

KVALITA ŽIVOTA PŘED A PO OPERACI TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

Bakalářská práce

PETRA SOUČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Miroslava Markvartová

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury. Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze a zpřístupněna ke studijním účelům.

.....
Petra Součková

ABSTRAKT V ČESKÉM JAZYCE

SOUČKOVÁ, Petra: Kvalita života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu (bakalářská práce).

Petra Součková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství – všeobecná sestra.

Školitel: PhDr. Miroslava Markvartová, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008,

Tématem mé bakalářské práce je kvalita života před a po operaci náhrady kyčelního kloubu. Teoretická část práce charakterizuje kvalitu života, onemocnění koxartrózou její konzervativní a chirurgickou terapii, dále ošetrovatelskou péči před i po výkonu. Nedílnou součástí je také zmínka o následné rehabilitaci a zásadách v chování s kyčelním kloubem po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. V praktické části práce se zabývám srovnáním bio-psycho-sociální stránky kvality života před a po operaci náhrady kyčelního kloubu pomocí dotazníku, který jsem vytvořila díky hypotézám a cílům, které jsem si zvolila na základě svých dosavadních zkušeností a teoretických vědomostí v oboru ortopedie. Cílem práce bylo zjistit zda náhrada kyčelního kloubu usnadní nemocnému prožívání následných let a zda pacienti vnímají zlepšení kvality svého života. Důležitá součást výkonu je také edukace nemocného. Na tuto část se v praktické části také soustředím. Po zpracování dotazníků a srovnání jsem s potěšením zjistila, že informovanost pacientů je dostatečná ze strany lékařů i zdravotních sester. Možnost náhrady poškozeného kyčelního kloubu endoprotézou znamená pro mnoho lidí často jedinou cestu zpět do normálního života bez bolesti a bez významného pohybového omezení.

ABSTRAKT V NĚMECKÉM JAZYCE

SOUČKOVÁ, Petra: Die Lebensqualität vor und nach Implantation einer Hüftgelenksendoprothese.

Petra Součková - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. in Praq

Stufe der fachlichen Qualifikation: Bakkalaureus der Krankenpflege – allgemeine Krankenschwester.

Ausbilder: PhDr. Miroslava Markvartová, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008,

Abstract (Zusammenfassung)

Das Thema meiner Diplomarbeit ist die Lebensqualität des Patientes vor und nach der Implantation einer Hüftgelenksendoprothese.

Der theoretische Teil beschäftigt sich mit der Lebensqualität, mit dem allgemeinen Krankheitsbild einer Coxarthrose, ihrer konservativen und operativen Therapie und schlieslich mit der Krankenpflege vor und nach dem Eingriff.

Untrennbarer Bestandteil ist auch die Erwähnung bezüglich anschließender Rehabilitation und Verhaltensprinzipen eines Patienten mit H-TEP.

In dem praktischen Teil meiner Arbeit beschäftige ich mich mit dem Vergleich eines bio-psycho-sozialen Aspektes der Lebensqualität prä- und postinterventionel mittels eines Fragenbogens, den ich anhand meiner bisherigen praktischen und theoretischen Kenntnisse und Erfahrungen in der Orthopädie hergestellt habe.

Der Hauptziel der Arbeit war, festzustellen, ob der oben genannte operative Eingriff die Alltagsaktivitäten des Patienten erleichtern kann und wie wird dieses den Patienten bewusst. Zur Sicherung des optimalen Erfolges der Operation gehört zweifellos die entsprechende prä und postoperative Anweisung des Operierten. Dieser Aspekt wurde in der Arbeit auch nicht vergessen.

Nach Verarbeitung der Ergebnisse konnte ich feststellen, dass die medizinische Aufgabe seitens der Krankenschwester als auch der Ärzte ausreichend durchgeführt wird.

Der operative Ersatz des degenerativ veränderten Hüftgelenkes stellt manchmal die einzige Chance für den Patienten bezüglich der Rückkehr in den normalen, schmerzfreien uneingeschränkten Alltag dar.

PŘEDMLUVA

„ Nikdo nechť není léčen mnou jinak, než bych si přál být sám léčen, kdybych byl stejně nemocen.“

Thomas Sydenham 1624 – 89

Kvalita zdravotní péče patří mezi nejpřednější tradiční hodnoty zdravotní péče. V důsledku netušeného rozvoje nových medicínských technologií a také v důsledku univerzálnosti zdravotní péče nabývá tato hodnota nové rysy a rozměry. S růstem nových atributů narůstají ovšem i finanční náklady zdravotní péče.

