkonu ramenního kloubu? (předoperační příprava, operační zákrok a pooperační péče?)
3. Jakou formou jste byl informován o pooperační péči po výkonu ASK ramenního kloubu?
4. Měl jste možnost při rozhovoru s lékařem či jiným ošetrovatelským pracovníkem pokládat doplňující otázky?
5. V jaké poloze (popř. ortéze) byla Vaše operovaná HK po výkonu?
6. Jak a s kým probíhalo Vaše rehabilitační cvičení po operačním výkonu?
7. Pociťoval jste po operaci bolesti?
Ukažte míru bolesti na zobrazené Melzackově stupnici bolesti:

0.den 0...žádná bol.,2....mírná bol., 3...střední bol., 4...silná bol.,
5...nesnesitelná bolest

1.den 0...žádná bol.,2....mírná bol., 3...střední bol., 4...silná bol.,
5...nesnesitelná bolest

2.den 0...žádná bol.,2....mírná bol., 3...střední bol., 4...silná bol.,
5...nesnesitelná bolest
8. Pociťoval jste po operačním zákroku sníženou schopnost vlastní sebeobsluhy? (při hygieně, oblékání, jídle aj.)
9. Jaké negativní faktory jste vnímal po operačním zákroku?
10. Co Vás po artroskopickém výkonu na ramenním kloubu nejvíc omezovalo?

Otázky pro sestry:

1. Věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe?
2. Ošetřujete klienty po artroskopii ramenního kloubu?
3. Jaké činnosti provádíte u těchto klientů při příjmu k hospitalizaci?
4. Kdo klienty o výkonu informuje? Jakou formou je klient informován? (máte k použití příp. brožury, letáky, nácvik, instruktážní video?)
5. Které ošetrovatelské výkony provádíte při předoperační přípravě klienta?
6. V jaké poloze (popř. ortéze) je operovaná HK v pooperačním období?
7. Popište ošetrovatelskou pooperační péči u klientů po ASKu ramenního kloubu?
8. Jaká byste uvedla specifika ošetrovatelské péče u klientů po tomto operačním výkonu?
9. Jak hodnotíte u klienta míru soběstačnosti v pooperačním období (0. – 2. pooperační den)?
10. Jak spolupracují sestry a fyzioterapeuti při podávání informací klientovi (domlouvají se předem, kdo podá jaké informace, nebo se opakují)?
11. Odchází klient po tomto výkonu domů dostatečně informován o následné péči? (kontroly, RHB)
12. Co si myslíte, že klienta nejvíc omezovalo po artroskopickém výkonu na ramenním kloubu?

Zdroj: vlastní