

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Tereza Bambásková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Tereza Bambásková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**Rehabilitační ošetřovatelství u pacienta po endoprotéze
kyčelního kloubu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Poková

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Pokové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a také velkou trpělivost. Děkuji i všem zúčastněným respondentům, kteří mi vyplnili dotazníky k mému výzkumu. V neposlední řadě chci poděkovat také svým nejbližším, kteří mi po celou dobu studia byli velkou oporou.

Anotace

Příjmení a jméno: Bambásková Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Rehabilitační ošetrovatelství u pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu

Vedoucí práce: Mgr. Petra Poková

Počet stran – číslované: 50

Počet stran – nečíslované : 32

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: kyčelní kloub, operace, rehabilitace, endoprotéza

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá rehabilitačním ošetrovatelstvím u pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu. Práce má dvě části a to část teoretickou a praktickou. V teoretické části je zmíněna kineziologie i anatomie kloubu, indikace k operaci a druhy endoprotéz. Dále rozdělení předoperační, intraoperační, pooperační péče a také jsou zmíněny možné komplikace, které mohou nastat po operačním výkonu. Důležitou částí je také rehabilitační ošetrovatelství, které je zaměřeno především na rehabilitační postup a omezení po operaci.

V praktické části je popsána metodika, organizace šetření a výběr vzorku respondentů. Následně jsou jednotlivé výsledky šetření uvedeny v tabulkách. Diskuze obsahuje komentáře daných výsledků šetření. Závěr se zabývá shrnutím celé práce.

Annotation

Surname and name: Bambásková Tereza

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Rehabilitation nursing of a patient after hip replacement

Consultant: Mgr. Petra Poková

Number of pages – numbered: 50

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 32

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 36

Keywords: hip joint, operation, rehabilitation, endoprosthesis

Summary:

My thesis deals with the rehabilitation nursing of a patient after the hip arthroplasty. Thesis has two parts: theoretical and practical. In the theoretical part I described kinesiology and anatomy of the joint, indications for surgery and the types of replacements. Furthermore, I mentioned the distribution of preoperative, intraoperative, postoperative care and the possible complications that may occur after surgery. The important part is the rehabilitation nursing which focuses primarily on the rehabilitation process and limitations after surgery. The practical part describes the methodology, organization of surveys and sampling of respondents. Subsequently, the individual results of the survey are presented in the tables. Discussion includes comments of the survey results. Conclusion deals with a summary of the whole thesis.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ANATOMIE A KINEZILOGIE KLOUBU	11
1.1 Kyčelní kloub (articulatio coxae).....	11
1.1.1 Vazy kyčelního kloubu.....	12
1.1.2 Nervy a tepny kyčelního kloubu.....	12
1.1.3 Hlavní a pomocné svaly kyčelního kloubu.....	13
1.1.4 Roviny a rozsahy pohybů v kyčelním kloubu	14
2 NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU	16
2.1 Indikace k operaci	16
2.2 Vyšetření kloubu při stanovení diagnózy:	16
2.3 Operace kyčelního kloubu	17
2.4 Typy náhrad	17
2.5 Dysfunkce kyčelního kloubu	18
2.6 Předoperační příprava	18
2.6.1 Dlouhodobá předoperační příprava	19
2.6.2 Krátkodobá předoperační příprava	21
2.6.3 Bezprostřední předoperační příprava.....	21
2.6.4 Intraoperační péče.....	22
2.7 Pooperační péče	23
2.7.1 Standardní pokoj.....	24
2.7.2 Péče o ránu.....	25
2.7.3 Pooperační komplikace.....	25
3 REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	31
3.1 Alloplastika kyčelního kloubu a rehabilitace.....	31
3.1.1 Rehabilitační postup po operaci	31
3.1.2 Styl chůze	32
3.1.3 Kondiční cvičení.....	32
3.1.4 Ergoterapie.....	33
3.2 Omezení po náhradě	33
3.2.1 Režim po 3 měsících od operace	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 FORMULACE PROBLÉMU	35
4.1 Hlavní cíl.....	35
4.2 Dílčí cíle:.....	35

4.3	Předpoklady	35
5	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	36
6	METODA SBĚRU DAT	37
7	ORGANIZACE VÝZKUMU	37
8	VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	38
9	DISKUZE.....	52
	ZÁVĚR.....	59
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Tato práce se zabývá Rehabilitačním ošetřovatelstvím u pacientů, kteří podstoupili výměnu kyčelního kloubu. Je to dnes velice častý operační výkon, který není výjimkou ani u mladší populace.

Endoprotéza kyčelního kloubu se operuje již několik desítek let a je značným přínosem pro pacienty, kteří mají poškozený kyčelní kloub nebo jeho část. U každého pacienta je postižení jinak rozsáhlé a podle toho se volí vhodný typ náhrady i druh endoprotézy.

Pacient často k odborníkovi přichází s nepříjemnými bolestmi, které mu narušují běžný život. Dle Koláře (2009) je důležité především klinické vyšetření, kdy sledujeme svalovou stabilizaci, bolestivost v okolí a rozsah. Také pomocí rentgenu či počítačové tomografie se zjišťuje rozsah poškození kloubu. Pokud má pacient kyčelní kloub ve stavu, kdy je konzervativní léčba nedostatečná, je indikován k jeho výměně. Doba, kdy bude pacient odoperován je individuální dle jeho zdravotního stavu a místa v pořadníku ortopedických operací.

Důležitou částí u pacientů je dostatečná příprava na operaci a především správně provedená a dostatečná rehabilitace po výkonu. Vše je velmi individuální, ale hlavním předpokladem je, aby pacient byl co nejvíce samostatný a mohl žít plnohodnotný život pokud možno bez bolesti. Je důležitá především spolupráce a snaha pacienta. I přes náročnost výkonu a rehabilitace je tento operační zákrok velkým přínosem pro nemocného. Všichni z nás se často v okolí setkáváme s lidmi po operaci kyčelního kloubu. Problematika tohoto tématu je v této práci přiblížena a dává tak možnost všem nahlédnout blíže k informacím jak o operačním výkonu tak především o chování po výměně kyčelního kloubu.

Úlohou této práce je zmapovat celý průběh operačního výkonu u pacientů po endoprotéze kyčelního kloubu. Především jejich informovanost a průběh rehabilitace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A KINEZILOGIE KLOUBU

Kloub je místo, kde se setkávají dvě nebo více kostí. Základní rozdělení kloubu je členěno podle struktury a pohybu, jenž kloub umožňuje. Volně pohyblivé a nejčastější jsou synoviální klouby. Tyto klouby mají ochranný zevní kryt, neboli kloubní pouzdro. Vnitřní povlak pouzdra, zvaný synoviální blánka vylučuje kluzkou tekutinu. Tento kloubní maz působí v kloubu především jako mazadlo a napomáhá co nejmenšímu tření kloubních povrchů při pohybu. Snižuje tím opotřebení obou kostí. Kloubní maz také vyživuje chrupavku, kdy jí dodává potřebné tuky a bílkoviny. Chrupavka je důležitým tlumičem nárazů a nežádoucích vibrací. V lidském těle je přibližně 230 kloubů obsahujících tento kloubní maz (synovii). Kloub je zpevněn také pomocí vláknitých vazů, které jsou uchyceny na kostech, brání tak kostem zajít příliš dalekému nebo nepřírozenému pohybu. Kloub je obklopen svaly, které se rovněž připojují ke kostem a svým napětím udržují stabilitu, stahováním naopak vyvolávají pohyb. (Parker, 2007; Rokyta, 2009)

1.1 Kyčelní kloub (*articulatio coxae*)

Kyčelní kloub patří mezi klouby kulovité, avšak jeho pohyb je omezený. Kloub spojuje os femur a os coxae. Hlavice je tvořena *caput femoris* a *acetabulem*, která se skládá ze tří pánevních kostí - os pubis, os ischii a os ilium. Hluboká jamka je prohloubená *labrum acetabulare*. Na hlavici stehenní kosti je vidět malá jamka, kde prochází vaz a tepna, která vyživuje část hlavice femuru. *Acetabulum* obsahuje kloubní část, která nevyplní celou jamku, ale jen její obvod. Ke kyčelnímu kloubu je připojena dolní končetina. Kyčelní kloub je nosný a balanční kloub, který udržuje rovnováhu trupu. Jsou tak důležité i vazy kloubního pouzdra. (Dylevský, 2009; Wetzel, 2013)

Obrázek 1 Kyčelní kloub



Zdroj: www.surgicalclinic.cz, 2011

1.1.1 Vazy kyčelního kloubu

Ligamentum iliofemorale - nejsilnější vaz těla, jeho začátek je pod hřebenem kyčelním, upíná se na velkém trochanteru. Zabraňuje záklonu trupu tím, že ukončuje extenzi kyčelního kloubu.

Ligamentum pubofemorale - vine se od shora stydké kosti a po spodní ploše pouzdra jde směrem ke stehenní kosti. Vaz má za úkol omezení abdukce a zevní rotace v kloubu.

Ligamentum ischiofemorale - vaz je krátký, jde od acetabula k zevnímu ramenu iliofemorálního vazy a tím spolu splývají. Tento vaz naopak omezuje addukci a vnitřní rotaci v kloubu.

Zona orbicularis - je kruhovitý vaz, obtáčí krček femuru, ale nesplývá s ním. (Dylevský, 2009)

1.1.2 Nervy a tepny kyčelního kloubu

Hlavní inervací přední strany kloubního pouzdra je n. femoralis, zadní strany z větve n. ischiadicus a zbytek pouzdra zásobuje n. gluteus superior, n. ischiadicus a n. obturatorius. Větve tepen okolo acetabula, které vyživují kyčelní kloub přijímají větve z a. glutea superior et inferior, a. obturatoria, a. pudenda interna a ostatních drobných větví. Další část krčku femuru je zásobena z aa. circum flexae femoris, medialis et lateralis, aa. gluteae,

superior et inferior a z a. perforans. Okolní větvičky vedou do kloubního pouzdra. (Dylevský, 2009)

1.1.3 Hlavní a pomocné svaly kyčelního kloubu

Rozdělují se na flexory, extenzory a rotátory.

Vnitřní svaly

M. iliopsoas složený z: M. psoas major - provádí flexi bederní páteře a je svalem chůze i běhu.

M.iliacus - leží na vnitřní ploše lopaty kyčelní kosti, sval má za úkol předklon pánve, addukci i flexi stehna, navozuje také rotaci pánve pomocí jednostranné kontrakce, balancuje hlavně trup jak při sedu tak stojí.

M.psoas minor - je pomocný flexor bederní páteře. (Dylevský, 2009)

Zevní svaly

M.gluteus maximus - je potřebný k extenzi v kyčelním kloubu, zabezpečuje vzpřímené postavení trupu, přitahuje dolní končetinu v kyčli, bez tohoto svalu není možná chůze v terénu do kopce či schodů.

M. gluteus medius - uplatňuje se při abdukci stehna a přispívá ke stabilnímu postavení pánve, dále provádí flexi, extenzi, vnitřní a zevní rotaci kloubu.

M. gluteus minimus - napomáhá chůzi při rovině.

M. tensor fascie latae - napomáhá flexi, abdukci a vnitřní rotaci v kyčelním kloubu.

M. piriformis - účastní se zevní rotace stehna a při odporu má schopnost abdukce flektovaného stehna.

M. obturatorius internus a m. gemellus inferior mají stejnou funkci jako m. piriformis.

M. obturatorius internus a m. gemellus superior et inferior = m. triceps coxae má za úkol zevní rotaci.

M. quadratus femoris - provádí zevní rotaci stehna. (Dylevský, 2009)

Svaly vnitřní strany stehna

M. pectineus - kryje přední část kyčle, podílí se na addukci, flexi a také zevní rotaci stehna.

M. adductor longus - provádí flexi, addukci a zevní rotaci stehna.

M. gracilis - dlouhý a štíhlý sval, má za úkol addukci stehna a flexi kolene.

M. adductor brevis - provádí addukci, flexi a také zevní rotaci stehna.

M. adductor magnus - masivní sval, je adduktorem stehna, přední snopce provádí flexi a hluboké snopce extenzi kyčle.

M. obturatorius externus - hluboký sval na přední straně stehna, jeho funkce je zevní rotace, addukce a flexe stehna. (Dylevský, 2009)

1.1.4 Roviny a rozsahy pohybů v kyčelním kloubu

Střední (fyziologické) postavení kyčelního kloubu je v menší flexi s malou abdukci a zevní rotací. Kyčelní kloub umožňuje pohyb všemi směry, které jsou znázorněny v následující tabulce. (Dylevský, 2009)

Tabulka 1 Roviny a osy pohybů v kyčelním kloubu dle Koláře

Pohyb	Rovina pohybu	Osa pohybu	Kyčelní kloub
<i>Flexe</i>	<i>sagitální</i>	<i>laterolaterální</i>	140 °
<i>Extenze</i>	<i>sagitální</i>	<i>laterolaterální</i>	20 °
<i>Abdukce</i>	<i>frontální</i>	<i>ventrodorsální</i>	50°
<i>Addukce</i>	<i>frontální</i>	<i>ventrodorsální</i>	30°
<i>Zevní rotace</i>	1) <i>transverzální</i> 2) <i>frontální</i> 3) <i>sagitální</i>	1) <i>kraniokaudální</i> 2) <i>ventrodorsální</i> 3) <i>laterolaterální</i>	1) 30° (výchozí poloha: 0° extenze kyčle a 90° flexe v kolenu) 2) 50° (výchozí poloha: 90° flexe v kyčli a kolenu) 3) Neměří se
<i>Vnitřní rotace</i>	1) <i>transverzální</i> 2) <i>frontální</i> 3) <i>frontální</i>	1) <i>kraniokaudální</i> 2) <i>ventrodorsální</i> 3) <i>laterolaterální</i>	1) 40° (výchozí poloha : 0° extenze kyčle a 90° flexe v kolenu) 2) 40° (výchozí poloha: 90° flexe v kyčli a kolenu) 3) neměří se
<i>Horizontální abdukce</i>	<i>transverzální</i>	<i>kraniokaudální</i>	80° (výchozí poloha: 90° flexe v kyčli a kolenu)
<i>Horizontální addukce</i>	<i>transverzální</i>	<i>kraniokaudální</i>	20° (výchozí poloha: 90° flexe v kyčli a kolenu)

(Kolář, 2009, s.160)

2 NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU

Je to poměrně častá a důležitá operace, často s dobrými výsledky pro pacienty, která se provádí již od 60. let 20. století. Endoprotézy kyčelního kloubu jsou velkým pokrokem v medicíně a dnešní druhy náhrad jsou velice účinné, zbavují bolesti a začleňují nemocné do běžného života a navrací opětovně i do náročnějších povolání. Tento druh výkonu je plně hrazen ze zdravotního pojištění. (www.onhb.cz, 2008)