Téma své bakalářské práce „ Kvalita života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu“ jsem si vybrala z toho důvodu, že se s tímto onemocněním denně setkávám jak v pracovním, tak i v soukromém životě. Má dosavadní šestiletá praxe patří právě oboru ortopedie a traumatologie. Jako sestra jsem začínala pracovat ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na zdejším ortopedickém oddělení. V té době se mě náhrada kyčelního kloubu začala dotýkat velmi blízko i v soukromí. Má babička podstoupila tuto operaci. Touto událostí jsem začala intenzivněji vnímat kvalitu života před a po operaci. Zajímalo mě, jaké obtíže nemocné přivádějí a zda jim tato velmi závažná operace nějak pomůže v jejich následném životě. Má následující praxe probíhala v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, kde se mé praktické dovednosti a teoretické vědomosti v ortopedii prohlubovali a ujistila jsem se, že toto téma je velmi závažné a dotýká se stále více lidí.

K tvorbě bakalářské práce jsem nastudovala různé prameny věnující se dané problematice jak knižní, tak i časopisové publikace. Neopomněla jsem na rady zkušených lékařů.

Práce je určena studentům ošetrovatelství a stejně v ní mohou najít zajímavé rady sestry z praxe, které se starají o pacienty před a po operaci náhrady kyčelního kloubu. Pomůže čitateli se rychleji přiblížit a zorientovat se v této problematice.

Velice ráda bych vyjádřila poděkování své vedoucí práce PhDr. Miroslavě Markvartové za její cenné rady, pedagogické dovednosti a v neposlední řadě za podporu a příjemnou spolupráci. Toto vše mi velmi pomohlo při vypracování bakalářské práce. Děkuji.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PROBLEMATIKA POJMU „ KVALITA ŽIVOTA“	11
1. 1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA	11
1. 2 CHARAKTERISTIKA KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	11
2 POJEM KOXARTRÓZA	13
2. 1 DEFINICE KOXARTRÓZY	13
2. 2 ETIOLOGIE	13
2. 3 KLINICKÝ OBRAZ	13
2. 4 DIAGNOSTIKA	14
2. 4. 1 Laboratorní vyšetření	14
2. 4. 2 RTG obraz	14
2. 5 STÁDIA ARTRÓZY	15
2. 6 INDIKACE	15
2. 7 TERAPIE	16
2. 7. 1 Konzervativní terapie	16
2. 7. 2 Operační terapie	16
2. 7. 2. 1 Osteotomie	16
2. 7. 2. 2 Alopastika	17
2. 7. 2. 3 Cementované endoprotézy	17
2. 7. 2. 4 Necementované endoprotézy	18
2. 7. 2. 5 Resekční plastika	19
2. 7. 2. 6 Angulační osteotomie	19
2. 7. 2. 7 Artrodéza	20
2. 8 KOMPLIKACE PO OPERACI	20
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	21
3. 1 PŘÍPRAVA NA OPERACI	21
3. 2 OPERACE	22
3. 3 PÉČE PO OPERACI	22

3. 4 ZÁSADY PO OPERACI TEP KYČLE	27
3. 5 PROGNÓZA	28
4 SLOVNÍK TERMÍNU	29
5 SEZNAM ZKRATEK	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	36
7 VÝZKUMNÉ CÍLE	36
8 HYPOTÉZY	37
9 METODIKA VÝZKUMU	37
10 DOTAZNÍK	38
11 ZKOUMANÝ VZOREK	39
12 VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
13 ZÁVĚR VÝZKUMU	61
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

Kyčelní kloub je největší kulový kloub lidského těla. Skládá se z hlavice kosti stehenní (femuru) a jamky pánevní kosti (acetabulum). Obě části kloubu jsou pokryty chrupavkou, která umožňuje hladký a bezbolestný pohyb kloubu. Při poranění nebo onemocnění kyčle je chrupavka narušena a postupně se ztrácí. Povrch kloubu se stává drsný a nepravidelný, což způsobuje bolest a ztuhlost. Tento stav se obvykle nazývá artróza. Toto onemocnění postihuje přes 10% populace, je jednou z nejběžnějších příčin pracovní neschopnosti a významně se podílí na výšce nákladů na zdravotní péči.

