

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U KLIENTŮ  
PO KLOUBNÍCH NÁHRADÁCH**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jaroslava Horáková**  
Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2007

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE  
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE QUALITY OF NURSING CARE IN CLIENTS' AFTER  
ARTHRAL REPLACEMENTS**

Bachelor's thesis

Autor : **Jaroslava Horáková**  
Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 27. dubna 2007

.....

Děkuji Jaroslavě Pečenkové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálů k práci.

Děkuji také PhDr. Magdě Taliánové za konzultaci mé práce a spolupracovníkům na ortopedickému oddělení Krajské nemocnice v Pardubicích, kteří mi pomohli zrealizovat výzkum.

Motto:

„ Slovo je lék. Ne však každé slovo, ale příhodné slovo v příhodný čas.

Jsou i nepříhodná slova, která mají toxický účinek.

A též slova, která měla být řečena, ale řečena nebyla...“

L. Scharfenberg

## OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
Cíl.....	10
<b>1.1 Kvalita ošetrovatelské péče.....</b>	<b>10</b>
1.1.1 Ošetrovatelské standardy .....	11
1.1.2 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče.....	12
1.1.3 Význam informovanosti pro kvalitní ošetrovatelskou péči .....	13
1.1.4 Význam vztahu mezi ošetrovatelským personálem a pacientem .....	15
1.1.5 Zásady psychoterapeutického přístupu v klinické praxi: .....	17
1.1.6 Význam kvality ošetrovatelské péče při intervencích u ošetrovatelské diagnózy „bolest“ ..	19
1.1.7 Zásady správného jednání s nemocným, kterého něco bolí .....	21
<b>1.2 Onemocnění velkých kloubů.....</b>	<b>23</b>
1.2.1 Využití kloubních náhrad v ortopedické praxi.....	24
1.2.2 Totální náhrada kyčelního kloubu.....	25
1.2.3 Miniinvazivní operace kyčelního kloubu (MIS).....	27
1.2.4 Totální náhrada kolenního kloubu .....	28
1.2.5 Ošetrovatelský proces u pacientů po totálních náhradách .....	30
<b>2 EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
Cíl.....	36
<b>2.1 Východiska .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 Přípravná fáze výzkumu .....</b>	<b>37</b>
<b>2.3 Metodika výzkumu .....</b>	<b>37</b>
<b>2.4 Výsledky výzkumu.....</b>	<b>38</b>
2.4.1 Rozbor základních údajů.....	39
2.4.2 Vlastní výzkum .....	45
<b>2.5 Diskuse.....</b>	<b>71</b>

<b>Závěr</b> .....	75
<b>Anotace</b> .....	76
<b>Literatura a prameny</b> .....	77
<b>Seznam grafů</b> .....	79
<b>Seznam tabulek</b> .....	80
<b>Seznam příloh</b> .....	81
<b>Přílohy</b>	

## ÚVOD

Ve své práci se věnuji **Kvalitě ošetrovatelské péče u klientů po kloubních náhradách**. Léčebná i ošetrovatelská péče je zaměřena na celkové zkvalitnění péče o nemocné. Týká se to však všech oblastí? Zlepšila se operativní léčba, zdokonalují se léčebné postupy, vyrábějí se účinnější léky.

Jak vypadá situace **informovanosti** pacienta a jak velkou možnost má ovlivnit svou léčbu? Jak se zajímáme **o bolest** pacienta po operaci? Jak se mu ji snažíme **zmírnit**? Kvalita ošetrovatelské péče je široký pojem, pod kterým si může každý z nás představit něco jiného.

K nemocnému člověku při hospitalizaci má nejbližší sestra. Je mu pomocníkem a průvodcem při uspokojování jeho základních biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Sestra je často ve styku s pacientem. Je mezičlánkem mezi lékařem a pacientem (klientem) a jeho rodinou, mezi nemocnicí a běžným životem. Musí mít pochopení pro vnitřní i zevní konflikty nemocného člověka v roli pacienta, pomoci mu je řešit.

Spolupracující nemocný člověk může velmi ovlivnit svoji nemoc. Není jen pasivní příjemce péče. Proto bychom ho měli správně motivovat, informovat ho o možnostech léčby a také mu umožnit se rozhodnout pro některou z předložených variant.

Před svým onemocněním byl pacient často zaměstnaným člověkem, nezávislým. Jako nemocný je více závislý na změně režimu dne, zdravotnicích. Nemoc vše mění. Nemocní se těžko adaptují na mnoho nových rolí. Často se objevují změny v jejich jednání, stížnosti, nedostatek sociálních styků, strach, úzkost, stres může vyplývat také z nezájmu ošetrujícího personálu. Každý, kdo byl alespoň jednou v životě hospitalizovaný, prožíval podobnou situaci.

Nemocný člověk je individualita, ke každému volíme jiný přístup. V praxi se stává, že si sestry pacienty rozdělují do dvou skupin. Na „dobré“ a „špatné“. „Dobrý“ pacient se dá charakterizovat jako klidný, uposlechne a většinou nic nepotřebuje. „Špatný“ je ten, který neustále od sester něco vyžaduje, s ničím není spokojen. Ale jak by to vypadalo, kdyby sestry byly na místě pacientů? Neměly by snad žádná přání či potřeby? Právě zde někdy chybí uvědomění si takovéto situace.



Velice důležitým úkolem je, aby sestra promluvila s nemocným člověkem, dala mu prostor na vyjádření jeho pocitů, problémů. Komunikovat může při každé činnosti, nenásilnou formou. Je nutné však dávat pozor na slova, která volí, na neverbální projevy, které nemocní velice vnímají. Při správně vedené komunikaci může odhadnout osobnost nemocného, zjistit jeho problémy, potřeby a následně mu pomoci.

V současné době je efektivní komunikace narušována velkým množstvím diagnosticko - terapeutických postupů a změnami rolí nemocného člověka v době hospitalizace (stále se cítí podřízený ošetřujícímu personálu). Zde by měla nastat změna. Velký přínos v komunikaci sestra - nemocný, přináší ošetrovatelský proces a práva pacientů. Nemocný člověk by měl být naším partnerem, který má pocit jistoty, důvěry a kdykoliv se na nás může obrátit.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## Cíl

Teoretické vymezení jednotlivých pojmů v oblasti kvality ošetrovatelské péče týkající se **informovanosti** a možnosti **ovlivnění bolesti**.

Druhým okruhem v teoretické části je popis využití kloubních náhrad v ortopedické praxi a využití ošetrovatelského procesu u pacientů po totálních endoprotézách.

## 1.1 Kvalita ošetrovatelské péče

Způsoby zajišťování a řízení kvality péče prošly od počátku 20. století poměrně rychlým a kvalifikovaným vývojem. Od modelu profesionálního, přes administrativní, k modelu průmyslovému (TQM- Total Quality Management, CQI- Continuous Quality Improvert), ve kterém je kvalita chápána jako uspokojování potřeb klienta. Využívání moderních strategií řízení kvality, se stalo nezbytné z důvodů snižování nákladů a zajištění kvality péče o zdraví populace.

Kvalitní ošetrovatelská péče je většinou charakterizována:

- jasnou koncepcí ošetrovatelství
- metodou prováděnou ošetrovatelským procesem
- týmovou spoluprací ošetrovatelského personálu
- ošetrovatelský tým si má stanovit reálné cíle
- péče je odvozena od potřeb pacienta
- ošetrovatelský personál má být dobře motivovaný
- ošetrovatelský personál má být odborně vzdělaný
- ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex
- poskytovaná péče je vědecky podložena
- na ošetrovatelské péči se podílí sám pacient
- péče je multidisciplinární

### 1.1.1 Ošetrovatelské standardy

Mezi základní ukazatele kvality ošetrovatelské péče patří ošetrovatelské standardy. Ošetrovatelské standardy lze charakterizovat jako dohodnutou profesní normu kvality.

Úkolem specifického ošetrovatelského standardu je určit:

- co je cílem kvalitní péče
- jak má být cíle dosaženo
- jak můžeme změřit dosažení cíle

Charakteristika standardu

Každý standard má přesně vymezovat požadovanou normu. Je to zpravidla určité minimum, které musí být zajištěno, poskytnuto, aby bylo možné konstatovat, že standard je splněn a je tu tedy předpoklad pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelský standard by měl mít následující části:

- **zaměření** určené, které oblasti ošetrovatelství se týká (různé typy standardů)
- míru **závaznosti** stanovené (podle toho, kdo ho vydal), pro koho je určen a do jaké míry se jím musí sestra řídit
- vymezit **kriteria** požadované kvality nebo normy
- stanovit způsob **hodnocení** (měření) dosažené kvality
- případně uvést metodiku **kontroly**.

Závaznost ošetrovatelského standardu může mít různou míru, kterou stanoví, jak dalece jsou sestry nebo dokonce celé zdravotnické zařízení povinni se určitým standardem řídit.

Závaznost standardu může vyplývat ze zákona (například přesné podmínky kvalifikace pro výkon povolání), nebo z podzákoné normy, jakou je například vyhláška ministerstva zdravotnictví (například určení základního vybavení pracoviště). Tyto standardy jsou povinni dodržovat všichni, jichž se týkají. Pokud vyhlásí standard profesní sesterská organizace (například etický kodex sester), jsou povinni se jím řídit všichni členové této organizace. Standardy zpracované a přijaté zdravotnickým zařízením nebo dokonce určitým oddělením jsou závaznou normou pro práci svého ošetrovatelského personálu.

Ošetřovatelské standardy lze aplikovat v:

- primární péči
- sekundární péče
- terciální péči

### Typy standardů

**1) strukturální standardy** určují minimální vybavení poskytovaných služeb (personálu, techniky, hygienická a organizační opatření)

**2) procesuální standardy** se týkají - ošetřovatelských postupů (při výkonech) a ošetřovatelských činností (v rámci ošetřovatelského procesu)

**3) standardy hodnocení výsledků** slouží k celkovému hodnocení kvality ošetřovatelské péče prováděné v daném zařízení

Každý ošetřovatelský standard by měl obsahovat míru závaznosti, účinnosti.....

Podle toho pro koho jsou standardy závazné, eventuelně kdo je vydává jako například Ministerstvo zdravotnictví - vyhláškou, profesní organizace, zdravotnická zařízení se dělí na centrální a lokální standardy.

**Centrální standardy** vydává Ministerstvo zdravotnictví jako zákonné a podzákonné (typy a kompetence ošetřovatelských pracovníků, jejich vzdělání, pracovní náplně,...)

**Lokální standardy** jsou zpracované v konkrétním zdravotnickém zařízení nebo pracovišti a nesmí být v rozporu s centrálními standardy. Při vytváření těchto standardů mají být zapojeny i řadové sestry

### 1.1.2 Hodnocení kvality ošetřovatelské péče

V současné době existuje celá řada metod pro měření kvality ošetřovatelské péče.

K nejčastěji používaným metodám patří:

- přímé pozorování
- přímá revize kolegy, kolegyněmi
- rozhovor
- vyplňování dotazníků
- celkový audit
- porovnávání kritérií ve standardech

- sledování ukazatelů výkonnosti organizace
- sledování individuální výkonnosti personálu

### **Kvalitu ošetrovatelské péče je možno hodnotit ze dvou hledisek**

1) ošetrovatelským auditem při plnění jednotlivých standardů (strukturální, procesuální a kritéria stanovená pro výsledek)

2) ošetrovatelským auditem pro celkovou kvalitu ošetrovatelské péče  
Nejdůležitějším ukazatelem kvality jsou vždy **výsledky – splněné cíle**.

Kvalita ošetrovatelské péče je různě posuzována. Záleží na tom, kdo ji hodnotí.

Z pohledu **lékaře** je důležité zajištění diagnosticko - terapeutického plánu pacienta (lékařská ordinace).

Z hlediska **pacienta** má objektivní a subjektivní kritéria. Posuzuje ji podle míry strádání v uspokojování bio – psycho - sociálních potřeb v době nemoci. Dále podle kultivovaného projevu sestry, profesionální citlivosti, všímavosti.

Ze strany **sestry** je hodnocena kvalita ošetrovatelské péče podle koncepce ošetrovatelství, se kterou se ztotožnila. Pacienta musí vnímat jako celek, individualitu, holistickou bytost. A to po stránce biologické, psychologické, sociální, spirituální, behaviorální. Všechny tyto stránky spolu souvisí.

### **1.1.3 Význam informovanosti pro kvalitní ošetrovatelskou péči**

Existuje rozdíl mezi bezděčnou a záměrnou komunikací. Dobrá komunikace je základem úspěšné ošetrovatelské péče.

Při mnoha ošetrovatelských činnostech, například při příjmu nemocného člověka, převozu a propuštění, instruování pacienta a přípravě na všechny diagnosticko - léčebné zákroky, sestra zahajuje, podněcuje a udržuje vhodnou komunikaci s pacientem.

Záleží na komunikačních dovednostech a zkušenostech, aby pacient dostal informace. Komunikace je základem humánního ošetrovatelství. Chceme-li chápat a komunikovat, musíme respektovat a věřit v hodnotu, jedinečnost, dobrotu a sílu druhého člověka v jeho schopnost a právo na sebeurčení.

K ošetrovatelské praxi patří tři druhy komunikace – sociální, strukturovaná a terapeutická.

**Sociální** komunikace je neplánovaná, často se odehrává při neformálních setkáních.

**Strukturovaná** komunikace má určitou plánovanou náplň. Příkladem může být sběr informací nebo rozhovor s pacientem.

**Terapeutickou** komunikaci využívají sestry za různých okolností, například při uspokojování úzkostného nemocného člověka.

### **Způsoby komunikace**

Sociální interakce je akce a reakce dvou lidí nebo lidí ve skupině. Z tohoto důvodu může být komunikace chápána jako proces, během kterého působíme na druhé lidi.

Komunikace může být verbální i neverbální.

### **Verbální komunikace**

Při verbální komunikaci používáme psaná nebo mluvená slova. Použitá slova se liší podle kultury, společensko - ekonomického postavení, věku nebo vzdělání.

Slovy se dá vyjádřit široká paleta emocí. Intonace hlasu může vyjádřit nadšení, smutek, znepokojení, ale i radost a pobavení. Při výběru slov je třeba zvážit kritéria účinné komunikace (jednoduchost, zřetelnost, načasování, závažnost, přizpůsobivost, důvěryhodnost).

Někteří lékaři i sestry si myslí, že naši klienti jsou v dnešní době lépe informováni než dříve, a to díky televizi, internetu... Mnozí však neznají základní pojmy, (například krevní tlak, cévkování, klyzma...).

Při používání slangových slov jako „bažant, gramofon, krevňák, fýzák, anděl...“ pacient nechápe význam slov. Mohou působit tak, že nemocný člověk o nich přemýšlí, polemizuje a prožívá strach, úzkost. Jestliže informují pacienta o různých vyšetřeních před ostatními pacienty nebo ošetřujícím personálem, může se narušit dobrý vztah, důvěra i spolupráce mezi ošetřujícím personálem a pacientem (klientem).

Dalším problémem v komunikaci bývá situace, kdy nemocný člověk hovoří s více sestrami nebo lékaři a každý sděluje něco jiného. Nejednotnost v odpovědích hraje velikou roli. Obtížně se pacient orientuje v poučeních co smí a co nesmí, o průběhu své nemoci a neví komu má věřit. Je opět sám a tápe v odpovědích ošetřujícího personálu.

### **Neverbální komunikace**

Neverbální (mimoslovní) komunikaci nazýváme někdy mluvu těla. Přestože je řeč specificky lidským dorozumívacím prostředkem, podstatná část (70 - 90%) naší komunikace se uskutečňuje formou neverbální. Pro druhého člověka má větší význam, to co neříkáme.

U neverbálního chování se popisuje a uplatňuje vzdělanost, postoj, mimika, gesta, tělesný a zrakový kontakt, komunikace pohybem, vzhledem.

### **Kombinovaná komunikace**

Pro efektivní komunikaci je žádoucí, aby byl soulad verbální a neverbální komunikace v obsahu a významu verbálního sdělení. Často komunikujeme rozporně tak, že verbálně sdělujeme pozitivní informaci a současně svým chováním přesvědčujeme o pravém opaku nebo obráceně.