2.1 Indikace k operaci

Pacienta k operaci indikuje vždy lékař. Velmi častým příznakem je bolest v oblasti třísla, boku nebo bolest vyzařující až ke koleni. Bolesti se častěji objevují při chůzi a zvýšené zátěži. Nepříjemné jsou především bolesti klidové, které se objevují hlavně v noci. Může se také objevit omezení v kyčelním kloubu, pocit nestability kloubu a bolest v oblasti beder. Důležité je především, aby pacient neměl v těle žádnou infekci. Důraz je kladen ovšem i na optimální váhu pacienta. Pokud pacient netrpí ani jinými přidruženými onemocněními, která by ho při operaci mohla ohrozit na životě je doporučen k výkonu. Důvodem k indikaci endoprotézy kyčelního kloubu mohou být tato onemocnění:

- Zánětlivé onemocnění kloubu - artritidy.
- Úrazové stavy - zlomenina krčku kosti stehenní.
- Nádory - metastázy.
- Degenerativní stavy - artróza (coxartrosis). Primární osteoartroza 3.-4. stupně. Sekundární osteoartroza - narušení kloubu vrozenou dysplazií kyčle, nekróza, poúrazová artróza.
- Reimplantace - výměna uvolněné endoprotézy za novou. (www.onhb.cz, 2008; Tichý, 2008; Příkryl, 2009)

2.2 Vyšetření kloubu při stanovení diagnózy

Důležitá je především anamnéza - bolest v třísle, vystřelující do mediální strany stehna (někdy až ke koleni). Bolest je především vázána na období dne a také zátěži kyčelního kloubu. Dále klinické vyšetření - pohled, poklep, rozsah pohybu, vzhled obou končetin. Sledujeme svalovou stabilizaci končetin při stoje i chůzi. Palpačně

vyšetřujeme bolestivost celého kyčelního kloubu a palpují se i svaly v okolí kyčle. Rozsah pohybu provádíme ve flexi s vnitřní rotací a malou abdukci. Důležité je také rentgenové vyšetření kyčle a scintigrafie skeletu, který určí druh onemocnění. Dále CT vyšetření pro určení vývojové vady a destrukce kloubu. Pokud je třeba tak se provedou další vyšetření, která odhalí jiný zdroj potíží (neurologické, chirurgické atd.). (www.onhb.cz, 2008; Kolář, 2009)

2.3 Operace kyčelního kloubu

Existuje několik typů náhrad, které se v současnosti používají. Závisí především na místě a rozsahu poškození. Částečná náhrada nahradí jen poškozenou část femuru. CKP - cervikokapitální endoprotéza nebo také hemiartroplastika je náhrada krčku a hlavice femuru. Bývá často u geriatrických pacientů u zlomenin krčku nebo u napadení kosti nádorem. Totální náhrada nahrazuje všechny kloubní plochy. TEP - totální endoprotéza je implantace jamky a femorálního dřívku. Nahrazuje se povrch kloubu a kloubní chrupavka. (Majkusová, 2010; www.hardtailzbar.com, 2015)

2.4 Typy náhrad

Cementovaná náhrada

Tato náhrada fixuje obě komponenty cementem, je vhodná spíše pro starší a méně aktivnější pacienty. Po výkonu s tímto typem náhrady může pacient dříve zatěžovat celou končetinu. Při výkonu je tato náhrada na provedení jednodušší. Přibližně po 10 až 15 letech často dochází k uvolňování jamky a to díky agresivitě cementu.

Necementovaná náhrada

V tomto případě kost zaroste do upraveného povrchu implantátu. Tato náhrada má delší funkčnost a tak je vhodná pro mladší a aktivnější pacienty. Typ endoprotézy se vždy volí podle anatomie operovaného kloubu.

Hybridní náhrada

To je náhrada, kdy jedna část je připojena bez cementu, většinou jamka a druhá cementem, většinou dřík. Tato náhrada se využívá dnes poměrně často.

Hip resurfacing

Je to nová metoda v léčbě koxartrózy. Jde o povrchovou hybridní náhradu třecích ploch kloubu. Konstrukce implantátu co nejvíce napodobuje kyčelní kloub. Nabízí lepší funkčnost po výměně. Hodí se spíše u lidí, kteří nemají velké anatomické změny v kyčelním kloubu. Uplatňuje se také u pacientů u kterých vzhledem k věku nebo úrovni pohybové aktivity může být použití dřívkové náhrady problém a může tak dojít k dřívějšímu mechanickému uvolnění. (www.beznoska.cz, 2014; Majkusová, 2010)

Životnost kloubu

Životnost kloubu je u každého pacienta zcela individuální. Záleží hlavně na fyzické kondici a přístupu pacienta k životosprávě a cvičení. Náhradní kloub bohužel nikdy nenahradí původní kloub zcela dokonale. I přesto se většinou funkčnost udává mezi 15 až 20 lety. (www.onhb.cz, 2008)

2.5 Dysfunkce kyčelního kloubu

Totální endoprotéza kyčelního kloubu může způsobit posunutí umělé jamky a tím se o kousek změní poloha kostí a svalový kužel zůstane v původní poloze a může tak dojít k funkční bloádě, která je třeba nahradit ortopedickými pomůckami. Proto je důležitá správná rehabilitace a pravidelné kontroly u ortopeda. Na vyšetření je vždy potřeba dostatek času, spolupráce pacienta a správnost vyšetření. (Tichý, 2008)

2.6 Předoperační příprava

Jedná se o období, kdy se rozhodne o operaci do doby, kdy je pacient předán na operační sál. Období je variabilní a záleží tedy na naléhavosti operace a stavu pacienta. Úkolem

předoperační přípravy je vytvořit co nejpříznivější podmínky tak, aby pacient zvládl co nejlépe operační zátěž a snížil riziko možných komplikací po zákroku. Také je důležité co nejrychlejší pooperační zotavení pacienta. (Kapounová, 2007; Janíková, Zeleníková, 2013)

„Rozdělení předoperační péče: vzájemně se prolínají

Obecná a speciální (péče, která je společná pro všechny operační výkony, a péče, která je přizpůsobena typu nemoci a operace)

Tělesná, psychická a medikamentózní (příprava vlastního organismu, edukace a mírnění obav, úprava medikace)

Celková a místní (péče vztahující se k organismu jako celku a péče zaměřená na místo operace)

Dlouhodobá a krátkodobá" (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26)

2.6.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Délka předoperační přípravy je závislá na celkovém stavu pacienta a na typu operačního výkonu. Lékař je povinen zapojit pacienta do komplexního procesu léčby a vše mu dostatečně vysvětlit. Spolupráce a aktivita pacienta je velice důležitá při léčbě. Psychická příprava začíná podpisem informovaného souhlasu o operačním výkonu, kdy lékař před podáním formuláře náležitě podá informace o výkonu. Především jeho účelu, důsledcích, výhodách a nevýhodách či případných alternativách výkonu.

Informace by vždy měly být úplné, srozumitelné a jak v písemné tak ústní formě. Je důležitý také prostor pro dotazy a nejasnosti pacienta. Informace musí být přizpůsobeny také podle věku a stavu pacienta. Pacient má vždy plné právo se vždy bez nátlaku rozhodnout, zda na daný zákrok půjde nebo jej odmítne. Předoperační vyšetření vždy provádí lékař, který dostatečně zná danou oblast. Také se na vyšetření může podílet interní lékař, který má možnost výsledky konzultovat se specialistou. Mezi předoperační vyšetření patří.

- Anamnéza - osobní, rodinná, pracovní, farmakologická, nynější onemocnění.
- Fyzikální vyšetření - pohled, poklep, poslech, vzhled + interní vyšetření.

- Screeningové vyšetření krve - KO + diff, biochemie, hemokoagulace, krevní skupina a Rh faktor.
- Screeningové vyšetření moči- moč + sediment
- Elektrokardiogram a rentgenové vyšetření srdce a plic - není nutné vždy u všech pacientů.
- RTG snímek kyčle - aktuální.
- Předanestetické vyšetření - stanoví operační rizika.
- Gynekologické vyšetření - u žen.
- ORL a zubní vyšetření.
- Autotransfuze - pokud není kontraindikace.
- Další vyšetření vzhledem klinického stavu pacienta. (Janíková, Zeleníková, 2013; Slezáková 2010)

Platnost výsledků je u lidí s fyziologickými výsledky až 1 měsíc. U lidí s vyššími riziky se tato doba zkracuje na 14 dnů nebo 1 týden. Před plánovaným výkonem je u pacientů s nadváhou vhodná redukce hmotnosti, dále u všech pacientů posílení kloubního svalstva a nácvik rehabilitace. Jak dechové tak chůze s berlemi. Pacient je přijat na ortopedické oddělení den před výkonem, kdy podepíše pozitivní revers a tak dává najevo souhlas s operací. Anestezie je vždy celková nebo spinální. (Kotlík, 2012; Repko, 2012; Janíková, Zeleníková, 2013; Slezáková 2010)

Potřeby při přijmutí do nemocnice

Je důležité s sebou vzít kompletní a vyplněné předoperační vyšetření. Z dokladů je důležitý občanský průkaz a kartička zdravotní pojišťovny. Dále je nutné mít vhodnou, pevnou a větší obuv, která je dobře nazouvatelná a drží na noze. Také hygienické pomůcky a pohodlné oblečení jak na spaní tak především vhodné a pohodlné ke cvičení a chůzi. Vlastní léky v originálním balení je vhodné vzít také s sebou, pokud je pacient pravidelně užívá a má doma. Osobní potřeby zase zpříjemní hospitalizaci, jako např. mobil, knihy, notebook atd. Cennosti je však lepší ponechat doma. A pokud má pacient své hole tak by je měl také přinést. (www.kntb.cz; 2012, www.onhb.cz, 2008)

2.6.2 Krátkodobá předoperační příprava

Je to 24 hodin před operačním výkonem. Má návaznost na dlouhodobou přípravu. Vždy je nutná kontrola, musí se zhodnotit informace a zkontrolovat výsledky všech předoperačních vyšetření. Pokud by bylo třeba, tak doplnit ještě další vyšetření. Anesteziologické konzilium rozhodne o typu anestezie a premedikace. Anesteziolog také učiní edukaci pacienta a zhodnotí všechny výsledky a dá pacientovi podepsat informovaný souhlas. V rámci hospitalizace pacient udá osoby, které budou informovány nebo mohou rozhodovat za pacienta v době neschopnosti.

Dalším bodem je příprava operačního pole, tedy oholení, odmaštění, celková koupel a odlakování nehtů. Mezi důležitou součástí patří příprava trávicího traktu a to lačnění většinou od půlnoci nepít, nejíst, nekouřit, někdy klyzma, vyprázdnění roztokem nebo se dává čípek na noc. Noc před výkonem jsou často naordinovány léky jako sedativa a hypnotika, která napomáhají lepšímu spánku nemocného. Nedílnou součástí je také psychická příprava pacienta před samotným výkonem. (Jáníková, Zeleníková, 2013; Slezáková, 2010)

Potřebné intervence všeobecné sestry v rámci krátkodobé předoperační přípravy.

- Kontrola dokumentace pacienta.
- Asistence při anesteziologickém vyšetření.
- Příprava operačního pole.
- Příprava GIT + dieta.
- Aplikace léků - ATB a premedikace.
- Zajištění invazivních vstupů dle ordinace lékaře.
- Dostatečná komunikace s pacientem. (Janíková, Zeleníková, 2013)

2.6.3 Bezprostřední předoperační příprava

Příprava před operací v den operace, přibližně 2 hodiny před začátkem naplánované operace. Je provedena důležitá kontrola veškeré pacientovi dokumentace a dosavadních výsledků vyšetření. Kontroluje se, zda se nezměnil pacientův stav a zda je provedeno vše jak má být, aby se mohlo přistoupit k samotnému výkonu. Pacientovi je změřen krevní tlak a poté se může před výkonem ještě osprchovat. Také je mu zaveden permanentní močový katétr a lékař křížkem označí místo operačního pole. Další ošetrovatelská intervence je natažení elastických punčoch na obě nohy nebo přiložení bandáží, které slouží jako

prevence tromboembolické nemoci. Šperky, zubní protézu, kontaktní čočky nebo jiné ozdoby musí pacient sundat. Důležité je také zajištění invazivních vstupů a podání premedikace - profylaktické dávky antibiotik do svalu a dalších léků dle ordinace lékaře. Poté se obvykle sbalí veškeré věci pacienta, včetně cenností a připraví se k odvozu na JIP (jednotka intenzivní péče), kam bude pacient po operaci převezen. Vždy vše musí být zaznamenáno do dokumentace. Vše posuzuje anesteziolog a přesně určí, kdy premedikaci podat. Obvykle je to 30 až 60 minut před výkonem. Premedikace se nejčastěji podává parenterálně nebo perorálně. Je důležitá pro snížení tvorby slin v ústech, žaludečních šťáv v žaludku, mírní neklid a úzkost a je také prevencí alergických reakcí u pacienta. Indikační skupinou v rámci premedikace jsou často analgetika typu opiátu (např. Dolsin) a vagolytika (např. Atropin). Je potřeba hlídat možnost alergické reakce a případné nežádoucí účinky použitých léčiv. Po aplikaci léku by už pacient neměl vstávat z lůžka. Do dokumentace se vždy uvede přesný název podaného léku, aplikované množství, podpis lékaře, datum, čas podání a podpis, kdo premedikaci aplikoval. (Jáníková, Zeleníková, 2013; Slezáková, 2010; www.kntb.cz, 2012)

Stručný přehled intervencí všeobecné sestry v rámci bezprostřední předoperační přípravy.