Toto téma jsem si zvolila na základě svých pracovních zkušeností na ortopedickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, kde jsem pracovala dva roky a posléze v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, kde jsem pracovala čtyři roky. Právě zde jsem se setkávala s mnoha pacienty, kteří mají toto onemocnění.

Má bakalářská práce je členěna na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se podrobněji zabývám kvalitou života jako takovou, klinickou charakteristikou onemocnění koxartrósis, její konzervativní a chirurgickou léčbou, následnou rehabilitací a neopomněla jsem na ošetrovatelskou péči.

Praktická část se zabývá kvalitou života nemocných před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Chtěla jsem pokrýt bio – psycho – sociální stránku člověka. Hodnoceny jsou některé aspekty kvality života před a po operaci náhrady kyčelního kloubu – spánek, vyprazdňování, bolest, role, hodnocení sebe sama. Zajímala mě odlišnost těchto aspektů před a po operaci náhrady kyčelního kloubu. Zde je obsažen samotný výzkum a to dotazníkovou metodou. Po zhotovení cílů a hypotéz jsem sestavila dotazník zahrnující všechny stránky zkoumaného problému.

Cílem mé práce je nejen popis onemocnění jako celku, ale i vedlejších a s ním souvisejících aspektů, které mohou ovlivňovat kvalitu pacientova života, zpracování a popsání péče o pacienta a zjištění, jaké problémy klade pacient s tímto onemocněním do popředí a jak hodnotí péči ošetrovatelského týmu. Dále můj cíl byl pomocí výzkumné metody zjistit, zda se život pacienta po operaci náhrady kyčelního kloubu opravdu zlepšil. Okrajově jsem se také snažila zjistit míru informovanosti a edukace

pacienta před a po zákroku. Výzkumem se mi potvrdily, s výjimkou jedné, všechny stanovené hypotézy. U problematiky informovanosti pacientů jsem zjistila, že převaha pacientů (71% respondentů) je dostatečně informována o průběhu operace, pooperačním období i následné rehabilitační péči. Po vyhodnocení dotazníku jsem aplikovala všechny údaje do tabulek a grafů.

Poslední částí je závěr práce, závěr výzkumu, seznam použité literatury a přílohy obsahující dotazníky, kasuistiky, cvičení a doplňující obrázky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika pojmu „kvalita života“

1. 1 Definice kvality života

Termín kvalita života se poprvé začal objevovat ve 30. letech minulého století v psychologii, v 50. letech se více rozšířil v rámci politického boje ve Spojených Státech Amerických a zároveň se začala používat ve zdravotnictví, ale teprve na přelomu 70. a 80. let se stává přesněji definovaným pojmem a začal se používat nejen k hodnocení způsobu života zdravých lidí, ale hlavně osob s nejrůznějšími nemocemi či handicapem. (Limbách, 2006, s. 6)

S pojmem kvality života se můžeme setkávat v mnoha vědeckých oborech, medicínou a ošetrovatelstvím počínaje, přes psychologii či pedagogiku, sociologii, ekonomikou nebo ekologii konče. (Limbách, 2006, s. 6)

Kvalita života je mnohem širším pojmem než pouze zdraví či nemoc. Je velmi obtížné ji definovat, protože subjektivně ji každý jedinec vnímá odlišně. (Limbách, 2006, s. 6)

Kvalita zdravotní péče patří mezi tradiční hodnoty zdravotní péče. V důsledku rozvoje nových medicínských technologií a také v důsledku univerzálnosti zdravotní péče nabývá tato hodnota nové rysy a rozměry. S růstem nových atributů narůstají i finanční náklady zdravotní péče. (Gladkij et al., 1999)

1. 2 Charakteristika kvality zdravotní péče

Kvalita je intuitivně vnímaný pojem, ale takový, který vyžaduje definici. V literatuře nalezneme plno definic kvality, což samo o sobě znamená, že definovat kvalitu není lehké. Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu zdravotní péče již v roce 1966 jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“ (Gladkij et al., 1999, s. 12)

Dle novější definice světové zdravotnické organizace je kvalita zdravotní péče definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. (Gladkij et al., 1999)