## **1.1.4 Význam vztahu mezi ošetrovatelským personálem a pacientem**

Vztah mezi ošetřujícím personálem a pacientem je zahájen při prvním setkání úvodním rozhovorem. První delší rozhovor s pacientem se koná po úvodním představení příslušného člena týmu při přijímacím rozhovoru. Jde o poměrně delší rozhovor. První část rozhovoru je zcela volná. Pacientovi je v ní naznačen zájem o jeho dosavadní život, o situaci, v níž se nachází, o otázky anamnézy a o problémy, které má – nejen zdravotní, ale i rodinné, pracovní, a jiné. Po této výzvě se obvykle pacient ujímá volně slova a určuje tím předmět rozhovoru. Naslouchajícím je v této situaci sestra.

### **Jak hovořit s pacientem**

V úvodu bylo naznačeno, že tematika rozhovoru lékaře a sestry s pacientem má dvě hlavní otázky. První je „co“ říci a druhou „jak“ to říci.

Umíme naslouchat?

Uvažujeme-li o rozhovoru lékaře, sestry s pacientem, zdá se nám samozřejmé, že hlavním jevem v něm je „umění mluvit“. A přece se ukazuje, že mluvit v tomto smyslu „umí“ jen ten, kdo umí též naslouchat.

Co říci nemocnému člověku?

Máme-li s někým hovořit a má-li náš rozhovor s ním mu být pomoci, pak nás hledání odpovědi na otázku „co říci“ může zavést do dvou oblastí, odkud je možno čerpat nadějně podněty.

Jeden z podnětů je zvládání těžkých životních situací, zvláště pak typu nemoci.

Druhým podnětem je možno se dozvědět, jak danému člověku momentálně je, co prožívá a potřebuje, jaký je jeho momentální psychický stav.

Carkhuff upozorňuje ty, kteří se snaží v bezprostředním osobním kontaktu někomu pomoci, aby se vyvarovali jedné falešné představy. Ta říká, že každý rozhovor je automaticky druhému pomoci. Správnější představa počítá s tím, že některý rozhovor může být druhému pomoci, avšak jsou také rozhovory, které mají opačný účinek - opomeneme-li ty, které jsou k ničemu.

Sestra se v produktivním chování k nemocnému opírá o základní skutečnost jednoty a neoddělitelnosti somatických, psychických a sociálních dějů, chápe komplexní charakter nemoci. Vychází jak z objektivní stránky nemoci, jejího rázu, průběhu, prognózy, tak z osobní psychické a sociální situace nemocného. Přihlíží k pacientovým osobním zvláštnostem (věk, stupeň celkové citlivosti, ráz citové reaktivity, adaptabilita, zvláštní emotivity,....). Počítá s prožitky nemocného jako s faktorem, který se na průběhu onemocnění a léčby reálně podílí. Uvědomuje si působení vlivů, vyplývajících z charakteristických zvláštností určitého léčebného prostředí na nemocného. Dokáže spojovat v praktické ošetrovatelské práci poznatky medicínské s psychologickými.

Nezbytně je zapotřebí, aby úsilí sestry bylo vždy v souladu s úsilím lékaře a celkovými záměry léčby.

### **Slovo je lék**

Jak důležité je slovo ošetřujícího personálu. Jestliže je správné slovo řečeno ve správnou chvíli je možno říci, že slovo je lék.

Kteří pacienti jsou k takovéto psychoterapii indikováni? V různých knihách je popisováno, že určité psychoterapie by se mělo dostat každému nemocnému člověku. Tento požadavek nemusíme nutně spojovat s otázkou času, ale spíš s otázkou volby vhodného slova. U nás se psychologická složka interakce lékaře a sestry s pacientem dlouhodobě podceňovala, jinde ji pokládají za jejich druhou odbornou kompetenci.

Aplikace bio - psychosociálního modelu v klinické praxi je spjata se symetrií vztahu mezi lékařem, sestrou a pacientem. Vystupují neautoritativně, na pacienta nenaléhají, dokáží se zdržet většího zasahování do hovoru, aby poskytli co největší prostor pacientovi.

Na základě vysvětlení podstaty nemoci a zásahu její léčby se snaží dosáhnout partnerské spolupráce.



Původní Balintovy názory nacházejí podporu u řady současných autorů. Někteří udávají, že pacienti očekávají od lékaře, sestry empatii, respekt, dodání naděje, spolehlivost, chtějí mít pocit, že někdo o ně pečuje, oceňuje je a má je rád (což jsou vlastně vždy platná přání lidských bytostí). Není proto dobře se od pacienta příliš distancovat. Dobří lékaři, sestry to nedělají a jsou schopni osobního lidského projevu. Jakmile pacient pocítí, že se mu naslouchají, je schopen pocitu nové souvislosti. Prostředkem k tomu je dialog dvou lidí založených na porozumění. Balint doporučuje omezit rady, ujišťování, dotazy a místo toho umožnit pacientovi uvolněně hovořit a naslouchat mu. Úskalím totiž bývá, že radíme nebo ujišťujeme dříve, než zjistíme, v čem problém spočívá. Zabýval se psychologii pacienta, ale věnoval se z toho hlediska i lékaři. Upozornil na osobnost lékaře, která se uplatňuje významně na efektu léčby. Lékař a sestra představují svojí osobností určitou formou léku, který však musí být tak jako každý lék uvážlivě ordinován, protože má také nežádoucí účinky.

Je důležité, aby lékař a sestra byli sami v dobré duševní kondici, mají - li druhým pomáhat. Ztěžší můžeme pacienta lépe pochopit, dokud se nenaučíme rozpoznat a kontrolovat své vlastní psychologické problémy.

Psychologický přístup spatřujeme v uplatňování souboru psychologicky příznivě působících vlivů nespecifické povahy. Jsou to například estetická úprava interiérů ve zdravotnických zařízeních, organizace léčebného režimu, jednání zdravotníků, které by mělo být na určité společenské úrovni, dostupnost soukromí pro pacienta,.... Naopak psychologickému přístupu neodpovídá například dlouhé čekání v čekárně, tam navíc ještě někdy doléhají útržky hovorů z ordinace. Nebo hovoří - li pacient s lékařem, se sestrou v přítomnosti další osoby.

### **1.1.5 Zásady psychoterapeutického přístupu v klinické praxi**

**1. Otevřenost k pacientovi** - aktivně mu naslouchat a projevovat své porozumění, zajímat se o pacientovy pocity.

**2. Pomoc při porozumění situacím v jeho životě** - podporovat porovnání jeho různých hledisek a otázkami pomáhat jeho sebeporozumění.

**3. Umožňovat pacientovi hledat vlastní řešení** - vyhýbat se přímým radám a řešením. Pomáhat hledat varianty a porovnat je. Stimulovat promyšlené konsekvence.

**4. Pacient by měl dospět k vlastnímu rozhodnutí.**

Mezi osvědčená nejobecnější pravidla dobré komunikace lékaře, sestry s pacientem patří:

- mít jasně o tom co, kdy a jak chtít sdělit
- mluvit jazykem svého pacienta a přizpůsobit úroveň sdělení jeho intelektu, způsobu myšlení, emocí, jeho zaujetí sebou samým
- zvolit správný způsob sdělení – nepsat negramotnému, nemluvit k hluchému
- užívat všechny možné způsoby komunikace a být připraveni opakovat je tak dlouho, jak bude potřeba
- získávat zpětnou vazbu
- pozorovat oči, ruce, gesta, naslouchat zabarvení hlasu i pomlčkám – to všechno něco sděluje
- pozorovat a všimnout si co pacient neříká a nedělá, tato opomenutí řeknou víc o vnitřním stavu
- nespěchat, vyčkat otázek a odpovídat jasně.
- mít dost času vysvětlit pacientovi vše co potřebuje vědět
- lepší komunikace je klíčem lepšího vztahu lékař – sestra – pacient = je ještě důležitější než dobrý lék a dobré ošetření
- je rozdíl mezi konfliktem a pohodou - často závisí na významu a interpretaci jediného slova
- úspěch často závisí na tom, zda tvá slova jsou vhodně načasována, zda jsou věcná, jednoznačná, smysluplná a stručná
- poskytnout pacientovi emoční podporu
- získat informace o pacientovi a jeho nemoci

Správná komunikace je velmi důležitá. Je zde citována situace, co vše může způsobit zanedbávání naslouchání při rozhovoru sestry s pacientem.

### **„Injekce“**

*„Pacient před operací srdce byl hospitalizován na interním oddělení. Po několik měsíců dostával intramuskulární injekce, stále stejné množství. V odpoledních hodinách přišla sestra již se známou injekcí, avšak s výrazně větším množstvím tekutiny. Pacient tuto injekci odmítal : ” Sestřičko, já dostávám jenom půlku stříkačky, tuhle injekci já nechci”. Sestra : ” Podívejte, máte před operací. A vůbec nepletěte se nám do toho”. Aniž by vzala námitky pacienta, injekci*

*aplikovala. Po odchodu sestry pacient upadl do bezvědomí přestal dýchat. Spolupacient začal zoufale zvonit na sestru. Nikdo však nepřicházel. Naštěstí neztratil duchapřítomnost, zahájil resuscitaci a pacienta rozdýchal.“(Mareš, Pečenková, Spoustová, 1996, s. 22)*

### **1.1.6 Význam kvality ošetrovatelské péče při intervencích u ošetrovatelské diagnózy „bolest“**

V literatuře jsou popisovány hlavní komponenty, jejichž pochopení, objasnění a pomáhá sestavit program intervencí.

Základem bolestivého vjemu je nocicepce (proces vyvolaný aktivací nociceptorů).

Výsledkem nocicepce je uvědomění si bolesti (senzorický vjem). Dalším stupněm je psychická reakce na bolest – utrpení. Posledním stupněm je bolestivé chování. Někteří odborníci považují chování za jediný objektivně pozorovatelný a kvalifikovaný projev bolesti (pláč, grimasy, vzdychání, kulhání, zaujímání ulevujících poloh,...)

Nejsložitějším problémem v léčbě bolesti je správná diagnóza a intervence u bolestivého chování.

#### **Faktory ovlivňující bolest:**

##### 1) fyziologicko - biologické faktory

- fyziologie bolesti
- věk, vývojové faktory
- nemoc

##### 2) psychicko - duchovní faktory

- osobnost člověka
- nálada, pocity, strach, úzkost, frustrace

##### 3) sociálně - kulturní faktory

- výchova
- sociální závislost
- osamělost

##### 4) faktory životního prostředí

- chlad, teplo
- ultračervené, ultrafialové záření

## Význam bolesti

Mnoho onemocnění je doprovázeno bolestí. Ta často přivádí člověka k lékaři. Pokud se jedná o onemocnění kyčelního nebo kolenního kloubu, lékař přihlíží k intenzitě a časové závislosti a dle toho indikuje i nutnost operace (náhradu kloubu).

Jakou roli hraje bolest?

Multidimenzionální pojetí bolesti se projevilo i v definování bolesti. Podle IASP (International Association for the Study of Pain) definice bolesti zní:

*„Bolest je nepříjemným senzoričným a emociálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození.“*  
Brannon a Feist, (1997)

Jednou z charakteristik bolesti, která se stále častěji objevuje ve všech studiích bolesti, je doba trvání bolesti. Z toho hlediska se odlišuje bolest akutní od chronické bolesti. Bolest má svůj význam.

Akutní bolest je definována dobou trvání. Pokud bolest trvá déle, jedná se o chronickou. Ukazuje se však jako nadměrná. Stávající doporučení uvažují o hranici trvání akutní bolesti v rozsahu jednoho měsíce. V jádru jde o poměrně krátkodobý signál toho, že došlo k poškození tkáně. Upozorňuje pacienta na nutnost distancovat se od toho, co člověku škodí. Příkladem mohou být bolesti při popálení, škrábnutí, úderu,.....

Za chronickou je považována bolest tam, kde trvá (v klasickém pojetí) déle než půl roku. Může jít přitom o trvalou bolest nebo bolesti, která se v určitých pravidelných či nepravidelných intervalech opakují. Příkladem takovéto bolesti mohou být chronické bolesti při migrénách, při některých druzích rakoviny a podobně. Patří sem i bolest doprovázející artrózu, vyžadující posléze i operační řešení ve smyslu umělé náhrady.

Psychologické studie ukazují, že chronická bolest je v mnoha případech spojována s určitými psychopatologickými jevy – například s vyšší mírou deprese, zvýšeným množstvím konzumace léků, s určitými psychopatologickými rysy osobnosti..... Hlubší studie však ukázaly, že tyto psychopatologické charakteristiky spojené s chronickou bolestí existovaly u pacientů již před tím, než se u nich bolest objevila.

Terapie bolesti patří k relativně nejčastěji indikovaným druhům mírnění utrpení pacientů. Různé druhy terapie bolesti se obvykle rozdělují do dvou skupin - lékařské formy tišení bolesti (lékové, chirurgické, elektrická stimulace nervové činnosti, akupunktura) a psychologické

(modulace dolního prahu a tolerance bolesti, placebo, sugesce, hypnóza, relaxace, biologická zpětná vazba, kognitivní psychoterapie bolesti, sociálně – psychologické vztahové přístupy k mírnění bolesti). I když se v běžné praxi dosud používá převážně lékařských způsobů tlumení bolesti, přece jen se stále častěji setkáváme s používáním obou těchto druhů metod v kombinaci.

### **1.1.7 Zásady správného jednání s nemocným, kterého něco bolí**

- nechodit kolem nemocného nevšímavě
- nebýt hluší k jeho projevům bolesti
- sledovat neverbální projevy nemocného
- nespíchat, když nemocný říká, že ho něco bolí
- nebagatelizovat slovní stížnosti nemocného
- nemocnému neříkat „To vás nemůže bolet“
- nikdy neříkat „To nic není“, když nemocný má bolesti
- nemocného neoznačovat slovy „simulant, hysterka, hypochondr“
- nemocný má být informován před každým bolestivým zákrokem, že to může bolet, kde a jak dlouho to bude bolet
- dovolit nemocnému, aby při bolestivém zákroku zvedl ruku (nemůže-li mluvit), aby oznámil, že ho to bolí
- slíbit nemocnému, že bude zákrok přerušeno, přesáhne-li meze únosnosti
- měli by jste být v úzkém kontaktu s nemocným, aby věděl, že pomoc je nablízku
- pacient by měl být akceptován
- posilovat jeho vlastní aktivitu a iniciativu v boji s bolestí

#### **Vliv ošetřujícího personálu na bolest pacienta**

Vztah mezi ošetřujícím personálem a pacientem má velice důležitý význam. Tento vztah se může projevovat jak v kladném, tak v záporném smyslu. Negativní vliv je, když se zhoršuje vztah lékaře, sestry k pacientovi.

Podle různých šetření možno konstatovat, že to pacienta nebolí, když lékař, sestra:

- jsou zcela chladní k jeho bolesti
- neprojevují zájem o jeho bolest
- bagatelizují bolest pacienta
- kritizují bolestivé chování
- říkají, že to nic není
- nechovají se empaticky

Bolest pacienta se může zvyšovat, když neví co se s ním bude dít. Jestliže není informován, co ho čeká. Jaká vyšetření se budou u něho provádět, jak dlouho budou trvat. Neví souvislosti, proč ho to bolí. Také strach a nejistota zhoršují celkovou situaci.

Kladný vliv lékaře, sestry na tlumení bolesti je:

- správně informovat, podle reagování pacienta
- naslouchat pacientovi
- chtít se vcítit do role pacienta
- navázat haptický kontakt
- umět přesvědčit pacienta ke spolupráci
- posilovat aktivitu pacienta
- akceptovat pacienta jako svého partnera (klienta)

## 1.2 Onemocnění velkých kloubů

Artróza je degenerativní onemocnění kloubů s postupným postižením kloubní chrupavky. Dochází k disproporcím mezi nároky kladenými na kloub a jeho schopnosti těmto nárokům čelit.

