

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení soběstačnosti u nemocných s artrózou kyčelního kloubu

Kateřina Koutná

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Koutná**
Osobní číslo: **Z12025**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Hodnocení soběstačnosti u nemocných s artrózou kyčelního kloubu**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

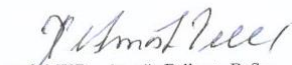
Seznam odborné literatury:

1. BARTONÍČEK, J.; HEŘT, J. Základy klinické anatomie pohybového aparátu. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-017-8.
2. CIKÁNKOVÁ, V. Rehabilitace po revmatochirurgických výkonech. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-206-3.
3. GALLO, J. Osteoartróza: průvodce pro každodenní praxi. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-406-7.
4. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. Ošetřovatelství v chirurgii I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
5. SOSNA, A. a kol. Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-302-4.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Holubová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2013

Termín odevzdání bakalářské práce: 17. července 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. dubna 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorsky zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne.....

.....

Kateřina Koutná

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Marii Holubové, vedoucí mé bakalářské práce, za mnoho cenných rad, její trpělivost a vstřícné jednání při zpracování této práce. Chtěla bych poděkovat také veškerému personálu Ortopedické kliniky a všem pacientům, kteří byli ochotni zařadit se do výzkumného vzorku. Velké poděkování za podporu během celého studia patří mé rodině, partnerovi a přátelům.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá endoprotézou kyčelního kloubu ve vztahu k soběstačnosti pacienta.

V teoretické části se tato práce zaměřuje na anatomii kyčelního kloubu, osteoartrózu, její projevy, diagnostiku a terapii. Další kapitola je o endoprotéze kyčelního kloubu, o jejích typech a kontraindikacích, zahrnuje i komplikace spojené s operačním výkonem. Navazuje péče, jak předoperační, tak pooperační. Důležitou kapitolou je rehabilitace pacienta. Nedílnou součástí hospitalizace pacienta k endoprotéze kyčelního kloubu je edukace o plánovaném výkonu a pooperačním režimu.

Výzkumná část práce vznikla na základě dat získaných výzkumem v nemocnici fakultního typu, kde byl respondentům rozdán dotazník. Před operací na lůžkové části ortopedické kliniky a půl roku po operaci v ortopedické ambulanci.

Ke zhodnocení soběstačnosti pacienta a porovnání rozdílů oproti předoperačnímu stavu byl v této práci použit Oxfordský dotazník, který hodnotí danou oblast v několika otázkách.

Z dat získaných při výzkumu a během praxe na ortopedické klinice, byl pro pacienty vytvořen edukační materiál, obsahující informace ohledně života s endoprotézou.

KLÍČOVÁ SLOVA

kyčelní kloub, osteoartróza, endoprotéza kyčelního kloubu, soběstačnost, edukace.

TITLE

The Evaluation of the self-sufficiency of patients with arthrosis of the hip-joint.

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with hip-joint arthroplasty in relation to the self-sufficiency of a patient.

The theoretical part of this thesis focuses on anatomy of hip-joint, osteoarthritis, its manifestation, diagnostik and therapy. Following chapter is about hip-joint arthroplasty , its types and contraindications, including complications associated with surgery. The thesis continues with both preoperative and postoperative care. An important chapter is rehabilitation of patient. Inseparable element of hospitalization of patient of hip-joint arthroplasty is education about planned operation and postoperative regime.

Practical part of this thesis based on information obtained from research in hospital of fakulty type, where the questionnaire was given to patients, before operation at the orthopedic clinic and a half year after operation in orthopedic ambulance.

To evaluate self-sufficiency of patient and to compare differences against preoperative status the Oxford questionnaire was used in this thesis. The questionnaire evaluates the area in several questions.

From the information determined during the research and practice at the orthopedic clinic, there was created an educational material, which includes an information about life with arthroplasty.

KEYWORDS

hip-joint, osteoarthritis, hip-joint arthroplasty, self-sufficiency, education.

OBSAH

SEZNAM PŘÍLOH.....	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	11
ÚVOD.....	13
CÍLE PRÁCE.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KYČELNÍHO KLOUBU	15
1.2 OSTEOARTRÓZA	16
1.2.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	16
1.2.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE ONEMOCNĚNÍ.....	17
1.2.3 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ	18
1.2.4 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	19
1.2.5 TERAPIE ONEMOCNĚNÍ	19
1.3 ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU.....	22
1.3.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	22
1.3.2 TYPY ENDOPROTÉZ KYČELNÍHO KLOUBU.....	22
1.3.3 KONTRAINDIKACE ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU	23
1.3.4 KOMPLIKACE U ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU	24
1.3.5 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	25
1.3.6 POOPERAČNÍ PÉČE.....	26
1.3.7 REHABILITACE	28
1.4 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI PACIENTA	29
1.5 EDUKACE PACIENTA	30
1.5.1 PŘEDOPERAČNÍ EDUKACE	31
1.5.2 POOPERAČNÍ EDUKACE	31
VÝZKUMNÁ ČÁST	32
1.6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
1.7 METODIKA ZPRACOVÁNÍ PRÁCE.....	33
1.8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	35
1.8.1 PREZENTACE VÝSLEDKŮ NESTANDARDIZOVANÉ ČÁSTI DOTAZNÍKU.....	35
1.8.2 PREZENTACE VÝSLEDKŮ STANDARDIZOVANÉ ČÁSTI DOTAZNÍKU.....	45

1.8.3	CELKOVÉ VYHODNOCENÍ STANDARDIZOVANÉ ČÁSTI DOTAZNÍKU.....	52
	DISKUZE	53
	EDUKAČNÍ MATERIÁL.....	57
	ZÁVĚR	58
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	59
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

SEZNAM PŘÍLOH

Obrázky

Obrázek 1 Graf průměrné hodnoty BMI respondentů před operací a po ní	36
Obrázek 2 Graf průměrné bolesti respondentů před operací a po ní dle VAS.	38
Obrázek 3 Graf délky trvání bolesti před operací a po ní	40
Obrázek 4 Graf potřeby analgetik před a po operaci	41
Obrázek 5 Graf četnosti užívání analgetik během dne	43
Obrázek 6 Graf porovnání průměrných hodnot jednotlivých otázek před a po operaci	52
Obrázek 7 Graf porovnání průměrných hodnot jednotlivých otázek před a po operaci	66

Tabulky

Tabulka 1 Rozložení respondentů dle pohlaví.....	35
Tabulka 2 Průměrný věk respondentů	35
Tabulka 3 Intenzita bolesti respondentů před operací a po ní dle VAS.	37
Tabulka 4 Souvislost bolesti respondentů s denními aktivitami.....	39
Tabulka 5 Četnost užívání jednotlivých druhů analgetik	42
Tabulka 6 Užívání chondroprotektiv před operací a po ní	43
Tabulka 7 Příčiny onemocnění dle úsudků respondentů	44
Tabulka 8 Četnosti primo operací a násobných operací s endoprotézou kloubu.....	45
Tabulka 9 Obvyklá bolest v kyčelním kloubu	45
Tabulka 10 Noční bolestivost kyčelního kloubu	46
Tabulka 11 Výskyt náhlých, silných bolestí v kyčelním kloubu	46
Tabulka 12 Vliv bolesti v kyčelním kloubu na kulhání.....	47
Tabulka 13 Doba chůze vzhledem k bolestivosti	47
Tabulka 14 Schopnost sejít ze schodů	48
Tabulka 15 Schopnost obléci si punčochy či ponožky	48
Tabulka 16 Bolestivost při vstávání ze židle	49
Tabulka 17 Problémy při cestování automobilem nebo prostředkem veřejné dopravy	49
Tabulka 18 Potíže s mytím a otíráním těla ručníkem kvůli bolestivosti	50
Tabulka 19 Schopnost chodit samostatně na nákup	50
Tabulka 20 Míra zásahu bolesti do obvyklé práce i práce v domácnosti	51
Tabulka 21 Porovnání průměrných hodnot jednotlivých otázek před a po operaci	65

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

a. - arteria - tepna

ACR - American College of Rheumatology

ADLs - activities of daily living

BMI - Body Mass Index – index tělesné hmotnosti

COX - cyklooxygenáza

CS - chondroitinsulfát

CT - počítačová tomografie

EKG - elektrokardiogram

EULAR - European League Against Rheumatism

GIT - gastrointestinální trakt

GS - glukosaminsulfát

ICHDK - ischemická choroba dolních končetin

JIP - jednotka intenzivní péče

lig. - ligamentum - vaz

MSM - methylsulfonylmethan

n. nervus - nerv

NMR - nukleární magnetická rezonance

NSA - nesteroidní analgetika

OARSI - Osteoarthritis Research Society International

OHS – Oxford Hip Score

PMK - permanentní močový katétr

PŽK – periferní žilní katétr

RD - Redonův drén

RHB - rehabilitace

RTG - rentgen

SYSADOA - symptomatic slow acting drugs of osteoarthritis

TEN - trombembolická nemoc

TEP - totální endoprotéza

VAS - Visual Analogue Scale – vizuální analogová škála

WHO - World Health Organization

ÚVOD

Osteoartróza je velice nepříjemné onemocnění, které postihuje jakýkoliv kloub v lidském těle. Nejčastěji tímto onemocněním trpí velké nosné klouby, zejména kyčelní a kolenní kloub. Operace s náhradou kloubu totální endoprotézou patří k výkonům, které pacientům výrazně ulevují od bolesti a zlepšují jejich hybnost.

Celosvětově se počet endoprotéz kyčelního kloubu pohybuje v řádech statisíců ročně, v České republice toto číslo sahá k dvanácti tisícům ročně. (B Braun, 2013)

Počty implantací stále rostou a díky již zmíněnému vlivu na bolest není výjimkou, že má jeden pacient více endoprotéz např. endoprotézu kyčelního i kolenního kloubu.

Pacienti, čekající na implantaci kloubu, trpí bolestí a omezením hybnosti, což je omezuje v provádění běžných denních činností, omezuje jejich sociální kontakt s okolím, negativně ovlivňuje psychiku, může způsobit poškození dalších tělesných struktur a celkově výrazně snižuje kvalitu jejich života. Stávají se závislými na svém okolí. Totální endoprotézy zásadně ovlivňují život pacienta. Vracejí mu soběstačnost, nezávislost, schopnost bezbolestně chodit a rekreačně sportovat či provozovat další aktivity spojené s pohybem. Z větší části navracejí zpět předchozí úroveň kvality života. Úspěch operace je vždy individuální, závisí i na pacientovi - jeho celkovém zdravotním stavu, rehabilitaci, životosprávě a dodržování léčebných opatření.

„Těžké je mlčet, když cítíš bolest.“ (Marcus Tullius Cicero)

CÍLE PRÁCE

1. Popsat problematiku artrózy kyčelního kloubu včetně ošetrovatelské péče před a po implantaci kyčelního kloubu, se zaměřením na soběstačnost pacientů.
2. Zjistit a porovnat soběstačnost pacientů s artrózou kyčelního kloubu před a půl roku po implantaci totální endoprotézy, se zaměřením na hodnocení bolesti.
3. Zjistit jaké budou nejčastější problémy pacientů před a po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu z dotazníků Oxford hip.
4. Vytvořit edukační materiál, který vysvětlí pacientům jednotlivá omezení a správné používání pomůcek usnadňujících sebe obsluhu v pooperačním období.

TEORETICKÁ ČÁST

1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KYČELNÍHO KLOUBU

Stavba kloubu

„Kloub (articulus synovialis) je pohyblivé dotykové spojení dvou nebo více kostí, jejichž kontaktní plochy jsou povlečeny chrupavkou, mezi artikulujícími kostmi je štěrbina (kloubní dutina) a konce kostí spojuje kloubní pouzdro.“ (Dylevský, 2009, s. 91)

Kloub se skládá z mnoha částí: dvou a více kostí, hyalinní chrupavky pokrývající kloubní plochy kostí, kloubního pouzdra, vazů, svalstva, přídatných kloubních zařízení, nervů a cév. (Merkunová, 2008, s. 41, 42)

Kloubní konce artikulujících kostí jsou složeny ze spongiózy – houbovitě kostní tkáň. Ta se skládá z lamelární kosti, trámce se přestavují dle míst zatížení. Prostor mezi jednotlivými trámci vyplňuje červená kostní dřev. Nad spongiózou se nachází tenká vrstva kompakty (hutné kostní tkáň) a na úplném povrchu kloubního konce vrstva hyalinní chrupavky. (Bartoniček, 2004, s. 17; Dylevský, 2009, s. 92)

Stavba kyčelního kloubu

Kyčel patří mezi klouby kulového jednoduchého tvaru, kde se jedná o skloubení dvou kostí. Jamka se nachází v acetabulu v kosti pánevní, je nepravidelně tvarovaná, složena ze tří kostí – os ilium (kosti kyčelní), os ischií (kosti sedací) a os pubis (kosti stydké), hlavici kloubu představuje proximální konec femuru (kosti stehenní). Tato část se dělí na caput femoris (hlavici), collum femoris (krček) a trochanter major et minor (velký a malý trochanter). Jak hlavice, tak i jamka kloubu je kryta vrstvou hyalinní chrupavky, jenž se skládá z buněk (chondrocytů) a kolagenních vláken. Chrupavka má tloušťku jeden až pět milimetrů, tlustší je ve střední části kloubu. Není prokrvována, zásobena lymfatickými cévami ani inervována. Chrupavku před odíráním při tření chrání chondro-synoviální blanka. (Dylevský, 2009, s. 57, 139; Lüllmann-Rauch, 2012, s. 122)

Vazivový aparát kyčelního kloubu

Pevný vazivový aparát kyčelního kloubu zajišťuje kloubní pouzdro, okolní ligamenta a labrum acetabulare – vazivově chrupavčitý lem jamky. (Drtinová, 2009, s. 13)

Kloubní pouzdro je tvořeno dvěma vrstvami. Zevní fibrózní vrstva složena z tuhého kolagenního vaziva, udržuje stabilitu daného kloubu a synoviální membrána uvnitř kloubní dutiny tvořená dobře prokrveným řídkým vazivem. Membrána produkuje synovii neboli kloubní maz. (Bartoníček, 2004, s. 19, 20)

Několik vazů, téměř srostlých s kloubním pouzdrem, tvoří jeho pevnost. Jedná se o lig. iliofemorale, největší vaz v celém těle, lig. pubofemorale, lig. ischiofemorale a vaz kruhového tvaru obepínající collum femoris zvaný zona orbicularis. (Bartoníček, 2004, s. 152; Šuhájková, 2011, s. 10, 11)

Svalstvo kyčelního kloubu

Pohyb v kyčelním kloubu je zajištěn dvaadvaceti svaly. Ty se dělí na svaly kyčelní, k hlavním patří musculus gluteus maximus, medius a minimus a na svaly stehenní, kam se řadí například musculus rectus femoris a musculus sartorius. (Bartoníček, 2004, s. 156) V kyčelním kloubu je možné provést flexi, extenzi, addukci, abdukci i rotaci, jak vnitřní, tak zevní. (Šuhájková, 2011, s. 11)

Cévní zásobení a inervace kyčelního kloubu

Acetabulum je vyživováno a. femoralis a a. profunda femoris, hlavice femuru díky a. circumflexa femoris medialis et lateralis. (Bartoníček, 2004, s. 167) Inervaci kloubu zajišťuje velký nervový pletěň – plexus lumbosacralis, k němuž patří n. femoralis, n. obturatorius, n. ischiadicus a n. gluteus superior et inferior. (Bartoníček, 2004, s. 174, Krucká, 2010, s. 19)

1.2 OSTEOARTRÓZA

1.2.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

„Artróza (nebo také osteoartróza) je klinický termín pro heterogenní skupinu nemocí synoviálního kloubu, jejichž nejnápadnějším morfoloogickým znakem je úbytek kloubní chrupavky doprovázený tvorbou kostních výrůstků (osteofytů), subchondrální sklerózou a přítomností kostních cyst (radiologické znaky artrózy).“ (Gallo, 2011, s. 107)

Osteoartróza je jednou z podob artritidy, a sice ta nejčastější. (Bird, 2007, s. 14) Dle statistik WHO se onemocnění týká více než 10% populace nad šedesát let. (Gallo, 2011, s. 107) Postihuje hlavně dospělou populaci, výskyt narůstá s věkem. Osteoartróza postihuje nejčastěji

takzvané váhonosné klouby na dolních a horních končetinách a páteři. Může se však vyskytovat v jakémkoliv synoviálním kloubu, často i na více místech. Od počtu zasažených kloubů se odvíjí lokalizovaná či generalizovaná forma tohoto onemocnění. Nemoc kromě kloubních ploch zasahuje i kloubní pouzdro se synoviální vrstvou, okolní vazy a svaly. (Gallo, 2011, s. 10, 107)

1.2.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE ONEMOCNĚNÍ

Osteoartróza je důsledkem působení jak mechanických, tak biologických vlivů. Dle míry zátěže daného kloubu se rozlišují dva úhly pohledu na příčinu onemocnění. V prvním případě je zdravý kloub vystaven abnormální zátěži nebo nějakým způsobem poškozený kloub nezvládá působení normálního zatížení. S poškozeným kloubem nastupuje zánět, který ještě více poškodí kloub i jeho okolí. Za primární osteoartrózu je považovaný stav, kdy neznáme příčinu nižší odolnosti daného kloubu. Pokud je příčina onemocnění známá, jedná se o sekundární osteoartrózu. To, co předchází osteoartróze, je preartróza – trauma kloubu, odchylka ve tvaru kloubu či ose končetiny (genua valga, genua vara,...), poškození například revmatoidní artritidou, jakožto chronickým zánětem či akutní zánět. Nelze opomenout ani genetické predispozice. (Gallo, 2014, s. 17, 18; Gallo, 2011, s. 107)

Rizikové faktory vzniku osteoartrózy jsou výška a hmotnost (nadváha, obezita) pacienta, dlouhodobé přetěžování kloubů - profesní zatížení či jednostranná/ vrcholová sportovní aktivita, nitrokloubní poranění, rasa a pohlaví, vrozené vývojové vady s poruchou osy končetiny, výživa, poruchy funkce svalů v oblasti kloubu, záněty a metabolická onemocnění s postižením kloubů i genetické predispozice. (Gallo, 2014, s. 20) Na rozvoji onemocnění má podíl celá řada vnějších i vnitřních faktorů v kombinaci s větším množstvím rizikových genů. (Gallo, 2014, s. 21)

U žen osteoartróza poškozuje drobné klouby rukou a kolena, projevuje se spíše po padesátém roce věku. Muži jsou náchylnější k postižení bederní až sakrální páteře a osteoartróza se u nich objevuje spíše do padesáti let. Nelze přehlédnout ani ekonomické důsledky osteoartrózy a její vliv na společnost. Obvykle vede ke snížení pracovního výkonu až k pracovní neschopnosti. (Gallo, 2014, s. 14; Hradilová, 2010, s. 41)

Prvotním projevem osteoartrózy je edém v oblasti chrupavky a prosáknutí, čímž se poruší její schopnost adaptace na zátěž a časem se v ní objeví praskliny, které se šíří až na úroveň kosti. Reakcí na porušenou strukturu chrupavky je zánět. Chondrocyty, buňky hyalinní chrupavky,

odstraňují zánět pomocí enzymů a nahrazují odumřelé části chrupavky novou tkání, ale méně kvalitní. (Gallo, 2014, s. 18; Mačák, 2012, s. 310)