- Kontrola vitálních funkcí.
- Vyndání zubní náhrady a všech šperků.
- Sepsání cenností a odvoz věcí na JIP.
- Přiložení bandáží nebo elastických punčoch.
- Zavedení potřebných invazivních vstupů, podání léků dle ordinace lékaře.
- Kontrola lačnění a operačního pole.
- Aplikace premedikace dle ordinace lékaře.
- Kontrola veškeré dokumentace.
- Odvoz pacienta a předání na operační sál. (Janíková, Zeleníková, 2013)

2.6.4 Intraoperační péče

Je to období, které začíná předáním pacienta v předšálí a končí po převzetí na lůžko JIP. Tuto péči zajišťují pracovníci operačního sálu. Operační tým tvoří vždy lékaři, sestry specialistky, ošetřovatelky, sanitáři, anesteziolog a anesteziologická sestra. Operační tým vždy musí projít hygienickým filtrem, kdy se převléknou, umyjí a navlečou ochranné pomůcky. Operační sál je vždy sterilní zóna, endoprotéza kyčelního kloubu se vždy

provádí na ortopedickém operačním sále. Pacient je z předsálí odvezen na operační stůl do polohy na bok, tak aby byla dobře přístupná operovaná končetina. Pacient je zajištěn speciálními popruhy a má vyopodložená místa na těle tak, aby neměl otlaky, snížilo se riziko trombózy a nebylo to pro něj nepohodlné. Vždy se dohlíží na správnou teplotu, životní funkce pacienta a je podávána medikace dle ordinace lékaře. Po vytvoření správné polohy se dezinfikuje operační pole a okolí tak, aby dezinfekce byla jen v požadovaných místech. Poté se pacient zarouškuje dle zvyklosti pracoviště. Nejprve se provede řez nad středem velkého trochanteru, odstraní se úpon středního hýžd'ového svalu a poté se resekuje a odstraní hlavice stehenní kosti, acetabulum se připraví kostními frézami a do pánve se implantuje jamka. U typu s cementem, je jamka přicementována. Poté se frézuje dutina kosti stehenní a je implantován dřík různé velikosti. Komplikací může být zlomenina femuru, prolomení dna jamky nebo narušení cévy. Vždy musí být vyzkoušena stabilita endoprotézy a být provedena revize rány, zavádí se také drén k odvodu přebytečné krve. Po kontrole se rána po jednotlivých vrstvách uzavírá. Délka operace se přibližně pohybuje okolo 90minut. Po skončení operace se vždy rána překryje sterilním krytím a zkontroluje se pacient a provede se kontrola použitých nástrojů a materiálu. Nakonec operatér vypíše protokol, kde jsou napsány informace o průběhu operace, použitém materiálu, personálu atd. Anesteziologická sestra je u pacienta až do doby jeho úplného probuzení. Pokud je vše v pořádku je pacient převezen na pokoj jednotky intenzivní péče. (Dylevský, 2010; Jáníková, Zeleníková, 2013)

2.7 Pooperační péče

Pacient je na pokoj odvezen ihned po výkonu. Prvních 24 hodin po operaci je období, kdy doznívá anestezie, obnovuje se vědomí a navrací reflexy. Vždy je důležité, aby sestra sledovala pacientův stav a to především vitální funkce. Pokud je třeba tak se doplní krevní ztráty. Mohou se objevit komplikace a je třeba hodnotit a tlumit bolest. Veškeré intervence a měření se zaznamenávají do dokumentace. Většinou se vitální funkce měří po 15 minutách a poté se čas prodlužuje. Lékař také určuje medikaci, péči o ránu a určuje potřebné druhy dalších vyšetření. Operovaný kyčel musí být vždy v určitém postavení a to v extenzi, vnitřní rotaci a abdukci. K tomu se často používá antirotační bota (AIRO). (Repko, 2012; Janíková, Zeleníková 2013)

"Shrnutí intervencí bezprostřední pooperační péče dle Janíkové, Zeleníkové:

- *vedení dokumentace*
- *aplikace infuzní terapie*
- *sledování bilance tekutin - močení, postupná realimentace, odvoz z drénů a krvácení*
- *sledování vitálních funkcí - TK, P, D, TT, saturace, bolesti,*
- *sledování operační rány- prosakování*
- *sledování výsledků průběžných vyšetření- KO, biochemie, Quick, aPTT atd.*
- *sledování příznaků pooperačních komplikací*
- *aplikace léků dle ordinace lékaře*
- *péče o pohybový režim*
- *péče o hygienu pacienta*
- *sledování celkového stavu pacienta" (Janíková, Zeleníková, 2013, s.48-49)*

Výživa a vyprazdňování

Po operačním výkonu musí být pacient postupně realimentován. Nejdříve pacient pije pouze čaj, poté má tekutou stravu a následně kašovitou. Když je bez komplikací a střevní peristaltika je obnovena, tak se pacient navrácí k původní stravě jako před operací. Důležité je pít dostatek tekutin. V oblasti vyprazdňování je důležité sledovat odchod plynů a nadýmání. Stolice by měla být do 3 dnů od zákroku. Močový katétr by měl být již na standardním lůžku odstraněn a mělo by tak být zajištěno spontánní močení. (Slezáková, 2007)

2.7.1 Standardní pokoj

Na standardní pokoj se pacient přeloží ihned, jakmile je stabilizován. Bývá tomu většinou 2. den po operaci. Péče se zaměřuje hlavně na monitoraci bolesti, pooperační komplikace a také na znovunavrácení do běžného života. Každý pacient má své individuální potřeby, které je třeba vypořádat a věnovat se jim. Všechny úkony by tak měly postupně zlepšovat pacientovu soběstačnost. Ihned po překladi na standardní lůžko musí sestra zkontrolovat čas a aktuální stav pacienta. (Janíková, Zeleníková, 2013; Slezáková, 2010)

2.7.2 Péče o ránu

Cílem péče o ránu je její zhojení. Operační rána je vždy kryta sterilním obvazem, aby nedošlo k vzniku infekce. Z rány vede drén, který má za úkol odvod přebytečného sekretu a krve z rány. U ran hojících se per primam (bez známek infekce) se rána převazuje minimálně jednou za den. Vždy je důležité ránu prohlédnout a vše pečlivě zaznamenat do dokumentace. U drénu vždy zapisujeme množství, vzhled a charakter sekretu. Pokaždé je nutnost použití ochranných pomůcek dle standardů oddělení a legislativy. Je možné použít pod suchý obvazový materiál mast'ové kompresy k ochraně sešití. Druhů krytí je mnoho, vždy záleží na daném pracovišti. Stehy se obvykle vyndají 10-12 den po operaci a poté je pacient propuštěn do domácího prostředí nebo na rehabilitační oddělení. Může také využít agenturu domácí péče. U rány hojící se per sekundam (nehojící se) se nejčastěji používá WHC (The Wound Healing Continuum), vychází z posouzení spodiny rány. Barvy jsou od růžové spodiny až do černé. Mimo vzhled a barvu se také hodnotí exsudát a přítomnost infekce. Po zhodnocení se určí léčivá látka a vhodné krytí. (Repko, 2012; Janíková, Zeleníková, 2013)

2.7.3 Pooperační komplikace

To je stav, který narušuje normální průběh po operaci. Často se rozvíjí po anestezii nebo v souvislosti s operačním zákrokem, riziko komplikací může být až 5% u takto velké ortopedické operace. Nejvíce rizikové jsou 2 hodiny po operaci. Důležitá je všeobecná sestra, která má za úkol pacienta sledovat a včas zabránit vzniku nebo rozvoji komplikací včasnými intervencemi. Mezi hlavní rizika pooperačního období patří tyto komplikace .

- Obecné, mohou se vyskytnout u každé operace.
- Specifické, pouze u daného typu operace.
- Místní, jsou pouze v daném místě.
- Celkové, mají více příznaků.
- Bezprostřední, objevují se prvních 24 hodin po operaci.
- Časně, vznikají za 2 až 3 týdny.
- Pozdní, vznikají nad 3 týdny. (Janíková, Zeleníková, 2013; Zeman, Krška, 2011)

Pooperační nemoc

Je syndrom pooperačních tělesných i fyzických změn. Vznik ovlivňuje náročnost operace a celkový zdravotní stav pacienta. Hlavními projevy jsou: zvýšený počet bílých krvinek, překrvení, otok, skleslost, bolest, nechutenství, tachykardie, hypotenze, retence moči, zástava odchodu stolice atd. Často bývá lehký průběh a příznaky samy během několika dní zmizí. V horším případě může nastat až šok. Léčbou je doplnění tekutin a řešení konkrétních potíží. Prevencí je řádná a kvalitní předoperační příprava. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Respirační komplikace

Mezi ně patří zánět plic, laryngotracheitida, aspirace, nevdusnost plic, edém, šoková plic až krátkodobá zástava dechu. Vznikají často v souvislosti s intubací a utlumení dýchací soustavy. Komplikace mohou nastat již od 2.dne po operačním zákroku. Nejčastěji se tyto komplikace objevují u kuřáků, chronických plicních onemocnění a starších lidí. Příznaků je více a to kašel, dušnost, chrapot, atd. Léčbou je obklad na krk, inhalace, dechová rehabilitace, ATB a ostatní intervence a léky dle lékaře a stavu pacienta. (Janíková, Zeleníková, 2013; Zeman, Krška, 2011)

Kardiální komplikace

Nejčastěji se objevují u jedinců s přidruženými chorobami. Projevují se změnami na EKG a ve vitálních funkcích. Projevy jsou dány konkrétním postižením srdce. Léčba je odstranění příčiny potíží a léky dle ordinace lékaře. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Tromboembolické komplikace

Příčinou je zpomalení krevního toku, srážení krve v cévách a poškození endotelu cévy. Patří mezi ně záněty žil, které by měly být odhaleny v předoperačním období. Vždy je důležitá prevence v podobě medikace a bandáží. Druhý týden po operaci se často objevuje embolie plicnice. Uvolněný trombus doputuje až do plicnice, kde vytvoří překážku. Příznaky jsou závislé na druhu embolie či velikosti trombu a rozsahu postižení. Častý je

kašel, bolest, vykašlávání růžového sputa, dušnost aj. Provádí se rozpouštění trombu pomocí streptokinázy, či odsátí vzduchu u vzduchové embolie. (Janíková, Zeleníková, 2013; Zeman, Krška, 2011)

Porucha srážení krve

Porucha může vzniknout na základě operačního výkonu a to při dlouhé operaci, velkých krevních ztrátách, při velkém podání náhrady krve nebo anestezii. Přibližně do 1 litru krve, kterou pacient ztratí je tělo schopné se vyrovnat. Větší ztráty je však nutné nahradit a předejít tak hemoragickému šoku. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Zvýšená tělesná teplota

V časném pooperačním období vlivem sympatiku může docházet ke zvýšené tělesné teplotě člověka. Je to častý jev více než u třetiny pacientů. Během pár dnů by však měla teplota být v normě. Teploty mohou značit zánět v těle, pokud je vyloučeno jiné maligní onemocnění. Je vždy důležité přijít na vyvolávající příčinu. (Janíková, Zeleníková, 2013; Zeman, Krška, 2011)

Alergické reakce

Jsou časté, projevují se vyrážkou na kůži, zvýšenou teplotou, ale i zduřením sliznic nebo astmatickým stavem. Léčba je podání léků dle konkrétních příznaků např. antihistaminika nebo kortikoidy. (Janíková, Zeleníková, 2013; Zeman, Krška, 2011)

Porucha funkce močového systému

Časté jsou záněty po zavedení močové cévky, poruchy funkce ledvin mohou vzniknout na základě působení anestezie nebo mohou být způsobené operačním zákrokem. Zadržování moči je také častý jev způsobený při poloze v leže. Projevy jsou na základě postižení, jedná se o snížení až zástavu močení, bolest a pálení při močení. Pacient by měl být vymočen max. do 8 hodin po zákroku. Léčba je na základě příčiny, pomáhá obklad na

podbřišek, puštění vody, vertikalizace a úprava pitného režimu. Při zánětu se užívají antibiotika a analgetika při bolesti. (Janíková, Zeleníková, 2013; Slezáková, 2010)

Poruchy funkce trávicího traktu

Po operaci je častá střevní paréza a snížený odchod plynů. Je nutno do 5 dnů obnovit peristaltiku, pak hrozí střevní neprůchodnost. Léčba se odvíjí na základě potíží. Časté je také zvracení a nechutenství. Doporučuje se dieta a aplikace antiemetik. Škytavka bývá častá a obvykle zmizí sama. Porucha funkce jater je ojedinělá. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Komplikace operační rány

V ráně se může vyskytnout zánět, krvácení, rozpad nebo nekróza. Projevem infekce je zarudnutí, bolest, zvýšená teplota a výskyt hnisu. Léčbou je podání ATB, evakuace hnisu a dodržení sterilního převazu rány. Důležité je dostatečné krytí rány a při krvácení komprese místa. K rozpadu rány dochází nejčastěji u lidí mezi 5-8 dnem po operaci a to často u obézních a lidí s DM. Dalšími faktory jsou tlak, špatný uzávěr rány a nesprávná péče o ránu. Je důležitá především edukace pacienta a sledování okolí rány sestrou. (Janíková, Zeleníková, 2013; Slezáková, 2010)

Hluboký infekt na endoprotéze

Bakterie osídlí přímo endoprotézu. Je nutné vyjmout endoprotézu, propláchnout lůžko a podat žilně antibiotika. Návrat endoprotézy záleží vždy na zdravotním stavu operovaného pacienta. (www.onhb.cz, 2008)

Nervové a duševní poruchy

Na základě embolizace do mozku, dehydratace a metabolickými poruchami může dojít až k poruše vědomí. Výjimkou není ani zmatenost, agrese či dezorientace a pokles nálady. K poruchám může dojít na základě predispozice pacienta. Při výskytu je třeba dbát

trvalého dozoru a případně konzultovat stav s psychiatrem. (Janíková, Zeleníková, 2013; Slezáková, 2010)

Luxace kyčelního kloubu

Pokud se vykloubí poprvé, může se zpátky vrátit do pouzdra bez další nutné operace. Je nutné dodržovat klid na lůžku nebo přiložit ortézu. V případě časté luxace se však musí přistoupit k reoperaci. (www.onhb.cz, 2008)

Hodnocení soběstačnosti a bolesti pacienta

Soběstačnost lze hodnotit testy, které jsou v papírové podobě součástí dokumentace. U pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu se nejčastěji jedná o test Barthelové, který je zaměřen na zvládání všedních činností. Hodnotíme také BMI, riziko vzniku dekubitů pomocí škály dle Nortonové. Bolest je důležité měřit a udržovat především po operaci na co nejnižším stupni. Bolest hodnotíme nejčastěji podle Melzacka, kdy se na arch zaznamenává intenzita bolesti. Často se hodnotí na záznam podle dne a denní doby. (Kolář, 2009; www.ose.zshk.cz, 2015)

Nejčastější akutní a potencionální ošetřovatelské diagnózy z důvodu operačního zákroku

- Bolest (00132).
- Chůze (00088)
- Deficit sebepéče při koupání (00108)
- Deficit sebepéče při oblékání (00109)
- Infekce (00004)
- Integrita kůže (00046) □
- Integrita tkáně (00044)
- Nespavost (00095)
- Pády (00155)
- Strach (00148)
- Stres (00177). (Kudlová, 2013)

Po propuštění

Pacient užívá léky dle ordinace lékaře a co nejčastěji léky na bolest a ředění krve. Také musí nosit kompresní punčochy nebo bandáže. Kontroly po operaci bývají nejčastěji po 6 týdnech, 3 měsících a půl roce. Poté stačí jednou za rok. Pokud by se vyskytly nějaké komplikace, je důležité ihned navštívit lékaře a věnovat potížím včas dostatečnou pozornost. (Repko, 2012)