### Klasifikace:

- **primární** idiopatická artróza vzniká na kloubech, které nebyly v minulosti postiženy zřetelným patologickým procesem. Uvažuje se o vlivech genetických, tkáňové méněcennosti či strukturálních změnách.
- **sekundární** artróza vzniká na kloubech postižených v minulosti patologickým procesem (revmatickým postižením, metabolickou poruchou, kostním infarktem, strukturální změnou po úrazu či onemocněním v dětském věku - Perthes, vrozená vada kyčlí,...)

Je-li kloub postižený artrózou dále přetěžován, dochází k mikrofrakturám subchondrální kosti a vzniku pseudocyst. Zvýšenou kloubní náplní dochází k poškození vazů a postupnému rozvoji nestability kloubu. Jsou prokázány změny v krevním zásobení kloubních konců a to ve smyslu venostázy, která může být zodpovědná za noční bolesti. Bolest potom vede k reflektorickému spasmu svalů, s rozvojem kontraktur v pokročilých fázích onemocnění.

### Příčiny:

- mechanické přetížení (porucha osy končetiny, nadváha, pracovní zátěž, sport)
- kloubní diskongruence (důsledek vrozených vad, nitrokloubní zlomeniny)
- aseptická nekróza kloubní (u alkoholiků, u nemocných léčených kortikosteroidy)
- metabolické systémové onemocnění (DNA)
- chronické kloubní záněty (infekce)

### Příznaky:

- zpočátku bolest po námaze, později i v klidu
- startovací (ranní) ztuhlost, omezení hybnosti

### Při diagnostice artrózy se posuzují tři základní kritéria

**1) klinika** - omezení a bolest při pohybu (hodnocení flexe, extenze, zevní rotace, vnitřní rotace, abdukce, addukce)

**2) radiologie** - posouzení kloubní štěrbiny, osteofytů na rentgenovém snímku

**3) vyloučení jiných příčin** - krystalová artropatie, hemofilie, revmatoidní artritida

Terapie se provádí dle stavu nemocného a závažnosti (stupni) onemocnění. Jde o léčbu konzervativní a operační. Vždy musí jít o léčbu komplexní a včasnou.

**Konzervativní léčba má kombinace:**

- 1) bazální medikamentózní (chondroprotektiva)
- 2) symptomatická medikamentózní (nesteroidní antirevmatika, kortikoidy)
- 3) fyzikální
- 4) balneoterapie
- 5) protetická a sociální péče
- 6) úprava režimu životosprávy

**Operační léčba:**

- 1) odlehčující operace
- 2) dýza kloubu (zpevnění)
- 3) osteotomie kloubu (protěti)
- 4) náhrada celého kloubu = **totální endoprotéza** ( dále jen TEP)

### **1.2.1 Využití kloubních náhrad v ortopedické praxi**

Možnost náhrady poškozeného kyčelního nebo kolenního kloubu endoprotézou (TEP) znamená pro milióny lidí na celém světě často jedinou cestu zpět do normálního života bez bolesti a bez výrazného pohybového omezení. Zejména v posledních letech dochází k bouřlivému rozvoji této operační metody. Vznikají nové typy endoprotéz = implantátů, vyráběné novými špičkovými technologiemi. Operační technika se neustále zdokonaluje a je předmětem průběžné vědecké diskuse.

Hlavním důvodem, který vede lékaře k doporučení operace, je bolest. Dalším je pak výrazná porucha funkce kloubu, která vede k omezení celkové pohybové schopnosti. Alopastika je náhrada poškozeného kloubu.

**Druhy náhrad = endoprotéz**

- 1) cementované (implantát je zakotven do speciálního cementu)
- 2) necementované (kostní tkáň přímo vrůstá do speciálně upraveného povrchu implantátu)
- 3) hybridní ( komponenty fixovány oběma způsoby)



## 1.2.2 Totální náhrada kyčelního kloubu

### Anatomie

Kyčelní kloub připojuje dolní končetinu k pánevním kostem. Kloubní hlavice a kloubní jamka (acetabulum) na pánevní kosti dovolují provádět v kyčelním kloubu flexe, extenze, rotace, odtažení (abdukce) a přitažení (addukce) dolní končetiny.

### Historické údaje

První kompletní alloplastiku navrhl a provedl Gluck v roce 1890, jamku i umělou hlavici upevnil do kosti sádrou. Zásadní průlom učinil Charnley, který zkonstruoval a jako první v roce 1960 použil polyetylenovou jamku a kovový dřík zavedený do dřevňové dutiny kosti stehenní s hlavici malé velikosti. Komponenty fixoval ke skeletu cementem.

V současné době se používají v zásadě tři druhy endoprotéz kyčelního kloubu:

cementované (jamka i dřík jsou fixovány cementem)

necementované (fixovány bez cementové mezivrstvy)

hybridní (každá komponenta fixována rozdílnou technikou)

**Indikace** endoprotézy kyčelního kloubu v současné době

- primární koxartróza
- sekundární koxartróza
- traumata a poúrazové stavy
- revmatoidní artritida
- aseptické nekrózy

**Kontraindikace výkonu**

**Celkové**

- nespolupracující pacient (klient)
- stavy kdy nelze předpokládat, že po operaci bude nemocný schopen chůze
- závažné interní choroby

**Místní**

- kožní hnisavé infekce
- těžké ischemické choroby dolních končetin
- bércové vředy
- jiné možné fokální infekce z urogenitálního nebo zažívacího traktu

Relativní kontraindikace je BMI nad 40, ale není přímou kontraindikací. Je však prokázáno, že při aktivní flexi kyčelního kloubu je hlavice tahem svalů zatěžována větší silou než při stožení na jedné končetině. Ovšem u obézních pacientů je vyšší výskyt komplikací.

## **Komplikace**

### **Peroperační**

- poranění velkých cév a masivní krvácení
- poranění nervů
- zlomenina stehenní kosti
- distorze kolenního kloubu

### **Pooperační časné**

- krvácení
- luxace endoprotézy
- tromb - embolická nemoc či tuková embolie (interní komplikace)
- časné infekce (dehiscence rány)

### **Pooperační pozdní**

- pozdní hematomy
- pozdní infekce
- luxace endoprotézy
- aseptické uvolnění endoprotézy

## **Rehabilitace po operaci**

Ideální rehabilitační program by měl zahrnovat tři základní období.

### **1) Léčebná tělesná výchova před operací**

Psychicky a fyzicky připravený pacient podstatně lépe zvládne svůj pooperační stav.

Součástí předoperační přípravy je uvolnění a posilování svalových skupin. Návětr sedu, přetáčení na bok, na břicho, chůze o francouzských holích bez zátěže, chůze po schodech.

### **2) Léčebná tělesná výchova bezprostředně po operaci v rámci hospitalizace**

Cílem je návětr samostatné chůze bez zátěže operované končetiny a návětr samostatné obsluhy. Končetina se polohuje do abdukce s vnitřní rotací a mírnou flexí v kyčelním a kolenním kloubu. Součástí je dechová gymnastika, kondiční cvičení zdravých končetin a aktivní pohyb v kotníku operované končetiny.

### **3) Rehabilitační program po propuštění z nemocnice**

Do třetího období patří cvičení v bazénu, eventuálně plavání. Pravidelné cvičení doporučených cviků alespoň dvakrát denně. Vhodný je pobyt v rehabilitačních centrech a lázeňská léčba.

### **1.2.3 Miniinvazivní operace kyčelního kloubu (MIS)**

#### **Historické údaje**

Česká republika se umístila pátá v Evropě, kde se tyto operace provádějí.

Existuje několik přístupů této operace. Cílem tohoto postupu je zmírnění a poškození měkkých tkání. Při této operaci se neoddělují svalové úpony a rekonvalescence je mnohem rychlejší a méně bolestivá. Pacient je schopen časně chůze o berlích po operaci. Nevyskytnou-li se komplikace, může být po krátké hospitalizaci propuštěn do domácího léčení. Na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice v Pardubicích byla poprvé provedena tato operace v květnu 2005.

#### **Indikace**

- jako k TEP klasickou metodou
- artróza, revmatické onemocnění, nekróza hlavice femuru, poúrazová artróza bez předešlé osteosyntézy, deformity
- ne těžce obézní, bez osteoporosy, psychicky stabilní, spolupracující, bez předešlé operace
- nejsou osteofyty, větší rozdíl délek 2-3cm DK, nevelké deformity krčku femuru
- mladší pacienti (není podmínkou)
- ne příliš svalnatí

#### **Komplikace**

- riziko poškození stehenní tepny, velkých žil, nervů, svalů a kostí
- ostatní stejné jako u klasické metody

#### **Výhody operace**

- malý řez
- menší krevní ztráty
- časná rehabilitace, brzká mobilita s lepší kontrolou končetiny

- kratší pobyt v nemocnici

#### **Nevýhody**

- technicky náročnější
- jen zkušení operatéri
- užití speciálních nástrojů
- při operaci nutná poloha pacienta na boku

### **1.2.4 Totální náhrada kolenního kloubu**

#### **Anatomie**

Kolenní kloub je nejsložitější kloub v lidském těle. Artikulují zde tři kosti. Jejich kloubní plochy jsou kryty hyalinní chrupavkou. Mezi kloubní plochy femuru a tibie jsou vloženy menisky, tvořené vazivovou chrupavkou, jsou fixovány ke kloubnímu pouzdru a mají srpkovitý tvar. Mediální meniskus je méně pohyblivý a častěji dochází k jeho poranění. Menisky chrání kloubní chrupavku - rozkládají tlak, tlumí nárazy, roztírají synoviální tekutinu. Nejdůležitější pro stabilitu kloubu jsou vazy. Postranní vazy zajišťují stabilitu do stran a zkřížené vazy zajišťují stabilitu předozadní. Postranní vazy mají dobré prokrvení a hojí se dobře. Zkřížené vazy mají prokrvení špatné a hojení je problematické.

#### **Historické údaje**

Vývoj endoprotéz předcházely resekční artroplastiky, přes hemiartroplastiky Cambel a MsIntosh, až po vývoj závěsných kloubů. Za otce moderní endoprotézy kolenního kloubu je považován Freeman, který v šesti základních bodech formuloval zásady konstrukce endoprotézy.

#### **Indikace endoprotézy kolenního kloubu v současné době**

- degenerativní onemocnění - artróza a krystalové artropatie
- revmatoidní artritida bez ohledu na věk
- postraumatické deformity
- nádory

## **Kontraindikace k výkonu**

### **Obecné**

- celková onemocnění, nízký nebo příliš vysoký věk
- ischemická choroba dolních končetin
- varikózní komplex s vředem
- stavy po infekcích kolenního kloubu
- výrazná osteoporóza a velké kostní defekty

### **Komplikace**

#### **Peroperační**

- zlomeniny tibie, femuru a patelly
- poranění velkých cév
- poranění nervů (hlavně nervus peroneus)

#### **Pooperační časně**

- časně infekce
- tromb - embolická nemoc
- omezená pohyblivost
- ruptura ligamentum patelle

#### **Pooperační pozdní**

- pozdní infekce
- aseptické uvolnění
- pooperační ztuhlost kolenního kloubu

### **Rehabilitace po operaci**

Tuto péči lze rozdělit do fází

#### **1) Příprava na operaci**

Cílem předoperační rehabilitace je uvolnění kontraktur, mobilizace čéšky, posilování svalstva a nácvik chůze s oporou francouzských holí

#### **2) Včasná rehabilitace v pooperačním období**

Tato fáze začíná bezprostředně po operaci. Zahrnuje dechové cvičení, polohování operovaného kloubu do flexe a extenze. Cvičení na motorové dlaze.

### **3) Rehabilitace při možnosti částečného zatížení**

Další fáze zahrnuje péči o jizvu, uvolňování a mobilizace česky. Uvolňování kontraktur, posilování oslabených svalových skupin a zvětšování rozsahu pohybu operovaného kloubu. Patří sem taky nácvik běžných denních činností a sociální adaptace. Vhodný je pobyt v rehabilitačních nebo lázeňských zařízeních.

### **1.2.5 Ošetrovatelský proces u pacientů po totálních náhradách**

**Cílem ošetrovatelského procesu** je uspokojování individuálních potřeb pacienta (klienta). Nejdříve je pacient (klient) uvítán a seznámen s prostředím do kterého přichází. Sestra společně s pacientem (klientem) zhodnotí celkový zdravotní stav a na základě těchto informací provede ošetrovatelskou anamnézu.

Obsah ošetrovatelské anamnézy

- **obecné údaje** (věk, bydliště, sociální podmínky, příbuzní, cennosti, důvod přijetí, práva pacientů, domácí řád, a jiné.)
- **model Gordonové**
  - 1) vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
  - 2) výživa a metabolismus
  - 3) vylučování
  - 4) aktivita, cvičení
  - 5) spánek, odpočinek
  - 6) vnímání, poznání
  - 7) sebepojetí, sebeúcta
  - 8) plnění rolí, mezilidské vztahy
  - 9) sexualita, reprodukční schopnost
  - 10) stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance
  - 11) víra, přesvědčení, životní hodnoty
  - 12) jiné

## **Ošetrovatelská anamnéza**

Chceme - li poskytovat kvalitní péči, musíme se starat o pacienta (klienta) jak po stránce lékařské, ale i po stránce ošetrovatelské. Kvalitní ošetrovatelskou péči je nutno provádět jedinečně skupinovým systémem. Jedna sestra pečuje o určitou skupinu pacientů (klientů). O pacienta (klienta) pečujeme jako o celistvou jedinečnou a neopakovatelnou bytost. Uspokojuje jeho potřeby v oblasti fyziologické, sociální, kognitivní, emociální a duchovní.

Existuje mnoho modelů, v této práci je ukázán model „Funkčního typu zdraví“ podle Gordonové, který se používá v Krajské nemocnici v Pardubicích.

Tyto informace jsou získávány:

- rozhovorem s pacientem (klientem) nebo od jeho příbuzných
- nasloucháním
- pozorováním
- fyzikálním vyšetřením
- sledováním laboratorních, diagnostických výsledků
- z předchozí dokumentace.

Všechny tyto získané informace jsou zaznamenány do formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu.

### ***„Fyzikální vyšetření a objektivní pozorování***

#### ***základní screeningové fyzikální vyšetření***

- *celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena*
- *dutina ústní, nos*
- *zuby: zubní náhrady a chybění zubů*
- *sluch*
- *zrak: přečte novinové písmo*
- *puls (rychlost, pravidelnost, jakost)*
- *dýchání (pravidelnost, hloubka, dýchací zvuky)*
- *krevní tlak*
- *schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky*
- *rozsah pohybu v kloubu*
- *svalová tuhost, pevnost*

- *kůže: barva, kožní defekty, riziko dekubitů (podle stupnice Nortonové)*
- *chůze, držení těla, chybění části těla*
- *sebepéče: schopnost najíst se, okoupat se, dojít na toaletu, obléknout se, nakoupit si, umýt se, celkový pohyb, pohyb na lůžku, uvařit si, udržovat domácnost*
- *kanyly intravenózní, vývody, odsávání*
- *hmotnost, výška, tělesná teplota*

#### **objektivní pozorování**

- *orientace (místem, časem, osobou)*
- *chápe myšlenky a otázky*
- *řeč, způsob vyjadřování*
- *hlas a způsob řeči*
- *úroveň slovní zásoby*
- *oční kontakt*
- *rozsah pozornosti*
- *nervozita (rozrušení-uvolnění, 1-5)*
- *pasivní, agresivní, asertivní (1-5)*
- *vzájemná spolupráce se členy rodiny“ (Mastiliaková, 2003, s. 93)*

#### **vyšetření**

- odběry biologického materiálu, koagulace
- rentgenový snímek operovaného kloubu
- interní předoperační vyšetření
- francouzské hole

Dále setra provede monitoring problémů podle priorit pacienta (klienta).

Přiřadí příslušné ošetřovatelské diagnózy.

Ke každé diagnóze stanoví ošetřovatelské cíle a intervence.



Zde jsou uvedeny jen nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které se objevují u pacientů (klientů) po kloubních náhradách kyčelního a kolenního kloubu.