V oblasti synoviální výstelky nastane vlivem zánětu hyperplazie. To vede k zvýšení produkce synovie, která proniká přes trhlinky v chrupavce až do oblasti kosti, kde přímo i nepřímo způsobuje vznik cyst. Změna ve výšce a struktuře chrupavky, stejně jako postižení kloubních vazů a svalstva v okolí, zapříčiňuje odlišný přenos zátěže na určité oblasti kloubu a v důsledku toho se rozvíjí nestabilita kloubu. (Gallo, 2014, s. 19)

Zmíněné kostní cysty a výskyt velkých kostních výrůstků (osteofytů) ukazuje na hypertrofický typ osteoartrózy. Nepřítomnost nebo výskyt pouze malých osteofytů a osteoporózy vypovídá o normotrofickém či atrofickém typu osteoartrózy. O erozivní osteoartróze se uvažuje při velké kostní resorpci. V posledním stádiu onemocnění dochází ke tření dvou kostních ploch, již nekrytých chrupavkou. (Gallo, 2014, s. 19)

1.2.3 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ

Osteoartróza postihuje jakýkoliv kloub v těle a od toho se odvíjí i rozmanitost klinických příznaků a míra ovlivnění kvality života u pacienta. (Gallo, 2014, s. 29)

Prvním příznakem svědčícím pro osteoartrózu je bolest kloubů. Zpočátku startovací, objevující se v začátku vykonávaného pohybu a polevující během dalších opakování. Nejčastěji pacienta omezuje ráno nebo po delším klidovém období, někdy reaguje na změny počasí, zejména pak na změny atmosférického tlaku. Bolestivost a omezení rozsahu pohybů je vázáno na konkrétní kloub. Zbytky chrupavky na kloubních plochách žádnou inervaci nemají, jedná se o tupé bolesti celého kloubu. Intenzita bolesti dle vizuální analogové škály (VAS) popisovaná pacientem však nemusí odpovídat stupni poškození. Ve fázi dekompenzace onemocnění pacient, z neznámých důvodů, prožívá silné a bodavé bolesti, které obtížně reagují na běžnou analgetickou léčbu. Lze očekávat i otok a tvorbu výpotku. (Dungl, 2014, s. 20; Gallo, 2014, s. 29, 39; Rozkydal, 2012, s. 53)

K bolesti se přidává i ranní ztuhlost nebo ztuhlost po delším klidovém období, která s dalším pohybem odeznívá. Jedná se o krátkodobou záležitost nepřesahující 30 minut. (Gallo, 2014, s. 29)

Osteofyty způsobující deformaci kloubních ploch a eroze kostní tkáně ovlivňující osu končetiny jsou dalším klinickým vyjádřením osteoartrózy. (Gallo, 2014, s. 29)

Časem se vlivem rozvoje onemocnění zhoršuje celková hybnost kloubu, mění se jeho rozsah, objevuje se nestabilita. Pacient kulhá nebo má nějakým způsobem změněný stereotyp chůze. Jsou slyšitelné drásoty a vrzoty při tření dvou kostních ploch v kloubu, ochabuje svalstvo, v kloubech nastávají kontraktury. (Gallo, 2014, s. 29, 31, Gallo, 2011, s. 109)

1.2.4 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

U spousty pacientů dochází k vyjádření klinických příznaků pomalu, kloubní změny jsou přisuzovány degenerativním procesům vlivem přirozeného stárnutí. (Gallo, 2014, s. 39)

Diagnostika zahrnuje klinické vyšetření a zobrazovací metody. Klinické vyšetření vychází z anamnézy a vlastního fyzikálního vyšetření. (Gallo, 2014, s. 39; Gallo, 2011, s. 108) Laboratorně vyšetřujeme zánětlivé markery (sedimentace erytrocytů a C-reaktivní protein). Mezi zobrazovací metody se řadí rentgen (RTG), počítačová tomografie (CT) a nukleární magnetická rezonance (NMR) eventuálně s RTG kontrastní látkou. (Gallo, 2014, s. 45) K vyšetření složitějších struktur, zejména kloubních ploch obratlů a šíří páteřního kanálu, se využívá spíše CT. (Boušková, 2013, s. 18; Gallo, 2014, s. 48)

1.2.5 TERAPIE ONEMOCNĚNÍ

Klasifikace, režimová opatření

K nejčastěji používané klasifikaci osteoartrózy patří dělení podle etiologie, morfologie a dle specifických projevů u pacienta. Z etiologického hlediska se jedná o osteoartrózu primární neboli idiopatickou (není známa příčina poškození) či sekundární, kdy je známa příčina poškození. (Gallo, 2014, s. 35) Morfologické členění vychází z diagnostiky pomocí RTG, klasifikaci vytvořili Kellgren a Lawrence. Zkoumá velikost kloubní štěrbiny, vznik osteofytů, sklerotizaci oblastí pod hyalinní chrupavkou, případně objevení cyst v kostní tkáni. (Gallo, 2014, s. 37). Při zasažení více kloubů v těle, nastupuje dělení podle počtu zasažených kloubů. Monoartikulární osteoartróza při zasažení jednoho kloubu, u více než dvou kloubů oligoartikulární a při ještě větším počtu postižení polyartikulární stupeň až generalizovaná osteoartróza. (Gallo, 2014, s. 38)

Léčba osteoartrózy cílí zejména na tišení bolesti, udržení alespoň stávající funkce kloubu a zpomalení rozvoje dalších stádií tohoto onemocnění. Bolesti bývají charakteru chronického, startovací nebo při zátěži. Občas kombinované s fází akutní dekompenzace, tzv. flare – prudký nástup velice silných bolestí táhnoucí se několik týdnů, může se objevit prosáknutí

kloubu i tvorba výpotku. Dochází k omezení hybnosti zasaženého kloubu i celé končetiny. Poté přechází bolest do chronicity. (Gallo, 2014, s. 54; Gallo, 2011, s. 109)

Snahou je zlepšit nebo alespoň zachovat stávající funkčnost a rozsah kloubu. (Gallo, 2014, s. 55) Pacientovi je nejprve doporučena změna stravovacích návyků a životního stylu, včetně snížení hmotnosti. Poté nastupuje cvičení pod vedením fyzioterapeuta, užívání pomůcek a farmaka. Dalším stupněm v léčbě je kloub zachovávající operační zákrok, který může být nahrazen už jen totální endoprotézou kloubu. (Boušková, 2013, s. 18; Gallo, 2014, s. 56)

Farmakoterapie

Hlavní využití farmakoterapie nastupuje v oblasti tišení bolesti. Zde se však objevuje rozpor mezi dobrou kompenzací bolesti a zhoršením onemocnění. Pacient bez bolesti často zapomíná na své onemocnění a nadměrně kloub namáhá, což vede k progresi. (Gallo, 2014, s. 62)

Centrální farmakoterapie

Léky na vyléčení nebo zástavu progresu osteoartrózy zatím nejsou dostupné. Dle EULAR (European League Against Rheumatism), ACR (American College of Rheumatology) a OARSI (Osteoarthritis Research Society International), organizací sledujících diagnostiku a léčbu onemocnění, je nejdříve nasazeným lékem Paracetamol. (Gallo, 2014, s. 63; Hradilová, 2010, s. 52) Pokud nestačí, nasazují se nesteroidní antirevmatika (NSA) – Ibuprofen, Diclofenac. Terapie těmito léky povoluje ztuhlost kloubu a u někoho podporuje kloubní funkci. Na straně druhé jsou vedlejší účinky NSA, a sice onemocnění gastrointestinálního traktu (GIT), jako například ezofagitida, chronické střevní záněty, vznik vředů s pozdější perforací a krvácením do GIT. (Gallo, 2014, s. 68) Další možnost v oblasti tlumení bolesti poskytují opioidní analgetika. Mezi slabá se řadí například Kodein a Tramadol, mezi silná, Morfín a Fentanyl a Oxykodon. (Hradilová, 2010, s. 53) Při terapii opiáty hrozí nevolnost, zvracení, zácpy a v neposlední řadě i pády. K opiátům se sahá až po neúspěšné léčbě pomocí paracetamolu, NSA nebo při inoperabilitě. (Gallo, 2014, s. 67)

Další skupinou jsou SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drugs of Osteoarthritis), dříve nazývaná chondroprotektiva. (Vokurka, 2008) Patří sem například GS Condro, Proenzi, Arthrostop. (Slíva, 2009)

Kromě již zmíněných centrálně používaných léků jsou i léky s použitím lokálním. Jedná se o nesteroidní antiflogistika a analgetika, aplikovaná do místa postižení. (Gallo, 2014, s. 71)

Nutraceutika jsou přírodní dietní doplňky. Např. glukosaminsulfát (GS) a chondroitinsulfát (CS), které jsou podstatou například přípravku GS Condro. (Gallo, 2014, s. 72)

Intraartikulární farmakoterapie

Další možností léčby je intraartikulární terapie, látka se podává lokálně, přímo do kloubu. Tímto způsobem se podávají glukokortikoidy, jakožto součást terapie osteoartrózy. (Gallo, 2014, s. 79) Mohou však vyvolat nekrózu v okolí aplikace. Dále se intraartikulárně podávají preparáty s kyselinou hyaluronovou, snižující bolest, ze skupiny SYSADOA. (Hradilová, 2010, s. 56, 57)

K novějším metodám patří aplikace biologických přípravků. Pro lehčí stupně osteoartrózy u mladších jedinců lze aplikovat krevní destičky. (Gallo, 2014, s. 82) Intraartikulární aplikace kmenových buněk, patří zatím k metodám ve fázi experimentu. (Gallo, 2014, s. 85)

Chirurgická terapie

Z chirurgického hlediska se na kloubech provádějí zákroky preventivní, ochranné a kloub odstraňující.

U preventivních výkonů je snaha zabránit vzniku osteoartrózy či pozastavit její rozvoj. Jedná se o náhradu opotřeбенé chrupavky na kloubních koncích, o protěti kosti a úpravu osy končetiny, o transplantaci malých kousků chrupavky ze zdravé části kloubu do místa postižení nebo o vpravení namnožených chondrocytů do defektní oblasti. (Hradilová, 2010, s. 60, 61)

Ochranné či záchranné operace cílí na odstranění obtíží, řadí se sem diagnosticko-terapeutický zákrok artroskopie. (Gallo, 2014, s. 97)

Kloub odstraňující metoda spočívá v resekci poškozených částí a jejich náhradě vazivem nebo něčím jiným. V pozdních stádiích osteoartrózy přichází na řadu endoprotézy. (Gallo, 2014, s. 98) Ani ty ale nejsou doživotním řešením. Efekt terapie se většinou pohybuje okolo 10 a více let. To se odvíjí od použitého materiálu náhrady a zdravotního stavu pacienta. (Gallo, 2014, s. 100)

Terapie léčebnou rehabilitací

Léčebnou rehabilitaci lze využít, jak v prevenci, tak i v terapii osteoartrózy. V počátečních stádiích onemocnění se dbá na zachování rozsahu pohybu v kloubu a na zachování funkce svalů a jejich síly. Fyzikální metody léčebné rehabilitace s analgetickým a myorelaxačním účinkem na kloub a svalstvo v jeho okolí, jsou na místě v případě akutní dekompenzace onemocnění a bolesti. V posledních stádiích onemocnění je snaha předejít svalové atrofii, hrozící z postupného ubývání fyzické aktivity. Klade se důraz také na uvolnění a protažení svalů. Jiná je potom terapie po chirurgických zákrocích na kloubech. (Gallo, 2014, s. 104, 105; Gallo, 2011, s. 112)

Léčebná rehabilitace zahrnuje funkční pohybovou terapii (fyzioterapii, ergoterapii, kinezioterapii) a fyzikální terapii (balneoterapii, elektroléčbu, termoterapii, ultrazvuk, akupunkturu nebo magnetoterapii). (Gallo, 2014, s. 105, 108, 109)

1.3 ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

1.3.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Jedná se o chirurgickou metodu, k níž se přistupuje v případě, kdy již nezabírá konzervativní léčba, pomáhá pacientům trpícím chronickou bolestí nebo s významným funkčním postižením. (Taliánová, 2009, s. 75) Mezi hlavní indikace k náhradě kloubu patří zlomeniny v oblasti krčku kosti stehenní, poúrazová destrukce kyčelního kloubu, degenerativní kloubní onemocnění – koxartróza, destrukce kloubu způsobená revmatickým onemocněním - revmatoidní artritidou či postižení proximálního konce stehenní kosti nádorovým onemocněním. (Sosna, 2003, s. 16)

1.3.2 TYPY ENDOPROTÉZ KYČELNÍHO KLOUBU

Endoprotézy kyčelního kloubu lze dělit dle několika následujících hledisek.

Dle části, která je nahrazena

Z hlediska vyměňované části kloubu se rozlišuje **endoprotéza totální (TEP)**, kdy je nahrazena hlavice a krček femuru i kloubní jamka a **endoprotéza cervikokapitální**, kdy je nahrazena pouze část kloubu, a sice hlavice kosti stehenní. Tato operace se používá u zlomenin krčku kosti stehenní především u pacientů s očekávanou délkou života do pěti let,

může se hned zatěžovat a není nutné odlehčování končetiny. Třetím typem endoprotézy kyčelního kloubu je **revizní náhrada**, indikovaná při uvolnění endoprotézy s odstupem desítek let, zhruba u 20% pacientů. (Janíček, 2012, s. 89,91)

Dle operačního přístupu

Druhé rozdělení endoprotéz je z hlediska operačního přístupu na klasickou, s řezem dlouhým dvacet pět až třicet centimetrů, kterým se protnou důležité svaly, bránící přístupu k vlastnímu kloubu a miniinvazivní s řezem okolo pouhých deset centimetrů, svaly se při tomto přístupu neprotínají, ale pouze rozhrnují. To u pacienta velmi výrazně usnadňuje hojení. Jsou zde nižší krevní ztráty během výkonu i po něm, nižší riziko infekce a v neposlední řadě není končetina v místě rány tolik oteklá a méně bolí. Rychlejší hojení umožňuje dříve začít s pooperační rehabilitací a dále nastoupit k rehabilitaci či lázeňské léčbě, z čehož plyne dřívější návrat do domácího prostředí. (Pfeil, 2010, s. 4,5; Taliánová, 2009, s. 75)

Dle upevnění kloubní náhrady v kosti

Dle upevnění v kosti se endoprotézy dělí na celocementované, necementované a hybridní. U **celocementovaných endoprotéz** se polyetylenová jamka připevní do upraveného acetabula, zbaveného zbytků chrupavky a vzniklých osteofytů, pomocí kostního cementu (polymetylmetakrylát). Stejně tak se do připravené dutiny ve femuru fixuje dřík z kovu, na nějž se upevní hlavička z keramiky nebo nerezavějící a nemagnetické oceli, tvořící druhou část k umělé jamce. Naproti tomu **necementovaná kloubní náhrada** má využití u lidí pod 60 let. Má speciální tvar, jímž se fixuje už během operace a po nějaké době kostní tkáň prorůstající do zvrásněného či nástřikem upraveného povrchu náhrady vytvoří pevnější spojení. Není potřeba další fixace. Dalším typem je **náhrada hybridní**, kdy jedna z komponent umělého kloubu, většinou jamka, drží pomocí zvrásněného povrchu a ta druhá, dřík, se upevňuje kostním cementem. (Dungl, 2014, s. 763; Janíček, 2012, s. 89, 90, 91; Taliánová, 2009, s. 75)

1.3.3 KONTRAIKACE ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

Kontraindikace rozlišujeme místní a celkové. **Místními komplikacemi** se rozumí nejruznější kožní zánětlivá onemocnění, ICHDK, bércové vředy na dolních končetinách a jiné zdroje

infekce. K **celkovým kontraindikacím** patří celkový stav pacienta – infekce kdekoli v organismu až celková, malnutrice, vyšší věk a další. Dále stavy, kdy je předpoklad, že pacient nebude v pooperačním období dostatečně spolupracovat – duševní onemocnění, abúzus návykových látek, poškození CNS nebo stavy, u kterých je předpoklad, že pacient nebude schopen chůze. (Cikánková, 2010, s. 91; Dungl, 2014, s. 876; Taliánová, 2009, s. 75)

1.3.4 **KOMPLIKACE U ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU**

Jako každý operační výkon má i endoprotéza kyčelního kloubu svá rizika. Především mnohým komplikacím se dá kvalitním předoperačním vyšetřením, zejména sdělením všech důležitých anamnestických údajů i řádnou přípravou pacienta před operací. (Matušková, 2011, s. 16; Sosna, 2003, s. 21)

Komplikace se dle časového hlediska rozdělují na peroperační – během samotné operace a bezprostředně po ní, časné operační - od šesti do osmi týdnů po výkonu a pozdní operační přesahující dobu jednoho roku. (Trč, 2008, s. 911)

Peroperační komplikace

K nejzávažnějším patří smrt během operace například kvůli infarktu myokardu nebo po operaci na tromboembolickou nemoc. (Zemanová, 2014, s. 21) Mezi další patří krvácení z rány, kdy při hladině hemoglobinu pod 90g/l, je nutno podat krevní transfuzi. Důležité je sledovat množství krve v Redonově drénu a to, zda drén krev odvádí či ne, sledovat prosáknutí rány do krytí a hlídat bilanci tekutin. V důsledku krvácení vzniká hematoma. Další komplikace – infekce nejčastěji bakterií kmene *Staphylococcus aureus* nebo *epidermidis*. (Zemanová, 2014, s. 30) Ve snaze předcházet vzniku infekce jsou pacientovi profylakticky podávána antibiotika již v úvodní fázi anestezie a poté ještě čtyřikrát po 6 hodinách. Vznikne-li přesto infekce, musí být pacient přeložen na septickou část oddělení, jsou mu podávána antibiotika, nastupuje k okamžité revizi rány, k jejímu vyčištění a zavedení laváže k proplachu rány. Cílem se stává uchránit endoprotézu před osídlením bakteriemi. K reimplantaci endoprotézy se přistupuje až v případě rozšíření infekce. (Taliánová, 2009, s. 75) Peroperační komplikace mohou být i mechanického charakteru – dislokace části endoprotézy či její úplná luxace. Zřídka dochází k poranění nervů inervujících dolní končetinu, tedy n. ischiadicus a n. femoralis. a vzniká nervová obrna. (Dungl, 2014, s. 782; Trč, 2008, s. 912)

Časné operační komplikace

Mezi časnými operačními komplikacemi dominuje flebotrombóza, která může zapříčinit i fatální embolizaci do plic. (Matušková, 2011, s. 17)

Pozdní operační komplikace

Jednou z nejčastějších pozdních komplikací je pozdní infekce v kloubu, odmítnutí implantátu tělem či jeho uvolnění. Kloubní náhrady mohou být dobře funkční až dvacet let. Časem se ale zhoršuje jejich funkčnost, odírají se a uvolňují, mohou vyvolávat bolest. V takovém případě nastupuje revizní operační výkon s výměnou starého umělého kloubu za nový. (Bird, 2007, s. 206; Cikánková, 2010, s. 91)

1.3.5 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Předoperační péči lze rozdělit z hlediska časového, na dlouhodobou přípravu pacienta a úpravu domácího prostředí a vlastní předoperační přípravu pacienta. (Taliánová, 2009, s. 76)