3 REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Rehabilitační ošetřovatelství slouží především k prevenci sekundárního poškození. Důležitým prostředkem je polohování. U náhrady kyčelního kloubu je to polohování na záda a na zdravý bok. Dále vertikalizace a to zvyšování horní poloviny těla. V neposlední řadě dostatečná mobilizace pacienta, která zabraňuje atrofiím svalstva a kontrakturám. (Kolář, 2009)

3.1 Alloplastika kyčelního kloubu a rehabilitace

Má dvě fáze. První je nácvik před operací zaměřen na ošetření postiženého kloubu, nácvik chůze s odlehčením postižené končetiny, úprava dýchání, nácvik sebeobsluhy a edukace pacienta. Pooperační fáze se řídí dle charakteru výkonu, typu endoprotézy a ostatních faktorů týkajících se pacienta. Úkolem fyzioterapie je postupně cvičit pohybový aparát tak, aby se odstranily poruchy chůze, které vznikly již před alloplastikou. (Kolář, 2009)

3.1.1 Rehabilitační postup po operaci

Zahrnuje dechové cvičení, polohování, cvičení horních končetin, izometrické cvičení dolních končetin a prevenci komplikací. V den operace se často využívá AIRO bota, která pomáhá udržet operovanou končetinu ve vhodné poloze. Může se použít také na noc, vždy po domluvě s pacientem. Pacient je vertikalizován již druhý nebo třetí den po operaci, poté následuje asistované cvičení flexe, abdukce v kyčli, učí se otáčení na lůžku na zdravý bok s polštářem mezi koleny a na břicho. Poté si pacient osvojí správný postup jak se dostat z lůžka a na lůžko. Vždy cvičení probíhá pod vedením přiděleného fyzioterapeuta, který se snaží znovu obnovit původní rozsah kloubu, mobilizuje pacienta, učí ho správné, samostatné chůzi o berlích jak po rovině, tak po schodech. Mobilizace pacienta je vždy postupná a velice šetrná, vzhledem k bolesti a ochabnutí svalstva. Nedílnou součástí je péče o jizvu a léčba případného otoku technikami měkkých tkání. (Kolář, 2009; Slezáková, 2007)

Při chůzi je třeba dbát odlehčení operované končetiny. U cervicocapitální endoprotézy je možné za 10 až 14 dní po operaci došlápnout plnou vahou těla. U totální endoprotézy je však nutné dodržet alespoň 3 měsíce odlehčení operované končetiny. Je třeba se vždy řídit přesnými pokyny operátora. Schody se pacient učí po stabilní chůzi přibližně 4. den po

operaci. Velmi důležitá je výška berlí a funkčnost ostatních pomůcek. Výška berlí se vždy nastaví tak, aby se berle při stožení jemně dotýkaly podpažní jamky. Délka francouzských berlí se změní od středu dlaně k lokti, kdy je končetina jemně pokrčena, předloktí se musí dotýkat objímky. Fyzioterapeut vždy klade vysoký důraz na zakázané pohyby v nahrazeném kyčelním kloubu. Předchází tak vykloubení a reoperaci. Edukace je opravdu velmi důležitá, pacient si často chyby neuvědomuje a snadno tak může vzniknout nepříjemná luxace nebo jiné komplikace. Součástí rehabilitace je především fyzikální terapie, kdy se nejvíce využívá tzv. vodoléčba. Může to být cvičení v bazénu nebo vířivka. Pacienti však musí být po vyndání stehů a mít zhojenou jizvu. Většina pacientů tak proto navštěvuje vhodná lázeňská zařízení, která jsou doporučována u pacientů po alloplastice kyčelního kloubu do 1 roku po provedení zákroku. (Kolář, 2009; www.nemji.cz, 2007)

3.1.2 Styl chůze

Nejčastěji se pacient učí takzvanou tříbodovou chůzi, kdy jako první obě berle pacient předsune před sebe stejně jako při běžné chůzi. Poté vykročí operovaná končetina, tak aby nepřekročila berle a poté končetina zdravá. Do schodů jde vždy jako první zdravá končetina, po vzepření přisuneme operovanou končetinu a naposledy berle, fyzioterapeut (sestra) stojí za pacientem. Ze schodů jdou nejdříve obě berle o schod níže, pak následuje operovaná končetina a nakonec jde zdravá dolní končetina, fyzioterapeut (sestra) stojí pro případ pádu pod pacientem. (www.nemji.cz, 2007; www.ose.zshk.cz, 2016)

3.1.3 Kondiční cvičení

Výrazně příznivě ovlivňuje patologický proces a zlepšuje pohyb nemocného. Nejprve je důležité se adaptovat na zátěž a poté přestoupit na vytrvalostní trénink. Pozitivně působí na svalová vlákna, regulaci výdeje energie, krevní oběh a dýchání. Dle Koláře je doporučeno podle Richarda Casaburho „*aplikovat 5x týdně a to nejlépe 1x až 2x denně až intenzitu 80% maximálně tolerované zátěže.*“ (Kolář, 2009, s. 265). Musí se však cvičit poctivě a správně dlouhou dobu. Účinek se většinou dostavuje po dvou týdnech. Je důležité také nepřetěžovat pohybový aparát a znát respirační výkonnost i stav kardiovaskulárního systému u daného pacienta. (Kolář, 2009; www.medlicker.com, 2012)

3.1.4 Ergoterapie

Uplatněna je zde i ergoterapie, kdy se pacient učí nácvik sebeobsluhy v běžném životě a denních aktivitách. Ergoterapie podporuje samostatnost a schopnost vykonávat běžné věci, využitím kompenzačních pomůcek může napomoci k samostatnému fungování v domácnosti. U pacientů po operaci kyčelního kloubu se ergoterapeut zaměřuje na sebeobslužné činnosti a podle jejich zvládnutí doporučí dnes dostupnou a vhodnou kompenzaci. Např. podavač, navlékač ponožek atd. Důležitý je především nástavec na WC, který zajistí vhodnou výšku a polohu končetiny. Dále jsou často nápomocná madla v sociálním zařízení, protiskluzové podložky a sedačka do vany. (Kolář, 2009; www.zdraví.e15.cz, 2008)

3.2 Omezení po náhradě

Omezení vznikají ihned po operaci. Je několik zásad, které jsou třeba dodržovat po dobu tří měsíců od zákroku a to:

- Neprovádět zevní rotaci operované končetiny.
- Nekřížit dolní končetiny přes sebe.
- Neprovádět addukci - přitažení dolní končetiny k ose těla.
- Flexe, neohýbat nad 90 stupňů.
- Neuklánět a nepředklánět se na zdravou stranu.
- Neležet a nespát na boku operované končetiny.
- Při ležení na boku zdravé končetiny vždy vkládat klín mezi kolena.
- Neotáčet se na břicho bez klínu mezi nohama.
- Sedět maximálně do 90 stupňů úhlu mezi stehnem a trupem. Nesesedět v nízkém křesle a na WC sedat jen s nástavcem. Neřídít auto a jako spolujezdec sedět na polštáři.
- Často měnit polohy.
- Rovně sedět na obou půlkách hýždí.
- Nepřetěžovat své síly a nenamáhat DK.
- Nedělat práci v předklonu a nezvedat těžké věci + hlídat si při zvedání obě DK u sebe.
- Volit vhodnou, pružnou obuv s elastickou podrážkou.

- Ponožky si oblékat za pomoci ručníku nebo jiné osoby a boty nazouvat pomocí lžice.
- Nekoupat se v horké vodě, dát přednost sprchovému koutu s protiskluzovou podložkou.
- Pozor při sexu na nežádoucí pohyby.
- Vhodně upravit domácnost - bezbariérové prostředí, pozor na prahy a koberce.

(www.zdraví.e15.cz, 2010; www.nemocnice-vs.cz, 2013)

3.2.1 Režim po 3 měsících od operace

Od 3 měsíců je vhodné zatěžovat končetinu do 2/3 váhy až téměř po půl roce je zátěž celou váhou a bez berlí v domácím prostředí. Na delší venkovní trasu je dobré vzít alespoň jednu vycházkovou hůl. Pokud nebude hůl dále pacientovi doporučena tak může chodit bez opory, ale s opatrností. Svaly a celý pohybový systém se musí dostávat do formy postupně a není dobré spěchat. Je třeba dát tělu dostatek času na regeneraci. Nejdříve po 3 měsících po zákroku je možné řídit motorové vozidlo. Po uplynutí 6 měsíců je možný pomalý návrat do zaměstnání. Nejlepší variantou je sedavé zaměstnání nebo s menší fyzickou námahou. Jako sport se nedoporučují prudké pohyby, jízda na koni a kontaktní sporty. Naopak je vhodné postupně zapojit každý den dostatek chůze a to především procházky nejlépe v přirozeném terénu. Plavání nebo jízda na kole po rovině je též vhodný druh sportu. (www.nemji.cz, 2007; Majkusová, 2010)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Operace kyčelního kloubu je velmi častá a potkává se s ní čím dál tím více lidí nezávisle na věku. Náročná a dlouhá rehabilitace je nedílnou součástí života pacientů po operačním zákroku. Lidé často tento zákrok podceňují a neumí se znovu pozvolna vracet do běžného života a ne vždy znají všechny správné zásady léčby a rehabilitace. Není tedy výjimkou, že se někdy musí přistoupit k reoperaci a mohou také vznikat komplikace vzhledem k nedodržování pooperačního režimu. Proto bych se ráda zeptala: Chovají se pacienti po endoprotéze kyčelního kloubu dle režimových opatření?

4.1 Hlavní cíl

Analyzovat dodržování režimových opatření u pacientů po endoprotéze kyčelního kloubu.

4.2 Dílčí cíle:

1. Zjistit znalost režimových opatření po operaci.
2. Zjistit spokojenost pacientů s přístupem zdravotníků.
3. Zjistit znalost pacientů o cvičebním plánu a rehabilitaci.
4. Určit pravděpodobnost/výskyt komplikací po výměně kyčelního kloubu.

4.3 Předpoklady

P1: Domnívám se, že většina pacientů ze sledovaného souboru respondentů zná režimová opatření.

K1: Znalost = informovanost o režimových opatřeních ve stavu po operaci endoprotézy kyčelního kloubu. Pacient správně odpoví alespoň 3 ze 4 otázek (které zjišťují míru informovanosti o režimových opatřeních pacientů s uvedenou dg). Za většinu se považuje 75% a více pacientů ze souboru.

Otázky č. 19, 20, 21, 22

P2: Domnívám se, že více než polovina pacientů ze sledovaného souboru respondentů vyjadřuje subjektivní spokojenost s postupem rehabilitace po operaci.

K2: Spokojenost = subjektivně vyjadřované pozitivní hodnocení rehabilitační péče. Kladné odpovědi ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům a rehabilitační péči budou převažovat u více než poloviny respondentů. Více než polovina je 51% a více pacientů ze souboru.

Otázky č. 15, 16, 17, 18

P3: Domnívám se, že většina pacientů (respondentů) byla od zdravotnického personálu dostatečně edukována o operačním výkonu.

K3: Pojem „edukován/a“ se považuje stav, kdy je respondent poučen o podmínkách ošetření a diagnózy zdravotnickým pracovníkem. Dostatečně = respondent odpoví kladně alespoň na 3 ze 4 otázek, které jsou zaměřeny na zjištění míry edukace pacienta.

Otázky č. 11, 12, 13, 14

P4: Domnívám se, že méně než polovina pacientů měla (pravděpodobnost) komplikace po operaci kyčelního kloubu.

K4: Za komplikace se považují onemocnění, která souvisí s výkonem. Méně než polovina je 49% a méně pacientů ze souboru.

Otázky č. 7, 8, 9, 10,

5 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výběr vzorku byl záměrně zaměřen na pacienty, kteří podstoupili náhradu kyčelního kloubu, bez rozdílu věku, typu výměny a doby od operace. Vybráni byli respondenti, kteří si na operaci dostatečně pamatují a mohli tak bez chyb vyplnit dotazník. Všichni respondenti byli poučeni o vyplnění dotazníku, jeho anonymitě a také souhlasili s jeho vyplněním a použitím informací v této bakalářské práci.

6 METODA SBĚRU DAT

Jako sběrnou metodu jsem si vybrala výzkumné kvantitativní šetření na základě studia teoretických podkladů. Dotazníkové šetření probíhalo pomocí strukturovaného dotazníku, který obsahuje 22 otázek. Otázky jsou otevřené, polootevřené i uzavřené. Vždy je třeba vyplnit jen jednu odpověď. Dotazník začíná úvodem, poté následují informativní otázky, dotazy na vznik komplikací po výkonu, dále ohledně spokojenosti při rehabilitaci, míru edukace a také otázky zaměřující se hlavně na období po operaci a znalosti pacientů o pooperačním průběhu. Dotazník je ukončen poděkováním za jeho vyplnění a je součástí bakalářské práce. Je zde k nahlédnutí v příloze č. 2. Otázky jsou jednoduché, srozumitelné a jsou rozděleny celkem do 5 kategorií. Toto rozdělení napomáhá pro vyhodnocení dotazníku. První kategorie slouží pouze jako informativní a ostatní čtyři kategorie jsou rozčleněny podle stanovených předpokladů. Následně jsou vždy v tabulkách vyhodnoceny v absolutní a relativní četnosti.

Kvantitativní šetření

Pomocí dotazníků se shromažďují data potřebná k výzkumu. Důležitý je především cíl a poté výzkumné otázky, které určí proměnné, kterými se budeme zabírat. Základní záměr je měření těchto proměnných a hledání souvislostí mezi sebou. (Punch, 2008)

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum proběhl mezi veřejností na internetu, dále dle doporučení známých osobně a nakonec také v rehabilitačním zařízení Nemocnice Horažďovice po dobu jednoho měsíce. Dotazníky jsem rozdala mezi respondenty na začátku ledna 2016 a zpět si je vybrala začátkem února 2016. Internetový dotazník byl sdílen na ortopedických diskuzích a sociálních sítích také měsíc. Na základě odpovědí jsem vyhodnotila výsledky do tabulek pomocí programu MS Excel. Bylo vyplněno celkem 85 dotazníků, ale 5 jich bylo vyplněno neúplně nebo špatně a tak nemohly být použity do dotazníkového šetření. Ostatní dotazníky odpovídaly zadání a byly vyplněny správně, a proto mohly být použity pro výzkum.

8 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Vyhodnocení jednotlivých otázek je zobrazeno v samostatných tabulkách. Každá tabulka obsahuje číslo, název a stručnou legendu.

1. Kategorie

Informativní část

Informativní část zahrnuje 6 otázek. Tyto otázky slouží k objasnění základních informací o pacientovi.

Otázka č.1: Váš věk v době operace?