Ošetrovatelské diagnózy	Ošetrovatelský cíl Ošetrovatelská kritéria	Ošetrovatelské intervence
1) Akutní bolest - z důvodu operačního výkonu - projevující se verbalizací	Klient(ka) bez bolesti: - má snesitelné bolesti - cítí se odpočatý,á - zná možnosti tlumení bolesti - verbalizuje úlevu - vitální funkce v normě	- nabídní úlevovou polohu - podej led na operační ránu - zajisti analgetika podle potřeby, dle ordinace lékaře - monitoruj a zaznamej intenzitu bolesti - zaznamenávej efekt podaných analgetik - kontroluj vitální funkce - informuj o možnosti tlumení bolesti
2) Porušená kožní a tkáňová integrita - z důvodu operační rány - projevující se poškozením kožního krytu a podkožní tkáně	Rána zhojena - rána se hojí per primam	- asistuj asepticky při toaletě operační rány - kontroluj stav krytí - informuj lékaře o změně stavu krytí a subjektivních pocitech klienta(ky) v oblasti operační rány - zaznamenávej vše do dokumentace
3) Riziko infekce ve vztahu k operační ráně	Klient(ka) bez místních a celkových projevů infekce: - rána je zhojena jizvou - TT v normě	- monitoruj TT a sleduj okolí operační rány - sleduj projevy infekce - informuj event. lékaře o změně - zaznamenávej vše do dokumentace

<p>4) Deficit sebezpečí při jídle, úpravě zevnějšku, chůzi a vyprazdňování</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z důvodu operace na DK</li> <li>- projevující se neschopností provádět zcela samostatně hygienu, stravování, vyprazdňování, oblékání a pečování o zevnějšek</li> </ul>	<p>Klient(ka) je samostatný,á v sebezpečí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dosáhne co nejvyšší samostatnosti v péči o sebe sama</li> <li>- v hygieně</li> <li>- ve stravování</li> <li>- ve vyprazdňování</li> <li>- v oblékání</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zajisti 2x denně dopomoc při celkové hygienické péči</li> <li>- zajisti doprovod do jídelny</li> <li>- zajisti doprovod na WC</li> <li>- zajisti dopomoc při oblékání</li> <li>- pouč o možnosti výběru pomůcek při oblékání ponožek a obuvi</li> <li>- veď k samostatnosti v základních oblastech</li> </ul>
<p>5) Riziko pádu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z důvodu operace a chůze o francouzských holích</li> <li>- projevující se vynucené použití pomůcek</li> </ul>	<p>Klient(ka) bez zranění:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zná rizikové faktory související s chůzí o francouzských holích</li> <li>- ví o možnosti luxace kyčle</li> <li>- zná zásady související s postavením a pohybem operované DK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vysvětlí zásady třídobé chůze</li> <li>- zajisti doprovod při chůzi o francouzských holích</li> <li>- pouč o riziku uklouznutí na mokré podlaze</li> <li>- pouč o nesprávných polohách a pohybech operované DK</li> <li>- vysvětlí a zajisti pomůckami vynucenou polohu DK</li> <li>- sniž nejistotu při chůzi opakovaným vysvětlováním zásad</li> <li>- zajisti spolupráci s fyzioterapeutem</li> </ul>
<p>6) Riziko zácpy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z důvodu nedostatku pohybu</li> <li>- snížení motility střevní v pooperačním období</li> <li>- projevující se obtížným vyprazdňováním a nepravidelností dle svých návyků</li> </ul>	<p>Klient(ka) bez zácpy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se vyprazdňuje dle svých návyků normální stolicí</li> <li>- střevní peristaltika přítomna, větry odchází</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zajisti dostatek tekutin</li> <li>- doporuč a zajisti stravu s dostatkem vlákniny</li> <li>- zajisti intimitu při vyprazdňování</li> <li>- event. podej dle ordinace lékaře laxantiva</li> <li>- kontroluj střevní peristaltiku</li> </ul>

<p>7) Porušený spánek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z důvodu změny prostředí</li> <li>- projevující se nemožností usnout a přerušovaným spánkem</li> </ul>	<p>Klient(ka) s neporušeným spánkem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- spí bez probuzení nejméně 6 hodin</li> <li>- cítí se ráno odpočatý,á</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zajisti klid na pokoji</li> <li>- vyvětrej pokoj před spaním</li> <li>- podej hypnotika dle ordinace lékaře</li> <li>- monitoruj průběh spánku</li> <li>- zaznamenávej vše do dokumentace</li> </ul>
<p>8) Riziko poruchy poškození</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z důvodu farmakoterapie (antitrombotické léčby)</li> </ul>	<p>Klient(ka) bez poškození:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nemá krvácivé projevy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pouč p. o nutnosti aplikace Clexanu s.c. z důvodu prevence trombotických onemocnění</li> <li>- pouč o možném vzniku vedlejších účinků</li> <li>- sleduj krvácivé projevy</li> <li>- zaznamenávej vše do dokumentace</li> </ul>

Dále je péče realizována ošetřovatelským týmem, kterou sestra v každé směně hodnotí. V průběhu celého ošetřovatelského procesu vede řádně dokumentaci a vše zaznamenává.

#### **Výhody ošetřovatelského procesu**

- pro pacienta (klienta) = kvalitní ošetřovatelská péče, která je plánovaná, kontinuální, uspokojuje potřeby pacienta (klienta), navazuje na další péči, účastní se na péči sám pacient (klient)
- pro sestru = kvalitní, kontinuální péče, systematické vzdělávání, odborný růst, předcházení rozporu se zákonem, realizace ošetřovatelských standardů

## 2 EMPIRICKÁ ČÁST

### Cíl

V empirické části je obsaženo zmapování úrovně kvality ošetrovatelské péče na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice v Pardubicích u vybrané skupiny pacientů (klientů) po operaci totální náhradou. Výzkum je prováděn v oblasti **informovanosti**, dále **vnímání bolesti** pacientem (klientem). Zjišťuje, zda se ošetřující sestry zajímají a následně podílejí na její **zmírnění** nebo **odstranění**.

### 2.1 Východiska

Práce se týká výzkumu na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice v Pardubicích, kde pracuji. Nejprve bych zmínila několik základních údajů.

Ortopedické oddělení bylo otevřeno v roce 1950. Nyní tvoří celkem padesát lůžek na dvou stanicích. K tomuto oddělení patří dvě odborné ambulance s kartotékou. Díky modernímu zdravotnictví se většina našich pacientů (klientů) léčí operací. Průměrný pobyt je pět ošetrovacích dní. Ortopedie je obor, který se zabývá převážně onemocněním kloubů a patologickými změnami kostí. Zde bývají hospitalizováni pacienti (klienti) vyššího věku, kteří se většinou obtížně pohybují, proto jsou kladeny větší nároky na ošetřující personál. Na oddělení je pacient (klient) uložen na lůžko a seznámen s domácím řádem a právy pacientů. Potom je s ním sepsán přijímací pohovor ošetřující sestrou a ošetřujícím lékařem.

Se souhlasem vedení Krajské nemocnice a primáře ortopedického oddělení jsem mohla provádět na tomto oddělení výzkum

Zaměřila jsem se na respondenty s ortopedickými problémy, kteří přistoupili na operační řešení:

- totální náhradu kyčelního kloubu klasickou metodou
- totální náhradu kyčelního kloubu miniinvazivní metodou
- totální náhradu kolenního kloubu.

Tito pacienti tvoří polovinu všech hospitalizovaných pacientů na ortopedickém oddělení v Krajské nemocnici v Pardubicích.

Zkoumala jsem oblast:

- informovanost respondenta
- vnímání bolesti respondentem
- zájem ošetřující sestry o bolest pacienta (klienta) a následně její zmírnění či odstranění.

Cílem výzkumu bylo odhalit problémy, které se mohou vyskytnout v oblasti ošetrovatelské péče. Na základě získaných výsledků se pokusit o zkvalitnění péče těchto pacientů (klientů).

## 2.2 Přípravná fáze výzkumu

Vybrala jsem metodu anonymního dotazníku, který zjišťoval základní údaje a obsahoval 21 otázek.

Po sestavení dotazníku, jsem provedla pilotáž výzkumu. Rozdala jsem 5 dotazníků pacientům po totální náhradě. Po navrácení a konzultaci s pacienty, jsem zjistila, že některé otázky nebyly srozumitelně položeny. U některých bylo málo možností na odpověď. Poté jsem upravila dotazník do finální podoby (viz příloha č. 1) a začala provádět vlastní výzkum. Pacienti (klienti) dotazník vyplňovali samostatně formou zaškrťování a vpisování.

## 2.3 Metodika výzkumu

Pro výzkum **Kvality ošetrovatelské péče u klientů po totálních náhradách** jsem zvolila anonymní dotazník. Obsahoval úvodní oslovení, zjištění základní údajů a 21 cílených otázek. Použila jsem uzavřené, otevřené a dichotomické otázky.

Šetření proběhlo od začátku listopadu 2006 do konce ledna 2007. Dotazníky jsem osobně rozdávala každému pacientovi (klientovi), který přicházel na ortopedické oddělení Krajské nemocnice v Pardubicích na operaci totální náhrady kyčelního a kolenního kloubu bez rozdílu věku a vzdělání. Pacientům jsem se vždy představila a upozornila je na to, že dotazník je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Je určen pouze pro potřebu mé bakalářské práce. Výsledky nebudou nikde zveřejňovány a budou použity pro zkvalitnění ošetrovatelské péče na ortopedickém oddělení v Krajské nemocnici v Pardubicích.

Do akce bylo zapojeno 100 respondentů. Měli možnost vracet vyplněné dotazníky na oddělení do schránky tomu určené.

## 2.4 Výsledky výzkumu

Z celkového počtu (100) rozdaných dotazníků se vrátilo 85 dotazníků, což bylo 85 %. Vyřadila jsem 9 zcela nevyplněných. Ke zpracování zůstalo 76 plně zodpovězených dotazníků. Tento počet byl brán jako 100%.

Rozbor těchto dat jsem rozdělila do dvou podkapitol. Prvních 6 otázek sloužilo k získání základních informací o pohlaví, věku, vzdělání, opakované hospitalizaci, typu operace, délky pobytu po operaci. Dalších 21 cílených otázek bylo zaměřeno na zjištění kvality ošetrovatelské péče z hlediska informovanosti, vnímání bolesti pacientem a zájmu ošetřujících sester o zjišťování, zmírňování či odstranění bolesti.

Základní informace jsem použila k hledání souvislosti mezi uvedenými základními údaji a cílenými otázkami. K tomuto porovnávání jsem vytvořila tabulku v uživatelském programu Excel (viz. příloha č. 2).

Na následujících stránkách proběhne celková analýza získaných dat z odpovědí na jednotlivé otázky ankety doplněné tabulkou, grafickým rozlišením a komentářem.

V tabulkách je uveden i celkový počet ( $\Sigma$ ) = 100%. Četnost je vyjádřena v absolutních číslech. Procenta jsou uváděna v relativních číslech a jsou zaokrouhlena na celá čísla.

Pro přehlednost a názornost jsem použila grafické znázornění = barevný graf sloupcový nebo výsečový.

### 2.4.1 Rozbor základních údajů

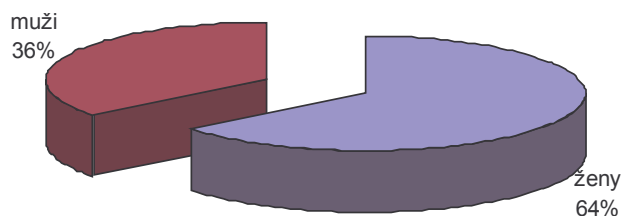
První otázky v dotazníku zjišťovaly základní údaje, které slouží k představě o pacientech (klientech), jenž se zúčastnili tohoto výzkumu, z hlediska věku, pohlaví, vzdělání, opakované hospitalizace na ortopedickém oddělení, typu operace a délky pobytu po operaci. Tato data nejsou odrazem klientely ortopedického oddělení pardubické nemocnice.

#### Hodnocení z hlediska pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví

ženy	49	64%
muži	27	36%
Σ	76	100%

Graf č. 1 Pohlaví



#### Komentář:

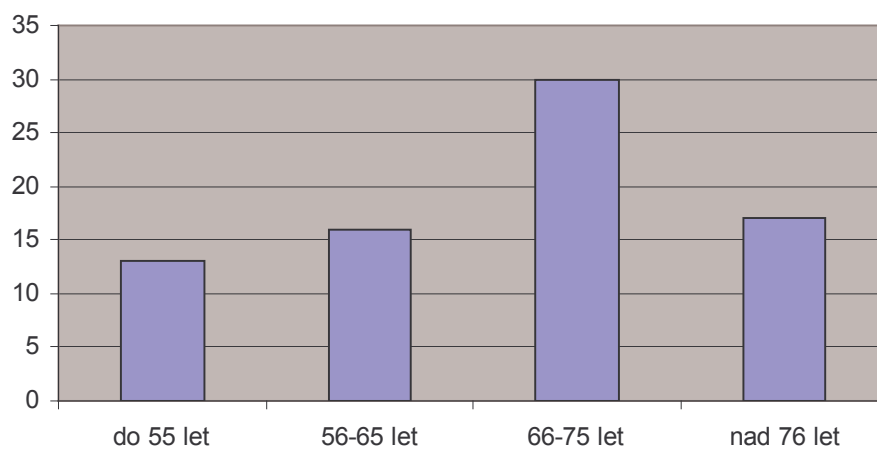
Tohoto výzkumu se zúčastnilo 27 mužů = 36% a 49 žen = 64%.

## Hodnocení z hlediska věku

Tabulka č. 2 Věk

do 55 let	13	17%
56-65 let	16	21%
66-75 let	30	40%
nad 76 let	17	22%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 2 Věk



### Komentář:

Tabulka a graf znázorňují věkové hledisko zúčastněných respondentů:  
ve věku do 55 let - 13 respondentů = 17%, od 56 do 65 let – 16 respondentů = 21%,  
od 66 do 75 let – 30 respondentů = 40% a nad 76 let – 17 = 22%.

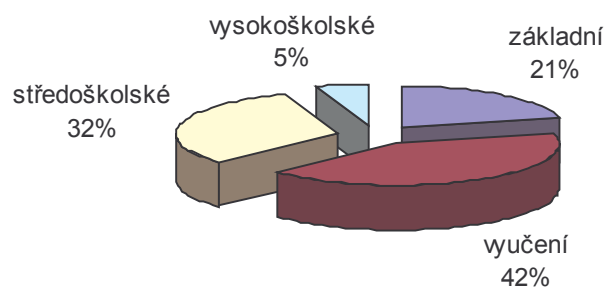


## Hodnocení z hlediska vzdělání

Tabulka č. 3 Vzdělání

základní	16	21%
vyučení	32	42%
středoškolské	24	32%
vysokoškolské	4	5%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 3 Vzdělání



### Komentář:

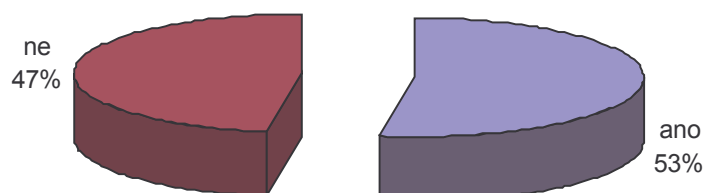
Výzkumu se zúčastnili respondenti se všemi stupni vzdělání:  
se základním - 16 dotazovaných = 21%, s vyučením - 32 dotazovaných = 42%,  
se středoškolským - 24 dotazovaných = 32% a s vysokoškolským - 4 dotazování = 5%.