Dlouhodobá příprava

Z hlediska dlouhodobé přípravy by měl pacient upravit prostředí, ve kterém bude po operaci pobývat. Zajistit si osobu, jež o něj bude po propuštění do domácího prostředí pečovat. Dále odstranit veškeré rohožky, dekorační předměty a jiné věci, bránící volnému pohybu s francouzskými berlemi nebo předměty zvyšující riziko uklouznutí. Dále upravit sociální zařízení – nástavec na WC, madla, v koupelně pokud možno zaměnit vanu za sprchový kout, doplnit madly a sklápěcím sedátkem, použít protiskluzové podložky. (Taliánová, 2009, s. 76)

Upravit lůžko a křesla či židle do vhodné výšky, připravit si pomůcky usnadňující sebeobsluhu například dlouhou lžící na obouvání bot, oblékač na ponožky, podavač,... Opatřit si vhodnou obuv – měkkou a pohodlnou, s podpatkem nejvýše tři centimetry, s klenbou, které se dobře obouvají. Je také žádoucí, aby si pacient nacvičil cviky ještě před operací, čímž, alespoň částečně, posílí svalstvo. Celkově je v zájmu každého pacienta snažit se zvyšovat, či alespoň udržovat svoji fyzickou zdatnost a dbát na správnou životosprávu, zejména pak snižovat svoji hmotnost. Ne však příliš radikálně a během posledního měsíce před operací. (Sosna, 2003, s. 23, 24)

Dále si pacient musí zajistit interní předoperační vyšetření, příslušné odběry biologického materiálu a dle svého zdravotního stavu si dává krev na autotransfuzi. (Sosna, 2003, s. 22; Taliánová, 2009, s. 76)

Pacient by si měl s sebou do nemocnice nachystat své osobní věci a pomůcky, které vyžaduje daný operační výkon (elastické kompresní punčochy, francouzské berle a pravidelně užívané léky) dále by měl s sebou přinést výsledky předoperačního vyšetření, RTG snímky kyčelního kloubu a EKG záznam. Dle upozornění ortopedickou klinikou by měl zhruba jeden týden před nástupem do nemocnice vysadit tyto léky – hormonální antikoncepci, antirevmatika, ale především antitrombotika (Anopyrin, Godasal) a antikoagulantia (Warfarin, Pradaxa, Xarelto). (Krčová, 2011; Taliánová, 2009, s. 76)

Vlastní předoperační příprava

Po příchodu na ortopedické oddělení je pacient přijat jak všeobecnou sestrou, tak lékařem. Následuje anesteziologické konzilium a předepsání premedikace. Mělo by proběhnout poučení pacienta o výkonu a pooperačním období. V dokumentaci musí být založeny pacientem podepsané následující formuláře. Souhlas s hospitalizací, souhlas s výkonem, stranový protokol, souhlas s transfuzí, s podáním anestezie a s poskytováním informací. Od půlnoci před operací už pacient nesmí nic jíst, pít ani kouřit. Ráno v den operace vykoná hygienu. Následuje příprava (oholení) operačního pole, zajištění osobních věcí pacienta a podání premedikace dle informací z operačního sálu a dle ordinace anesteziologa. Pacient odjíždí na sál se zkompletovanou dokumentací, RTG snímky a intravenózně podávanými antibiotiky, v doprovodu ošetřující všeobecné sestry. (Schneiderová, 2014, s. 28; Sosna, 2003, s. 27)

1.3.6 POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péče časná

Po operačním zákroku je pacient převezen na jednotku intenzivní péče. Leží na zádech s nataženou operovanou dolní končetinou, s využitím polohovacího klínu se zajistí abdukční postavení v kyčelním kloubu, operovaná končetina se umístí do derotační boty a zajistí se vaky s pískem, kvůli vnitřní rotaci špičky, což je antiluxační poloha. Na JIP se pravidelně monitorují fyziologické funkce (tlak, pulz, saturace, tělesná teplota a EKG křivka), sleduje se operační rána – prosakování, množství tekutiny odvedené Redonovým drénem, citlivost

a prokrvení dolních končetin při odeznívání anestezie. Nezbytně nutná je i prevence vzniku dekubitů v oblasti pat. Všeobecná sestra pečuje také o případně zavedený permanentní močový katétr (PMK), sleduje příjem a výdej tekutin a pečuje o periferní žilní katétr (PŽK). Dle ordinace lékaře a stupnice bolesti (VAS) se pacientovi intravenózně podávají analgetika, profylaktické dávky antibiotik, transfuze a v neposlední řadě infuzní roztoky k zajištění optimální hydratace. Pacient má v den operace ordinováno nic per os, pouze tekutiny dle celkového stavu. Dle potřeby přikládáme na ránu led. V den operace pacient dodržuje klid na lůžku, nevstává. (Cikánková, 2010, s. 90; Taliánová, 2009, s. 76)

Následná pooperační péče

Pacient je z jednotky intenzivní péče převezen na standardní oddělení zpravidla druhý pooperační den, již bez derotační boty, vhodnou polohu zajišťují pouze vaky s pískem. Všeobecná sestra třikrát denně kontroluje fyziologické funkce pacienta, kontroluje funkčnost zavedené intravenózní kanyly a okolí vpichu, stejně jako funkčnost PMK a RD (Redonova drénu), jež se odstraňuje dle funkčnosti, zpravidla druhý pooperační den. PMK třetí až pátý pooperační den. Zpravidla jedenkrát denně se provádí aseptický převaz operační rány. Pokud je rána klidná, stačí převaz jedenkrát denně, sákně-li, převazujeme dle potřeby. Stehy jsou odstraňovány většinou mezi desátým a dvanáctým dnem v zařízení následné péče nebo v ortopedické ambulanci. Analgetika pacient dostává formou intramuskulární injekce nebo perorálně, většinou i před rehabilitací. Dbá se na antidekubitární prevenci, prevenci tromboembolické nemoci (TEN), dostatek tekutin, redukci otoku přikládáním ledu na ránu. Pacient cvičí pod vedením fyzioterapeuta. (Taliánová, 2009, s. 76)

Po celou dobu hospitalizace má pacient v rámci prevence TEN přiloženy vysoké elastické bandáže nebo kompresní punčochy, je zahájena rehabilitace co nejdříve po operaci – první pooperační den, je podáván dostatek tekutin, jak perorálně, tak intravenózně a každý pacient dostává po dobu hospitalizace antikoagulancia subkutánně (Clexane, Fraxiparine, ...) a zhruba za týden je převeden na antikoagulancia ve formě tablet (Warfarin, Anopyrin, Pradaxa, Xarelto, ...), podle toho, zda některé z těchto preparátů užíval již před operací (Taliánová, 2009, s. 76, 77)

1.3.7 REHABILITACE

Rehabilitace by měla začínat již při objevení se osteoartrózy jako prevence pozdějšího pohybového omezení. Cvičení nemoc neléčí, ale udržuje klouby z dobré kondici. Některé cviky mají za úkol udržet rozsah pohybu v daném kloubu, jiné zase posílit okolní svalové skupiny. (Bird, 2007, s. 158, 159)

Rehabilitační péče se dělí na část předoperační, pooperační a rehabilitaci následnou mimo rehabilitační oddělení. (Cikánková, 2010, s. 91)

Předoperační RHB

Předoperační fáze zahrnuje především důkladné vyšetření postiženého kloubu (omezení rozsahu, ochablé okolní svalstvo, svalové kontraktury). Onemocněním nebo šetřením postižené končetiny dochází k narušení kinetického řetězce, který je tvořen bederní páteří, kyčelním kloubem, kolenem a nohou. Tím dochází k celkově špatnému držení těla, je ovlivněn stereotyp chůze, objevují se bolesti zad a jiných kloubů. (Cikánková, 2010, s. 91, 92; Dungl, 2014, s. 17; Rozkydal, 2012, s. 49) Fyzioterapeut má za úkol seznámit pacienta s výkonem, se zaměřením na rehabilitaci po výkonu. V rámci předoperační péče se protahují kontrahované skupiny svalů, nacvičuje se pohyb v lůžku, sed, stoj i následná chůze. Pacient je poučen o rizikových pohybech a opatřeních. (Cikánková, 2010, s. 92)

Pooperační RHB

První den po operaci pacient leží a je pečlivě monitorován. Personál i pacient dbají na udržení správné pooperační polohy končetiny, nesmí se křížit dolní končetiny přes sebe, vytáčet špičky směrem od sebe, pokrčovat nohu, unožovat, sedat si v lůžku ani lehat na bok, aby nedošlo k luxaci kloubu. Jako prevence rizikových pohybů se pacientovi dává operovaná končetina do antirotační boty, jež je zajištěna pytlíky s pískem a mezi dolní končetiny se vkládá abdukční klín. Na JIP pacient pod vedením rehabilitačního pracovníka provádí pouze dechová cvičení a vleže procvičuje zdravé končetiny. Nevstává z lůžka, svoji potřebu vykonává do podložní mísy či močové láhve, derivace moči může být zajištěna PMK. (Drtinová, 2009, s. 55) Obvykle první pooperační den, dle zdravotního stavu, se pacient na lůžku posazuje, trénuje sed a stoj u lůžka, způsob správného vstávání a ulehání do lůžka i chůzi v chodítku, vše za pomoci rehabilitačního pracovníka. Od druhého pooperačního dne, kdy je pacient převezen na standardní oddělení, začíná cvičit intenzivněji, chodí v chodítku.

Od třetího pooperačního dne se učí chůzi o francouzských berlích. Během rehabilitace a postupného zotavování pacienta se může dostavit únava, slabost, pocit bezmoci, při vstávání a chůzi je třeba pamatovat na závratě a synkopy, je zvýšené riziko pádu. Pacient by neměl chodit sám bez dohledu, měl by využívat předepsané pomůcky a myslet na dostatečný přísun tekutin. Pacient se též učí používat berle při chůzi, s úplným nebo alespoň částečným odlehčením končetiny. Musí se hlídat správný stereotyp chůze. Zhruba osmý až devátý den začíná nácvik chůze ze schodů a do schodů s využitím francouzských berlí. (Sosna, 2003, s. 31) Při chůzi ze schodů jdou nejdříve obě berle, poté operovaná a nakonec neoperovaná končetina, do schodů se začíná neoperovanou, následuje operovaná a jako poslední obě berle. (Cikánková, 2010, s. 96) Analgetika jsou již pouze na vyžádání pacienta, například při rehabilitaci. (Sosna, 2003, s. 31)

RHB následná

Hospitalizace trvá většinou 7-14 dnů. Důležitá je následná péče ať už formou lázeňského pobytu, cvičení v rehabilitačním středisku nebo ambulantní rehabilitace. Pacient by před propuštěním z nemocnice měl zvládat chůzi o francouzských berlích, jak po rovině, tak na schodech, s odlehčením operované končetiny dle doporučení operátora, většinou zatěžovat jen na 1/3 váhy. Zatížení končetiny s cementovanou náhradou probíhá zhruba takto: zatížení třetinou tělesné hmotnosti v prvních třech týdnech, na dvě třetiny zatížení do doby tří měsíců od operace a potom postupně naplno. Necementovaný typ náhrady: po šest týdnů bez zátěže, pak postupně zatěžujeme na polovinu hmotnosti a je-li vše bez komplikací, tak na třech měsících probíhá již úplné zatížení. Pacient jizvu nesmí namáčet, až do vytažení stehů, poté ji může osprchovat. Nastupuje i péče o jizvu v podobě tlakové masáže, používá se vazelína nebo nesolené sádlo, masíruje se směrem ke středu jizvy, aby se jizva nerozestupovala. (Cikánková, 2010, s. 92, 93, Drtinová, 2009, s. 55, 56)

1.4 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI PACIENTA

Nelze poskytovat adekvátní péči pacientovi bez zhodnocení jeho funkčního stavu. Ať už je to formou sledování pacienta, rozhovorem či nejrůznějšími hodnotícími škálami, je důležité zjistit, jak pacient zvládá běžné denní aktivity. Cílem škál není jen zhodnocení funkčního stavu pacienta během hospitalizace nebo v domácí péči, ale také naučit pacienta novým

dovednostem, pomoci jemu i rodině adaptovat se na novou situaci a snažit se o maximální spolupráci. (Pendleton, 2013, s. 159)

Jednou ze škál používaných se k hodnocení soběstačnosti je ADLs, hodnotí běžné dovednosti se zaměřením na péči o vlastní tělo. Má celkem 10 oblastí jako například příjem potravy a tekutin, koupání, vylučování, oblékání. Viz příloha B (Pendleton, 2013, s. 159)

Soběstačnost pacienta lze rozdělit do pěti funkčních úrovní od nuly do čtyřky. Pacient patřící do úrovně nula, je plně soběstačný, vše zvládá sám bez pomoci personálu a dalších pomůcek. Do kategorie jedna, se řadí pacient schopný sebeobsluhy, ovšem za pomoci různých prostředků. U druhého stupně je třeba asistence další osoby, případně dohled a edukace. Ve třetí kategorii se k pomoci druhé osoby přidává ještě využití pomůcek. Pod poslední, čtvrtou kategorií, se skrývá pacient zcela závislý, odkázan na komplexní ošetrovatelskou péči. (Marečková, 2006, s. 120)

Za plně soběstačného pacienta, řadícího se do kategorie nula, se považuje ten, který je schopen sám si opatřit a připravit jídlo a sníst ho. Ten, který zvládá celkovou osobní hygienu, obléknutí a svléknutí se a chodí upravený. Ten, který se samostatně pohybuje a vyprazdňuje fyziologickým způsobem. (Mikšová, 2006, s. 232, 233)

Oxfordský dotazník zkoumá soběstačnost pacientů v oblastech péče o sebe sama. V oblastech bolesti kloubu, limitech při chůzi, vstávání ze židle, kulhání, při hygieně, nakupování, přepravě, domácích pracích. Poté dojde k celkovému vyhodnocení a přiřazení do příslušné kategorie. (Boušková, 2013, s. 27, 28)

1.5 EDUKACE PACIENTA

Slovo edukace, pocházející z latinského *educare*, *educare* – vést vpřed či vychovávat, zahrnuje proces systematického působení na jedince v oblastech chování a jednání, s cílem mít pozitivní vliv na jeho postoje, návyky, vědomosti a také dovednosti. (Juřeníková, 2009, s. 9)

Edukační proces zahrnuje čtyři segmenty. V první řadě edukant (pacient), dále edukátor (lékař, všeobecná sestra, rehabilitační pracovník, fyzioterapeut, ...), edukační prostředí (místo, osvětlení, atmosféra) a edukační konstrukty, které mají například formu edukačního standardu, jež pomáhají udržet kvalitu edukace. (Juřeníková, 2009, s. 10, 11)

Edukace probíhá na úrovni základní, komplexní a reedukační. Během základní edukace pacient obdrží nové informace nebo si osvojí nové dovednosti, většinou týkající se změny

jeho zdravotního stavu, cílem je motivovat ke změně postojů a k přehodnocení žebříčku hodnot. Komplexní edukace staví na dlouhodobějším vzdělávání pacienta v určité oblasti, jsou budovány a trénovány nové dovednosti. Patří sem například kurzy pro diabetiky, stomiky a další, často pod vedením různých organizací. Při reedukaci se zaměřuje na ověření již získaných informací a dovedností a na jejich prohloubení. (Juřeníková, 2009, s. 11, 12)

Edukace se provádí pomocí různých metod např. přednášky, diskuze, praktického nácviku. Každá metoda by měla být zvolena individuálně vzhledem k potřebám a překážkám pacienta. (Novotná, 2010, s. 29)

Edukací uspokojujeme edukační potřebu pacienta, to znamená jeho nedostatek v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivním přístupu ke svému zdraví. Neuspokojení edukační potřeby může ovlivnit zdraví ihned či v dlouhodobějším horizontu. (Juřeníková, 2009, s. 25)

1.5.1 PŘEDOPERAČNÍ EDUKACE

Edukace pacienta již při úvodu hospitalizace je velice důležitá. Navozuje klid, do určité míry zbavuje strachu, především z neznáma a usnadňuje spolupráci pacienta s personálem po celou dobu hospitalizace. Dbá se na srozumitelnost předávaných informací a na adekvátní formu edukace. Předání edukačních materiálů by mělo být doplněno o rozhovor na dané téma s dostatečným prostorem pro dotazy. (Sigmundová, 2010, s. 32)

Edukace ohledně výměny kyčelního kloubu zahrnuje poučení o přípravě domácího prostředí před nástupem do nemocnice (příprava pomůcek usnadňujících pohyb a denní činnosti, instalace madel, sedátka do vany/ zřízení sprchového koutu, příprava nástavce na WC...), předoperační přípravu a následnou pooperační péči. (Sigmundová, 2010, s. 32; Vytejšková, 2011, s. 95).

1.5.2 POOPERAČNÍ EDUKACE

V pooperačním období nastupuje reedukace pacienta se zaměřením na bezpečnost pohybu, rizikové pohyby a činnosti. Nejdůležitější je zabránit luxaci umělého kloubu. (Sosna, 2003, s. 32) Pacient by také měl být edukován o prevenci TEN a antikoagulační léčbě, o nutnosti rehabilitovat, jak na oddělení, tak po propuštění. Vhodný je i rozhovor na téma následné péče – časový rozsah, cena a pomůcky. (Novotná, 2012, s. 29)

VÝZKUMNÁ ČÁST

1.6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké bude spektrum oslovených respondentů?
2. Jak se bude lišit soběstačnost pacientů před a půl roku po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu hodnocená Oxfordským dotazníkem?
3. Ve kterých oblastech Oxfordského dotazníku došlo u respondentů k největším změnám před a půl roku po implantaci totální endoprotézy?
4. Jaká bude intenzita bolesti na VAS před a půl roku po implantaci kyčelního kloubu?

1.7 METODIKA ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Tato práce se řadí k pracím Teoreticko-výzkumným/průzkumným. Je založená na výsledcích kvantitativního výzkumu, který se týká vytyčených cílů. Jako metoda výzkumu bylo použito dotazníkové šetření. Dotazník je tvořen sadou otázek, spojených v jeden dokument, které poskytují potřebné informace. (Kutnohorská, 2009, s. 41)

Pacientům byl rozdán dotazník tvořený dvěma částmi. První, standardizovaná část – Oxfordský dotazník je tvořena 12 otázkami a zaměřuje se přímo na problémy, kterými pacient s artrózou trpí a jak soběstačný je v běžných denních aktivitách. Průměrné hodnoty u jednotlivých otázek se sečtou a tvoří celkovou hodnotu OHS. (Naal, 2008, s. 953) Oxfordský dotazník byl z angličtiny přeložen do mnoha jazyků, využívá se například v Dánsku či Itálii. (Paulsen, 2012) Pro potřeby výzkumu k bakalářské práci s názvem Hodnocení soběstačnosti u pacientů po TEP kolene a kyčle studentky Jany Bouškové, byl Oxfordský dotazník přeložen v roce 2013 nezávisle na sobě učitelem angličtiny a ortopedem z anglického originálu do češtiny a zpět. Druhá část dotazníku obsahuje základní údaje o pacientovi - pohlaví, váhu, výšku, BMI a doplňující otázky ke standardizované části týkající se například bolesti, analgetik, příčiny onemocnění a dalších.