Tabulka 1 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 30-ti let	3	3,8%
31-50 let	21	26,3%
51-70let	39	48,8%
Nad 70 let	17	21,3%
Celkem	80	100%

Zdroj: vlastní

V tabulce 1 je zdokumentován věk respondentů, kteří byli součástí výzkumu. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 51-70 let a to v počtu 39 (48,8%). Dále nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 31-50 v počtu 21 (26,3%). Následující skupina byla ve věku nad 70 let v počtu 17 (21,3%). Poslední skupinu tvoří věková kategorie do 30-ti let a to v počtu 3 (3,8%) respondentů.

Otázka č.2: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	48	60%
Muž	32	40%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka 2 zobrazuje pohlaví respondentů. Z celého počtu respondentů bylo 48 žen (60%) a 32 mužů (40%).

Otázka č.3: Jaké je Vaše povolání?

Tabulka 3 Povolání respondentů

Druh povolání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Důchodce	37	46,3%
Administrativní pracovník	13	16,3%
Zdravotník	6	7,5%
Dělník	6	7,5%
Prodavač/ka	5	6,3%
Kuchař/ka	3	3,8%
Ostatní	10	12,5%
Celkem	80	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 ukazuje druhy povolání dotazovaných respondentů. Nejvíce zastoupeni jsou respondenti v důchodu a to v počtu 37 (46,3%). Dále administrativní pracovníci v počtu 13 (16,3%). Zdravotníci a dělníci byli zastoupeni stejně a to v počtu 6 (7,5%) respondentů. Povolání prodavač/ka vyplnilo 5 (6,3%) respondentů. Kuchař/ka uvedli 3 respondenti (3,8%). Ostatní povolání byla uvedena v počtu 10 (12,5%) respondentů.

Otázka č. 4: Jaký byl důvod operace?

Tabulka 4a Důvod operace

Důvod operace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Artróza	42	52,5%
Úraz	16	20%
Vrozená vada	12	15%
Jiné onemocnění	10	12,5%
Celkem	80	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka 4a zobrazuje důvod náhrady kyčelního kloubu. Většina je indikována k operaci díky artróze a to v počtu 42 (52,5%). Častá indikace k operaci je také úraz v počtu 16 (20%) a vrozená vada je pouze u 12 (15%). Jiné onemocnění uvedlo 10 (12,5%) respondentů.

Tabulka 4b Artróza

Doba artrózy před operací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nad 5 let	17	40,5%
Nad 1- 3 roky	12	28,6%
Nad 3-5 let	9	21,4%
Do roka	3	7,1%
Nevím	1	2,4%
Celkem	42	52,5%

Zdroj:vlastní

Tabulka 4b zobrazuje délku trvání bolesti u pacientů, než byli odoperováni. Nejčastěji trpěli bolestí nad 5 let v počtu 17 (40,5%). Druhou nejčastější odpovědí bylo nad 1-3 roky v počtu 12 (28,6%). Dále nad 3-5 let v počtu 9 (21,4%). Respondenti, kteří trpěli artrózou do roka byli 3 (7,1%). Odpověď nevím uvedl pouze jeden respondent (2,4%).

Otázka č.5 : Jak dlouho jste po náhradě kyčelního kloubu?

Tabulka 5 Doba od náhrady kyčelního kloubu

Doba od náhrady kyčle	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 3 měsíců	22	27,5%
Nad 3-6 měsíců	12	15%
Nad 6-12 měsíců	13	16,3%
Více než 1 rok	8	10%
Více než 2 roky	25	31,3%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 5 ukazuje dobu od náhrady kyčelního kloubu dotazovaných respondentů. Největší skupinou byli pacienti od náhrady kyčelního kloubu více než 2 roky v počtu 25 (31,3%). Velká většina byla od náhrady do 3 měsíců a to v počtu 22 (27,5%). Již méně bylo ve

skupině nad 6-12 měsíců v počtu 13 (16,3%). Další byla skupina nad 3-6 měsíců v počtu 12 (15%) a více než rok bylo 8 (10%) respondentů.

Otázka č.6: Jaký typ náhrady máte?

Tabulka 6 Typ náhrady kyčelního kloubu

Typ náhrady	Absolutní četnost	Relativní četnost
Částečná	14	17,5%
Totální	61	76,3%
Nevím	5	6,3%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 6 zobrazuje počet respondentů s totální náhradou kyčelního kloubu v počtu 61 (76,3%) a s částečnou náhradou v počtu 14 (17,5%). Pouze 5 lidí (6,3%) nevědělo jaký druh endoprotézy má implantováno.

Kategorie 2

Výskyt komplikací a dodržování režimových opatření

Tato část zjišťuje výskyt komplikací u pacientů po náhradě kyčelního kloubu, které souvisí s operačním výkonem. Také se zde dozvídáme, zda si jsou pacienti vědomi důležitosti dodržování režimových opatření, která jim byla sdělena.

Otázka č.7: Vyskytly se nějaké závažné zdravotní komplikace po operaci? Pokud ano, vypište jaké.

Tabulka 7a Výskyt komplikací po operaci

Komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	21,3%
Ne	63	78,8%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 7a ukazuje počet pacientů, u kterých vznikly komplikace spojené s operací. U 63 (78,8%) respondentů se komplikace nevyskytly. Pouze u zbylých 17 (21,3%) respondentů byly komplikace zaznamenány.

Tabulka 7b Výskyt konkrétních komplikací

Konkrétní komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zánět rány	5	29,4%
Luxace kyčelního kloubu	3	17,7%
Tromboembolické příhody	3	17,7%
Alergická reakce na materiál	1	5,9%
Bolest bederní páteře, paréza	3	17,7%
Ostatní	3	17,7%
Celkem	17	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 7b popisuje výskyt konkrétních komplikací v pooperačním období v souvislosti s výkonem. Nejčastější pooperační komplikací byl zánět rány a to v počtu 5 (29,4%). Dále se odpovědi objevovaly ve stejném počtu a to luxace kyčelního kloubu, tromboembolické příhody, bolesti bederní páteře nebo parézy a ostatní komplikace vždy v počtu 3 (17,7%). Alergická reakce na použitý materiál se objevila pouze u jednoho respondenta (5,9%).

Otázka č.8: Máte diagnostikováno ještě jiné, přidružené onemocnění? (pokud ano, vypište jaké)

Tabulka 8a Četnost přidružených onemocnění

Přidružené onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	50%
Ne	40	50%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 8a zobrazuje počet respondentů, kteří se léčí ještě s jiným onemocněním. Výsledkem je přesná polovina (50%) respondentů, která má nějaká přidružená onemocnění a druhá polovina (50%) se s ničím dalším neléčí.

Tabulka 8b Přidružená onemocnění

Přidružené onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Artróza jiných kloubů	12	15%
Hypertenze	9	11,3%
Cukrovka	5	6,3%
Revma	2	2,5%
Ostatní	4	5%
Celkem	40	50%

Zdroj:vlastní

Tabulka 8b zobrazuje přidružená onemocnění dotazovaných respondentů. Nejčastěji se pacienti léčili s artrózou jiných kloubů a to v počtu 12 (15%). Mezi častá přidružená onemocnění patřila především hypertenze a to v počtu 9 (11,3%) respondentů. Častou nemocí také byla cukrovka a to v zastoupení u 5 (6,3%). Revma uvedli 2 respondenti (2,5%). Ostatní přidružená onemocnění mají další 4 respondenti (5%).

Otázka č. 9: Jste si vědom/a důležitosti dodržování doporučených opatření po endoprotéze kyčelního kloubu?

Tabulka 9 Uvědomění důležitosti dodržování režimových opatření po endoprotéze kyčelního kloubu

Uvědomění důležitosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	61	76,3%
Spíše ano	14	17,5%
Ne	2	2,5%
Spíše ne	3	3,8%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 9 zobrazuje zda, si pacienti uvědomují důležitost dodržování doporučených opatření po náhradě kyčelního kloubu. Nejčastěji byla uvedena odpověď ano a to v počtu 61 (76,3%). Spíše ano uvedlo 14 (17,5%) respondentů. Spíše ne bylo uvedeno 2x (2,5%). Důležitost si neuvědomují 2 (2,5%) respondenti.

Otázka č.10: Absolvoval/la jste rehabilitační péči v následném zdravotnickém zařízení? (pokud ano, doplňte kde, např. ODN, lázně)

Tabulka 10a Rehabilitační péče v následném zařízení

Následná rehabilitační péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	65%
Ne	28	35%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 10a zobrazuje četnost následné rehabilitační péče. Odpověď ano uvedlo 52 (65%) respondentů. Odpověď ne 28 (35%) respondentů.

Tabulka č.10b Konkrétní zařízení

Konkrétní zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost
ODN	31	59,6%
Ambulantní rehabilitace	2	3,9%
Lázně	15	28,9%
ODN i lázně	4	7,7%
Celkem	52	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 10b zobrazuje konkrétní návštěvnost různých rehabilitačních zařízení. Nejvíce pacientů bylo hospitalizováno na ODN a to v počtu 31 (59,6%). Lázně dále navštívilo 15 (28,9%) dotazovaných. Obojí navštívili pouze 4 (7,7%) respondenti. Nakonec se umístila ambulantní rehabilitace v počtu 2 (3,9%) respondentů.

Tabulka č.10c Důvod nenavštívení následného rehabilitačního zařízení

Důvod	Absolutní četnost	Relativní četnost
Možnost mi nebyla nabídnuta či zajištěna	9	32,1%
Měl/a jsem zajištěnou následnou péči, ale odmítl/a jsem	11	39,3%
Jiný důvod	8	28,6%
Celkem	28	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 10c zobrazuje důvod u respondentů, kteří nenavštívili žádné následné rehabilitační zařízení. Většina odpověděla, že péči měli zajištěnou, ale odmítli a to v počtu 11 (39,3%). Následující část uvedla, že jim možnost nebyla nabídnuta či zajištěna v počtu 9 (32,1%). Jiný důvod uvedlo 8 (28,6%) respondentů.

3.Kategorie

Míra edukace pacientů o operačním výkonu

Tato část zahrnuje otázky, vztahující se k edukaci pacientů o operačním zákroku.

Otázka č.11: Byl /a jste seznámen/a před výkonem s průběhem léčby? (co Vás čeká)

Tabulka 11 Seznámení před výkonem s průběhem léčby

Seznámení před výkonem	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano dostatečně, všemu jsem rozuměl/a	54	67,5%
Ano, ale pár informací jsem si hledal/a sám/a	23	28,8%
Ne, některé věci mi nebyly jasné	1	1,3%
Ne, nebyl/a jsem seznámen/a	2	2,5%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 11 zobrazuje míru seznámení respondentů před výkonem s průběhem léčby. Nejvíce respondentů uvedlo, že bylo dostatečně seznámeno a všemu rozuměli a to v počtu 54 (67,5%). O téměř polovinu méně uvedlo, že byli seznámeni, ale pár informací si hledali sami a to v počtu 23 (28,8%). Odpověď ne, některé věci mi nebyly jasné byla uvedena pouze jednou (1,3%) a odpověď ne, nebyl/a jsem seznámen 2x (2,5%).

Otázka č.12 : Byl/a jste v nemocnici seznámen/a s pooperačním režimem?

Tabulka 12 Seznámení v nemocnici s pooperačním režimem

Seznámení s pooperačním režimem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, zcela všemu jsem rozuměl/a	54	67,5%
Ano z převážné části (ale pár informací mi chybělo)	23	28,8%
Spíše ne, některé věci mi nebyly jasné	2	2,5%
Zcela ne, nebyl/a jsem seznámen /a	1	1,3%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 12 zobrazuje míru seznámení respondentů v nemocnici s pooperačním režimem. Nejvíce respondentů uvedlo, že zcela byli seznámeni a všemu rozuměli a to v počtu 54 (67,5%). O něco méně uvedlo, že z převážné části byli seznámeni, ale pár informací jim chybělo a to v počtu 23 (28,8%). Malá část uvedla, že spíše ne a to v počtu 2 (2,5%). Pouze jeden respondent uvedl, že nebyl zcela seznámen (1,3%).

Otázka č. 13: Podal Vám nejvíce informací k operačnímu výkonu lékař ortoped?

Tabulka 13 Zdravotnickí pracovníci podávající nejvíce informací k operačnímu výkonu

Zdravotnický pracovník	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, lékař/ka ortoped/ka	69	86,3%
Ne, sestra/bratr na oddělení	2	2,5%
Ne, fyzioterapeut/ka	4	5%
Ne, jiný lékař/ka (praktický apod.)	2	2,5%
Ne, sestra/bratr na jiném než ortopedickém oddělení	1	1,3%
Nevím, nemohu posoudit	2	2,5%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 13 zobrazuje zdravotnické pracovníky, kteří byli označeni za ty, které dotazovaným dali nejvíce informací. Nejčastěji pacienti uvedli, že nejvíce informací k operačnímu výkonu jim podal lékař/ka ortoped/ka a to v počtu 69 (86,3%). Další byla zastoupena fyzioterapeut/ka a to v počtu 4 (5%). Nakonec ve stejném poměru byli zastoupeni sestra/bratr na oddělení, jiný/á lékař/ka a odpověď nevím, nemohu posoudit a to v počtu 2 (2,5%). Pouze jednou (1,3%) byla uvedena odpověď sestra/bratr na jiném než ortopedickém oddělení.

Otázka č.14: Byl/a pro Vás míra edukace a podání informací v nemocnici o operačním výkonu dostatečná?

Tabulka 14 Hodnocení míry edukace a předání informací

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, byla dostatečná	35	43,8%
Ano, byla téměř dostatečná	34	42,5%
Hodnotím průměrně	10	12,5%
Ne, byla spíše nedostatečná	1	1,3%
Ne, nebyla zcela dostatečná	0	0%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 14. ukazuje hodnocení respondentů za edukaci a poskytnutí informací. Nejvíce byli pacienti dostatečně edukováni a to v počtu 35 (43,8%). Poté téměř dostatečně edukováni a to v počtu 34 (42,5%). Průměrně hodnotilo pouze 10 respondentů (12,5%). Hodnocení spíše nedostatečné edukace bylo uvedeno pouze jednou (1,3%) a hodnocení, kdy edukace nebyla zcela dostatečná, nebylo zde zastoupeno vůbec.

4.Kategorie

Dodržení rehabilitační péče a spokojenost pacientů s rehabilitační péčí

Tato část zjišťuje, zda pacienti dodržovali rehabilitační plán. Současně zkoumá i spokojenost se zdravotními pracovníky, kteří se podíleli na rehabilitačním ošetřovatelství.