## Hodnocení z hlediska opakované hospitalizace

Tabulka č. 4 Opakovaná hospitalizace

ano	40	53%
ne	36	47%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 4 Opakovaná hospitalizace



### Komentář:

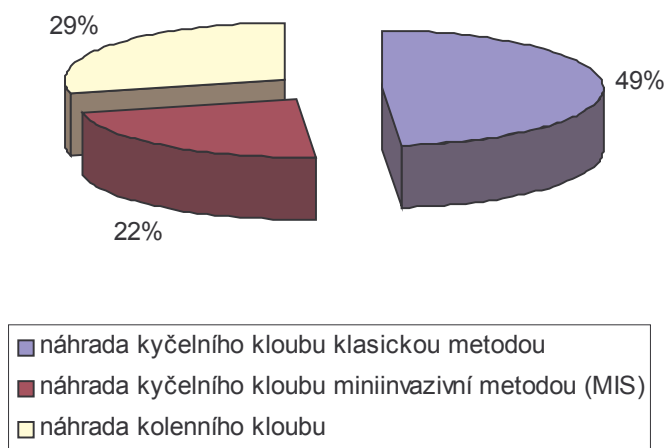
Na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice v Pardubicích bylo již hospitalizováno 40 respondentů = 53% a 36 respondentů = 47% tuto zkušenost nemělo.

## Hodnocení z hlediska typu operace

Tabulka č. 5 Typ operace

náhrada kyčelního kloubu klasickou metodou	37	49%
náhrada kyčelního kloubu miniinvazivní metodou (MIS)	17	22%
náhrada kolenního kloubu	22	29%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 5 Typ operace



### Komentář:

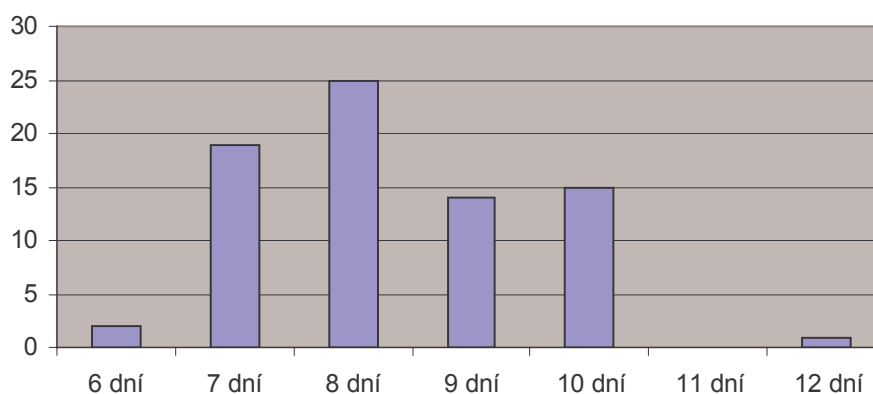
V době šetření byla provedena operace: 37 dotazovaným = 49% náhrada kyčelního kloubu klasickou metodou, 17 dotazovaným = 22% náhrada kyčelního kloubu miniinvazivní metodou a 22 dotazovaným = 29% náhrada kolenního kloubu, ale toto nevypovídá o celkové četnosti těchto operací.

## Hodnocení z hlediska délky pobytu po operaci

Tabulka č. 6 Pobyť po operaci

6 dní	2	3%
7 dní	19	25%
8 dní	25	33%
9 dní	14	18%
10 dní	15	20%
11 dní	0	0%
12 dní	1	1%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 6 Pobyť po operaci



### Komentář:

Z celkového počtu respondentů bylo hospitalizováno po těchto operacích:  
2 dotazovaní = 3% (6 dní), 19 dotazovaných = 25% (7 dní), 25 dotazovaných = 33% (8 dní),  
15 dotazovaných = 20% (10 dní), 1 dotazovaný = 1% (12 dní).  
Dnešním trendem je celkově zkracovat pobyt na akutním lůžku v nemocnicích.

## 2.4.2 Vlastní výzkum

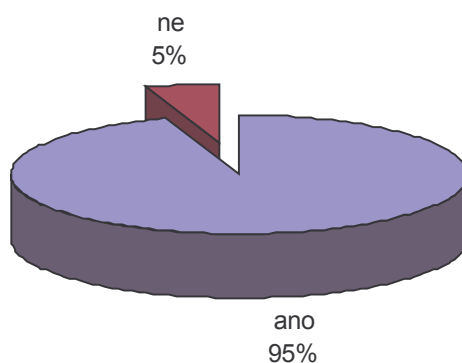
Tyto výsledky vycházejí z cílených 21 otázek na zjištění kvality ošetrovatelské péče v oblasti informovanosti, vnímání bolesti pacientem (klientem) a zda mají ošetřující sestry zájem o zjišťování, zmírnění či odstranění bolesti.

**Otázka č. 1: Měl(a) jste před přijetím na ortopedické oddělení informace o svém onemocnění a léčbě?**

Tabulka č. 7 Informace před přijetím

ano	72	95%
ne	4	5%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 7 Informace před přijetím



### Komentář:

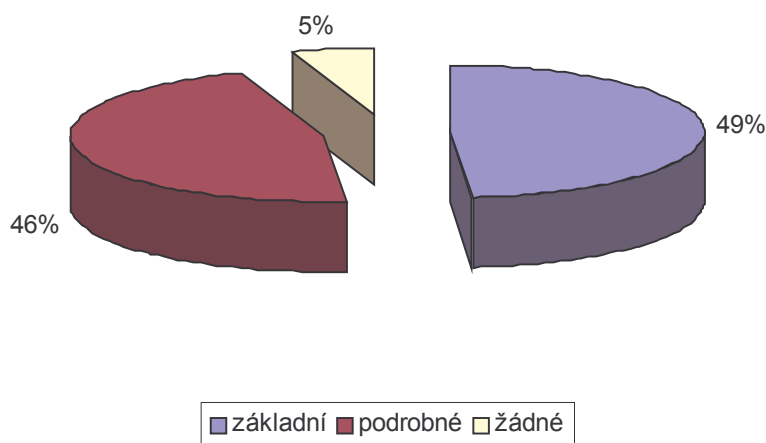
Mezi nejdůležitější informace pro většinu nemocných lidí je znalost svého onemocnění. 72 respondenti = 95% měli před přijetím na ortopedické oddělení informace o svém onemocnění a léčbě.

**Pokud ano, znal(a) jste jen základní informace o svém onemocnění  
znal(a) jste i podrobnosti (ovlivňující faktory, rizika, varianty léčby,..)?**

Tabulka č. 8 Informace o svém onemocnění

základní	37	49%
podrobné	35	46%
žádné	4	5%
Σ	76	100%

Graf č. 8 Informace o svém onemocnění



**Komentář:**

Z odpovědí je zřejmé, že základní informace o svém onemocnění mělo 37 respondentů = 49%, podrobné 35 respondentů = 46%.

Však 4 dotazovaní = 5% se těchto informací nedočkali.

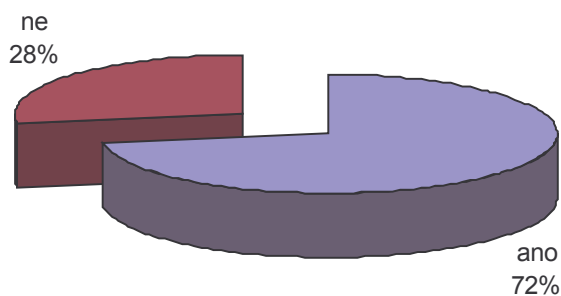
Pokud nemocný člověk nemá tuto informaci, odráží se to negativně v jeho psychice, ale také ve spolupráci s ošetřujícím personálem. Neznalost přispívá i k nemožnosti aktivního zapojení pacienta (klienta) do léčby.

**Otázka č. 2: Představila se Vám ošetřující sestra při prvním setkání na lůžkovém oddělení ortopedie?**

Tabulka č. 9 Sestra se představila

ano	55	72%
ne	21	28%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 9 Sestra se představila



**Komentář:**

Pro vzájemnou důvěru a spolupráci je nutné, aby se lidé znali. To platí zvláště pro nemocné, které potřebujeme získat pro zapojení do procesu uzdravování. Je nutné se osobně představit a domluvit se na oslovování, jak ošetřující sestry, tak pacienta (klienta).

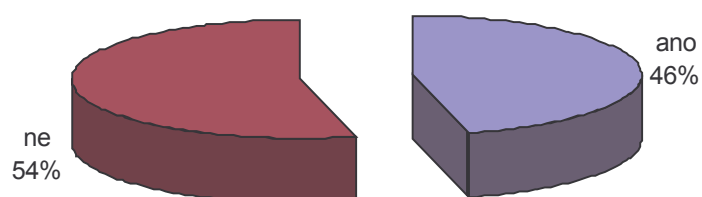
21 dotazovaným = 28% se sestra při příchodu na lůžkové oddělení nepředstavila. V pardubické nemocnici je veškerý personál povinen nosit jmenovky, ty by však neměly suplovat představení.

**Otázka č. 3: Znal(a) jste obsah práv pacientů, již před přijetím na ortopedické oddělení?**

Tabulka č. 10 Znalost obsahu práv pacientů před přijetím

ano	35	46%
ne	41	54%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 10 Znalost obsahu práv pacientů před přijetím



**Komentář:**

Obsah práv pacientů před přijetím na ortopedické oddělení znalo 35 respondentů = 46%, ale 41 respondentů = 54% je neznalo.

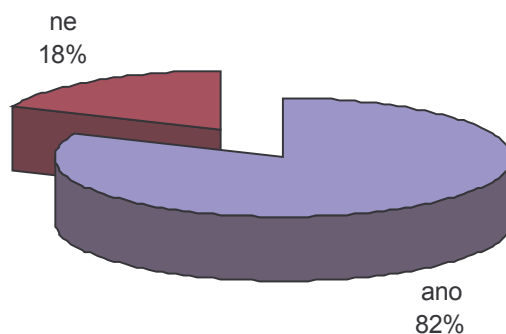


**Otázka č. 4: Měl(a) jste možnost seznámit se s právy pacientů v den přijetí na ortopedické oddělení?**

Tabulka č. 11 Možnost seznámit se s právy pacientů

ano	62	82%
ne	14	18%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 11 Možnost seznámit se s právy pacientů



**Komentář:**

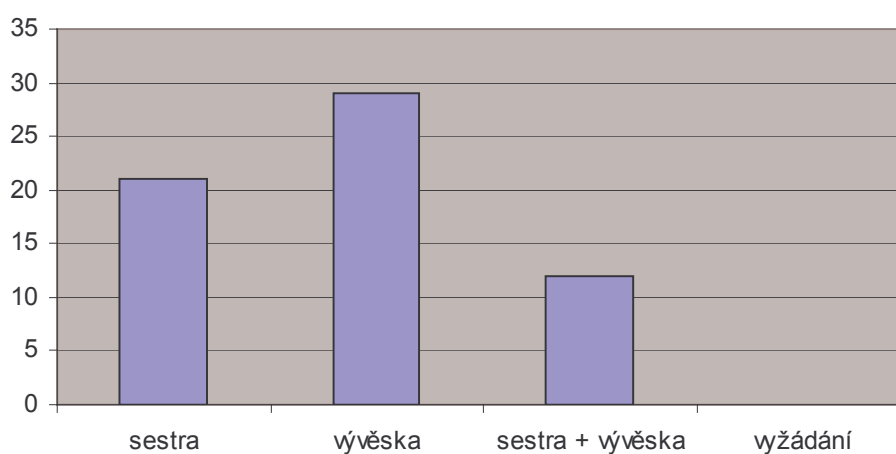
Z těchto odpovědí vyplývá, že 62 dotazovaných = 82% mělo možnost seznámit se s právy pacientů, ale 14 dotazovaných = 18% tuto možnost nemělo, přestože by měl být s nimi seznámen každý, který je ošetřen v Krajské nemocnici v Pardubicích. Ošetřující sestra při přijímacím pohovoru je povinna tuto informaci nechat potvrdit podpisem pacienta.

**Pokud ANO - seznámila Vás s nimi sestra  
přečetl(a) jste si je na vývěsce  
vyžádal(a) jste si tyto informace**

Tabulka č. 12 Seznámení s právy pacientů

sestra	21	34%
vývěska	29	47%
sestra + vývěska	12	19%
vyžádání	0	0%
Σ	62	100%

Graf č. 12 Seznámení s právy pacientů



**Komentář:**

Výsledky šetření ukázaly, že ti respondenti, kteří měli možnost seznámit se s právy pacientů v den přijetí na ortopedické oddělení, byli aktivně informováni.

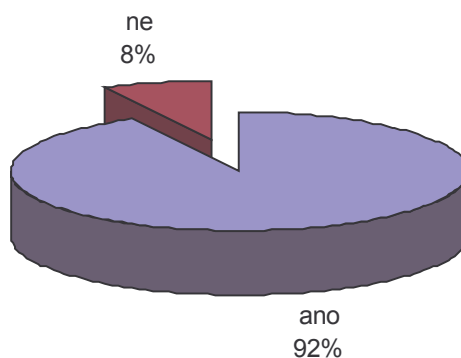
Ze 62 respondentů = 100% bylo 21 respondentů = 34% informováno ošetřující sestrou, 29 respondentů = 47% si práva pacientů přečetlo na vývěsce a 12 respondentů = 19% využilo obou způsobů. Nikdo si tyto informace nevyžádal.

**Otázka č. 5: Měl(a) jste možnost seznámit se s řádem oddělení?**

Tabulka č. 13 Možnost seznámit se s řádem oddělení

ano	70	92%
ne	6	8%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 13 Možnost seznámit se s řádem oddělení



**Komentář:**

Z těchto odpovědí vyplývá, že 70 respondentů = 92% mělo možnost seznámit se s domácím řádem oddělení. Tato informace je důležitá pro orientaci pacienta (klienta) na oddělení.

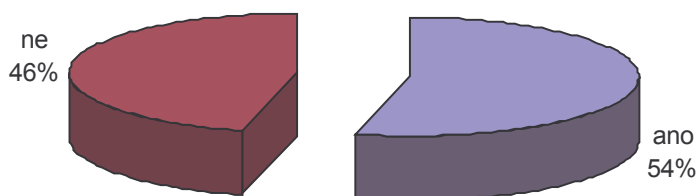
Pacient (klient) by měl být seznámen s právy, ale i s povinnostmi, které má při pobytu v nemocnici.

**Otázka č. 6: Představila se Vám sestra na počátku směny (den, noc), že je Vaší ošetřující sestrou?**

Tabulka č. 14 Sestra se představila na počátku směny

ano	41	54%
ne	35	46%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 14 Sestra se představila na počátku směny



**Komentář:**

Na ortopedickém oddělení v Pardubicích je zaveden skupinový systém ošetřování. Sestra pečuje o určitou skupinu pacientů (klientů). Z odpovědí vyplývá, že 41 respondentům = 54% se sestra představila na počátku směny, ale 35 respondentům = 46% se nepředstavila.

**Otázka č. 7: Považoval(a) by jste představení sestry:**

**za důležité pro vnímání souvislosti všech svých potřeb**

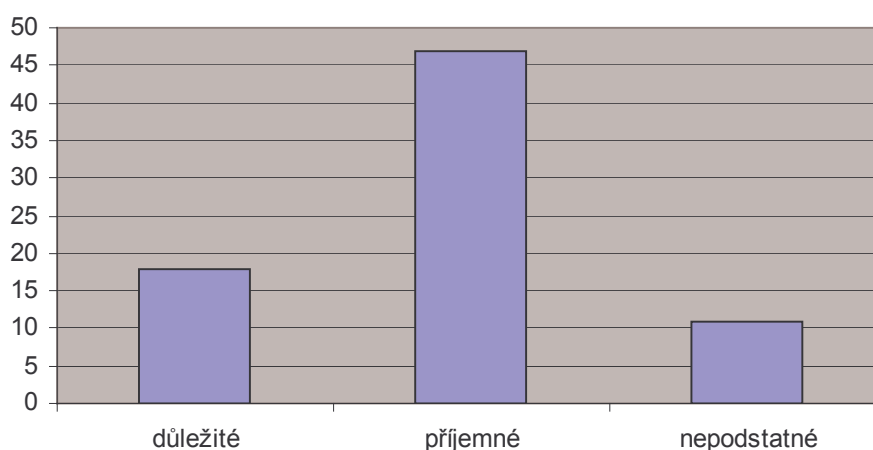
**za příjemné, ale nedůležité**

**za nepodstatné**

Tabulka č. 15 Důležitost představení sestry

důležité	18	24%
příjemné	47	62%
nepodstatné	11	14%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 15 Důležitost představení sestry



**Komentář:**

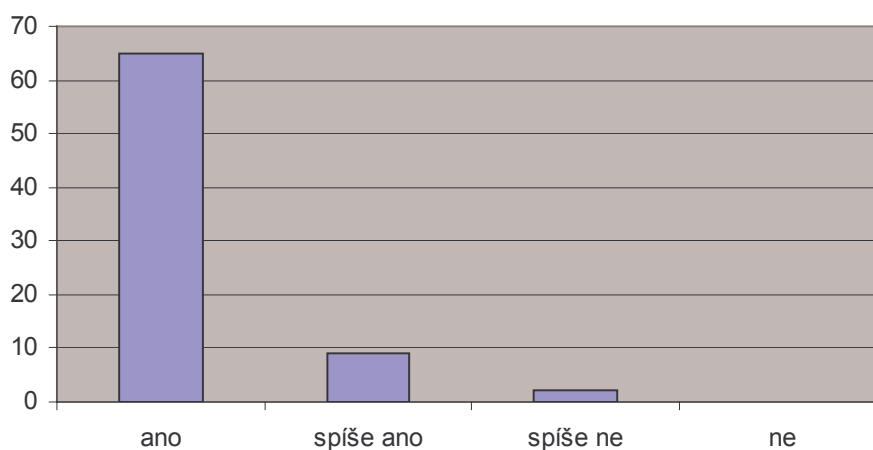
V tomto výzkumu potvrdilo 47 respondentů = 62%, že osobní představení ošetřující sestrou je jim příjemné, pro 18 dotazovaných = 24% je důležité v souvislosti vnímání svých potřeb a pro 11 respondentů = 14% je nepodstatné.