Před vlastním výzkumem proběhla pilotáž terénu. Ta spočívala v rozdání dotazníku 10 pacientů během dubna 2014. Po výsledcích pilotáže byly provedeny změny v nestandardizované části dotazníku, napomáhající zejména k lepšímu pochopení otázek. Následně byl dotazník dvakrát rozdán pacientům. Nejdříve před operací a potom půl roku po operaci při kontrole v ortopedické ambulanci. Výzkumné šetření probíhalo se souhlasem zmíněných pracovišť od dubna 2014 do února 2015.

Výzkumný soubor tvořili pacienti z ortopedického oddělení a následně z ortopedické ambulance v nemocnici fakultního typu, kteří s výzkumem souhlasili. Nebyl brán zřetel na věk ani pohlaví. Z výzkumu byli vyřazeni pouze pacienti, kteří byli přijati na reimplantaci kyčelního kloubu. Zařazeni byli pouze ti čekající na primoimplantaci. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 93 respondentů, 50 před operací a 43 po operaci. Data jsem sbírala osobně a za pomoci zaměstnanců ortopedické kliniky. Z původně zamýšleného počtu 50 respondentů před i po operaci se mi z nejrůznějších důvodů nepodařilo získat data po operaci od 7 respondentů a některé dotazníky bylo nutno z výzkumu vyřadit kvůli jejich nejednoznačnému vyplnění. Výsledky prezentované v této práci tedy vycházejí ze vzorku 40 pacientů před operací a 40 po operaci.

Pomocí programů sady Microsoft Office, Microsoft Word 2010 a Microsoft Excel 2010, byly dotazníky vyhodnoceny a zpracovány do tabulek a grafů.

1.8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

1.8.1 PREZENTACE VÝSLEDKŮ NESTANDARDIZOVANÉ ČÁSTI DOTAZNÍKU

Soubor respondentů

1. Pohlaví respondentů

Tabulka 1 Rozložení respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
Žena	24	60%
Muž	16	40%
Celkem	40	100%

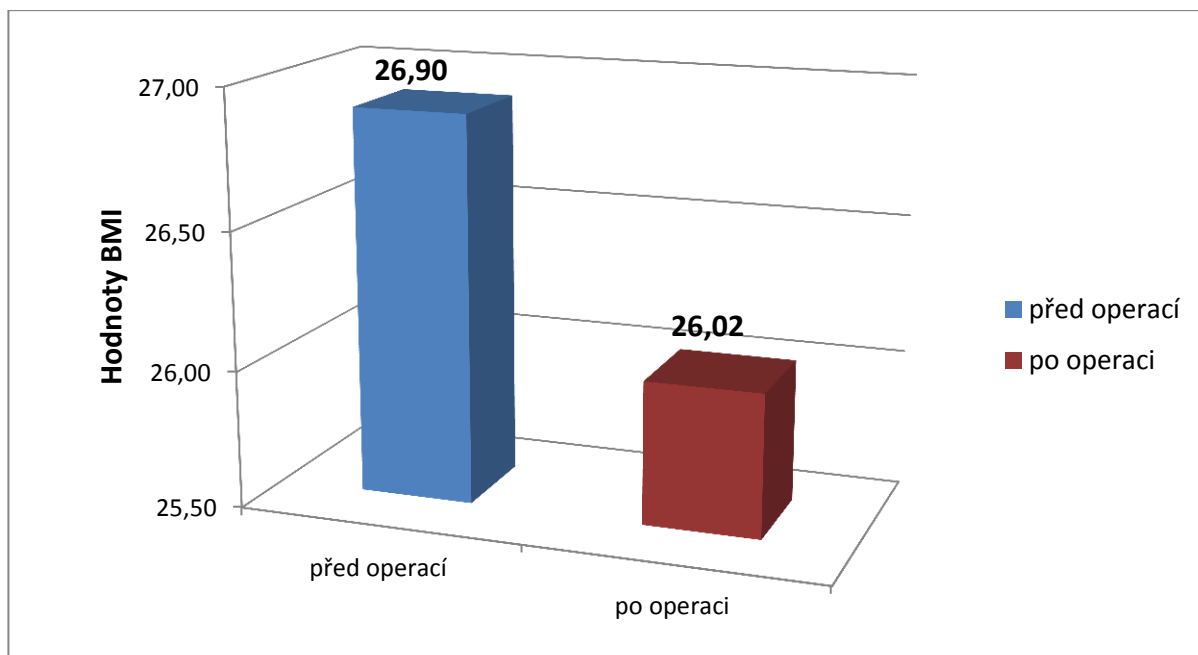
V tabulce č. 1 lze vidět celkový počet respondentů, kteří byli ochotni vyplnit dotazník před operací i po operaci a tento vyplnili správně. Výzkumný soubor je tedy tvořen 24 ženami a 16 muži.

2. Věk respondentů

Tabulka 2 Průměrný věk respondentů

Průměrný věk ženy	69
Průměrný věk muži	68
Celkový průměrný věk	69

Tabulka č. 2 ukazuje, že průměrný věk respondenta byl 69 let. U mužů byl průměrný věk o jeden rok nižší.



Obrázek 1 Graf průměrné hodnoty BMI respondentů před operací a po ní

Graf č. 1 ukazuje hodnoty BMI pacientů před a po operaci. Hodnoty byly vypočítány pomocí zjištěné váhy a výšky u každého respondenta dle vzorce v příloze E? Průměrná předoperační hodnota BMI byla 26,90 a pooperační 26,02.

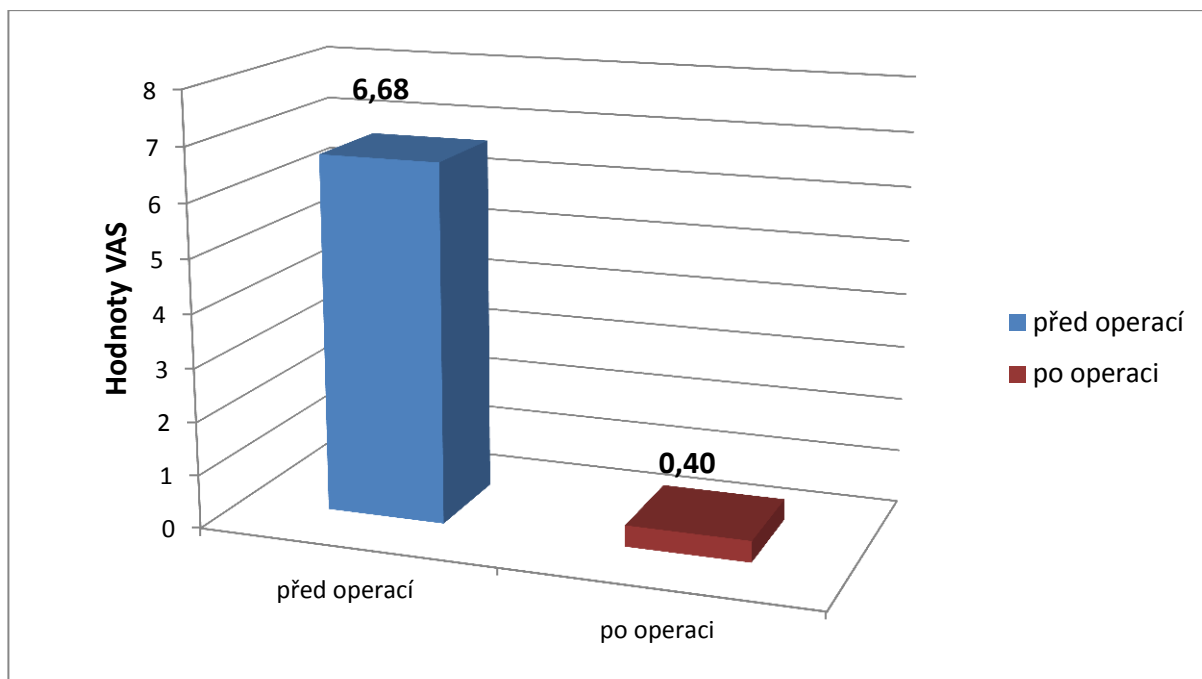
Jednotlivé otázky

1. Jakou máte nyní bolest?

Tabulka 3 Intenzita bolesti respondentů před operací a po ní dle VAS.

	Před operací		Po operaci	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
0	0	0%	35	87%
1	0	0%	0	0%
2	0	0%	1	3%
3	3	8%	2	5%
4	4	10%	2	5%
5	8	20%	0	0%
6	4	10%	0	0%
7	3	8%	0	0%
8	7	17%	0	0%
9	9	22%	0	0%
10	2	5%	0	0%
Celkem	40	100%	40	100%

Tato tabulka ukazuje kolik respondentů mělo jakou intenzitu bolesti na VAS, jak před operací, tak po operaci. V předoperačním období začínala intenzita bolesti respondentů až na hodnotě 3 a nejvíce jich trpělo bolestí intenzity 9. Po půl roce naopak maximální intenzita bolesti dosahovala čísla 4. Nulu označilo 35 respondentů. Průměrná hodnota bolesti dle VAS byly před operací 6,68 poté pouhých 0,4.



Obrázek 2 Graf průměrné bolesti respondentů před operací a po ní dle VAS.

Pacienti označili na vizuální analogové škále (VAS 0-10) sílu bolesti, kterou jim kyčelní kloub způsobuje. Průzkum ukázal, že hodnota průměrné bolesti před operací je 6,68 a po operaci 0,40.

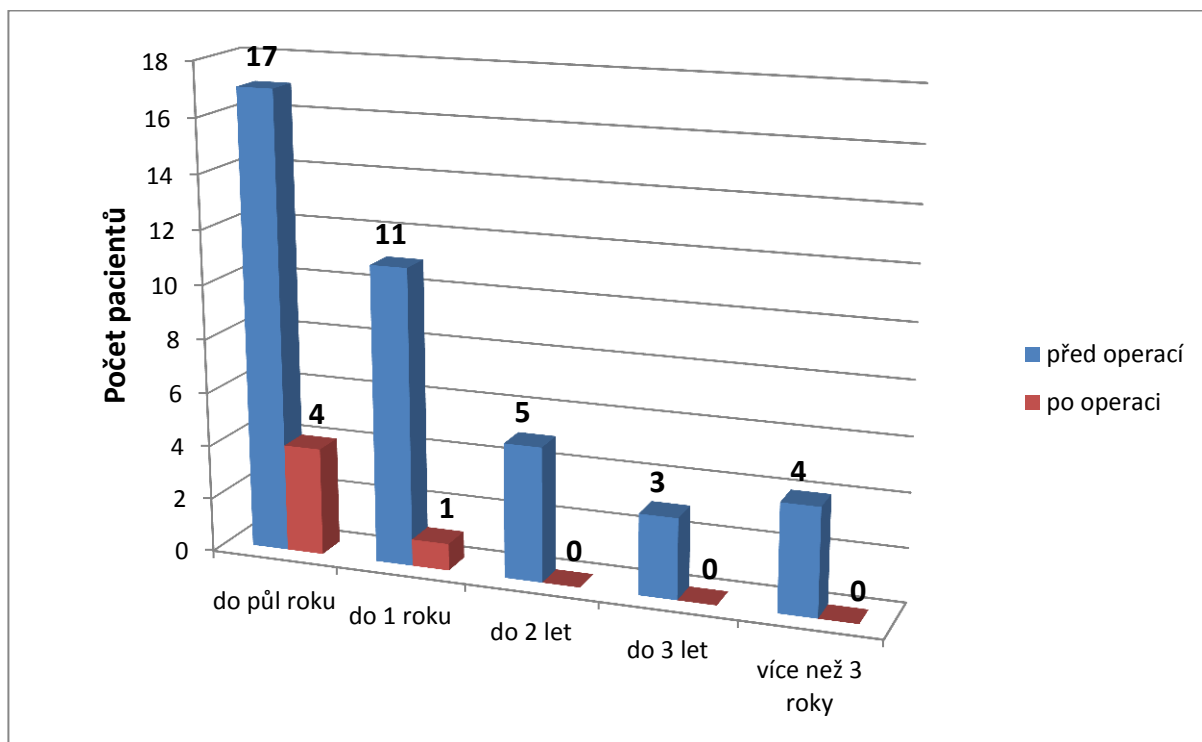
2. Jak souvisí Vaše bolest s denními aktivitami?

Tabulka 4 Souvislost bolesti respondentů s denními aktivitami

	Před operací		Po operaci	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
0	0	0%	35	87%
1	4	10%	2	5%
2	7	18%	3	8%
3	13	32%	0	0%
4	11	27%	0	0%
5	5	13%	0	0%
Celkem	40	100%	40	100%

Tato otázka byla vyhodnocena dle tabulky Interference bolesti s denními aktivitami. Nadpoloviční většina respondentů (72%) před operací označila možnost 3,4 nebo 5, tedy že jim bolest brání v provádění běžných činností, dělají v nich chyby nebo je vůbec neprovedou. Po operaci dochází k úlevě od bolesti a 87% respondentů zvolilo možnost 0 – jsem bez bolesti. Bolesti, které by bránily ve vykonávání denních aktivit, neměl ani jeden respondent. Průměr hodnot před a po operaci se lišil o 2,95. Před operací byl 3,15 po půl roce 0,20.

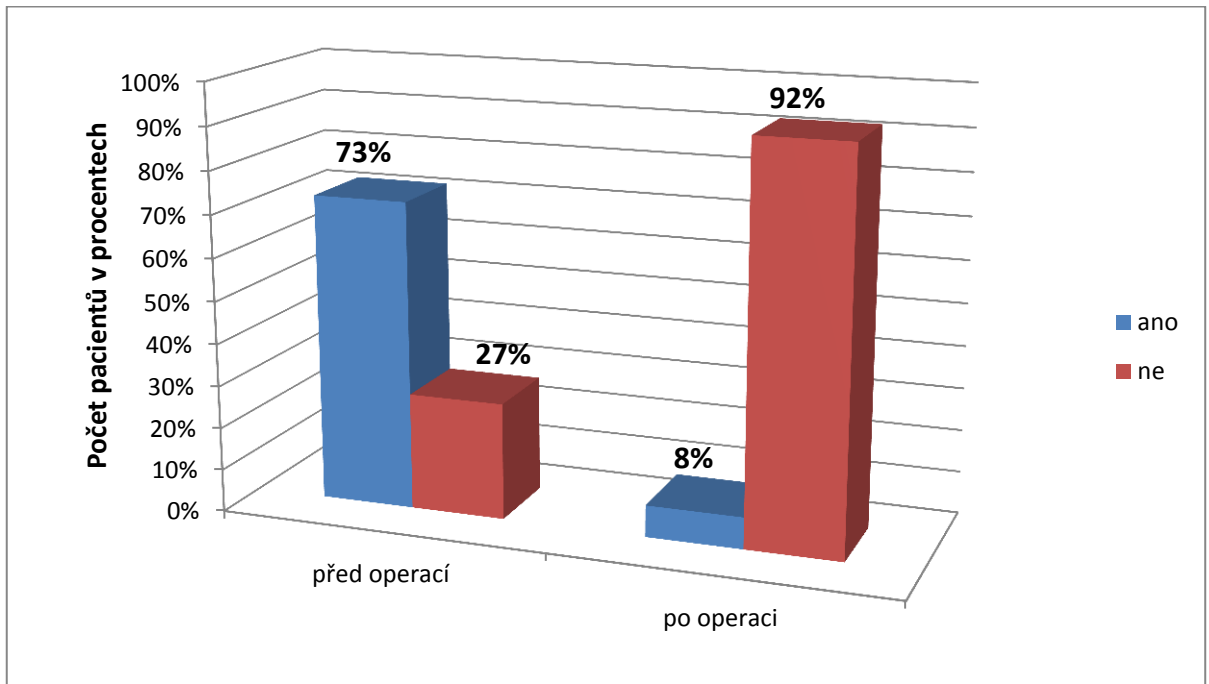
3. Jak dlouho vaše bolest trvá?



Obrázek 3 Graf délky trvání bolesti před operací a po ní

Na tuto otázku před operací odpověděl celý soubor (40 respondentů), po operaci už jen 5 respondentů, zbylých 35 bylo bez bolesti a otázku proškrtno. Jak lze vidět na grafu č. 3 před operací 17 respondentů trpělo bolestmi trvajících do půl roku, 11 více než půl roku, ale méně než rok, 5 do 2 let, 3 do 3 let a bohužel 4 respondenti měli bolesti delší než 3 roky. Půl roku po operaci měli bolesti 4 respondenti, do 1 roku jen jeden.

4. Užíváte nějaké léky na bolest (analgetika)?



Obrázek 4 Graf potřeby analgetik před a po operaci

Graf č. 4 znázorňuje, kolik procent pacientů z celkového počtu 40, užívalo před nebo po operaci analgetika. Je z něj vidět, že před operací to bylo 73% pacientů, 27% neužívalo nic. Půl roku po operaci 92% pacientů žádná analgetika nepotřebovala, pouze 8% ano.

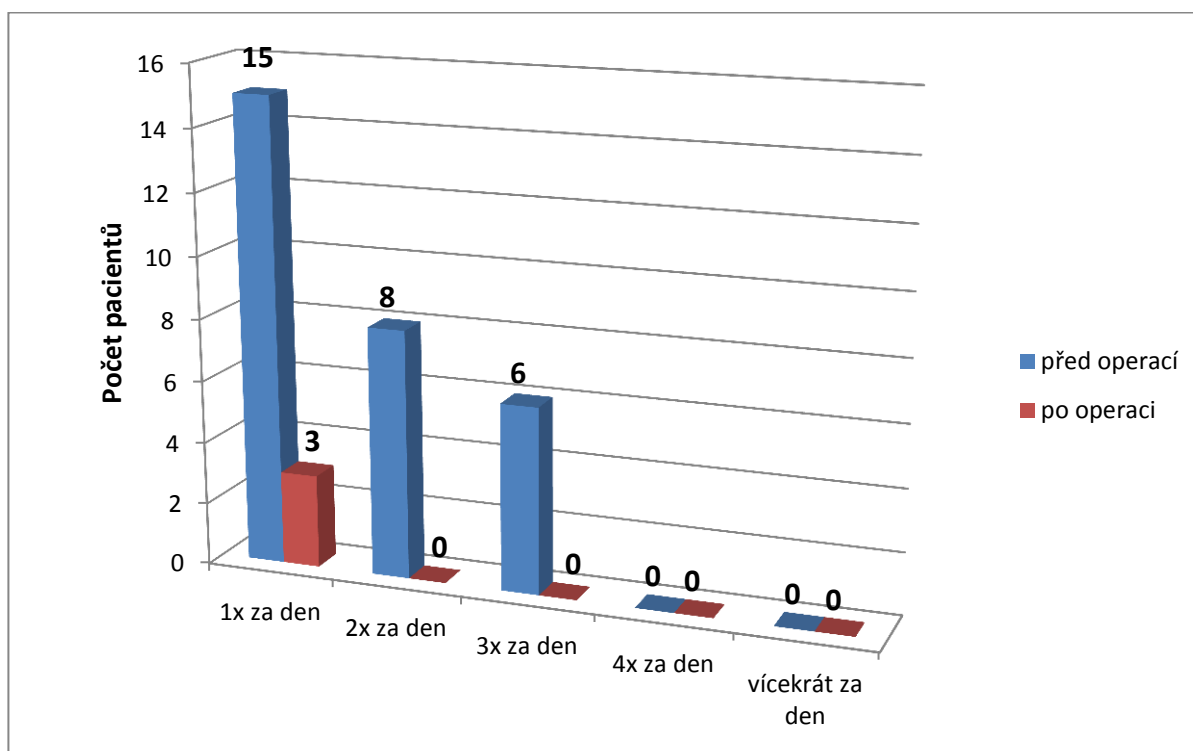
5. Pokud ano, jaké to jsou?