Pojem kvalita péče je spojen s mnoha rozměry. Definice závisí jak na pohledu osoby, která ji definuje, tak na kontextu společenského a organizačního prostředí. Člověk, hodnotící kvalitu, ať už jím je pacient, ustaraný člen rodiny, praktikující lékař nebo ředitel nemocnice definuje rozdílně priority péče, způsoby péče, jímž dává přednost či očekávané výsledky. (Gladkij et al., 1999)

2 Pojem koxartróza

2. 1 Definice koxartrózy

Osteoartróza kyčelních kloubů, postihuje jeden nebo oba kyčelní klouby. (Sosna et al., 2001)

2. 2 Etiologie

U primární koxartrózy (tzv. idiopatické, znamená to, že je příčina neznámá) se mohou uplatnit faktory dědičnosti a chronické přetížení jako jsou například trvalé přetěžování kloubů při obezitě, náročném sportu nebo vlivem nesprávné výživy, kouření, alkoholu, apod. (Šafránková et al., 2006)

Sekundární koxartróza se rozvíjí v důsledku jiného onemocnění, vznikající na podkladě dysplazie kyčelního kloubu nebo na podkladě traumatických změn. Výjimečně vzniká v důsledku kloubního zánětu. (Sosna et al., 2001)

2. 3 Klinický obraz

Zpočátku se projevuje námahovou bolestí kyčle, později je bolest i při obvyklé zátěži chůzí a často jako tzv. startovací bolest na začátku pohybu. Později se přidává i bolest klidová, rušící spánek. Postupně se zhoršuje rozsah pohybu v kyčelním kloubu. Je typické, že nejprve dochází k omezení rotací, hlavně vnitřní rotace. Při vyšetření kloubního pohybu nacházíme omezení rotací, bolestivost v krajních polohách kloubu, u pokročilejších stadií i omezení dalších složek pohybu. Kyčelní kloub zaujímá postavení, ve kterém je kloubní pouzdro co nejvíce uvolněno – tedy mírnou flexi a lehkou zevní rotaci. V této pozici vzniká kontraktura, která na rozdíl od kontraktury

u akutního kloubního zánětu nebývá v abdukci, ale naopak spíše v addukci. Při chůzi je typická antalgická klaudikace, která se projevuje provedením kroku přes postižený kloub. Pokud koxartróza vzniká na podkladě vrozené kyčelní dysplazie, bývají přítomny ještě další příznaky, jako výraznější rozdíl délek končetin, eventuálně zcela atypické postavení postižené končetiny a pánve. (Sosna et al., 2001)

2. 4 Diagnostika

2. 4. 1 Laboratorní vyšetření

Screeningové vyšetření (krevní obraz + diferenciál, koagulace, biochemie, sérologie, sedimentace, krevní skupina). (Sosna et al., 2001)

2. 4. 2 RTG obraz

Na rentgenovém snímku se onemocnění koxartrózy zpočátku projevuje zúžením kloubní štěrby, způsobeném snížením chrupavky, později se na okrajích kloubních ploch (hlavice i jamky) vytvářejí osteofyty a kost jeví známky sklerózy. V dalších stádiích se objevují pseudocysty, které často korespondují v obou částech kloubu (hlavici i acetabulu). Přestavba subchondrální zóny, rozvoj pseudocyst vede k poškození trofiky, tedy se občas objevují nekrotické zóny v hlavici. Dochází ke kolapsu pseudocyst, oploštění a deformaci hlavice. Další progres artrózy často vede k vymizení kloubní chrupavky a rozvoji fibrózní, později i kostěné ankylózy. (Sosna et al., 2001)

MRI (magnetická rezonance) se používá k průkazu nekrotických zón (Šafránková et al., 2006)

2. 5 Stádia artrózy

Míra poškození – stádium postižení kloubů degenerativním procesem se hodnotí podle rentgenových snímků. Zjišťuje se šířka kloubní štěrbiny, přítomnost osteofytů a změny kostní struktury. Toto dělení se užívá pro posudkové účely, k indikaci lázeňské léčby a pro sledování vývoje choroby. (Kačinetzová, 2003)

Dělení stádií podle Kellgrena – Lawrence

- I. Stádium: malé diskrétní osteofyty
- II. Stádium: větší definitivní osteofyty, nezúžená kloubní štěrbina
- III. Stádium: mnohočetné osteofyty, zúžení kloubní štěrbiny
- IV. Stádium: závažné zúžení kloubní štěrbiny s mnohočetnými osteofyty a sklerózou kostí (Kačinetzová, 2003, s. 58)