**Otázka č. 8: Poskytla Vám sestra informace o výkonu, který Vám prováděla (např. aplikace injekce, odběr krve,..) o jeho průběhu, délce, způsobu, možných reakcí?**

Tabulka č. 16 Poskytnutí informací před výkonem

ano	65	85%
spíše ano	9	12%
spíše ne	2	3%
ne	0	0%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 16 Poskytnutí informací před výkonem



**Komentář:**

Je důležité informovat pacienta (klienta) o postupu výkonu. Docílí se spolupráce a odstraní se obava před něčím neznámým.

V tomto šetření bylo plně informováno 65 respondentů = 85%,

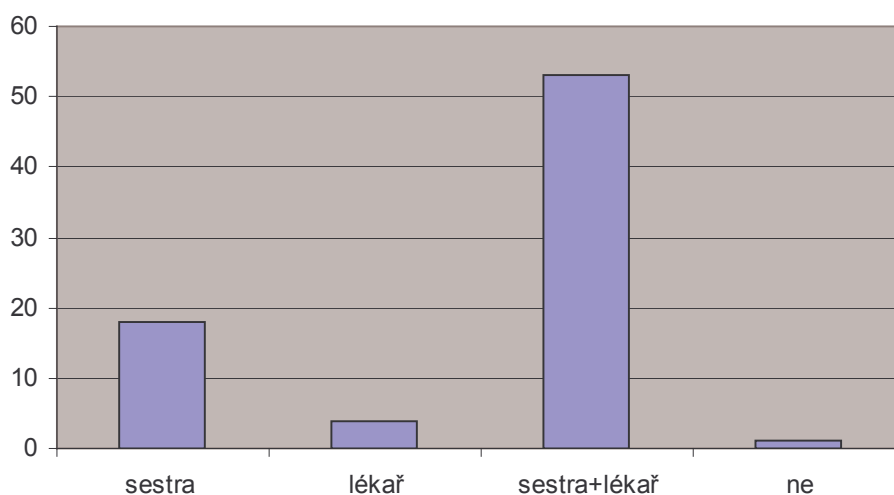
9 respondentů = 12% odpovědělo spíše ano, 2 respondenti = 3% spíše ne.

**Otázka č. 9: Když jste se zeptal(a) na cokoliv týkajícího se Vašeho zdravotního stavu, dostalo se Vám odpovědi od sestry, nebo Vám umožnila dotaz na lékaře?**

Tabulka č. 17 Odpověď na dotaz

sestra	18	24%
lékař	4	5%
sestra+lékař	53	70%
ne	1	1%
Σ	76	100%

Graf č. 17 Odpověď na dotaz



**Komentář:**

Zodpovězení otázek dle svých kompetencí sestrou i lékařem je velmi nutné, aby se mohl pacient (klient) spolupodílet na správném ošetřování a léčbě.

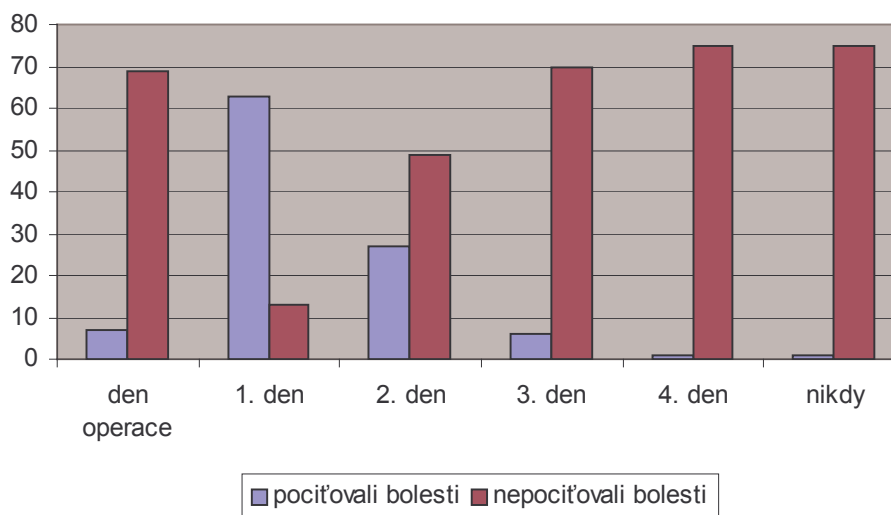
V tomto výzkumu se ukázalo, že jsou pacienti (klienti) spokojeni. Existuje spolupráce lékaře a sestry. Jen 1 respondent = 1% nedostal odpověď, jak od sestry, tak od lékaře.

**Otázka č. 10: Který den po operaci jste pocíťoval(a) největší bolesti?**

Tabulka č. 18 Pocit největší bolesti

	pocíťovali bolesti	nepocíťovali bolesti	pocíťovali bolesti	nepocíťovali bolesti
den operace	7	69	9%	91%
1. den	63	13	83%	17%
2. den	27	49	36%	64%
3. den	6	70	8%	92%
4. den	1	75	1%	99%
nikdy	1	75	1%	99%
$\Sigma$	76		100%	

Graf č. 18 Pocit největší bolesti



**Komentář:**

Nejvíce bolesti pocíťovali pacienti (klienti) 1. a 2. den po operaci.

1. den – 63 respondentů = 83%, a 2. den – 27 respondentů = 36%.



**Otázka č. 11: Kdy jste pocíťoval(a) největší bolesti?**

**a) ve dne**

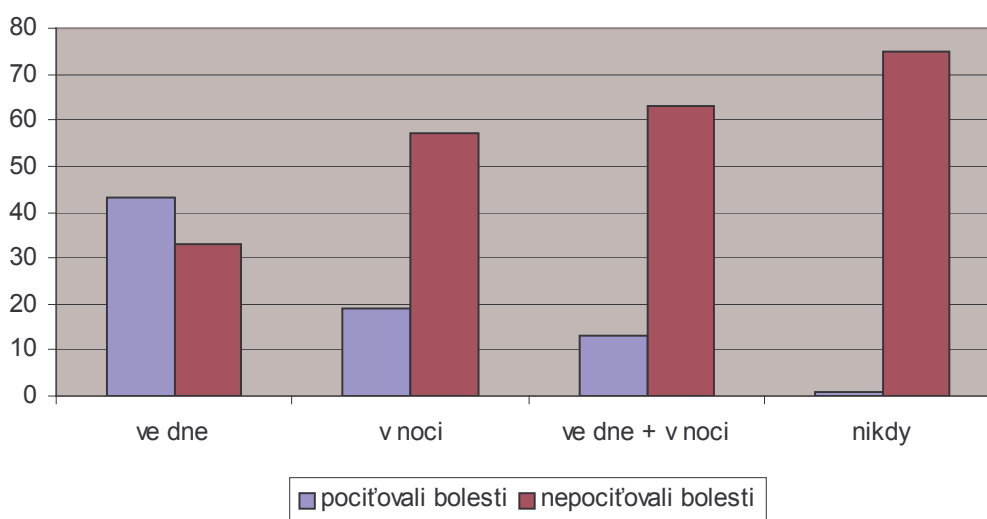
**v noci**

**nikdy**

Tabulka č. 19 Největší bolesti a)

	pocíťovali bolesti	nepocíťovali bolesti	pocíťovali bolesti	nepocíťovali bolesti
ve dne	43	33	57%	43%
v noci	19	57	25%	75%
ve dne i v noci	13	63	17%	83%
nikdy	1	75	1%	99%
$\Sigma$	76		100%	

Graf č. 19 Největší bolesti a)



**Komentář:**

43 respondenti = 57% pocíťovali bolesti ve dne, 19 respondentů = 25% v noci, 13 respondentů = 17% ve dne i v noci.

**b) při cvičení (rehabilitaci)**

**po cvičení (rehabilitaci)**

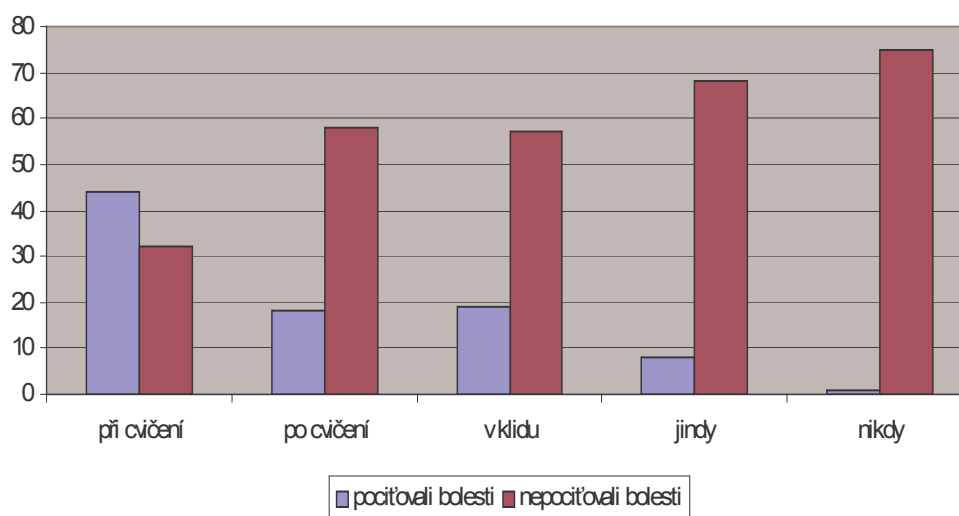
**v klidu**

**jindy (kdy).....**

Tabulka č. 20 Největší bolesti b)

	pocit'ovali bolesti	nepocit'ovali bolesti	pocit'ovali bolesti	nepocit'ovali bolesti
při cvičení	44	32	58%	42%
po cvičení	18	58	24%	76%
v klidu	19	57	25%	75%
jindy	8	68	11%	89%
nikdy	1	75	1%	99%
Σ	76		100%	

Graf č. 20 Největší bolest b)



**Komentář:**

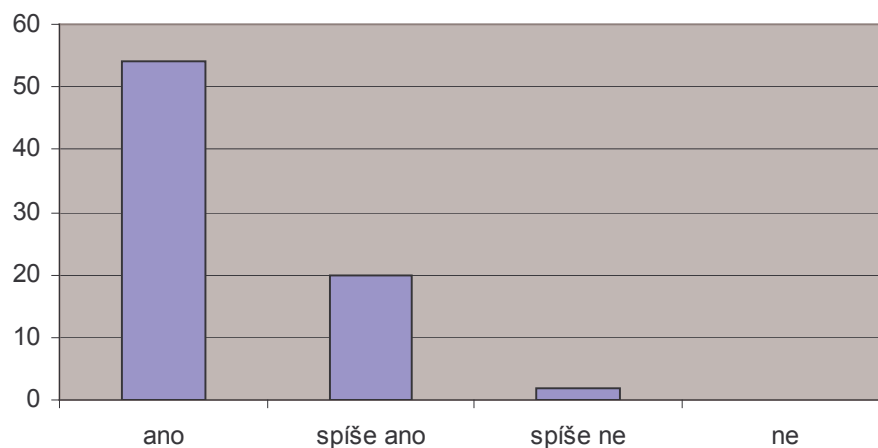
Z těchto odpovědí vyplývá, že 44 respondentů = 58% pocit'ovalo nejvíce bolesti při cvičení, 18 respondentů = 24% uvedlo po cvičení, 19 respondentů = 25% v klidu, 8 respondentů = 11% jindy ( při pohybu, nebo při vstávání a ulehání na lůžko)

### Otázka č. 12: Zajímaly se sestry o Vaši bolest?

Tabulka č. 21 Zájem sester o bolest pacienta

ano	54	71%
spíše ano	20	26%
spíše ne	2	3%
ne	0	0%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 21 Zájem sester o bolest pacienta



#### **Komentář:**

Zájem sester o bolest pacienta hodnotilo 54 respondentů = 71%, že ano, 20 respondentů = 26% spíše ano, 2 respondenti = 3% spíše ne.

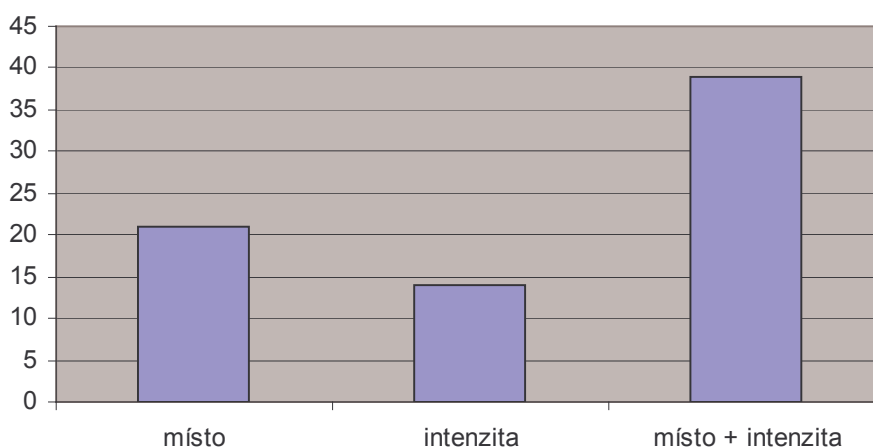
## Pokud ANO či spíše ANO – zajímaly se o místo

### o intenzitu bolesti

Tabulka č. 22 Zájem o bolest – místo, intenzita

místo	21	28%
intenzita	14	19%
místo + intenzita	39	53%
$\Sigma$	74	100%

Graf č. 22 Zájem o bolest – místo, intenzita



### Komentář:

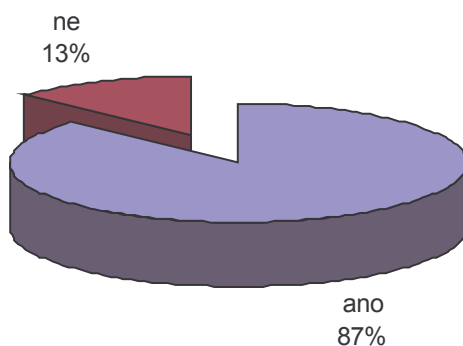
Ze 74 respondentů = 100%, kteří hodnotili zájem sester o jejich bolest kladně, odpovědělo: 39 respondentů = 53%, že se sestry zajímaly o místo i intenzitu bolesti, 21 respondentů = 28% jen o místo, u 14 respondentů = 19% jen o intenzitu.