Tabulka 5 Četnost užívání jednotlivých druhů analgetik

	Před operací		Po operaci	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
Aulin	7	17%	0	%
Coxtral	1	3%	0	0%
Diclofenac	1	3%	0	0%
Ibalgin	13	32%	3	7%
Nimesil	1	3%	0	0%
Novalgin	1	3%	0	0%
Tralgit	2	5%	0	0%
Tramal	3	7%	0	0%
Celkem	29	73%	3	7%

Pacienti čekající na operaci nejčastěji jako analgetikum volili Ibalgin 32%, 17% užívalo Aulin. 27% - 11 pacientů na tuto otázku neodpovídalo a proškrtlo ji, protože nic na bolest neužívali, vyplývá to z výsledků u otázky č. 4. Po operaci užívali analgetika pouze 3 pacienti, tedy 7% a ve všech případech to byl Ibalgin. 93% - 37 pacientů otázku proškrtlo, bolest na VAS hodnotili číslem 3 nebo 4 a nic na bolest užívat nechtěli.

6. Kolikrát denně je užíváte?



Obrázek 5 Graf četnosti užívání analgetik během dne

Na grafu č. 5 opět sledujeme rozdíl bolesti v předoperačním a pooperačním stavu. Z 29 pacientů, kteří užívali analgetika před operací, 15 pacientů 1x za den, 8 2x za den, 6 3x za den, častěji už nikdo. 11 pacientů odpověď proškrtlo vzhledem k tomu, že jejich odpověď u otázky č. 4 byla negativní. Po operaci se bez analgetik obešlo 37 pacientů, jak plyne z otázky č. 4, proto tuto otázku proškrtli. 3 pacienti užívali po operaci analgetika 1x za den.

7. Užíval (a) jste před operací chondroprotektiva?

Tabulka 6 Užívání chondroprotektiv před operací a po ní

	Abs. četnost	Rel. četnost
Ano	24	60%
Ne	16	40%
Celkem	40	100%

Dle této tabulky 60% respondentů před operací užívalo nějaká chondroprotektiva.

8. Co si myslíte, že je příčinou Vašeho onemocnění?

Tabulka 7 Příčiny onemocnění dle úsudků respondentů

	Abs. četnost	Rel. četnost
Artróza - degenerativní příčina	15	38%
Artritida - zánětlivá příčina	3	7%
Úraz	4	10%
Sport	4	10%
Vrozená kyčelní dysplazie	6	15%
Obezita	4	10%
Zaměstnání	3	7%
Jiné	1	3%
Celkem	40	100%

Nejčastější příčinou onemocnění vedoucí k operačnímu řešení formou endoprotézy je artróza u 38% poté vrozená kyčelní dysplazie u 15% a na třetím místě, u 10% respondentů, je to úraz, sport či obezita. Jeden respondent označil možnost jiné a udal jako příčinu onemocnění cystu v oblasti kyčelního kloubu.

9. Už máte za sebou nějakou operaci s výměnou kloubu?

Tabulka 8 Četnosti přímo operací a násobných operací s endoprotézou kloubu

	Abs. četnost	Rel. četnost
Ano	7	18%
Ne	33	82%
Celkem	40	100%

Průzkum ukázal, že pro 33 respondentů tedy 82% je plánovaná operace první operací s výměnou kloubu. 18% už má endoprotézu některého jiného kloubu.

1.8.2 PREZENTACE VÝSLEDKŮ STANDARDIZOVANÉ ČÁSTI DOTAZNÍKU

1. Jak byste popsal (a) obvyklou bolest Vaší kyčle?

Tabulka 9 Obvyklá bolest v kyčelním kloubu

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	0	4	1	21	14	4,13
Po operaci	37	3	0	0	0	1,08

V této otázce odpovědělo před operací 21 respondentů, že jejich bolest je velmi špatná a 14 má nesnesitelnou bolest. Průměrná hodnota v tomto období byla 4,13. Půl roku po operaci většina pacientů (37) hodnotila bolest jako výbornou, tedy netrpěli žádnou bolestí, malou bolest měli jen 3 pacienti a průměrnou hodnotou je číslo 1,08. Rozdíl průměrných hodnot je zde 3,05 a je největším ze všech 12 otázek standardizované části.

2. Trápí Vás bolesti kyčle v noci v posteli?

Tabulka 10 Noční bolestivost kyčelního kloubu

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	14	5	9	8	4	2,58
Po operaci	40	0	0	0	0	1

Z této tabulky je vidět, že před operací nemá s bolestí v noci žádný problém 14 pacientů, 9 vnímá bolest jako špatnou, 8 jako velmi špatnou a 4 jako nesnesitelnou. Půl roku po operaci všichni pacienti odpověděli, že je bolesti v noci netrápí. Rozdíl průměrných hodnot činí 1,58.

3. Už jste měl (a) nějaké náhlé, silné bolesti (vystřelující, bodavé nebo křeče) z postiženého kyčelního kloubu?

Tabulka 11 Výskyt náhlých, silných bolestí v kyčelním kloubu

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	3	7	12	14	4	3,23
Po operaci	37	3	0	0	0	1,08

Z tabulky č. 11 je vidět, že 18 respondentů hodnotí výskyt náhlých, silných bolestí v předoperačním stavu velmi špatně či nemožně, což znamená, že pociťují bolesti většinu dní, ne-li denně. 12 jen někdy a zbytek jen občas nebo vůbec. Průměrnou hodnotou je číslo 3,23. Bez bolestí je po operaci 37 respondentů a 3 se to týká jen občas. Došlo k poklesu průměrné hodnoty o 2,15 na číslo 1,08.

4. Kulháte při chůzi, kvůli bolesti Vaší kyčle?

Tabulka 12 Vliv bolesti v kyčelním kloubu na kulhání

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	0	10	10	13	7	3,43
Po operaci	37	2	0	0	1	1,15

Kvůli bolesti v kyčelním kloubu před operací různou mírou kulhá všech 40 pacientů. Z toho 7 při každém kroku a 13 většinou. Průměrnou hodnotou odpovědí v této tabulce je číslo 3,43 před operací a 1,15 po operaci. 37 pacientů je zbaveno kulhání úplně nebo kulhá jen zřídka. U jednoho se stav nezlepšil ani operací – kvůli plánované operaci na druhém kyčelním kloubu v nejbližší době.

5. Jak dlouho jste schopen (na) jít, než je bolest v kyčli příliš silná? (S opěrou pomůckou nebo bez ní)

Tabulka 13 Doba chůze vzhledem k bolestivosti

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	0	13	10	12	5	3,23
Po operaci	39	1	0	0	0	1,03

Před operací není žádný pacient schopen jít 30 a více minut bez bolesti, 13 pacientů zvládá 16 a více minut, 10 pouze do čtvrt hodiny, 12 krátké přechody jen po bytě a 5 kvůli bolesti nechodí. Průměrná hodnota vycházející z tabulky je 3,23. Po operaci kromě jednoho pacienta nikdo neudal, že by byl limitován bolestí při chůzi 30 a více minut. Pozorujeme zlepšení průměrné hodnoty o 2,2.

6. Jste schopni jít ze schodů?

Tabulka 14 Schopnost sejít ze schodů

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	0	4	18	13	5	3,48
Po operaci	34	5	1	0	0	1,18

V předoperačním období zvládá 18 pacientů sejít schody se středními obtížemi, 13 má extrémní obtíže a 5 to neprovede vůbec. Průměr tvoří číslo 3,48, které je o 2,3 vyšší než po operaci. Schopnost sejít ze schodů úplně bez problémů získalo operací 34 pacientů.

7. Jste schopni dát na nohy pár punčoch nebo ponožek?

Tabulka 15 Schopnost obléci si punčochy či ponožky

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	1	5	10	12	12	3,73
Po operaci	23	16	0	1	0	1,48

Před operací mělo 34 respondentů dle této tabulky větší či menší problém si obléci punčochy nebo ponožky, někteří to bez cizí pomoci nezvládli vůbec. Průměrná hodnota se po operaci posunula z 3,73 na 1,48. Pacienti tak získali zpět schopnost obléci si něco na nohy ve 23 případech, 16 to zvládalo s malými obtížemi a jen jeden téměř nezvládal.

8. Jak bolestivé je pro Vás vstát ze židle po jídle (sezení u stolu) kvůli bolesti Vaší kyčle?

Tabulka 16 Bolestivost při vstávání ze židle

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	0	5	16	17	2	3,4
Po operaci	39	1	0	0	0	1,03

Dle tabulky č. 16 nemá po operaci se vstáváním ze židle kromě jednoho pacienta problém nikdo. Průměrnou hodnotou je 1,03. Oproti předoperačnímu stavu, kdy bylo vstávání ze židle pro všechny pacienty různě bolestivé, je zde vidět posun.

9. Už jste měl (a) nějaké problémy dostat se dovnitř a ven z auta nebo z prostředku veřejné dopravy kvůli bolesti Vaší kyčle?

Tabulka 17 Problémy při cestování automobilem nebo prostředkem veřejné dopravy

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	0	8	13	18	1	3,3
Po operaci	35	4	1	0	0	1,15

Jak můžeme vidět zde v tabulce, 18 respondentů se potýkalo s extrémními potížemi během nastupování či vystupování z dopravního prostředku, 13 mělo mírné potíže, 8 malé nesnáze při výkonu těchto činností a jeden respondent to sám nedokázal vůbec. Průměrná hodnota se zlepšila o více než 2, na číslo 1,15. 35 pacientů nebylo půl roku po zákroku vůbec limitováno v cestování.

10. Už jste měl (a) nějaké potíže s mytím a otíráním těla ručníkem kvůli bolesti Vaší kyčle?

Tabulka 18 Potíže s mytím a otíráním těla ručníkem kvůli bolestivosti

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	2	6	19	12	1	3,1
Po operaci	36	4	0	0	0	1,1

Tabulka č. 18 prozrazuje, jak se pacienti zvládali mýt a otírat ručníkem. Před výměnou kloubu to bez problémů zvládli jen 2, jeden to samostatně nezvládl vůbec a zbytek s potížemi. S novým kloubem tuto činnost samostatně bez problému zvládá 36 pacientů, jen 4 s malou nesází. Rozdíl průměrů hodnot je přesně 2.

11. Mohl (a) byste samostatně chodit na nákupy?

Tabulka 19 Schopnost chodit samostatně na nákup

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	0	7	11	9	13	3,7
Po operaci	37	2	1	0	0	1,1

13 pacientů si kvůli bolesti v kyčelním kloubu nedoje samo na nákup, zbylých 27 má s tímto úkonem potíže v různé míře. U odoperovaných pacientů není nakupování s půlročním odstupem problém, zvládají to samostatně a snadno, jak je vidět v této tabulce. Došlo ke zlepšení průměrné hodnoty o 2,6.

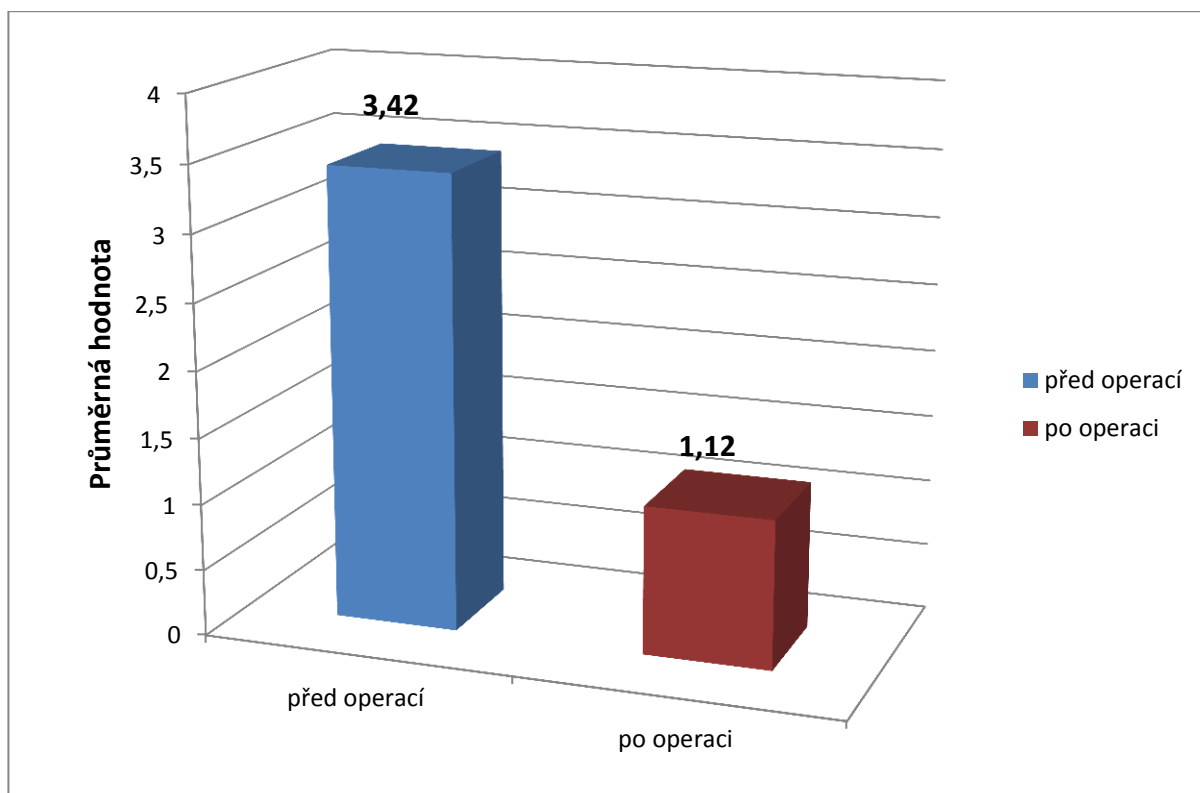
12. Jak moc bolest kyčle zasahuje do Vaší obvyklé práce, včetně práce v domácnosti?

Tabulka 20 Míra zásahu bolesti do obvyklé práce i práce v domácnosti

	Výborné 1	Dobré 2	Špatné 3	Velmi špatné 4	Nemožné 5	Průměrná hodnota
Před operací	0	2	18	10	10	3,7
Po operaci	39	1	0	0	0	1,03

Zde, u 12. otázky, se hodnotila míra zásahu bolesti do činností, které pacient provozuje. Nejvíce pacientů před operací označilo, že jim bolest do vykonávaných aktivit zasahuje středně. S vyměněným kloubem byli až na jednoho pacienta všichni spokojeni, že je bolest už nelimituje v této oblasti. 2,67 je rozdílem průměrných hodnot.

1.8.3 CELKOVÉ VYHODNOCENÍ STANDARDIZOVANÉ ČÁSTI DOTAZNÍKU



Obrázek 6 Graf porovnání průměrných hodnot jednotlivých otázek před a po operaci

Tabulka v příloze A ukazuje průměrné hodnoty jednotlivých otázek standardizované části dotazníku zaměřených na soběstačnost pacienta. Při porovnání předoperačních a pooperačních hodnot je zřejmé velké zlepšení v této oblasti. Průměrná hodnota odpovědí na dané otázky před operací byla 3,42 po operaci o 2,3 nižší, jak lze vidět na grafu č. 6. Výsledné hodnoty OHS byly získány součtem průměrných hodnot všech dvanácti otázek Oxfordského dotazníku. (Naal, 2008, s. 953) Průměrné hodnoty jednotlivých 12 otázek jsou znázorněny na grafu č. 7. v příloze A.

DISKUZE

Výzkum byl prováděn metodou dotazníkového šetření. Zúčastnilo se ho 40 respondentů. Těm byl rozdán dotazník před operací a poté s půlročním odstupem při kontrole v ortopedické ambulanci. Rozložení respondentů ve zkoumaném souboru bylo z hlediska pohlaví nevyrovnané, 24 žen a 16 mužů. Věkový průměr dotazovaných byl 69 let. Průměr hodnot BMI vypočítaných z váhy a výšky každého respondenta byl 26,90 před operací a 26,02 poté.

Výzkumná otázka číslo 1: Jaké bude spektrum oslovených respondentů?

Otázka č. 1 představuje soubor respondentů využitý při výzkumu pro tuto práci. Výzkumu se zúčastnilo 40 respondentů, 24 žen a 16 mužů, nebyl brán zřetel na pohlaví. Průměrný věk u žen 69 let, průměrný věk u mužů 68 let, průměrný věk celého souboru respondentů byl 69 let. V porovnání se souborem 40 respondentů, v práci Jany Bouškové s názvem Hodnocení soběstačnosti u pacientů po TEP kolene a kyčle z roku 2013, (2013, s. 32) je průměrný věk respondentů v této práci o 1 rok nižší. Zastoupení respondentů z hlediska pohlaví bylo u Bouškové vyrovnané, 20 mužů a 20 žen. Pooperační hodnoty byly získány s odstupem 3 měsíců, v této práci až po 6 měsících.

Průměrné předoperační hodnoty BMI byly 26,90, po operaci došlo k poklesu na 26,02. Pacienti vnímali operaci a endoprotézu jako předěl v životě a někteří z nich začali více přemýšlet o své stravě. Navrácená soběstačnost a vymizení bolestí jim umožňuje více se pohybovat, procházet, má pozitivní vliv na psychiku, navrácí kvalitu života. Výše uvedená průměrná hodnota BMI 26,90 znamená nadváhu. Většina pacientů má nadváhu a někteří i obezitu prvního stupně. Na rozdíl od Bouškové (2013, s. 52), kde byla u respondentů sledována „pouze“ nadváha. Je to způsobeno do jisté míry i omezením pohybu kvůli bolestem v kyčelním kloubu. Po operaci sice došlo k poklesu, nicméně průměrně se opět jedná o nadváhu.

Jak vyplývá z otázky č. 8 nestandardizované části dotazníku, nejčastější příčinou vyžadující operační řešení formou TEP, byla artróza u 15 respondentů. Druhým nejčastějším důvodem vrozená kyčelní dysplazie u 6 respondentů.

Výzkumná otázka číslo 2: Jak se bude lišit soběstačnost pacientů před a půl roku po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu hodnocená Oxfordským dotazníkem?