Otázka č.15: Věnoval/a se Vám fyzioterapeut/ka v době hospitalizace na ortopedickém oddělení? (všední den > 15 min)

Tabulka 15 Cvičení s fyzioterapeutem/kou

Cvičení ve všední den > 15 min	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	70%
Spíše ano	20	25%
Ne	2	2,5%
Spíše ne	1	1,3%
Nevím, nemohu vyhodnotit	1	1,3%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 15 zobrazuje péči fyzioterapeutky u respondenta ve všední den více než 15 minut. Nejvíce respondentů uvedlo odpověď ano a to v počtu 56 (70%). Spíše ano uvedlo 20 (25%). Se dvěma (2,5%) respondenty spíše necvičila a poté stejně u obou otázek 1 (1,3%) respondent uvedl spíše ne a nevím, nemohu vyhodnotit.

Otázka č. 16: Jak jste byl/a spokojen/a s rehabilitační péčí fyzioterapeuta/ky?

Tabulka 16 Spokojenost s rehabilitační péčí fyzioterapeuta/ky

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi spokojen/a	52	65%
Spíše spokojen/a	25	31,3%
Spíše nespokojen/a	1	1,3%
Zcela nespokojen/a	1	1,3%
Nevím, nemohu vyhodnotit	1	1,3%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 16 zobrazuje spokojenost respondentů s rehabilitační péčí fyzioterapeuta/ky. Většina byla spokojena a to velmi spokojen/a v počtu 52 (65%) a spíše spokojen/a v počtu 25 (31,3%). Spíše nespokojen byl pouze jeden respondent (1,3%) a zcela nespokojen a odpověď nevím byla také uvedena pouze jednou (1,3%) .

Otázka č. 17: Cvičilas Vámi také zdravotní sestra/ bratr na oddělení? (především chůze) Pokud ano, ohodnoťte spokojenost se cvičením.

Tabulka 17 Cvičení zdravotní sestry na ortopedickém oddělení s pacientem

Cvičení se zdravotní sestrou	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano a byl/a jsem spokojen/a	39	48,8%
Ano a byl/a jsem nespokojen/a	1	1,3%
Ne, necvičila	40	50%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 17 zobrazuje informaci o cvičení. Jde o cvičení zdravotních sester/bratrů na ortopedickém oddělení (především chůze). Většina respondentů uvedla, že s nimi zdravotní sestra/bratr necvičil/a a to v počtu 40 (50%). Že s nimi cvičil/a a byli spokojeni, uvedlo 39,

tedy 48,8% respondentů. Odpověď, kdy pacient se sestrou/bratrem cvičil, ale byl nespokojen, byla uvedena pouze jednou (1,3%).

Otázka č.18: Je něco, co jste při cvičení ze strany zdravotníků postrádal/a? Pokud ano, vypište konkrétně co.

Tabulka č. 18a Strádání při cvičení (rehabilitaci) ze strany zdravotníků

Strádání při cvičení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	6	7,5%
Ne	62	77,5%
Nevím	13	16,3%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 18a ukazuje strádání pacientů při cvičení. Většina respondentů uvedla odpověď ne a to v počtu 62 (77,5%). Odpověď ano byla zastoupena v počtu 6 (7,5%) a odpověď nevím v počtu 13 (16,3%) respondentů.

Tabulka 18b Konkrétní strádání při cvičení

Chybějící faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
Čas	2	33,3%
Informace	1	16,7%
Trpělivost	1	16,7%
Soukromí	2	33,3%
Celkem	6	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 18b ukazuje konkrétní nedostatky při cvičení. Nejčastěji respondentům chyběl čas a soukromí. To uvedli 2 respondenti (33,3%) a informace a trpělivost uvedl vždy pouze jeden (16,7%) respondent.

5. Kategorie

Znalosti režimových opatření

Tato část dotazníkového šetření zjišťuje, zda pacienti znají režimová opatření po náhradě kyčelního kloubu.

Otázka č.19: Vypište 3 zakázané pohyby do 3 měsíců po operaci

Tabulka 19 Zakázané pohyby / správné odpovědi

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 správné zakázané pohyby	53	66,3%
2 správné zakázané pohyby	15	18,8%
1 správný zakázaný pohyb	6	7,5%
Nevím nebo špatné odpovědi	6	7,5%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 19 zobrazuje četnost správných odpovědí na otázku týkající se zakázaných pohybů. Většina respondentů uvedla 3 správné pohyby a to v počtu 53 (66,3%). Správné 2 pohyby uvedli respondenti v počtu 15 (18,75%). Jeden správný pohyb uvedlo 6 (7,5%). Dalších 6 (7,5%) respondentů nevědělo odpověď nebo uvedlo všechny odpovědi špatně.

Otázka č.20: V jaké poloze musela být operovaná končetina těsně po operačním výkonu?

Tabulka 20 Poloha končetiny těsně po operačním výkonu

Poloha těsně po výkonu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rovná	73	91,3%
Vyvýšena do úhlu 95 stupňů	6	7,5%
Vytočena kolenem do strany	1	1,3%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 20 zobrazuje odpovědi na otázku, v jaké poloze má být operovaná končetina těsně po operačním výkonu. V rovné poloze a tedy správně odpovědělo 73 (91,3%) respondentů. Odpověď vyvýšena do 95 stupňů byla uvedena pouze v počtu 6 (7,5%) a odpověď vytočena kolenem do strany byla uvedena pouze jednou (1,3%).

Otázka č. 21: Sexuální aktivita po náhradě je do 3 měsíců

Tabulka 21 Sexuální aktivita po náhradě do 3 měsíců

Sexuální aktivita	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zcela zakázaná	37	46,3
Bez omezení	4	5%
Povoleny jsou jen určité sexuální polohy	39	48,8%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 21 zobrazuje odpovědi na otázku o sexuální aktivitě po náhradě do 3 měsíců. Nejvíce respondentů správně uvedlo, že jsou povoleny pouze určité sexuální polohy a to v počtu 39 (48,8%). Několik respondentů odpovědělo špatně a to, že je zcela zakázaná v počtu 37 (46,3%). Špatnou odpověď bez omezení uvedli pouze 4, tedy 5% respondentů.

Otázka č.22: Jaká je prevence tromboembolických komplikací? (zneprůchodnění cévy krevní sraženinou)

Tabulka 22 Prevence tromboembolických komplikací po endoprotéze kyčelního kloubu

Prevence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bandáže a léky ke snížení krevní srážlivosti	80	100%
Omezit nošení ponožek	0	0%
Necvičit s operovanou končetinou	0	0%
Celkem	80	100%

Zdroj:vlastní

Tabulka 22 ukazuje znalosti respondentů o prevenci tromboembolické nemoci. Všichni respondenti se v této otázce shodli a odpověděli správně a to v počtu 80 (100%) .

9 DISKUZE

Ve výzkumné části pomocí tabulek byla vyhodnocena každá otázka z informativní části zvlášť a poté vždy dle kategorií, které měly potvrdit nebo vyvrátit mnou předem dané předpoklady.

Informativní část

„Optimálně se TEP operuje ve vyšším věku tak, aby nositel náhrady zemřel dříve přirozenou smrtí, než se dočkal uvolnění a nutnosti náročné reoperace“ (Příkryl, 2009, s. 168). Nejčastější věk podle statistiky z celkového počtu 80 (100%) byl v rozmezí 51- 70 let. Tato skupina tvořila z celkového počtu dotazovaných 39 (48,8%). Druhá skupina dotazovaných byla v rozmezí 31-50 let a tvořila 21 (26,3%). Menší skupinu tvořili respondenti nad 70 let a to v počtu 17 (21,3%) z celkového počtu dotazovaných. Nejméně operovaných bylo ve skupině do 30-ti let a to pouze 3 respondenti, tedy 3,8%. Z výsledků vyplývá, že operace je nejčastěji indikována u lidí ve starší dospělosti a to se svým podílem téměř poloviny dotázaných. Naopak, operovaných mladších 30-ti let je mizivé procento. „V ČR je ročně implantováno přes 10 000 totálních endoprotéz“ (Příkryl, 2009, s. 167). Co se týká pohlaví operovaných pacientů tak ženy o něco málo převyšují. Žádné pohlaví by tedy dle výsledků nemělo mít predispozice k tomuto onemocnění. Dotazník vyplnilo 48 žen a tedy 60% dotazovaných. Mužů bylo 32 a tedy 40%. Nejčastějším současným povoláním respondentů byli lidé v důchodu a to 37 respondentů, tedy 46,3%. Je vidět, že tzv. opotřebený kloubu má určitě své zastoupení. Dále jsou uvedeny administrativní pracovníci v počtu 13 (16,3%). Zdravotníci a dělníci byli zastoupeni stejně a to v počtu 6 (7,5%) respondentů. Povolání prodavač/ka vyplnilo 5 (6,3%) respondentů. Kuchař/ka uvedli 3 respondenti (3,8%). Ostatní povolání byla uvedena v počtu 10 (12,5%) respondentů. Do kategorie ostatních jsou zařazena povolání, jenž se objevily v menších tenzích, nebo je nebylo možné blíže specifikovat. Zde není však jasně dané, že druh povolání je či není spouštěčem onemocnění kyčelního kloubu. Nejčastějším důvodem k operaci byla uvedena artróza a to až u 42 respondentů (52,5%). Svým podílem tedy zaujímá nadpoloviční většinu. Myslím, že i díky tomu řadíme artrózu mezi civilizační choroby a lze říci, že je to velmi častá indikace k náhradě kyčelního kloubu. Nemocnice Havlíčkův Brod uvádí jako nejčastější indikaci k operaci právě artrózu kyčelního kloubu. (www.onhb.cz, 2008). Dalších 16 dotazovaných uvedlo úraz a to je tedy 20% z celkového

počtu. Následuje vrozená vada, kterou uvedlo 12, tedy 15% respondentů. Posledních 10 respondentů uvedlo jako důvod operace jiné onemocnění a to je tedy 12,5% ze všech dotazovaných. V otázce, jak dlouho dotazovaný trpěl onemocněním zvané artróza, odpovědělo 42 respondentů následující interval a to nejčastěji do 5 let v počtu 17 (40,5%). Jako další bylo období nad 1-3 roky v počtu 12 (28,6%) dotazovaných. Nad 3-5 let uvedlo odpověď 9 lidí, tedy 21,4%. Do roka trpěli artrózou jen 3 (7,1%). Odpověď nevím byla uvedena pouze jednou a to je 2,4% z celkového počtu. Doba od odhalení onemocnění artrózou do operace je podle mého názoru ovlivněna i věkem, kdy se lékař snaží operaci u mladších lidí odsouvat a léčit konzervativně. Samozřejmě roli zde hraje i strach, který pacienti mají a tím pádem zákrok nechtějí podstoupit. Dle jiného výzkumu uvádí příčinu oddalování operace právě strach a to u 19% pacientů. (Málková, 2016). Respondenti, kteří odpovídali tak jejich nejčastější doba po operaci byla nad 2 roky a těch bylo 25, tedy 31,3%. Další početnou skupinou byli pacienti operováni do 3 měsíců a to v počtu 22, tedy 27,5% z celkového počtu dotazovaných. Nad 6-12 měsíců bylo 13 (16,3%) respondentů. Nad 3-6 měsíců jich bylo 12, tedy 15%. Více než jeden rok bylo odoperováno 8, tedy 10% respondentů z celkového počtu dotazovaných. Jako druh náhrady nejčastěji dotazovaní odpověděli totální a to 61, tedy 76,3%. Částečnou náhradu uvedlo 14, tedy 17,5% dotazovaných. Zbýlých 5 (6,3%) respondentů nevědělo jaký druh endoprotézy má. Z výsledků je patrné, že totální náhrada kyčelního kloubu bývá indikována o dost častěji. „*Totální endoprotéza (TEP) kyčle je v dnešní době rozšířenou a velice efektivní operací.*“ (Příkryl, 2009, s. 167)

Analýza dodržování režimového opatření po endoprotéze kyčelního kloubu

Vyhodnocení jednotlivých předpokladů a vybraných otázek z dotazníku je využito k dosažení hlavního cíle této práce, tedy analýzy dodržování režimového opatření po endoprotéze kyčelního kloubu.

Vyhodnocení předpokladu č.1

P1 Domnívám se, že většina pacientů ze sledovaného souboru respondentů zná režimová opatření.

K1 Znalost = informovanost o režimových opatření ve stavu po operaci endoprotézy kyčelního kloubu. Pacient správně odpoví alespoň 3 ze 4 otázek (které zjišťují míru

informovanosti o režimových opatření pacientů s uvedenou dg.). Za většinu se považuje 75% a více pacientů ze souboru

K vyhodnocení předpokladu byly použity otázky - 19, 20, 21, 22

V části, která zjišťovala znalost režimových opatření, byla položena otázka na tři zakázané pohyby do 3 měsíců po výkonu. Znalost respondentů dopadla převážně kladně, kdy 53, tedy 66,3% uvedlo 3 správné zakázané pohyby. Dvě správně odpovědi uvedlo 15 dotazovaných, tedy 18,8%. Pouze jednu správnou odpověď uvedlo 6 respondentů, tedy 7,5%. Stejně dopadla i odpověď nevím, nebo špatná odpověď, která byla také u 6 (7,5%) z celkového počtu respondentů. Většina dotazovaných tak znala 3 správné zakázané pohyby po výkonu. Polohu po operaci správně uvedlo 73 dotázaných, tedy 91,3%. Špatnou odpověď, vytočena do 95stupňů uvedlo 6, tedy 7,5% a vytočena kolenem do strany uvedl pouze jeden respondent, tedy 1,3% ze všech dotazovaných. I zde bylo odpovězeno převážně správně. Na otázku jak je to se sexuální aktivitou po operaci správně odpovědělo 39, tedy 48,8% respondentů, že jsou povoleny jen určité sexuální polohy. Že je sex zakázaný mylně uvedlo 37 lidí, tedy 46,3%. To že je bez omezení uvedli 4 respondenti, tedy 5% z celkového počtu. U této otázky často respondenti váhali či odpověděli špatně. Dle mého názoru v tomto hraje roli i starší věk a pooperační stav, kdy respondenti této oblasti nevěnují příliš pozornosti. Otázka na prevenci tromboembolické nemoci dopadla výborně a to tak, že všech 100% dotazovaných, tedy 80 respondentů odpovědělo správně, že jako prevence se používají bandáže a léky na snížení krevní srážlivosti. Správné dodržování režimového opatření je tedy podpořeno informovaností pacientů, kdy většina dotázaných znala správné odpovědi na otázky, které se této tematiky týkaly. Příjemně mě tyto znalosti dotazovaných respondentů překvapily. Na základě dosažených výsledků lze analyzovat, že informovanost pacienta je dostatečná a následná péče či rehabilitační cviky, jsou pacientům známy a tím je vysoce podpořeno dodržování režimových opatření. Celkem správně alespoň na 3 ze 4 otázek odpovědělo 76% pacientů. Předpoklad se tedy potvrdil.