**Otázka č. 13: Věděl(a) jste o možnosti požádat si o lék proti bolesti dle Vaší potřeby?**

Tabulka č. 23 Možnost požádat si o lék

ano	66	87%
ne	10	13%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 23 Možnost požádat si o lék



**Komentář:**

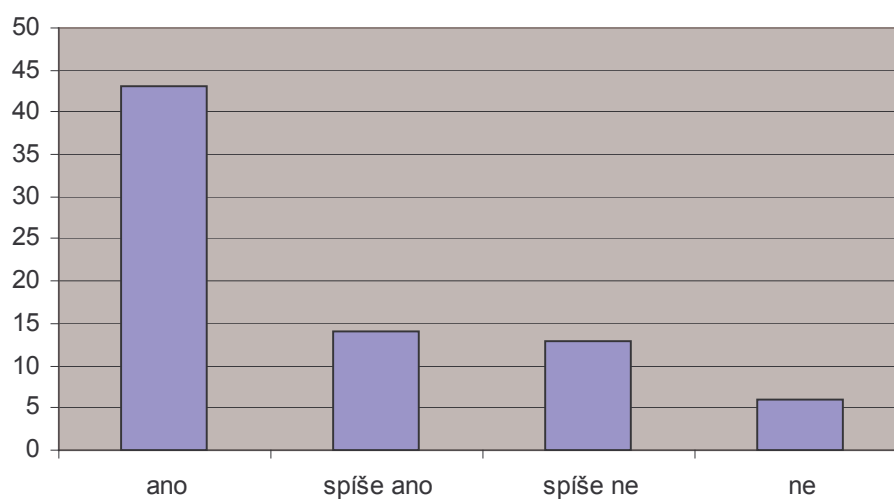
Možnost požádat si o lék proti bolesti odpovědělo kladně 66 respondentů = 87% a 10 respondentů = 13% odpovědělo záporně.

### Otázka č. 14: Nabízely Vám sestry aktivně léky proti bolesti?

Tabulka č. 24 Sestra nabízela lék aktivně

ano	43	57%
spíše ano	14	18%
spíše ne	13	17%
ne	6	8%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 24 Sestra nabízela lék aktivně



#### Komentář:

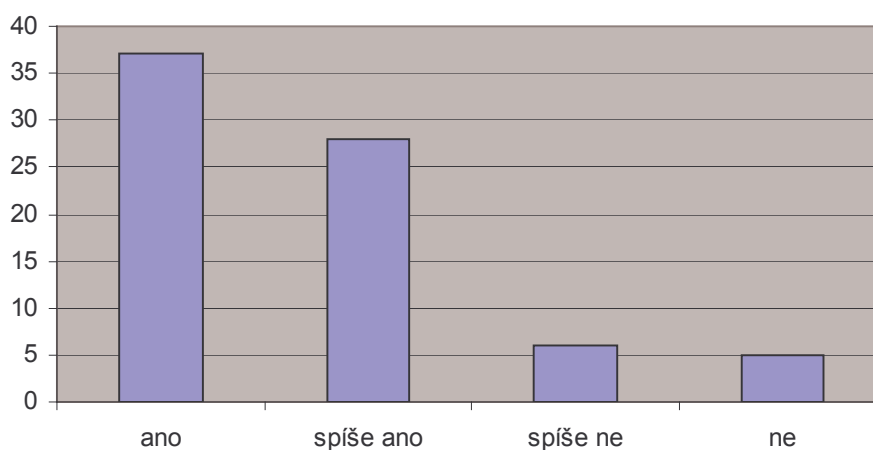
Zda sestry nabízely aktivně lék proti bolesti odpovědělo:  
43 respondentů = 57% ano, 14 respondentů = 18% spíše ano, 13 respondentů = 17% spíše ne  
a 6 respondentů = 8% ne.

### Otázka č. 15: Dotazovaly se sestry, zda Vám lék proti bolesti pomohl?

Tabulka č. 25 Dotaz sestry jak lék pomohl

ano	37	48%
spíše ano	28	37%
spíše ne	6	8%
ne	5	7%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 25 Dotaz sestry jak lék pomohl



#### **Komentář:**

Z tohoto šetření vyplývá, že zájem sester o účinek léku proti bolesti projevilo:

u 37 dotazovaných = 48% ano, u 28 respondentů = 37% spíše ano,

u 6 respondentů = 8% spíše ne a 5 respondentů = 7% ne.

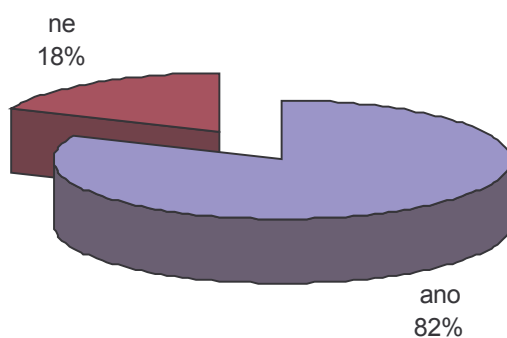
Farmakologické ovlivnění bolesti je individuální, proto by se měly sestry aktivně zajímat o účinek léku.

**Otázka č. 16: Pomohla Vám sestra najít ulevující polohu zmírňující bolest?**

Tabulka č. 26 Pomoc sestry najít ulevující polohu

ano	62	82%
ne	14	18%
Σ	76	100%

Graf č. 26 Pomoc sestry najít ulevující polohu



**Komentář:**

Z těchto odpovědí vyplývá, že 62 respondentům = 82% sestra pomohla najít ulevující polohu na uklidnění bolesti, ale 14 respondentům = 18% nepomohla.

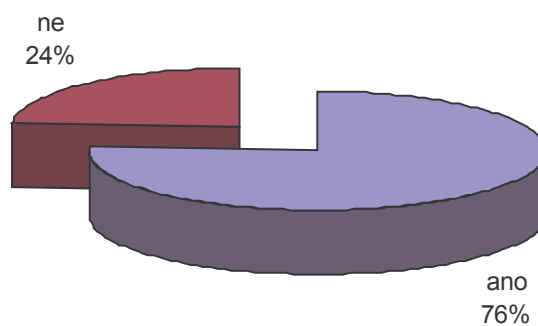


**Otázka č. 17: Nabídla Vám sestra na zmírnění bolesti v operační ráně přiložení ledového obkladu?**

Tabulka č. 27 Ledový obklad na operační ránu

ano	58	76%
ne	18	24%
Σ	76	100%

Graf č. 27 Ledový obklad na operační ránu



**Komentář:**

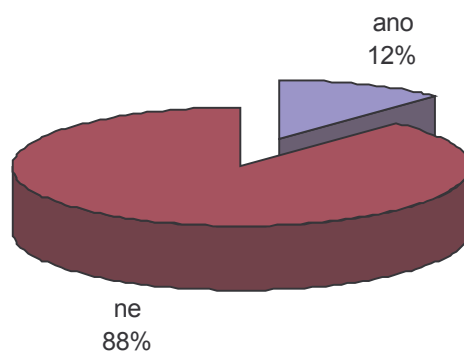
Z tohoto šetření vyplývá, že sestra přiložila ledový obklad na operační ránu na snižování bolesti 58 dotazovaným = 76%, však 18 dotazovaným = 24% nebyl nabídnut.

**Otázka č. 18: Přivítal(a) byste možnost návštěvy duchovního, eventuelně mše?**

Tabulka č. 28 Možnost duchovního

ano	9	12%
ne	67	88%
Σ	76	100%

Graf č. 28 Možnost duchovního



**Komentář:**

Na tuto otázku odpovědělo 67 respondentů = 88% negativně, což ještě neznamená, že potřeba návštěvy duchovního by se neměla respektovat. Pomůžeme - li jednomu člověku, jde o pomoc, kterou mu poskytneme v tísní.

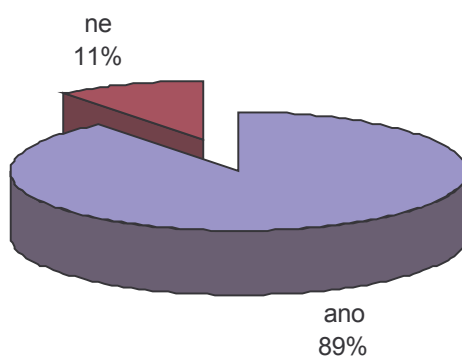
Také víra ovlivňuje psychiku člověka.

**Otázka č. 19: Měl(a) jste možnost vyjádřit se k pobytu na ortopedickém oddělení?**

Tabulka č. 29 Možnost vyjádřit se k pobytu

ano	68	89%
ne	8	11%
Σ	76	100%

Graf č. 29 Možnost vyjádřit se k pobytu



**Komentář:**

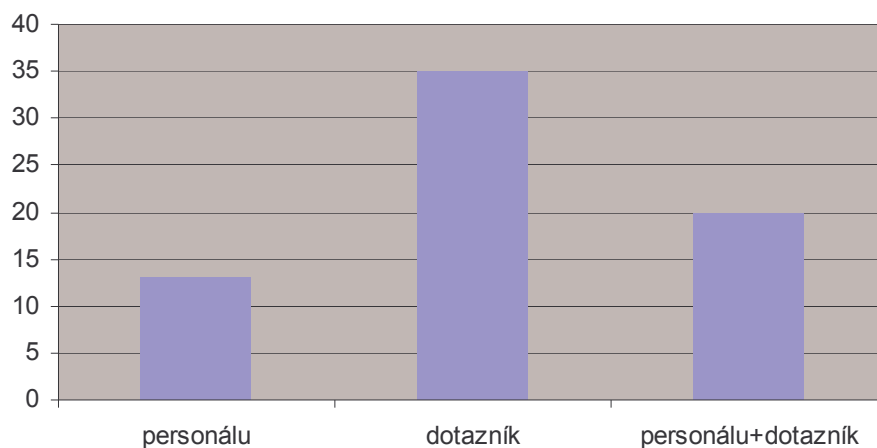
Pro zkvalitnění ošetrovatelské péče je důležitá zpětná vazba od pacientů (klientů). Tato anketa vypovídá, že 68 respondentů = 89% mělo možnost vyjádřit svoji spokojenost či nespokojenost s péčí na ortopedickém oddělení pardubické nemocnice, ale 8 respondentů = 11% tuto možnost nemělo.

**Pokud ANO přímo zdravotnickému personálu  
formou dotazníku**

Tabulka č. 30 Forma vyjádření k pobytu

personálu	13	19%
dotazník	35	52%
personálu+dotazník	20	29%
Σ	68	100%

Graf č. 30 Forma vyjádření k pobytu



**Komentář:**

V naší společnosti se změnil přístup lidí. Někteří pacienti (klienti) vyjadřují svůj názor osobně, jiní raději využívají anonymní formu.

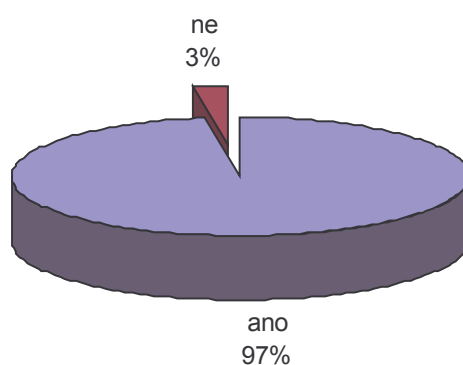
Z 68 respondentů = 100%, kteří měli možnost se vyjádřit k pobytu na ortopedickém oddělení se prokázalo, že 13 respondentů = 19% se vyjádřilo přímo zdravotnickému personálu, 35 respondentů = 52% dotazníkem, 20 respondentů = 29% oběma způsoby.

**Otázka č. 20: Doporučil(a) byste toto pracoviště dalším pacientům?**

Tabulka č. 31 Doporučení pracoviště

ano	74	97%
ne	2	3%
$\Sigma$	76	100%

Graf č. 31 Doporučení pracoviště



**Komentář:**

74 respondentů = 97% by doporučilo toto pracoviště dalším pacientům.  
2 respondenti = 3% by toto pracoviště nedoporučilo.

**Otázka číslo 21.: S jakým výrazem obličeje jste se nejčastěji setkával(a) na ortopedickém oddělení?**



dotazovaných 83%



dotazovaných 15%



dotazovaných 2%

**Komentář:**

Celková dobrá nálada na oddělení působí na psychiku člověka. Je-li spokojený personál, je spokojený také pacient (klient).

Z tohoto výzkumu vyplývá, že dotazovaní pociťovali dobrou atmosféru na oddělení.

## 2.5 Diskuse

Ve svém výzkumu jsem zjišťovala úroveň kvality ošetrovatelské péče na ortopedickém oddělení v Krajské nemocnici v Pardubicích. Ze svého šetření a celkových výsledků bych chtěla diskusi rozdělit do 3 oblastí:

- stav informovanosti
- vnímání bolesti operovanými pacienty (klienty)
- zájem sester o bolest pacienta (klienta) a zhodnocení následné snahy o její zmírnění či odstranění.

Výzkumu se zúčastnilo 76 respondentů. Z toho 49 žen = 64% a 27 mužů = 36%. Nelze usuzovat o větším zastoupení žen u náhrady kloubů, protože toto šetření probíhalo v krátkém časovém úseku (po dobu 3 měsíců) od začátku listopadu 2006 do konce ledna 2007.

Nejčastější věkové zastoupení operovaných pacientů (klientů) v době výzkumu bylo mezi 66 až 75 lety, jedná se o 40% respondentů. Nejmladší byl muž, kterému bylo 43 let a nejstarší byla žena ve věku 89 let. Zastoupení vyšší věkové kategorie je dána pravděpodobně artrotickým onemocněním, které se vyskytuje v pozdějším věku a je častější indikací k náhradě kloubu.

Dotazovaní měli zastoupení ve všech stupních vzdělání. V době, kdy probíhalo šetření byli ve vyšším procentu zastoupeni respondenti s vyučením, a to ve 42%. Tyto informace jsem využívala v porovnávání stanovených cílů. Ve výzkumu nebyla potvrzena má předpokládaná domněnka o souvislosti mezi vyšším stupněm vzdělání a vyšší informovaností (například studiem odborné literatury, využití informací z internetu,...)

Ortopedická onemocnění si vynucují opakované pobyty na lůžkovém oddělení. V této otázce bylo potvrzeno, že více jak polovina = 53% pacientů (klientů), už má zkušenost s pobytem na ortopedickém oddělení v Pardubicích.

Délka doby hospitalizace po operaci byla v průměru u 33% respondentů 8 dní. 25% jich bylo hospitalizováno po operaci 7 dní. Z části byla potvrzena moje hypotéza, že nejkratší dobu po operaci byli pacienti (klienti) po TEP kyčelního kloubu metodou MIS. Z celkového počtu propuštěných pacientů (klientů) = 7. den je 42% TEP klasickou metodou a 42% TEP MIS, avšak 8. den je 52% klasickou metodou, ale MIS, už jen 12%, což mělo další dny snižující tendenci. Z toho usuzuji, že náhrada kyčelního kloubu TEP metodou MIS je šetrnější a umožňuje dřívější propuštění z nemocnice.

**Prvním cílem** mého výzkumu bylo zjistit, jak jsou pacienti (klienti) informováni.

V dotazníku v otázce č. 1, (tabulce a grafu č. 7 a 8) se potvrdilo, že před přijetím na ortopedické oddělení má sice 95% dotazovaných informace o svém onemocnění, ale jen 46% podrobné. V této oblasti by bylo nutné zlepšit informovanost, což by se podle mého názoru mělo promítnout už v ambulantní sféře při objednávání pacientů (klientů) na operaci.

Znalost obsahu práv pacientů před přijetím na ortopedické oddělení mělo jen 46% dotazovaných, což ukazuje otázka č. 3 (tabulka a graf č. 10). Předpokládala jsem, že v dnešní době při velké dostupnosti informací pomocí medií, internetu, knih, časopisů,.. bude většina respondentů znát obsah práv. Toto nebylo potvrzeno. Výzkum ukázal, že určitou roli hraje opakovaný pobyt. 53% pacientů bylo již hospitalizováno a z těchto respondentů mělo 87% znalost obsahu práv.