Oblast soběstačnosti pacientů je dána zvládnutím běžných věcí, jako například nakupováním, oblékáním, ale především zvládnutím péče o sebe sama, vykonáváním hygieny. Minimální a maximální hodnoty OHS jsou 12 až 60. (NAAL, 2008, s. 953) Celkové skóre Oxfordského dotazníku vypočítané součtem průměrných hodnot jednotlivých otázek bylo před operací 41,01 půl roku po operaci 13,41, tedy více než třikrát nižší. Z výzkumu Floriana D. Naala MD a kolektivu, jenž byl prováděn od října do listopadu 2007 na 105 pacientech podstupujících totální endoprotézu kyčelního kloubu, ve složení 48 žen a 57 mužů, byla zjištěna hodnota celkového OHS před operací 35, tedy o více než 6 nižší než u souboru v této práci. Číslo je o hodně nižší i v porovnání s jinými OHS např. ve Spojeném království či Dánsku, jako možný důvod nižší hodnoty uvádějí kratší čekací dobu na operaci. (NAAL, 2008, s. 953, 955) Zlepšení po půl roce života s endoprotézou je evidentní, nejvíce v oblasti bolesti. Další otázky výrazně zaměřené na soběstačnost pacienta se skrývají pod čísly 7, 9, 10 a 11. V první z nich se hodnotí schopnost obléci si punčochy nebo ponožky. Před operací to dokázal jeden pacient, po půl roce s endoprotézou 23. Zde jsou úplně jiné hodnoty v porovnání s Bouškovou (2013, s. 51), kde to po operaci dokázal jen jeden pacient. Rozdíl by šel vysvětlit tím, že pacienti po půl roce již dokonale ovládají pomůcku na oblékání ponožek, proto označili první možnost – ano, snadno. Devátá otázka zkoumala problémy respondentů s cestováním autem a veřejnou dopravou. Extrémní potíže s nastupováním a vystupováním z těchto prostředků mělo před operací 18 respondentů v tomto souboru a 25 u Bouškové. Po operaci 35 respondentů v mém souboru nemělo žádný problém, 21 u Bouškové zvládalo úkon s malou nesnází. (Boušková, 2013, s. 43) Z výsledků desáté otázky, dotazující se na potíže s mytím a otíráním ručníkem v souvislosti s bolestí v kyčli, vyplývá rozdíl průměrných hodnot 2, Boušková zjistila rozdíl o 1,27. (Boušková, 2013, s. 42) Pro 13 pacientů nebylo vůbec možné jít před operací samostatně nakoupit, po operaci to až na 3 pacienty zvládali všichni bez nesnází. Bouškové po třech měsících odpovědělo 22 pacientů, že nakupování zvládá s malou nesnází. (Boušková, 2013, s. 48)

Výzkumná otázka číslo 3: Ve kterých oblastech Oxfordského dotazníku došlo u respondentů k největším změnám před a půl roku po implantaci totální endoprotézy?

K největšímu zlepšení z oblastí Oxfordského dotazníku došlo v otázce první, zkoumající bolest před operací a po operaci. Hodnota poklesla o 3,05, u Bouškové po 3. měsíci (2013, s. 40) byl rozdíl jen 2,2. Tady je vidět, že největší vliv na zlepšení soběstačnosti pacientů v mnoha oblastech, má zlepšení jejich bolesti. Otázka bolesti úzce souvisí se subjektivní kvalitou života. Nelze opomenout souvislost mezi ústupem bolesti a snižováním konzumace analgetik.

Druhý největší pokrok byl v oblasti profese a práce v domácnosti u otázky č. 12 z hodnoty 3,7 na 1,03. Dle Bouškové po třech měsících (2013, s. 47) o 2,17. Nemůže – li pacient vykonávat svoji profesi je závislý na okolí, může trpět pocitem méněcennosti a zbytečnosti. Deficit v oblasti údržby domácího prostředí je ovšem také znát. Tyto činnosti musí převzít rodina. Na pacientovu psychiku mohou mít potíže s plněním dosavadních rolí velice negativní vliv.

Třetí největší posun hodnot k lepší soběstačnosti pacienta nastal v 11. otázce hodnotící soběstačnost při nakupování. Před operací si samo na nákup nedošlo 13 pacientů ze 40 a zbylých 27 se potýkalo s nejrůznější mírou potíží. S půlročním odstupem od operace samostatné nakupování zvládalo 37 pacientů, tedy téměř celý soubor respondentů, u Bouškové (2013, s. 48) jen 5 pacientů po třech měsících.

Naopak otázka s nejnižší předoperační a pooperační průměrnou hodnotou se týkala noční bolestivosti kyčelního kloubu. Došlo k posunu z 2,58 na 1.

Výzkumná otázka číslo 4: Jaká bude intenzita bolesti na VAS před a půl roku po implantaci kyčelního kloubu?

První tři otázky nestandardizované části dotazníku se zabývaly bolestí. První zkoumala aktuální bolest pacientů pomocí VAS (1-10). Tato škála je spolehlivou a jednoduchou metodou posouzení bolesti u pacientů, jak s osteoartrózou před operací, tak s endoprotézou kyčle po operaci. (Martinelli, 2011, s. 924) Průměrná předoperační hodnota na VAS byla 6,68 a pooperační 0,40. Došlo tedy k poklesu průměrné hodnoty o více než 6. Stejně tak i u zkoumaného souboru respondentů v práci Bouškové (2013, s. 33) došlo k výraznému poklesu této hodnoty o 5, i když to bylo jen 3 měsíce po výkonu. Druhá otázka zjišťovala souvislost bolesti s denními aktivitami s využitím škály Interference bolesti s denními aktivitami. Nejčastěji pacienti odpovídali, že je bolest ruší v provádění běžných činností,

v nichž dělají chyby. Po operaci je většina respondentů bez bolesti a tudíž denní aktivity mohou vykonávat bez omezení. Na otázku trvání bolesti v časovém horizontu odpovědělo 17 pacientů před operací, že pociťují bolest půl roku nebo kratší dobu, 11 pacientů do 1 roku. Z 5 pacientů, kteří po operaci měli bolest, trvala u 4 do půl roku a u 1 do 1 roku.

Pacienti čekající na endoprotézu kyčelního kloubu ve většině případů trpí bolestmi. Někteří slabými, někteří mají ataky ostré a svíravé bolesti, jiní nemohou pro bolest dělat nic jiného. Jak ukazuje otázka č. 3 standardizované části dotazníku, 14 pacientů mělo před operací ataky silné bolesti většinu dní a jen 3 pacienti jimi netrpěli vůbec. Skóre před operací bylo 3,23. Boušková (2013, s. 51) měla ve svém výzkumném souboru 20 respondentů, kteří před operací pociťovali ataky bolesti většinu dní, pouze 2 tento problém neměli vůbec. Předoperační skóre bylo na hodnotě 3,63.

Otázka číslo 4, 5 a 6 nestandardizované části dotazníku zkoumá, zda pacienti, kteří mají bolest, užívají nějaká analgetika, popřípadě jaká to jsou a kolikrát denně je užívají. Z grafu č. 4 vyplývá, že před operací užívala většina pacientů analgetika (73%) a jen 27% je neužívalo. Jak uvádí ve své práci Boušková (2013, s. 35) 3 měsíce po operaci neužívalo 63% pacientů nic na bolest. S půlročním odstupem pak analgetika potřebovalo pouze 8% a 92% bylo bez bolesti. Zde je vidět, jak zásadní vliv má endoprotéza kyčelního kloubu na bolest a tedy i spotřebu analgetik. Otázku týkající se druhu užívaných analgetik proškrtlo 11 pacientů, kteří bolesti před operací neměli, nebo její intenzita nevyžadovala tuto terapii. U zbylých 29 pacientů byl nejčastěji užívaným lékem na bolest Ibalgin ve 13 případech. Tento lék se řadí k NSA a jeho dlouhodobějším a častým užíváním mohou vznikat onemocnění GIT (ezofagitida, vředy,...). (Gallo, 2014, s. 68) Jako druhé nejčastější analgetikum pacienti volili Aulin v 7 případech. Třetím nejčastějším byl Tramal. V porovnání s Bouškovou (2013, s. 36) se počty pacientů užívajících daný druh analgetik mírně liší. Nejčastěji užívali Aulin (v 15 případech), na druhém místě Ibalgin (14 pacientů) a třetím byl Nimesil u 5 pacientů. V mém dotazníkovém šetření označil Nimesil pouze jeden pacient. Četnost užívání analgetik 1x za den byla stejně jako u Bouškové (2013, s. 37) nejčastější označenou odpovědí jak před, tak po operaci.

EDUKAČNÍ MATERIÁL

Na základě pozorování pacientů během praxe, při vyplňování dotazníků a při kontrole v ambulanci po půl roce byl vytvořen edukační materiál, který je praktickým výstupem práce. Tento materiál obsahuje rady a doporučení ohledně úpravy domácího prostředí, zásady bezpečného pohybu s endoprotézou, nakonec ještě několik rad na závěr. Průvodce materiálem je jednoduše kreslený panáček Hugo, vytvořený v programu Malování. Pacientům jsou předávány informace ohledně života s endoprotézou během celé hospitalizace, ústně i formou letáků. Domnívám se, že tento edukační materiál by si mohli pacienti nastudovat ještě před operací hned v úvodu hospitalizace a mohli do něj nahlédnout i kdykoliv poté například na svém pokoji.

ZÁVĚR

Na závěr je třeba říci, že pacienti, kteří se účastnili výzkumu pro tuto práci, vůbec nelitovali podstoupené výměny kloubu, ba naopak. V celkovém součtu průměrných hodnot došlo po operaci k poklesu o 27,6, ze 41,01 na 13,41. Soběstačnost pacientů, měřená pomocí standardizovaného Oxfordského dotazníku, se o mnoho zlepšila. Zlepšení celkového stavu pacienta a jeho soběstačnosti nastalo ve všech 12 sledovaných oblastech Oxfordského dotazníku. V některých bylo velmi výrazné a pro kvalitu života zásadní, jako v případě ústupu či výrazného zmírnění bolesti, kde nastal rozdíl průměrných hodnot po půl roce o 3,05. Aktuálně pocíťovaná bolest hodnocená dle VAS v první otázce nestandardizované části se změnila o 6,28. Po půl roce bylo 35 pacientů ze 40 úplně bez bolesti, 5 mělo slabé bolesti. Potřebu užívat analgetika před operací mělo 29 pacientů, s půlročním odstupem už jen 3. 24 pacientů užívalo před operací chondroprotektiva jako například GS Condro forte, Chondrox a jiná. Pro 7 respondentů nebyl současný výkon první operací s výměnou kloubu. I když se tímto dotazník nezabýval, nejčastěji respondenti k této odpovědi dodávali, který kloub již mají nahrazený endoprotézou. Nejvíce se jednalo o endoprotézu druhého kyčelního kloubu nebo některého kolenního kloubu. Zmíněných 7 respondentů působilo výrazně klidněji, jelikož věděli, co je čeká, a že pooperační zlepšení je výrazné. Zbýlých 33 podstoupilo takový výkon poprvé. Bylo tedy důležité zaměřit se na edukaci, ať už předoperační, týkající se vlastní operace a následného pobytu na JIP, bolesti, ukotvení končetiny atd., nebo pooperační, zaměřenou na nácvik správných pohybů, prevenci pohybů rizikových a prevenci pádu. Z tohoto důvodu vznikl i edukační materiál, který je praktickým výstupem práce. Zaměřuje se na edukaci pacienta v souvislosti se snahou předejít chaosu a strachu před operací a nastínit způsob života s endoprotézou. Je škoda, že nemohlo v této práci dojít k porovnání výsledků u zamýšlených 50 pacientů, výsledné hodnoty některých otázek by se možná lišily. V úplném závěru je na místě dodat, že ochota a zájem některých respondentů byl nadstandardní.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

KNIHY

1. BARTONÍČEK, Jan a Jiří HEŘT. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. Praha: Maxdorf, 2004, 256 s. ISBN 80-7345-017-8.
2. BIRD, Howard. *Artritida: zlepšete si zdraví, ulevte svým bolestem a žijte naplno*. 1. české vyd. Přeložil Evžen Hrnčíř. Praha: Slovart, c2007, 224 s. ISBN 978-80-7391-007-5.
3. CIKÁNKOVÁ, Věra. *Rehabilitace po revmatochirurgických výkonech*. Praha: Maxdorf, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7345-206-3.
4. GALLO, Jiří. A KOL. *Ortopedie: pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 211 s. . ISBN 978-80-244-2486-6.
5. GALLO, Jiří. *Osteoartróza: průvodce pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2014, 150 s. ISBN 978-80-7345-406-7.
6. JANÍČEK, Pavel. A KOL. *Ortopedie*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 112 s. ISBN 978-80-210-5971-9.
7. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
8. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
9. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualiz. a dopl. vyd., V této podobě 1. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
10. PENDLETON, Heidi McHugh. 2013. *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction* [online]. Elsevier Health Sciences [cit. 2015-05-09], 1328 s. ISBN 978-0-323-05912-1. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=BVFPAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA157&dq=activity+of+daily+living&ots=eutKT8Qn6m&sig=hG6wnkWW9D0UriXcu38eQITZck&redir_esc=y#v=onepage&q=activity%20of%20daily%20living&f=false.
11. ROZKYDAL, Zbyněk a Richard CHALOUPKA. *Vyšetřovací metody v ortopedii*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 70 s. ISBN 978-80-210-5902-3.

12. SOSNA, Antonín. a kol. *Náhrada kyčelního kloubu: Rehabilitace a režimová opatření*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003, 58 s. ISBN 80-7254-302-4.
13. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. obr. příl. ISBN 978-80-247-3419-4.

PERIODIKA

14. MARTINELLI, Nicolò. Cross-cultural adaptation and validation with reliability, validity, and responsiveness of the Italian version of the Oxford Hip Score in patients with hip osteoarthritis. *Quality of Life Research*. 2011, (20): 923-929. DOI: 10.1007/s11136-010-9811-5.
15. NAAL, Florian D. Reliability and Validity of the Cross-Culturally Adapted German Oxford Hip Score. *The Association of Bone and Joint Surgeons*. 2008, (8): 952-957. DOI: 10.1007/s11999-008-0457-3.
16. SIGMUNDOVÁ, Alice. Edukace pacienta před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2010, č. 2, 32-33 s. ISSN 1210-0404.
17. TALIÁNOVÁ, Magda, Marie HOLUBOVÁ a Jaroslav PILNÝ. Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2009, č. 1, 75-77 s. ISSN 1210-0404.

AKADEMICKÉ PRÁCE

18. BOUŠKOVÁ, Jana. *Hodnocení soběstačnosti u pacientů po TEP kolene a kyčle*. Pardubice, 2013, s. 73. Dostupné z: <http://dspace.upce.cz/handle/10195/53583>. Bakalářská práce. UPCE. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová.
19. DRTINOVÁ, Kateřina. *LÉČEBNĚ – REHABILITAČNÍ PLÁN A POSTUP PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU* [online]. Brno, 2009 [cit. 2015-06-29], 106 s. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/214159/lf_b/bc_TEP.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Petr Pospíšil.
20. HRADILOVÁ, Renáta. *Informovanost pacientů s artrózou o možnostech komplexní péče v Olomouckém kraji* [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2015-06-29], 136 s. Dostupné z: https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCsQFjAC&url=http%3A%2F%2Ftheses.cz%2Fid%2Fc31cp4%2F56882-232910524.doc&ei=OvqQVd-5PMmasgHVnbeQAQ&usg=AFQjCNFgQMmyMw9mdZL-brH6E8y_9-

gtXg&sig2=UhdnNWT61BBiFndYYm8z0A&bvm=bv.96783405,d.bGg. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Jan Chrastina.

21. KRUCKÁ, Barbora. *Kazuistika pacienta po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu* [online]. Praha, 2010 [cit. 2015-06-28], 77 s. Dostupné z: file:///C:/Users/Hanka/Downloads/BPTX_2008_2_11510_PFZB002_194653_0_74068.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Mgr. Ilona Kučerová.
22. MATUŠKOVÁ, Monika. *Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu* [online]. Zlín, 2011 [cit. 2015-07-03], 85 s. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/15657/matu%C5%A1kov%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Pavla Kudlová, Ph.D.
23. NOVÁČKOVÁ, Vladislava. 2008. *Poskytování sociálních služeb seniorům v regionu Pelhřimov* [online]. Brno [cit. 2015-05-09]s. 77. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/174363/pedf_b. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.
24. NOVOTNÁ, Jana. *Edukace pacienta před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu* [online]. Pardubice, 2010 [cit. 2015-06-24], s. 66. Dostupné z: <http://dspace.upce.cz/handle/10195/45998>. Bakalářská práce. UPCE. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová.
25. ŠUHÁJKOVÁ, Pavla. *Fyzioterapie po totální endoprotéze kyčelního kloubu* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2015-06-28], 111 s. Dostupné z: http://theses.cz/id/hujins/BP_uhjkov.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce PhDr. Marek Zeman, Ph.D.
26. ZEMANOVÁ, Jitka. *Prevence časných pooperačních komplikací u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu v intenzivní péči* [online]. Brno, 2014 [cit. 2015-06-28], s. 157. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/358975/lf_m/DP_ZEMANOVA_JITKA_2014.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

INTERNETOVÉ ZDROJE

27. B BRAUN., Produkt měsíce: Plasmafit - necementovaná jamka kyčelního kloubu [online]. 2013 [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/necementovana-jamka-kycelniho-kloubu-plasmafit>. *Braunoviny* [online]. 2013, 2015 [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/necementovana-jamka-kycelniho-kloubu-plasmafit>.

28. ČAPSKÁ, Jana. Hodnoticí nástroje úrovně sebezpečí. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry* [online]., 2013(5) [cit. 2015-07-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnotici-nastroje-urovne-sebepece-470534>.
29. DUNGL, Pavel. A KOL. *Ortopedie* [online]. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2014 [cit. 2015-06-28], 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=sDZIBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=ortopedie&hl=cs&sa=X&ei=M9uPVbekNYuAU-SEv7gP&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=ortopedie&f=false>.
30. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie* [online]. Praha: Grada Publishing, 2009 [cit. 2015-06-28]. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=5mFLhIjShw8C&pg=PA11&dq=anatomie+%C4%8Dih%C3%A1k&hl=cs&sa=X&ei=LsmPVejzNci0Ucf4gfAP&ved=0CD8Q6AEwBA#v=onepage&q=kloub&f=false>.
31. KRČOVÁ, Věra. Antitrombotická léčba: nové léčebné možnosti. *Lékařské listy* [online]. 2011, roč. 2011, č. 4 [cit. 2015-01-03],s. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/antitromboticka-lecba-nove-lecebne-moznosti-459410>.
32. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství* [online]. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009 [cit. 2015-06-28], 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=o5JBxwza3EAC&pg=PA41&dq=dotazn%C3%ADk+kutnohorsk%C3%A1&hl=cs&sa=X&ei=9caPVYvnJMvvUuHNrtgL&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=dotazn%C3%ADk%20kutnohorsk%C3%A1&f=false>.
33. LÜLLMANN-RAUCH, Renate. *Histologie* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012 [cit. 2015-06-28]. ISBN 978-80-247-3729-4. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=iMPSLaDsGyYC&pg=PA122&lpg=PA122&dq=hyalinn%C3%AD+chrupavka&source=bl&ots=zfIwjJgg7v&sig=3tBefWajFxBG-Z-GIJ7NB1fhokM&hl=cs&sa=X&ei=jFKQVa-PAsbnUoXDsvgO&ved=0CB8Q6AEwADgU#v=onepage&q=hyalinn%C3%AD%20chrupavka&f=false>.
34. MAČÁK, Jirka. A KOL. *Patologie* [online]. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012 [cit. 2015-06-28], 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=FCpgAgAAQBAJ&pg=PA310&dq=osteoartr%C3%B3za&hl=cs&sa=X&ei=dleQVfemLouBUcLympgP&ved=0CEAQ6AEwBg#v=onepage&q=osteoartr%C3%B3za&f=false>.