Vyhodnocení předpokladu č. 2

P2: Domnívám se, že více než polovina pacientů ze sledovaného souboru respondentů vyjadřuje subjektivní spokojenost s postupem rehabilitace po operaci.

K2: Spokojenost = subjektivně vyjadřované pozitivní hodnocení rehabilitační péče. Kladné odpovědi ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům a rehabilitační péči budou převažovat u více než poloviny respondentů. Více než polovina je 51% a více pacientů ze souboru.

K vyhodnocení předpokladu byly použity tyto otázky - 15, 16,17,18

Na otázku zda pacienti cvičili s fyzioterapeutem/kou odpovědělo 56, tedy 70% respondentů že ano. Spíše ano uvedlo 20, tedy 25%. Odpovědi spíše ne, ne a nevím, nemohu vyhodnotit uvedl vždy jen jeden respondent (1,3%). Hodnocení spokojenosti fyzioterapeuta/ky dopadlo velmi kladně. Velmi spokojeno bylo 52, tedy 65% všech dotazovaných. Spíše spokojeno bylo 25 (31,3%). Odpověď spíše spokojen, zcela nespokojen a nevím nemohu posoudit uvedl vždy jen jeden respondent, tedy vždy 1,3% ze všech dotazovaných. Na otázku zda s respondenty cvičila na oddělení také zdravotní sestra/bratr a zda s ní/m byli respondenti spokojeni bylo nejvíce odpovědí, že sestra/bratr s pacienty necvičil/a v počtu 40, tedy 50%. Odpověď ano a byl/a jsem spokojena byla uvedena u 39 (48,8%) respondentů. Odpověď ano a nebyl/a jsem spokojen/a byla uvedena pouze jednou, to je 1,3%. Z výsledků je patrné, že zdravotní sestra/bratr cvičí na oddělení pouze v polovině případů. Při cvičení ze strany personálu nestrádalo 62 respondentů a tedy 77,5% dotázaných. Celkem strádalo 6 a tedy 7,5% z celkového počtu. Odpověď nevím uvedlo 13, tedy 16,3% všech dotazovaných. Nejvíce pacientům chyběl čas a soukromí, to uvedly vždy 2, tedy 33,3%. Informace a trpělivost uvedl vždy jen jeden respondent, což je 16,7% ze všech dotazovaných. Tímto lze soudit, že většině pacientů nic nechybí a zdravotní péče je tak na vysoké úrovni. Celkově kladné odpovědi ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům a rehabilitační péči byly uvedeny u 79% respondentů. Předpoklad byl potvrzen.

Vyhodnocení předpokladu č.3

P3: Domnívám se, že většina pacientů (respondentů) byla od zdravotnického personálu dostatečně edukována o operačním výkonu.

K3: Pojem edukován/a se považuje stav, kdy je respondent poučen o podmínkách ošetření a diagnózy zdravotnickým pracovníkem. Dostatečně = respondent odpoví kladně alespoň na 3 ze 4 otázek, které jsou zaměřeny na zjištění míry edukace pacienta.

K následnému vyhodnocení předpokladu byly použity otázky - 11,12,13, 14.

Seznámení respondentů před výkonem s průběhem léčby většina dotazovaných hodnotí kladně jako dostatečné a to 54 respondentů, tedy 67,5%. Další kladné hodnocení, ale pár chybějících informací uvedlo 23 pacientů, tedy 28,8% dotazovaných. Záporné odpovědi byly uvedeny pouze 3x a to 2x, že nebyli vůbec poučeni, tedy 2,5% a 1x, že nebyli poučeni a některé věci jim nebyly jasné, to je 1,3% z celkového počtu dotazovaných. Výsledky této otázky lze hodnotit převážně pozitivně. Nedostatečnou edukaci označila jen malá část respondentů. Seznámení s pooperačním režimem obdrželo více kladných odpovědí a to že, 54, tedy 67,5% zcela všemu rozumělo. Dalších 23, tedy 28,8% respondentů z převážně části rozumělo všemu, co se týká pooperačního režimu. Odpověď spíše ne uvedli pouze 2 dotazovaní a to je tedy jen 2,5%. Odpověď zcela ne uvedl pouze jeden respondent a to je pouze 1,3% z celkového počtu všech dotázaných. Jako nejčastějším správným zdrojem informací respondenti uvedli lékaře/ku ortopeda/ku a to 69, tedy 86,3% dotazovaných. U 4 respondentů to byl/a fyzioterapeut/ka, tedy u 5%. Sestra/bratr na oddělení, jiný lékař/ka a odpověď nevím, nemohu posoudit byla uvedena vždy 2x a tedy vždy u 2,5% všech dotazovaných. Pouze jednou byla uvedena sestra/bratr na jiném než ortopedickém oddělení, tedy 1,3%. Míra edukace byla ohodnocena následovně. Dostatečně edukováno bylo 35 respondentů, tedy 43,8%. Téměř dostatečná byla pro 34, tedy 42,5%. Průměrné hodnocení bylo uděleno u 10 respondentů, tedy u 12,5%. Hodnocení, kdy byla edukace spíše nedostatečná bylo uvedeno pouze jednou, tedy u 1,3%. Zcela nedostatečná edukace nebyla zastoupena. Lze soudit, že pacienti jsou dostatečně poučeni od zdravotnického personálu. Tento stav je základním prvkem k analýze dodržování režimového opatření po endoprotéze kyčelního kloubu. Pouze řádně poučený pacient může řádně dodržovat stanovený pooperační a rehabilitační režim. "*Správný režim, pomůcky i edukace pacienta jsou velmi důležité.*„. (Přikryl, 2009, s. 168). Kladně odpovědělo alespoň na 3 ze 4 otázek průměrně 91,3 %. Předpoklad byl potvrzen.

Vyhodnocení předpokladu č. 4

P4: Domnívám se, že méně než polovina pacientů měla pravděpodobnost nebo výskyt ke komplikacím po operaci kyčelního kloubu.

K4: *Za komplikace se považují onemocnění, které souvisí s výkonem. Méně než polovina je 49% a méně ze pacientů ze souboru.*

K následnému vyhodnocení předpokladu byly použity otázky -7, 8, 9, 10.

Komplikace po náhradě kyčelního kloubu nemělo 63, tedy 78,8% respondentů. Pouze 17, tedy 21,3% uvedlo, že komplikace po výkonu mělo. Podle jiného výzkumu komplikace nevznikly u 56% (Málková, 2016). Většina pacientů se tedy obešla bez zdravotních komplikací po výkonu. Jako nejčastější komplikace byl uveden zánět operační rány a to celkem u 5 respondentů a tedy 29,4% z celkových 100 % (17) respondentů. Luxace, tromboembolické příhody, bolest zad či parézy nebo ostatní komplikace uvedli vždy 3 respondenti a tedy 17,7%. Pouze jednou vznikla u pacienta alergická reakce na použitý materiál a to je tedy jen 5,9% z dotazovaných u kterých nastala komplikace. Zánět se tedy dle výsledků jeví jako nejčastější komplikací po výkonu. Jiný výzkum také uvádí jako nejčastější komplikaci špatné hojení operační rány u 51,2% respondentů. (Málková, 2016). Přidružená onemocnění uvedla přesně polovina dotazovaných, tedy 40 a tím pádem 50% všech respondentů. S ničím jiným se neléčí stejný počet. Nejčastěji se lidé léčí s rozsáhlou artrózou jiných kloubů a ostatními nemocemi v počtu 12, tedy 15% respondentů. Hypertenze je přítomna u 9, tedy 11,3% a cukrovka je uvedena u 5 dotazovaných, tedy u 6,3% z celkového počtu. Revma mají 2 respondenti, tedy 2,5%. Častou nemocí operovaných je tedy právě artróza, která postihuje více kloubů v těle. V závěsu jsou ostatní civilizační choroby. Dostatečné dodržování pooperačních technik se také projevuje na pravděpodobnosti či výskytu komplikací po operaci, kde 72% dotázaných v této hypotéze odpovědělo záporně, ačkoliv 50% dotázaných uvedlo, že se léčí ještě s jiným onemocněním. Pacienti si také v převážné části uvědomují důležitost dodržování opatření po náhradě kyčelního kloubu. Nejčastěji byla uvedena odpověď ano a to v počtu 61 (76,3%). Spíše ano uvedlo 14 (17,5%) respondentů. Spíše ne bylo uvedeno 2x (2,5%). Důležitost si neuvědomují 2 (2,5%) respondenti. Lze to tedy celkově můžeme hodnotit jako zodpovědný přístup pacientů. Následnou péči využila většina dotázaných a to 52, tedy 65% respondentů. Zbýlých 28, tedy 35% následnou péči nevyužilo. Nejčastějším zařízením u dotazovaných bylo oddělení následné péče a to u 31, tedy 59,6%. Lázně uvedlo 15 a tedy 28,9% dotazovaných. Čtyři dotazovaní uvedli současně návštěvu oddělení následné péče i lázní, to je 7,7%. Pouze dva respondenti navštěvovali ambulanci rehabilitaci a to je 3,9% z celkového počtu respondentů. U respondentů, kteří uvedli, že nenavštívili následnou péči, jsem zjišťovala z jakého důvodu. Nejvíce respondentů odpovědělo, že měli možnost, ale odmítli ji. A to uvedlo 11, tedy 39,3% dotazovaných. Odpověď, že nebyla možnost a jiný důvod uvedlo vždy 9 dotázaných, to je tedy 32,1%

z celkového počtu respondentů. Následná péče má tedy vysoké zastoupení a pacienti ji spíše využívají a to nejčastěji v podobě oddělení následné péče, kde jsou hospitalizováni. Myslím si, že i tato skutečnost může přispívat k nízkému výskytu komplikací u pacientů po operačním výkonu. Celkově tyto odpovědi ukazují, že u poloviny pacientů je značné riziko případných komplikací, které je však také díky dostatečnému poučení značně sníženo. Určitý podíl má však i uvědomění důležitosti dodržování režimových opatření u pacientů. Pokud jsou zodpovědní a při rekonvalescenci řádně spolupracují, je nižší riziko výskytu komplikací. Výskyt komplikací byl pouze u 28% respondentů. Předpoklad byl potvrzen.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci bylo zpracováno téma Rehabilitační ošetřovatelství u pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu. Hlavním cílem práce bylo zjistit dodržování režimových opatření u pacientů po endoprotéze kyčelního kloubu. Dílčími cíli bylo zjistit znalosti pacientů o režimových opatřeních a spokojenost pacientů s postupem rehabilitace. Zajímala jsem se také o míru edukace pacientů o operačním výkonu. V neposlední řadě mě zajímala pravděpodobnost nebo vznik komplikací, které byly spojeny s náhradou kyčelního kloubu. Všechny čtyři mnou předem dané předpoklady se v dotazníkovém šetření potvrdily a navazovaly na hlavní cíl práce. Tím podle mého názoru byly také naplněny všechny stanovené cíle práce.

Souhrnně výzkum ukázal, že celková kvalita operačního výkonu, především edukace pacienta a spolupráce zdravotnického personálu je dnes na velice vysoké úrovni a není tedy nutné se této operace z hlediska kvality zdravotnictví obávat. Její přínos je pro pacienta v dnešní době značně vysoký a to především pro kvalitnější život odoperovaných pacientů, kteří se velmi často zbaví nepříjemné bolesti a stanou se tak více samostatnými v běžném životě. Celkově jsou si pacienti vědomi, že je důležité dodržovat režimová opatření a to uvádí v dotazníkovém šetření celých 93,8 %. Je důležité podotknout, že je dobře, když se každý člověk podílí na svém zdraví. Toto bych ráda stvrdila citátem od známého herce Miloše Kopeckého „Zdraví je předpokladem všeho.“

Tato bakalářská práce může sloužit jako studijní materiál pro pacienty, kteří jsou indikováni na výměnu kyčelního kloubu a chtějí se o tomto výkonu dozvědět více podrobností. Jsou zde shrnuty všechny důležité informace týkající se endoprotézy kyčelního kloubu, průběh operace včetně velmi důležitého pooperačního režimu. Pozornost je věnována především důležitým režimovým opatřením po výkonu. Tyto cenné informace se však neztratí ani u laické veřejnosti, která se také ve svém okolí může setkat s člověkem po tomto výkonu a tím může být připravena na úskalí, který náročný pooperační režim přináší.

Psaním této práce jsem si dostatečně prohloubila znalosti a poznatky z oblasti této problematiky. Je to pro mne určitě velkým přínosem především do budoucího zaměstnání zdravotní sestry, kde se určitě mohu nejdnou setkat s pacienty po tomto zákroku.

Na závěr práce je součástí příloh stručný edukační leták, který zobrazuje důležité zakázané pohyby do tří měsíců po operaci a může tak sloužit jako zdroj informací pro pacienty.

LITERATURA A PRAMENY

Beznoska. [cit. 2015-09-23]. Dostupné z: <http://www.beznoska.cz/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu/>

DYLEVSKÝ, Ivan. *Speciální kineziologie*. 1. Praha: Grada Publishing, 2009, 180s. ISBN 9788024716480.

Hardtailzbar. [cit.2015-09-23]. Dostupné z: <http://www.hardtailzbar.com/MVBDzxAa80320/>

HNÍZDIL, Jan. *Artróza v psychosomatickém přístupu: artróza kyčelního kloubu: informace pro pacienty, lékaře a fyzioterapeuty*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 47 s. ISBN 978-80-7254-913-9.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 256s. ISBN 9788024744124.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOTLÍK, Luboš. *Předoperační vyšetření dospělých*. 1. Praha: Mladá fronta a.s, 2012, 136s. ISBN 9788020426963.

Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s.[cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.kntb.cz/pruvodce-pacienta-pred-a-po-operaci-totalni-endoprotezy-kycelniho-kloubu>

Majkusová Silvie, *LÉČEBNĚ - REHABILITAČNÍ PLÁN A POSTUP PO TEP KYČELNÍHO KLOUBU*. Brno, 2010. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Leona Placarová.

Málková Nicol, Ošetrovatelská péče o pacienty po totální endoprotéze kyčelního a kolenního kloubu. Jihlava, 2016. Bakalářská práce. Vysoká škola Polytechnická Jihlava. Vedoucí práce PhDr. Lenka Görnerová

Martin Repko a kolektiv. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 186s. ISBN 9788070135495.