V otázce č. 4, 5, 19 (tabulce a grafu č.11, 12, 13, 29, 30) jsem hodnotila, zda měli pacienti (klienti) možnost seznámit se s právy pacientů, domácím řádem a vyjádřit se k pobytu na ortopedickém oddělení. Kladně odpovědělo na všechny 3 oblasti 76% dotazovaných.

S právy pacientů se mělo možnost seznámit 82% respondentů z celkového počtu dotazovaných. Z nichž 34% bylo seznámeno sestrou, 47% si tyto informace přečetlo na vývěsce a 19% využilo poučení od sestry i možnost přečtení na vývěsce. Z tohoto vyplývá, že někteří pacienti (klienti) využívají i více zdrojů, aby si upřesnili či doplnili informace.

S domácím řádem se mělo možnost seznámit 92% respondentů z celkového počtu dotazovaných.

K pobytu na ortopedickém oddělení se mělo možnost vyjádřit 89% respondentů z celkového počtu dotazovaných. Svůj názor sdělilo 19% přímo zdravotnickému personálu, 52% hodnotilo anonymně dotazníkem a 29% využilo obou způsobů. Ještě stále přetrvává jistá obava vyjádřit svůj názor osobně, proto je vhodné používat i anonymní formu, aby výsledky byly co nejkomplexnější a od co možná největšího počtu pacientů (klientů).

Otázka č. 2, 6 a 7 (tabulky a grafy č. 9, 14 a 15) hodnotily představení ošetřujících sester při prvním kontaktu s pacientem (klientem) na lůžkovém oddělení a dále na počátku každé směny. 72% respondentů uvedlo, že se jim sestra při prvním kontaktu na lůžkovém oddělení představila, ale na začátku každé směny to uvedlo již jen 54% dotazovaných.

Z celkového počtu oslovených považovali představení sestry v 24% za důležité, v 62% za příjemné a jen ve 14% za nepodstatné. Z toho vyplývá, že většina pacientů (klientů) mají



potřebu znát ošetřující sestru, která o ně pečuje. Na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice se aplikuje skupinový systém ošetřování, kde ošetřující sestra pečuje o určitou skupinu pacientů, což umožňuje vzájemné bližší poznání. Znalost konkrétní osoby zvyšuje vzájemnou důvěru a ochotu se podílet na své léčbě.

V otázce č. 18 (tabulce a grafu č. 28) jsem zjišťovala potřebu návštěvy duchovního, nebo eventuelně možnost účastnit se mše. 12% dotazovaných by tuto službu přivítalo. I když se jedná o malé procentuální zastoupení, nemělo by být přehlíženo, protože i víra ovlivňuje psychiku člověka.

Otázky č. 8 a 9 (tabulky a grafy č. 16 a 17) vypovídaly o poskytnutí informací od sester o výkonu, které u pacientů (klientů) prováděly. Ve výzkumu jsem zjistila pozitivní výsledek, že 97% dotazovaných bylo informováno.

V dotazu o svém zdravotním stavu se jim dostalo odpovědi v rámci jejich kompetencí, jak od sester nebo jim byly zprostředkovány od lékaře. Je možno usuzovat o vzájemné komunikaci mezi lékaři a sestrami. Jen 1% dotazovaných se odpovědi nedočkalo.

**Druhým cílem** bylo hodnocení vnímání bolesti ze strany pacienta (klienta). V otázce č. 10, 11 a), 11 b) (v tabulkách a grafech č. 18, 19, 20) se potvrdilo, že největší bolesti pacienti (klienti) vnímali 1. a 2. den po operaci, dále nejvíce ve dne a hlavně při cvičení (rehabilitaci). Porovnávala jsem souvislost bolesti s typem operace = TEP kyčelního kloubu metodou MIS, TEP kyčelního kloubu klasickou metodou a TEP kolenního kloubu.

Pacienti (klienti) po TEP kyčelního kloubu metodou MIS vnímali největší bolesti v 59% ve dne a v 47% při cvičení.

Pacienti (klienti) po TEP klasickou metodou vnímali největší bolesti v 70% ve dne a v 57% při cvičení. V obou případech je větší procentuální výskyt bolesti u dotazovaných, kteří byli po operaci klasickou metodou.

Pacienti (klienti) po TEP kolenního kloubu vnímali největší bolesti v 91% ve dne a v 68% při cvičení. Z porovnávání a moje zkušenost z vlastní praxe potvrzuje, že nejvíce bolesti udávají pacienti (klienti) po TEP kolenního kloubu.

**Třetím cílem** bylo zjistit, jak se sestry zajímají o bolesti pacienta a jak je pomáhají zmírnit nebo odstranit. To hodnotí otázky č. 12 až 17 (tabulka a graf č. 21 až 27). Zjistila jsem potěšující výsledek, že 97% respondentů udávalo, že se sestry zajímaly o jejich bolesti. 53% dotazovaných udávalo, že sestry měly komplexní zájem o místo i intenzitu.

28% ošetřujících sester zjišťovalo jen místo a 19% se zajímalo o intenzitu. Sestry se zajímaly jen o specifiku, ne o celkovou bolest, jak jí pacient (klient) pociťoval.

87% respondentů dostalo informaci o možnosti požádat si o lék proti bolesti. Aktivně léky proti bolesti pacientům (klientům) nabízely sestry v 75%. Zda jim lék proti bolesti pomohl se ošetřující sestry dotazovaly v 85%. Najít ulevující polohu tišící bolest pomohlo 82% sester. Přiložení ledového obkladu na operační ránu nabídlo 76% sester. Z výzkumu vyplynulo, že vždy byla nabídnuta alespoň nějaká forma tišení bolesti. Dle mého názoru by se měla zvýšit kontrola účinku tišení bolesti a nejprve by měla být nabídnuta nefarmakologická terapie. Výsledky ukazovaly, že k analgezii byla forma a pořadí vybráno náhodně.

V otázce č. 20 a 21 (tabulka a graf č. 31) jsem hodnotila atmosféru na oddělení a ptala jsem se, zda by naše oddělení doporučili dalším pacientům, protože celkové ladění ovlivňuje psychiku člověka. Ve výzkumu jsem zjistila, že 97% respondentů by ortopedické oddělení v Krajské nemocnici v Pardubicích doporučilo a většina pociťovala příjemnou atmosféru na oddělení.

## Závěr

Výsledkem této bakalářské práce jsou pozitivní i negativní zjištění z provedeného výzkumu.

V teoretické části byly stanoveny následující cíle: vymezit jednotlivé pojmy v oblasti kvality ošetrovatelské péče týkající se informovanosti a možnosti ovlivnění bolesti. Dále byla popsána onemocnění velkých kloubů a jejich operační řešení totální náhradou a využití ošetrovatelského procesu u těchto pacientů.

Vytýčené cíle byly splněny za použití uvedené literatury a aktuálních informací získaných na internetových stránkách.

V empirické části byly stanoveny tyto cíle: zmapovat úroveň kvality ošetrovatelské péče na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice v Pardubicích u vybrané skupiny pacientů (klientů) po operaci totální náhradou. Byly zkoumány tři oblasti. V první oblasti bylo cílem zmapovat úroveň informovanosti těchto respondentů. V druhé bylo hodnoceno vnímání bolesti pacientem (klientem). V třetí oblasti byl zjišťován zájem ošetrovujících sester o bolest pacienta (klienta) a následně její zmírnění či odstranění.

Tyto cíle byly splněny pomocí dotazníkového výzkumu, který byl proveden u vybrané skupiny respondentů.

Z výsledků šetření bych navrhovala:

- seznámit ošetroující personál se závěry tohoto výzkumu
- zlepšit informovanost pacientů v ambulantní sféře před plánovanou operací – doplnit podrobné informace v souvislosti s hospitalizací, seznámit s nutnými pooperačními zásadami i odkázat na literaturu, internet a webové stránky nemocnice
- na lůžkovém oddělení informovat o právech pacientů, domácím řádu oddělení kombinovanými metodami (ústně i písemně), čímž se zvýší znalost těchto oblastí
- nabízet informace i odkazovat na další zdroje (vývěsky), nezapomínat na své představení
- nejprve nabídnout nefarmakologickou terapii (ledový obklad, ulevující polohu) na zmírnění bolesti, poté farmakologickou
- při analgetické léčbě respektovat dobu, kdy pacienti (klienti) pociťují bolesti a hodnotit zpětnou vazbu podaných analgetik

## **Anotace**

**Autor:** Jaroslava Horáková

**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství

**Název práce:** Kvalita ošetrovatelské péče u klientů po kloubních náhradách

**Vedoucí práce:** Jaroslava Pečenková

**Počet stran:** 81

**Počet příloh:** 2

**Rok obhajoby:** 2007

**Klíčová slova:** kvalita ošetrovatelské péče, informovanost, vnímání bolesti, tišení bolesti, pacienti (klienti) po operaci kyčelního a kolenního kloubu totální náhradou

Bakalářská práce pojednává o kvalitě ošetrovatelské péče u klientů po kloubních náhradách. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části autorka rozebírá problematiku informovanosti klientů o jejich onemocnění a vnímání bolesti klienty.

V praktické části autorka popisuje metodiku a výsledky vlastního výzkumu, který provedla u vybrané skupiny klientů. Dotazníkovou metodou u klientů hodnotila znalost jejich onemocnění, znalost práv klientů a znalost řádu oddělení. Dále bylo hodnoceno vnímání bolesti po operaci, závislost intenzity bolesti na denní době a na rehabilitaci a způsoby zmírňování bolesti ošetroujícími sestrami.

The goal bachelor's thesis is to analyze the quality of nursing care in clients after arthral replacements. The thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part deals with the clients' foreknowledge of their disease and their pain reception.

The practical part deals with the methodics and results of the own author's research on selected group of clients. Using the questionnaire, the clients' foreknowledge of their disease, their foreknowledge of the clients' laws, and their foreknowledge of the department rules were evaluated, respectively. Furthermore, the pain reception after operation, the pain dependance on daytime and rehabilitation, and the methods used for pain easement by nurses were evaluated, as well.

## LITERATURA A PRAMENY

1. BALINT, M.: *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada Publishing, 1999.
2. BARTONÍČEK, J.: *Chirurgická anatomie velkých končetinových kloubů*. Praha: Avicenum, 1991.
3. BERAN, J.: *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum, 1997.
4. ČECH, O., PAVLANSKÝ, R.: *Aloplastika kyčelního kloubu*. Praha: Avicenum, 1983, 285 s.
5. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2 : *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno : IDVPZ, 1998. 47 s. ISBN 80 – 7013 - 1
6. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada 1996, 576 s. ISBN 80 – 7169 – 294 – 8
7. DUNGL, P. a kolektiv.: *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80 – 247- 0550 – 8.
8. KARPAŠ, K.: *Operace endoprotézy kyčelního kloubu – informace pro pacienty*. Hradec Králové: Nucleus. ISBN 80 – 86225 – 62 – 3.
9. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Bolest její diagnostika a psychoterapie*. Brno: IDV PZ, 1992. ISBN 80 – 7013 – 130 - 6
10. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Povídej – naslouchám*. Praha: Návrat, 1993. ISBN 80 – 85495 – 18 – X.
11. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: IDV PZ. 1995.
12. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80 – 247 – 0179 – 0.
13. LEMON 1. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno, IDV PZ, 1997. 184 s. ISBN 80 – 7013 – 234 – 5.
14. MAREŠ, J., PEČENKOVÁ, J., SPOUSTOVÁ, V.: *Iatrogenie a sororigenie*. LFUK Hradec Králové, 1996.
15. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80 – 246 – 0429 – 9.
16. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství II. díl*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80 – 246 – 0428 – 0
17. MÜLLER, I.: *Ortopedie pro zdravotní sestry. I. vyd.* Brno, IDV PZ, 1993. 119 s.

18. SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEC, M., POKORNÝ, D. a kolektiv.: *Základy ortopedie*. Praha: Triton s. r. o., 2001. ISBN 80 – 7254 – 202 – 8.
19. SOSNA, A., POKORNÝ, D.: *Náhrada kyčelního kloubu*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80 – 7254 – 302 – 4.
20. STAŇKOVÁ, M.: *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80 – 7184 – 243 – 5.
21. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 285 – X.

### **Ostatní zdroje**

22. HEINZ RÖTTINGER, MD: *Minimally invasive total hip arthroplasty*. The Zimmer Institute, 2005.
23. *Chytře na kloub* [ cit. 2006 – 12 - 11]. Dostupné na WWW<<http://www.instinkt-online.cz/ obsah/doc.asp?rok=2004&cislo=02&id=26>
24. *Miniinvazivní přístup u totálních náhrad* [ cit. 2006 – 12 – 14 ]. Dostupné na WWW<<http://www.zimmer.co.uk/z/z/ctl/op/global/action/1/id/9157/template/MP/navid/651>

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví.....	39
Graf 2 Věk.....	40
Graf 3 Vzdělání.....	41
Graf 4 Opakovaná hospitalizace.....	42
Graf 5 Typ operace.....	43
Graf 6 Pobyť po operaci.....	44
Graf 7 Informace před přijetím.....	45
Graf 8 Informace o svém onemocnění.....	46
Graf 9 Sestra se představila.....	47
Graf 10 Znalost obsahu práv pacienta před přijetím.....	48
Graf 11 Možnost seznámit se s právy pacientů.....	49
Graf 12 Seznámení se správou pacientů.....	50
Graf 13 Možnost seznámit se s řádem oddělení.....	51
Graf 14 Sestra se představila na počátku směny.....	52
Graf 15 Důležitost představení sestry.....	53
Graf 16 Poskytnutí informací před výkonem.....	54
Graf 17 Odpověď na dotaz.....	55
Graf 18 Pocit největší bolesti.....	56
Graf 19 Největší bolesti a).....	57
Graf 20 Největší bolesti b).....	58
Graf 21 Zájem sestry o bolest pacienta.....	59
Graf 22 Zájem o bolest – místo, intenzitu.....	60
Graf 23 Možnost požádat si o lék.....	61
Graf 24 Sestra nabízela lék aktivně.....	62
Graf 25 Dotaz sestry jak lék pomohl.....	63
Graf 26. Pomoc sestry najít ulevující polohu.....	64
Graf 27 Ledový obklad na operační ránu.....	65
Graf 28 Možnost duchovního.....	66
Graf 29 Možnost vyjádřit se k pobytu.....	67
Graf 30 Forma vyjádření k pobytu.....	68
Graf 31 Doporučení pracoviště.....	69

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Pohlaví.....	39
Tab. 2 Věk.....	40
Tab. 3 Vzdělání.....	41
Tab. 4 Opakovaná hospitalizace.....	42
Tab. 5 Typ operace.....	43
Tab. 6 Pobyt po operaci.....	44
Tab. 7 Informace před přijetím.....	45
Tab. 8 Informace o svém onemocnění.....	46
Tab. 9 Sestra se představila.....	47
Tab. 10 Znalost obsahu práv pacienta před přijetím.....	48
Tab. 11 Možnost seznámit se s právy pacientů.....	49
Tab. 12 Seznámení se správou pacientů.....	50
Tab. 13 Možnost seznámit se s řádem oddělení.....	51
Tab. 14 Sestra se představila na počátku směny.....	52
Tab. 15 Důležitost představení sestry.....	53
Tab. 16 Poskytnutí informací před výkonem.....	54
Tab. 17 Odpověď na dotaz.....	55
Tab. 18 Pocit největší bolesti.....	56
Tab. 19 Největší bolesti a).....	57
Tab. 20 Největší bolesti b).....	58
Tab. 21 Zájem sestry o bolest pacienta.....	59
Tab. 22 Zájem o bolest – místo, intenzitu.....	60
Tab. 23 Možnost požádat si o lék.....	61
Tab. 24 Sestra nabízela lék aktivně.....	62
Tab. 25 Dotaz sestry jak lék pomohl.....	63
Tab. 26 Pomoc sestry najít ulevující polohu.....	64
Tab. 27 Ledový obklad na operační ránu.....	65
Tab. 28 Možnost duchovního.....	66
Tab. 29 Možnost vyjádřit se k pobytu.....	67
Tab. 30 Forma vyjádření k pobytu.....	68
Tab. 31 Doporučení pracoviště.....	69



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Tabulka na zpracování dotazníku