35. MERKUNOVÁ, Alena. *Anatomie a fyziologie člověka: Pro humanitní obory* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008 [cit. 2015-06-28], 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=dH5OsTI39YgC&pg=PA41&dq=stavba+kloubu&hl=cs&sa=X&ei=R0mQVa3NOoTyUILCmtgN&ved=0CCsQ6AEwAg#v=onepage&q=stavba%20kloubu&f=false>.
36. PFEIL, Joachim. *Minimally Invasive Surgery in Total Hip Arthroplasty* [online]. Berlín: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010 [cit. 2015-06-28], 98 s. ISBN 978-3-642-00896-2. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=y3POI0MZFFyC&printsec=frontcover&dq=Total+hip+arthroplasty&hl=cs&sa=X&ei=0SyQVeuPHobNygOmsK-ABw&ved=0CF0Q6AEwBw#v=onepage&q=Total%20hip%20arthroplasty&f=false>.
37. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014 [cit. 2015-06-29], 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=-JXWBQAAQBAJ&pg=PA273&dq=svalstvo+ky%C4%8Deln%C3%ADho+kloubu+anatomie&hl=cs&sa=X&ei=CIWQVf_cJoG9UpO3gKAM&ved=0CEIQ6AEwBTgK#v=onepage&q&f=false.
38. SLÍVA, Jiří. Doplnky stravy ovlivňující pohybový systém. *Medicabaze.cz: lékařské repertorium online* [online]. 2009 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&termId=2976&tname=Dopl%C5%88ky+stravy+ovliv%C5%88uj%C3%ADc%C3%AD+pohybov%C3%BD+syst%C3%A9m.
39. TRČ, Tomáš. Komplikace náhrady kyčelního kloubu. *Postgraduální medicína* [online]. 2008, (8) [cit. 2015-07-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/komplikace-nahrady-kycelniho-kloubu-388283>.
40. VOKURKA, Martin. *Velký lékařský slovník: Sysadoa* [online]. Maxdorf, 2008 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/sysadoa>.

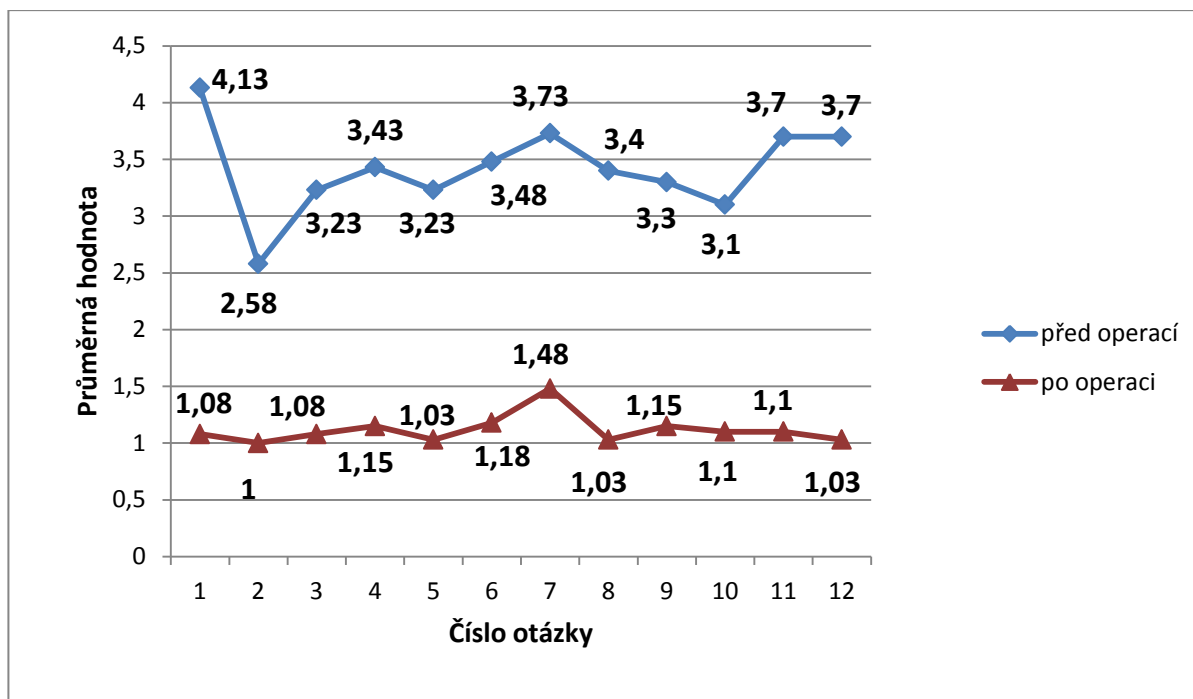
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A <i>Celkové vyhodnocení standardizovaného dotazníku</i>	65
Příloha B <i>Dotazník u endoprotézy kyčelního kloubu</i>	67
Příloha C <i>Bartelův test základních všedních činností</i>	73
Příloha D <i>RTG snímek pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu</i>	75
Příloha E <i>BMI(Body Mass Index)</i>	76
Příloha F <i>Edukační materiál pro klienty po endoprotéze kyčle</i>	77

Příloha A Celkové vyhodnocení standardizovaného dotazníku

Tabulka 21 Porovnání průměrných hodnot jednotlivých otázek před a po operaci

	Před operací	Po operaci
Číslo otázky	Průměrná hodnota	Průměrná hodnota
1	4,13	1,08
2	2,58	1
3	3,23	1,08
4	3,43	1,15
5	3,23	1,03
6	3,48	1,18
7	3,73	1,48
8	3,4	1,03
9	3,3	1,15
10	3,1	1,1
11	3,7	1,1
12	3,7	1,03
Celkem	41,01	13,41



Obrázek 7 Graf porovnání průměrných hodnot jednotlivých otázek před a po operaci

Příloha B *Dotazník u endoprotézy kyčelního kloubu*

Dobrý den,

mé jméno je Kateřina Koutná. Studuji na Univerzitě Pardubice Fakultě zdravotnických studií obor Všeobecná sestra. Data získaná díky tomuto dotazníku využiji k tvorbě své bakalářské práce s názvem „Hodnocení soběstačnosti u nemocných s artrózou kyčelního kloubu“.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění následujícího dotazníku. Ten je anonymní a veškeré Vámi poskytnuté informace budou využity pouze v rámci mého výzkumu, který je součástí práce. Tento dotazník bych potřebovala vyplnit 2x. Nyní a na ortopedické ambulanci půl roku po operaci.

Při vyplňování prosím zaškrtněte pouze 1 odpověď.

Předem Vám děkuji za čas strávený vyplňováním dotazníku.

Oxfordský dotazník na kyčelní kloub – standardizovaná část dotazníku

1. Jak byste popsal (a) obvyklou bolest Vaší kyčle?

- a) Žádná
- b) Velmi mírná
- c) Mírná
- d) Střední
- e) Těžká

2. Trápí Vás bolesti kyčle v noci v posteli?

- a) Nikdy v noci
- b) Pouze jednu nebo dvě noci
- c) Někdy v noci
- d) Většinou v noci
- e) Každou noc

3. Už jste měl (a) nějaké náhlé, silné bolesti (vystřelující, bodavé nebo křeče) z postiženého kyčelního kloubu?

- a) Nikdy
- b) Pouze 1 až 2 dny
- c) Některé dny
- d) Většinu dní
- e) Každý den

4. Kulháte při chůzi, kvůli bolesti Vaší kyčle?

- a) Zřídka / nikdy
- b) Někdy nebo jen při začátku chůze
- c) Často, a to nejen při počátku chůze
- d) Většinu času
- e) Po celou dobu

5. Jak dlouho jste schopen (na) jít, než je bolest v kyčli příliš silná? (S opěrou pomůckou nebo bez ní)

- a) Žádná bolest po dobu 30 a více minut
- b) 16-30 minut
- c) 5-15 minut
- d) Jen po bytě
- e) Vůbec ne – bolest je příliš silná

6. Jste schopni jít ze schodů?

- a) Ano, snadno
- b) S malou nesnází
- c) Se střední obtížností
- d) S extrémními potížemi
- e) Ne, není to možné

7. Jste schopni dát na nohy pár punčoch nebo ponožek?

- a) Ano, snadno
- b) S malou nesnází
- c) Se střední obtížností
- d) S extrémními potížemi
- e) Ne, není to možné

8. Jak bolestivé je pro Vás vstát ze židle po jídle (sezení u stolu) kvůli bolesti Vaší kyčle?

- a) Vůbec ne
- b) Lehce bolestivé

- c) Středně bolestivé
- d) Velmi bolestivé
- e) Nesnesitelně bolestivé

9. Už jste měl (a) nějaké problémy dostat se dovnitř a ven z auta nebo z prostředku veřejné dopravy kvůli bolesti Vaší kyčle?

- a) Vůbec žádný problém
- b) S malou nesnází
- c) Mírné potíže
- d) Extrémní potíže
- e) Není to pro mne možné

10. Už jste měl (a) nějaké potíže s mytím a otíráním těla ručníkem kvůli bolesti Vaší kyčle?

- a) Vůbec žádný problém
- b) S malou nesnází
- c) Mírné potíže
- d) Extrémní potíže
- e) Není to pro mne možné

11. Mohl (a) byste samostatně chodit na nákupy?

- a) Ano, snadno
- b) S malou nesnází
- c) Se střední obtížností
- d) S extrémními potížemi
- e) Ne, není to možné

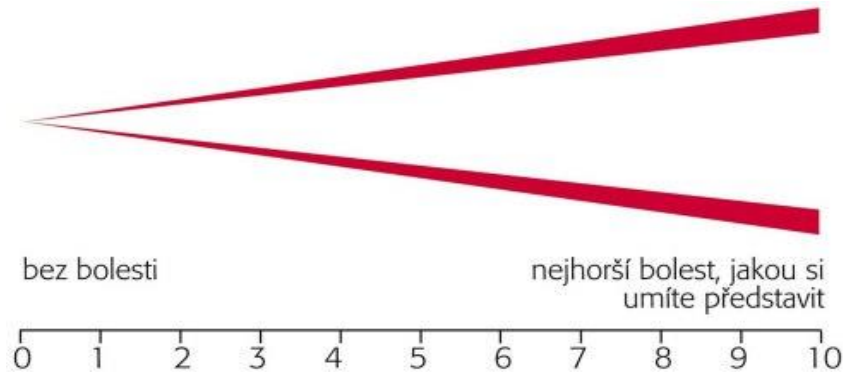
12. Jak moc bolest kyčle zasahuje do Vaší obvyklé práce, včetně práce v domácnosti?

- a) Vůbec ne
- b) Trochu
- c) Středně
- d) Výrazně
- e) Totálně

Nestandardizovaná část dotazníku

1. Jakou máte nyní bolest? (0 - nejméně, 10 – nejvíce)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



2. Jak souvisí Vaše bolest s denními aktivitami?

INTERFERENCE BOLESTI S DENNÍMI AKTIVITAMI	
0	Jsem bez bolesti
1	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
2	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních činností (bez chyb).
3	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi (a chybami).
4	Bolesti mám, obtěžují tak, že běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
5	Bolesti jsou tak silné, že je nutno vyhledávat úlevovou polohu nebo klidovou pozici, případně až nutí k ošetření u lékaře.

3. Jak dlouho vaše bolest trvá?

- a) do půl roku
- b) do 1 roku
- c) do 2 let
- d) do 3 let
- e) více než 3 roky

4. Užíváte nějaké léky na bolest (analgetika)?

Ano Ne

5. Pokud ano, jaké to jsou?

.....

6. Kolikrát denně je užíváte?

- a) 1x za den
- b) 2x za den
- c) 3x za den
- d) 4x za den
- e) vícekrát za den

7. Užíval (a) jste před operací chondroprotektiva ? (látky na podporu kloubní chrupavky – GS Condro forte, Chondrox, apod.)

Ano Ne

8. Co si myslíte, že je příčinou Vašeho onemocnění?

- a) artróza - degenerativní příčina
- b) artritida – zánětlivá příčina
- c) úraz
- d) sport
- e) vrozená kyčelní dysplazie
- f) obezita
- g) zaměstnání
- h) jiné:.....

9. Už máte za sebou nějakou operaci s výměnou kloubu?

Ano Ne

Identifikační údaje

1. Pohlaví

Žena Muž

2. Věk

3. Hmotnostkg

4. Výškacm

Standardizovaná část

(Kurer, 2013 <http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/oxford_hip_score.html>)

(BOUŠKOVÁ, 2013, s. 69)

Nestandardizovaná část

Otázka č. 1: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498>.

Otázka č. 2: https://books.google.cz/books?id=s1gjAwAAQBAJ&pg=PA118&dq=INTERFERENCE+BOLESTI+S+DENN%C3%84DMI+AKTIVITAMI&hl=cs&sa=X&ei=8vmXVcfsJIy7sQGr_514&ved=0CB8Q6AEwAA#v=onepage&q=INTERFERENCE%20BOLESTI%20S%20DENN%C3%84DMI%20AKTIVITAMI&f=false.

Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

ADL 4 **0 – 40 bodů** **vysoce závislý**

ADL 3 **45 – 60 bodů** **závislost středního stupně**

ADL 2 **65 – 95 bodů** **lehká závislost**

ADL 1 **96 – 100 bodů** **nezávislý**

http://is.muni.cz/th/174363/pedf_b.

Příloha D RTG snímek pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu



<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lepsi-kycle-budou-od-pristiho-roku-na-prodej-469367>.

Příloha E *BMI* (*Body Mass Index*)

$BMI = \text{tělesná hmotnost v kilogramech} / (\text{tělesná výška v metrech})^2$

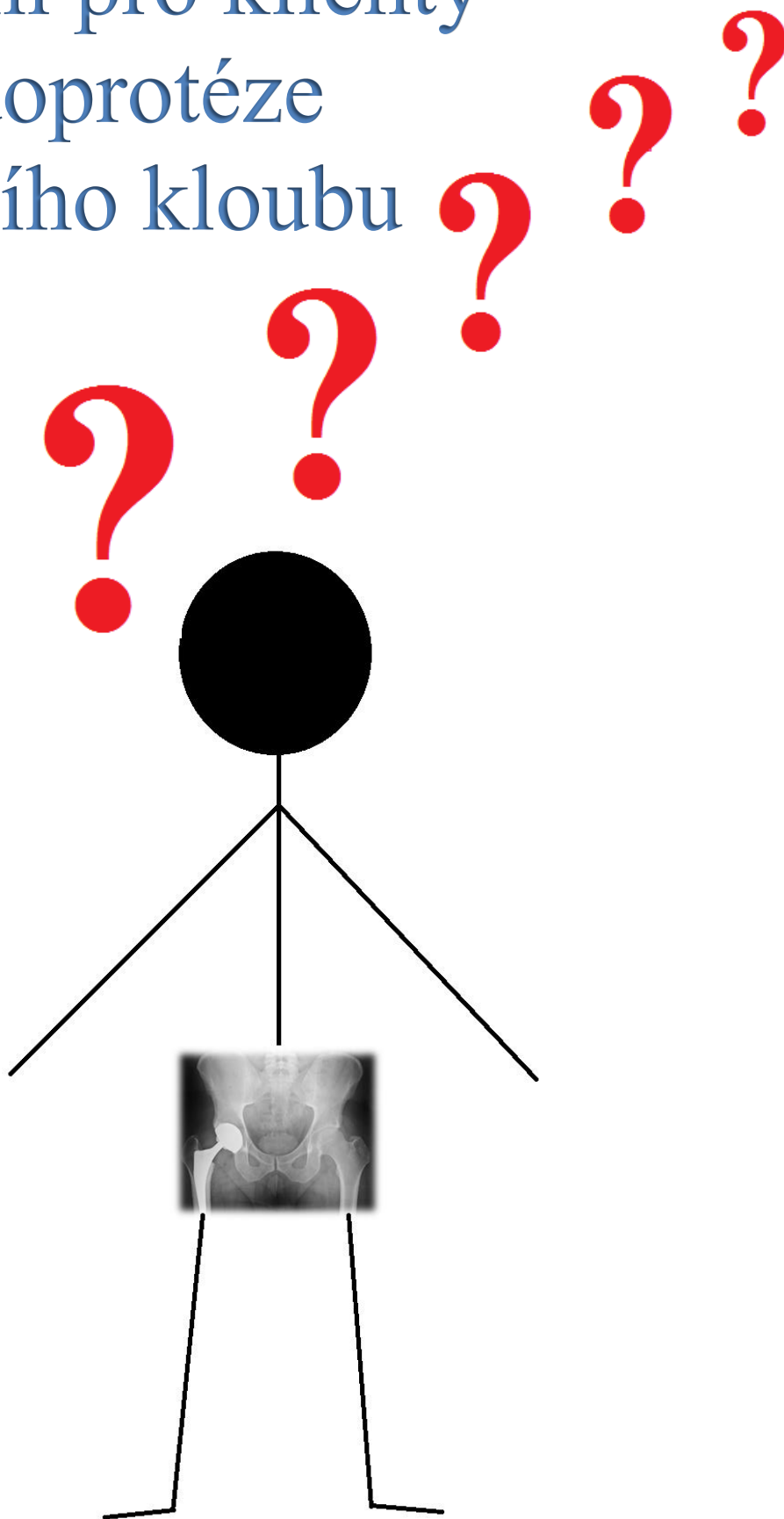
BMI	Kategorie podle WHO	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Poruch příjmu potravy (anorexie)
18,5 – 24,9	Normální váha	Minimální
25 – 29,9	Nadváha	Lehce zvýšená, zvýšená
30 – 34,5	Obezita stupně I	Středně vysoká
35 – 39,9	Obezita stupně II	Vysoká
>40	Obezita stupně III	Velmi vysoká

<https://books.google.cz/books?id=MvZL3KuoW6YC&pg=PA128&dq=v%C3%BDpo%C4%8Det+BMI&hl=cs&sa=X&ved=0CFgQ6AEwCGoVChMI8NiO-prbxgIVRp-ACh1HRQNH#v=onepage&q=v%C3%BDpo%C4%8Det%20BMI&f=false>.

<http://www.eseznam.cz/index.php/rubriky/ruzne-clanky/3096-jedlici-dejte-si-pozor-na-fibrilaci-sini>.

Příloha F *Edukační materiál pro klienty po endoprotéze kyčle*

Poučení pro klienty po endoprotéze kyčelního kloubu



Obrázek 1 RTG pánve s endoprotézou kyčle

Obsah edukačního materiálu

Úvod	80
Endoprotéza Hugova kyčelního kloubu	81
Uzpůsobení prostředí, kde Hugo žije	81
Jak se má Hugo bezpečně pohybovat s endoprotézou	84
Hugo leží na zádech	84
Hugo leží na boku	84
Hugo si sedá na posteli.....	84
Hugo sedí	85
Hugo chodí	85
Hugo chodí o francouzských berlích	86
Po rovině	86
Do schodů	87
Ze schodů	87
Hugo to zvládne sám	87
Obecná doporučení pro Huga.....	89
Použité zdroje.....	90
Hugo se loučí	92



Obrázek 2 Hugo čte obsah

Úvod

Vážený paciente, dostal se Vám do rukou edukační materiál, který vytvořila Kateřina Koutná, studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Materiál byl sestaven na základě výzkumu a pozorování pacientů po endoprotézách kyčelního kloubu v období dubna 2014 až února 2015 a je součástí bakalářské práce na téma Hodnocení soběstačnosti u nemocných s artrózou kyčelního kloubu.