Medlicker. [cit. 2015-09-23]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/23-totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-princip-indikace-a-rehabilitace>

MTE [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.mte.cz/bmi.php>

Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. (cit.8.2. 2016) Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>

Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. (cit.8.2. 2016) Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. (cit. 8.2. 2016) Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. (cit. 8.2. 2016) Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=15>

Nemocnice Havlíčkův Brod. (cit. 8.2.2016) Dostupné z: <http://www.onhb.cz/Data/files/ORT/Endoprot%C3%A9za%20ky%C4%8Dln%C3%ADho%20kloubu.pdf>

Nemocnice Jihlava [cit. 2016-02-08] Dostupné z: <http://www.nemji.cz/cviceni-a-zivotosprava-po-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubu/d-1295/p1=3515>

Nemocnice Vsetín [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: www.nemocnice-vs.cz/download/totalni_endoproteza_kycelniho_kloubu_01.pdf

Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA - International 2013 – 2014. 2013, v tisku. Přel. Pavla Kudlová. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 551 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

PARKER, Steve. *Lidské tělo*. V Praze : Euromedia Group - Knižní klub, 2007. 256s. ISBN: 978-80-242-2211-0.

PŘÍKRYL, Pavel; SELUCKÝ, Jiří; FIALOVÁ, Jana. Péče o pacienta po kloubní náhradě kyčle. *Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 3, s. 167-168. ISSN 1803-5310.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

RAMÍK, Kamil. *Cviky na vaši bolest: rychlá a účinná úleva*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 95 s. Zdraví. ISBN 978-80-247-2391-4.

ROKYTA, Richard. *Učebnice Somatologie*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2009. 260s. ISBN 978-1-345-6789-7

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 268s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 199 s., [4] s. barev. obr. příl. Zdravotnický asistent. ISBN 978-80-247-2040-1.

Spektrum zdraví [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/rehabilitace-po-operaci-endoprotezy-kycle>

Surgalclinic [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.surgalclinic.cz/res/image/centra/clpa/kycel01.png>

TICHÝ, Miroslav. *Dysfunkce kloubu V: Dolní končetina*. 1. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2008. 123 s. ISBN 9788025422519.

WETZEL, Roland. Verankerungsprinzipien in der Hüftendoprothetik. 1.vyd. Berlin: Springer, 2013. 197 s. ISBN 9783642633195.

Zdraví E15 [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ergoterapie-po-tep-kycelniho-kloubu-u-klientu-oddeleni-lecebne-r-363467>

Zdraví E15 [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/typy-totalnich-endoprotez-terapie-a-rehabilitace-449684>

ZEMAN, Miroslav a KRŠKA, Zdeněk. Chirurgická propedeutika. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 512 s. ISBN 9788024737706.

SEZNAM ZKRATEK

a - arteria

AIRO - antirotační

APTT - activated partial thromboplastin time

ATB - antibiotika

BMI- Body mass index

CKP - cervikokapitální endoprotéza

CT - počítačová tomografie

D - dech

DK - dolní končetina

DM - diabetes melitus

EKG - Elektrokardiogram

GIT - gastrointestinální trakt

JIP - jednotka intenzivní péče

KO + diff - krevní obraz + diferenciální rozpočet leukocytů

l - ligamentum

m- musculus

n - nervus

ORL - Otorhinolaryngologie

P- pulz

RTG- rentgen

Spo2- saturace

TEP- totální endoprotéza

TK- tlak

TT - tělesná teplota

v - vena

V seznamu nejsou uvedeny symboly a zkratky všeobecně známé.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Věk respondentů

Tabulka 2 – Pohlaví respondentů

Tabulka 3 - Povolání respondentů

Tabulka 4a - Důvod operace

Tabulka 4b - Doba artrózy před operací

Tabulka 5 -Období od náhrady kyčelního kloubu

Tabulka 6 -Typ náhrady kyčelního kloubu

Tabulka 7a - Výskyt komplikací po operaci

Tabulka 7b - Výskyt konkrétních komplikací

Tabulka 8a - Četnost přidružených onemocnění

Tabulka 8b - Přidružená onemocnění

Tabulka 9 - Uvědomění důležitosti dodržování režimových opatření po endoprotéze kyčelního kloubu

Tabulka 10a - Rehabilitační péče v následném zařízení

Tabulka 10b - Konkrétní zařízení

Tabulka 10c - Důvod nenavštívení následného rehabilitačního zařízení

Tabulka 11 - Seznámení před výkonem s průběhem léčby

Tabulka 12 - Seznámení v nemocnici s pooperačním režimem

Tabulka 13 - Zdravotníci pracovníci podávající nejvíce informací k operačnímu výkonu

Tabulka 14 - Hodnocení míry edukace a předání informací

Tabulka 15 - Cvičení s fyzioterapeutkou

Tabulka 16 - Spokojenost s rehabilitační péčí fyzioterapeuta/ky

Tabulka 17 - Cvičení zdravotní sestry na ortopedickém oddělení s pacientem

Tabulka 18a - Strádání při cvičení (rehabilitaci) ze strany zdravotníků

Tabulka 18b - Konkrétní strádání při cvičení

Tabulka 19 - Zakázané pohyby / správné odpovědi

Tabulka 20 - Poloha končetiny těsně po operačním výkonu

Tabulka 21 - Sexuální aktivita po náhradě do 3 měsíců

Tabulka 22 - Prevence tromboembolických komplikací po endoprotéze kyčelního kloubu

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Vhodné (nejen) pooperační cviky

Příloha č.2: Dotazník

Příloha č. 3: Melzackova škála bolesti

Příloha č. 4: Barthelův test všedních činností

Příloha č. 5: BMI klasifikace

Příloha č. 6: Stupnice dle Nortonové

Příloha č. 7: AIRO bota

Příloha č.8: Edukační leták - Zakázané pohyby

Příloha č. 9: Potvrzení o sběru dat

PŘÍLOHA Č.1 Vhodné (nejen) pooperační cviky

1) V sedě

Výchozí poloha je v sedě, kdy jsou končetiny volně nataženy na zem. Přitáhneme jednu špičku, propneme nohu v koleni až do úplného natažení, vydržíme cca 3 vteřiny a poté zpátky pokrčíme. Vystřídáme nohy.

Pro posílení hýždí stáhneme obě půlky hýždí k sobě, chvíli vydržíme (10s) a povolíme zpět. Dolní končetiny necháme ležet volně podél těla.

2) V leže na zádech (s klínem)

Přitáhneme špičku nahoru a poté propneme dolů. Dolní končetiny jsou volně nataženy podél těla.

Přitáhneme špičku nahoru, zatlačíme obě kolena do podložky, chvíli vydržíme a povolíme. Dolní končetiny jsou volně nataženy podél těla.

Výchozí polohou dolních končetin je volné natažení podél těla. Pokrčíme v koleni jednu končetinu a položíme zpět, to samé s druhou dolní končetinou. Špička i koleno vždy musí směřovat vzhůru. Nikdy nezvedejte nataženou dolní končetinu k sobě.

Stáhneme obě půlky hýždí, nadzvedneme mírně nahoru, vydržíme a zpět povolíme, DK mějte volně v rovné poloze podél těla.

Pokrčíme dolní končetiny, neflektujeme DK v koleni, ale jen zvedáme střídavě špičku nahoru a dolů. Opakujeme 3 až 5 x.

Mezi natažené dolní končetiny vložíme polštářek, na 5 s sevřeme a poté povolíme na 10s .

3) Vleže na břiše

Výchozí polohou jsou natažené dolní končetiny podél těla. Střídavě zanožíme levou a poté pravou dolní končetinu, stehna necháme ležet na podložce.

Výchozí polohou jsou natažené dolní končetiny podél těla. S nádechem zvedneme trup vzhůru, s výdechem ho pokládáme zpět, stehna necháme přitisknuty na podložce.

Cílem všech cviků je rozvíčování operovaného kyčelního kloubu a posílení ochablých svalů. Dbejte vždy na správnou výchozí polohu dolních končetin a správné provedení cviku.

Doporučení:

- Ideální je každý cvik provádět cca 20x a to nejlépe 2x denně i bez přítomnosti fyzioterapeuta
- Délku cvičení upravte dle kondice a zdravotního stavu
- Necvičte v chladné místnosti, chlad podněcuje svaly ke stažení a poté dojde k omezení rozsahu pohybu v kloubu a hrozí úraz
- Při cvičení cvičte do bolesti, ne přes bolest
- Určete si pro cvičení dostatek času, soustřed'te se a vnímejte pocity svého těla
- Raději cvičte méně cviků, ale poctivě je proved'te
- Po cvičení dostatečně odpočívejte
- Dodržujte pitný režim, dostatek tekutin napomáhá snižovat bolest a křeče ve svalech
- Vždy cvičte obě dolní končetiny, i tu co nebolí
- Posilujte také svaly boků a břišní svalstvo
- Provedení cviků se můžete učit také před zrcadlem (Ramík,2008; Hnízdil,2007; www.medlicker.com,2012; www.spektrumzdravi.cz, 2015)

PŘÍLOHA Č.2 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Bambásková a jsem studentkou na Západočeské univerzitě v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Chtěla bych Vás požádat o anonymní vyplnění dotazníku. Tématem mé bakalářské práce je Rehabilitační ošetřovatelství u pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu. Data budou k dispozici pouze pro můj výzkum v rámci školy. Vyplněním dotazníku toto berete na vědomí a souhlasíte tak se zpracováním uvedených dat. Vždy zakroužkujte prosím jen jednu odpověď.

1) Váš věk v době operace? Vypište

.....

2) Jste:

- a) muž
- b) žena

3) Jaké je Vaše povolání? Vypište

.....

4) Jaký byl důvod operace?

- a) artróza. Kolik let jste jí trpěl/a?
- b) úraz
- c) jiné onemocnění

5) Jak dlouho jste po náhradě kyčelního kloubu? Vypište

.....

6) Jaký typ náhrady máte?

- a) částečná - výměna pouze kloubní hlavice nebo jamky
- b) totální - náhrada hlavice i jamky kyčelní
- c) nevím

7) Vyskytly se nějaké závažné zdravotní komplikace po operaci? Pokud ano, vypište jaké.

- a) ne
- b) ano.....

8) Máte diagnostikováno ještě jiné, přidružené onemocnění? (pokud ano, vypište jaké)

- a) ano. Jaké?.....
- b) ne

9) Jste si vědom/a důležitosti dodržování doporučených opatření po endoprotéze kyčelního kloubu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

10) Absolvoval/a jste rehabilitační péči v následném zdravotnickém zařízení? (pokud ano, doplňte kde, např. ODN, lázně)

- a) ano. Kde?
- b) ne, možnost mi nebyla nabídnuta
- c) ne, měl/a jsem péči zajištěnou, ale odmítl/a jsem
- d) ne, měl/ a jsem jiný důvod

11) Byl /a jste seznámen/a před výkonem s průběhem léčby? (co Vás čeká)

- a) ano dostatečně, všemu jsem rozuměl/a
- b) ano, ale pár informací jsem si hledal/a sám/ sama
- c) ne, některé věci mi nebyly jasné
- d) ne, nebyl/a jsem seznámen/a

12) Byl/a jste v nemocnici seznámena s pooperačním režimem?

- a) ano zcela, všemu jsem rozuměl/a
- b) ano z převážné části, (ale pár informací mi chybělo)
- c) spíše ne, některé věci mi nebyly jasné
- d) zcela ne, nebyl/a jsem seznámen/a

13) Podal Vám nejvíce informací k operačnímu výkonu lékař/ka ortoped/ka?

- a) ano, lékař/ka ortoped/ka
- b) ne, sestra/bratr na oddělení
- c) ne, fyzioterapeut/ka
- d) ne, jiný lékař/ka (praktický apod.)
- e) ne, sestra/bratr na jiném než ortopedickém oddělení
- f) nevím, nemohu posoudit

14) Byl/a pro Vás míra edukace a podání informací v nemocnici o operačním výkonu dostatečná?

- a) ano, byla dostatečná
- b) ano, byla téměř dostatečná
- c) hodnotím průměrně
- d) ne, byla spíše nedostatečná
- e) ne, nebyla zcela dostatečná

15) Věnoval/a se Vám fyzioterapeut/ka v době hospitalizace? (všední den > 15 min)

- a) ano

- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím, nemohu vyhodnotit

16) Byl /a jste spokojen/a s rehabilitační péčí fyzioterapeuta/ky?

- a) ano, velmi spokojen/a
- b) ano, spíše spokojen/a
- c) ne, spíše nespokojen/a
- d) ne, zcela nespokojen/a
- e) nevím, nemohu vyhodnotit

17) Cvičila s Vámi také zdravotní sestra/bratr na oddělení? (především chůze). Pokud ano, ohodnoťte spokojenost se cvičením.

- a) ano, cvičil/a a byl/a jsem spokojen/a
- b) ano, cvičil/a a byl/a jsem nespokojen/a
- c) ne, necvičil/a

18) Je něco, co jste při cvičení ze strany zdravotníků postrádal/a? Pokud ano, uveďte konkrétně co.

- a) ano. Vypište.....
- b) ne
- c) nevím

19) Vypište 3 zakázané pohyby do 3 měsíců po operaci:

- a)
- b)

c)

20) V jaké poloze musela být operovaná končetina těsně po operačním výkonu?

- a) v rovné poloze
- b) vyvýšena do úhlu 95 stupňů
- c) vytočena kolenem do strany

21) Sexuální aktivita po náhradě je do 3 měsíců

- a) zcela zakázána
- b) bez omezení
- c) povoleny jsou pouze určité sexuální polohy

22) Jaká je prevence tromboembolických komplikací? (zneprůchodnění cévy krevní sraženinou)

- a) bandáže a léky k snížení krevní srážlivosti
- b) omezit nošení ponožek
- c) necvičit s operovanou končetinou

Děkuji za vyplnění dotazníku

PŘÍLOHA Č.3 Melzackova škála bolesti



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>

PŘÍLOHA Č.4 Barthelův test všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

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

Hodnocení stupně závislosti: **

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**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

PŘÍLOHA Č.5 BMI klasifikace

< 18,5	podváha
18,5 - 24,99	optimální váha
25 -29,99	nadváha
30 - 34,99	obezita prvního stupně
35 - 39,99	obezita druhého stupně
> 40	obezita třetího stupně

Zdroj: <http://www.mte.cz/bmi.php>

PŘÍLOHA Č.6 Stupnice dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedáčka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

PŘÍLOHA Č.7 AIRO bota



Zdroj:<http://ose.zshk.cz/media.aspx?id=F3701>

PŘÍLOHA Č.8 EDUKAČNÍ LETÁK - Zakázané pohyby

Edukační leták určený pro pacienty po endoprotéze
kyčelního kloubu



PŘÍLOHA Č.9 Potvrzení o sběru dat



Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, s.r.o.

Blatenská 314, 341 01 Horažďovice, tel.: 376 512 331-3, fax: 376 512 231, e-mail: info@nmp-ldnhd.cz

Potvrzuji, že Bambásková Tereza absolvovala výzkum (vyplnění dotazníků) v Nemocnici následné péče LDN Horažďovice, s.r.o.

dne: 2.2.2016

**NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE
LDN HORAŽĎOVICE, s.r.o.**
Blatenská 314, 341 01 Horažďovice
tel.: 376 512 331-3
fax: 376 512 231