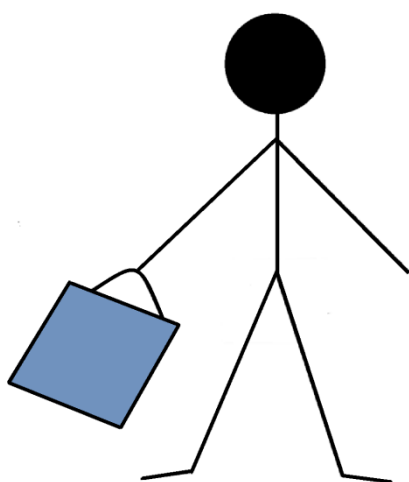
Následujícími stranami Vás, pokud možno zábavně, provede panáček jménem Hugo, kde nestačil, vzal si na pomoc obrázky.

Endoprotéza Hugova kyčelního kloubu

Hugo se rozhodl podstoupit nebo již má za sebou operaci s výměnou kyčelního kloubu. Byl mu odstraněn kyčelní kloub, tedy hlavice kosti stehenní a kloubní jamka. Tyto dvě části má nyní umělé. Operací se narušilo pevné kloubní pouzdro a vazy, které udržují kloubní pevnost, je tedy nutné, aby se Hugo pohyboval obezřetně a předešel tak mnohým komplikacím. (Cikánková, 2010, s. 89)



Obrázek 3 Endoprotéza kyčelního kloubu



Obrázek 48 Hugo jde nakupovat

Uzpůsobení prostředí, kde Hugo žije

Aby se mohl Hugo po návratu domů pohybovat bezpečně, neupadl nebo si dokonce nevykloubil operovaný kloub, měl by si pořídit následující věci a dodržovat zásady bezpečného pohybu s endoprotézou.

- nástavec na WC nebo se naučit správně na WC sedat



Obrázek 5 Nástavec na WC

- madla v koupelně (u vany nebo ve sprchovém koutě), upřednostňuje se sprchový kout, kvůli nižšímu vstupu, protiskluzové rohožky na zem



Obrázek 6 Madlo v koupelně

- sprchovací židli nebo sedátko



Obrázek 7 Sklápěcí sedátko do sprchového koutu

- výškově polohovatelné židle nebo křesla, popřípadě polohovací podložku
- abdukční polohovací klín nebo malý polštář k udržení potřebné abdukce v kyčli



Obrázek 8 Abdukční polohovací klín

- řádně nastavené francouzské hole
- pevnou, pružnou, lehkou a neklouzavou obuv s klenbou, plnou špičkou a patou a bez podpatku
- podavač věcí a navlékač ponožek, dlouhou obouvací lžící



Obrázek 9 Podavač věcí



Obrázek 10 Oblékač ponožek - praktická ukázka



Obrázek11 Oblékač ponožek

(Novotná, 2013; Taliánová, 2009)

Jak se má Hugo bezpečně pohybovat s endoprotézou

Hugo leží na zádech

- vždy vkládejte mezi dolní končetiny abdukční polohovací klín nebo polštář
- nezvedejte nataženou operovanou končetinu do výšky
- špičky dolních končetin a kolena směřujte ke stropu, nevytáčejte je do stran
- nikdy nekřížte nohy přes sebe

(Sosna, 2003, s. 33; Taliánová, 2009)

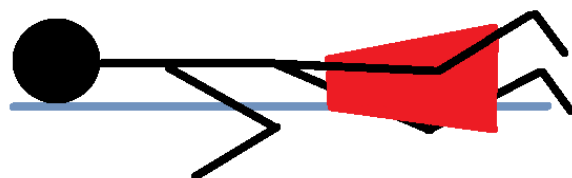


Obrázek 12 Správné postavení dolních končetin

Hugo leží na boku

- při lehu na zdravém boku používejte abdukční polohovací klín nebo jej nahraďte polštářem

(Taliánová, 2009)

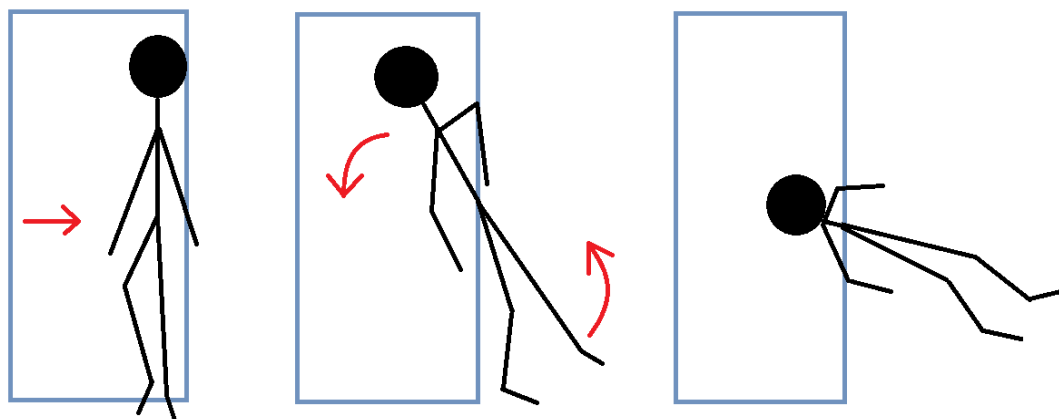


Obrázek 13 Správná poloha vleže na boku

Hugo si sedá na posteli

- Posuňte svou pánev až úplně na kraj lůžka
- spouštějte operovanou dolní končetinu, hned za ní neoperovanou a současně se vzepřete na spodní ruce (ta blíže okraji postele) a zvedejte trup nahoru
- pozor na přílišné ohnutí v kyčelním kloubu

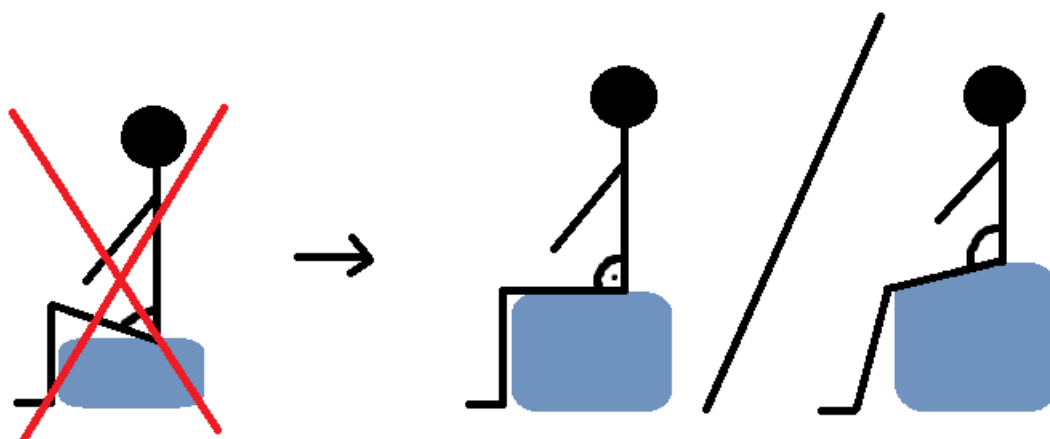
(Sosna, 2003, s. 34)



Obrázek 14 Hugo si sedá na posteli

Hugo sedí

- nesedíte v hlubokém sedu – úhel mezi dolními končetinami a trupem mějte více než 90 stupňů
(Taliánová, 2009)



Obrázek 15 Hugo sedí

Hugo chodí

- nohu zatěžujte dle doporučení lékaře zpravidla 14 dnů z jedné třetiny váhy, dále na polovinu váhy a po 6 měsících už jen na delší úseky
- nepřenášejte těžká břemena, nákup
- nepřetěžujte se – chůze na dlouhé tratě, jízda na rotopedu, nedohánějte fyzickou zdatnost příliš rychle
- nikdy se nesmíte shýbat pro předměty nebo předklánět až k zemi

- neotáčejte se prudce s rotací v kyčelním kloubu, otočku musíte „vyšlapat“ (Taliánová, 2009)



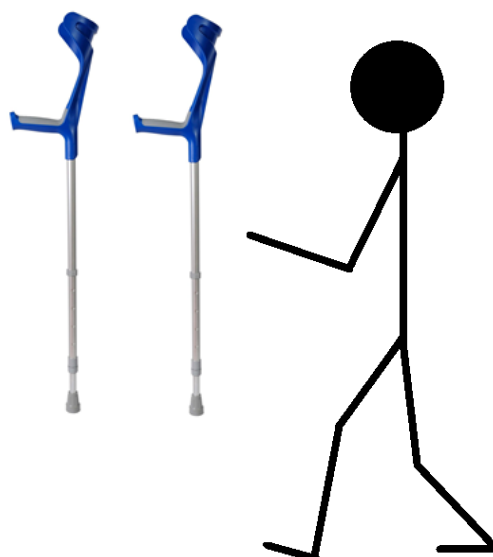
Obrázek 16 Špatné ohnutí



Obrázek 17 správné otáčení se

Hugo chodí o francouzských berlích

Důležité je nastavení Hugových francouzských berlí dle jeho výšky. Neměl by mít ani úplně pokrčené, ani úplně natažené ruce v loktech, předloktím by se měl do berlí opírat jen zlehka. Loket by měl být ohnut přibližně do 30°. Důležité je nosit obě berle. (Sosna, 2003, s. 55)



Obrázek 18 Hugo chodí s berlemi

Po rovině

1. obě berle
2. operovaná dolní končetina
3. zdravá dolní končetina

Do schodů

1. zdravá dolní končetina
2. operovaná dolní končetina
3. obě berle

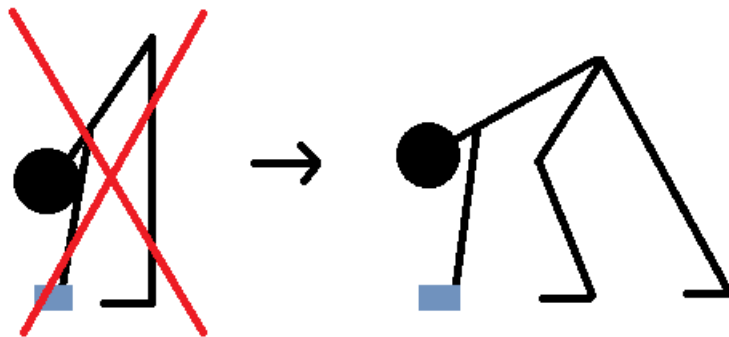
Ze schodů

1. obě berle
2. operovaná dolní končetina
3. zdravá dolní končetina

(Cikánková, 2010, s. 96)

Hugo to zvládne sám

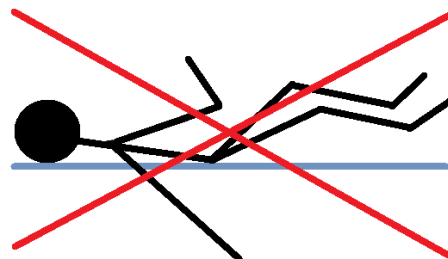
- při ohýbání na zem nebo zvedání předmětů ze země suňte operovanou dolní končetinu po zemi vzad



Obrázek 19 Hugo správně zvedá věci ze země

- používejte nástavec na WC, polohovací podložku, abdukční klín
- používejte podavač
- na ponožky používejte oblékače ponožek nebo berle
- pomocí berlí oblékejte i spodní prádlo a kalhoty
- při obouvání používejte dlouhé lžice
- řízení automobilu je doporučeno nejdříve po 3 měsících od ukončení rehabilitace

- při nastupování do automobilu dodržujte zmíněné zásady
 - používejte na nošení věcí batoh místo tašky do ruky
- (Sosna, 2003, s. 43, 45)



Hugo nesmí spadnout!

Obrázek 20 Hugo nesmí spadnout

DÁ SI POZOR NA:

- předměty překážející na podlaze, úzké uličky, prahy u dveří, schody
 - mokrou podlahu, kluzké a nerovné povrchy
 - v nemocnici bude v případě potřeby pomoci používat signalizaci
 - správné používání a nezapomínání lokomočních pomůcek
 - dostatek světla v prostoru, kde se pohybuje (nechodit potmě na WC)
- (Dostálová, 2011)

NEMĚL BY ZAPOMENOUT NA:

- v případě potřeby pomoci používat signalizaci na pokoji
 - dojde-li přeci k pádu, nic nezamlčovat a vše rychle oznámit personálu, mohlo dojít k neviditelným poraněním nebo luxaci kloubu
- (Dostálová, 2011)

Obecná doporučení pro Huga

- udržuj si svoji tělesnou váhu
- cvič každý den
- dbej zásad života s endoprotézou
- nos vhodnou obuv
- snaž se předejít pádu
- intimní soužití nemusíš omezovat, dbej však zásad života s endoprotézou

POUŽITÉ ZDROJE

OBRÁZKY

Obr. 1: Vlastní tvorba autorky + <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lepsi-kycle-budou-od-pristiho-roku-na-prodej-469367>.

Obr. 2: Vlastní tvorba autorky.

Obr. 3: <http://ortopedickaordinace.cz/index.php?page=32>.

Obr. 4: Vlastní tvorba autorky

Obr. 5: <http://www.zdravotyka.cz/eshop/do-koupelny-na-toaletu/wc-nastavce/nastavec-na-wc-plastovy-10-cm-s-vikem-890.html>.

Obr. 6: <http://www.koupelny-online.cz/koupelnove-doplanky-disable-madlo-60-cm-nerez/d-71802/>.

Obr. 7: <http://www.koupelny-online.cz/sedatko-do-sprchy-sklopne/d-71813/>.

Obr. 8: <http://www.zdravotnickepomucky.eu/produkt/abdukcniklin-s-molitanovou-vyplni>.

Obr. 9: <http://www.zijtekvalitne.cz/podavace-predmetu/podavac-predmetu-s-hlinikovou-rukojeti--ruzne-delky/>.

Obr. 10: https://www.google.cz/search?q=podava%C4%8D+v%C4%9Bc%C3%AD&newwindow=1&biw=1455&bih=726&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=cHedVZX5EIrmywPM74TgAg&ved=0CAYQ_AUoAQ#newwindow=1&tbm=isch&q=navl%C3%A9ka%C4%8D+pono%C5%BEek&imgcr=6NuuzFHuB5YRbM%3A.

Obr. 11: https://www.google.cz/search?q=podava%C4%8D+v%C4%9Bc%C3%AD&newwindow=1&biw=1455&bih=726&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=cHedVZX5EIrmywPM74TgAg&ved=0CAYQ_AUoAQ#newwindow=1&tbm=isch&q=navl%C3%A9ka%C4%8D+pono%C5%BEek&imgcr=y79oYyy1ajDkWM%3A.

Obr. 12: Vlastní tvorba autorky

Obr. 13: Vlastní tvorba autorky

Obr. 14: Vlastní tvorba autorky

Obr. 15: Vlastní tvorba autorky

Obr. 16: Vlastní tvorba autorky

Obr. 17 : Vlastní tvorba autorky

Obr. 18: Vlastní tvorba autorky + <http://www.erilens.cz/produkty/lokomocni-pomucky/francouzske-berle>.

Obr. 19: Vlastní tvorba autorky

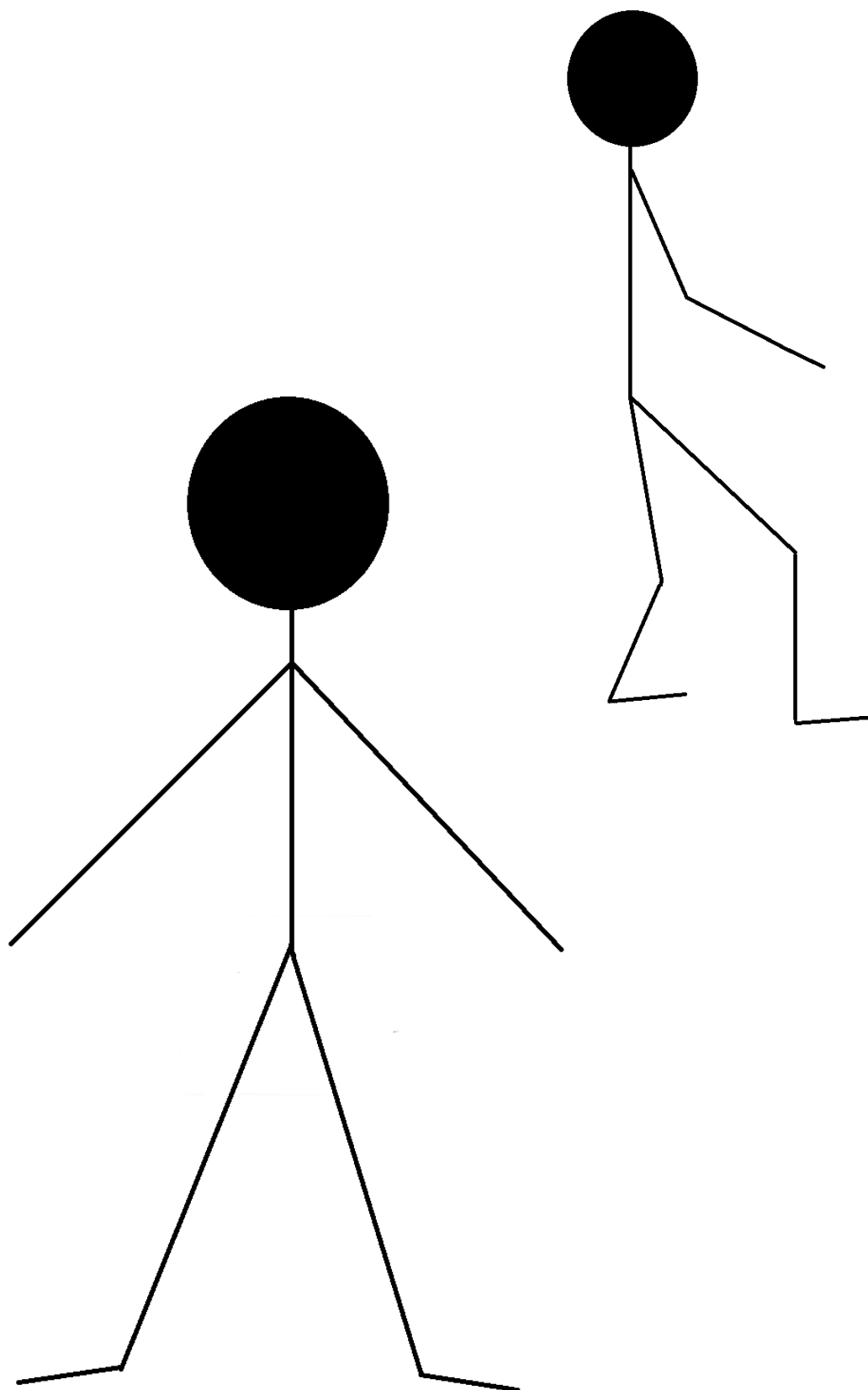
Obr. 20: Vlastní tvorba autorky

Obr. 21: Vlastní tvorba autorky

LITERATURA

1. CIKÁNKOVÁ, Věra. *Rehabilitace po revmatochirurgických výkonech*. Praha: Maxdorf, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7345-206-3.
2. DOSTÁLOVÁ, Barbora. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry* [online]. 2011, (1) [cit. 2015-07-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>.
3. NOVOTNÁ, Jana a Marie HOLUBOVÁ. Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry* [online]. 2013, (10) [cit. 2015-07-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-pred-tep-a-po-tep-kycelniho-kloubu-472280>
4. TALIÁNOVÁ, Magda, Marie HOLUBOVÁ a Jaroslav PILNÝ. Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2009, č. 1, 75-77 s. ISSN 1210-0404.

Hugo se loučí...



Obrázek 21 Hugo se loučí