2. 6 Indikace

- a) primární osteoartróza III.-IV. stupně
- b) sekundární osteoartróza - deformity po vrozených dysplaziích kyčelního kloubu, aseptické nekrose, zánětlivé, revmatické choroby, poúrazové artrózy
- c) zlomeniny krčku kosti stehenní (Sosna et al., 2001)

2. 7 Terapie

2. 7. 1 Konzervativní terapie

Spočívá v kombinaci nefarmakologických metod – režimová opatření, redukce váhy, rehabilitace, fyzikální léčba, chůze s oporou, s prostředky farmakologickými – analgetika, nesteroidní antirevmatika (NSA) a tzv. symptomaticky pomalu působící léky (SYSADOA) – chondroprotektiva. (Sosna et al., 2001)

„V iniciálních stádiích při intermitentní bolesti analgetika s NSA. V adjuvantní terapii časných stádií se uplatňují také SYSADOA, jako chondroitinsulfát, preparáty na bázi kyseliny hyaluronové a nejnověji s diacerheinem. SYSADOA se většinou podávají v sériích 2-3 měsíců, dvakrát do roka. Jejich výhodou je velmi malý výskyt nežádoucích účinků. V pokročilých fázích choroby jsou již bez efektu. U osob mimo fertillní věk velmi dobře účinkuje i RTG terapie nízkou protizánětlivou dávkou, která tlumí reaktivní synoviální zánět.“ (Sosna et al., 2001, s. 101 - 102)

2. 7. 2 Operační terapie

2. 7. 2. 1 Osteotomie

Principem je změna vzájemného postavení a kontaktu kloubních povrchů, kdy méně postižené oblasti chrupavky jsou osteotomií přemístěny do tlaku více exponovaných zón a přebírají tak funkci chrupavky artrózou devastované. Jejich cílem je vrátit kloubu správný tvar, aby nedocházelo k nerovnoměrnému zatěžování kloubních struktur. Nejčastěji se provádí osteotomie valgizační, varizační, méně často osteotomie derotační. (Sosna et al., 2001)

2. 7. 2. 2 Aloplastika

V dnešní době patří k nejčastějším ortopedickým operacím. Kloubní hlavice i jamka jsou nahrazeny endoprotézou. (Sosna et al., 2001)

2. 7. 2. 3 Cementované endoprotézy

Cementovaná endoprotéza se skládá z polyetylénové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula, zbaveného destruované kloubní chrupavky a osteofytů, upevněna kostním cementem (např. Palacos). Je třeba přesně dodržet směr a postavení jamky, protože kloub po náhradě endoprotézou je v počátečních stádiích stabilizován proti luxaci pouze kolem kloubním svalstvem. (Sosna et al., 2001)

„Dřík endoprotézy je rovněž pomocí kostního cementu upevněn do proximální části stehenní kosti zbavené spongiózy a může být buď spojen s hlavicí, což je starší způsob, nebo zakončen kuželovým kónusem, na který se hlavice nasazuje teprve podle vzniklé situace v souladu s požadavky na kloubní stabilitu a délku končetiny. Hlavice jsou zhotovovány nejčastěji z keramiky nebo chromkobaltmolybdenové slitiny nebo ze speciální nerezavějící a nemagnetické oceli. Jejich povrch musí být dokonale hladký, protože každým pohybem hlavice proti jamce dochází k abrazi drobných částic polyetylénu, který ve tkáních vede k rozvoji tzv.osteoagresivního granulomu a je příčinou pozdějšího uvolnění implantátu. Vlastní dřík může být zhotoven z chromkobaltmolybdenové slitiny nebo korozivzdorné oceli.“

(Sosna et al., 2001, s. 102 - 103)

2. 7. 2. 4 Necementované endoprotézy

„Necementovaná endoprotéza využívá ke své fixaci dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Jamky jsou zhotoveny z titanu, výjimečně z CoCrMo slitiny, a jsou buď sférické nebo kónické. Sférické acetabulární komponenty bývají vždy opatřeny výrazně zhrubělým povrchem nebo speciálně makroporózně upraveným povrchem, někdy s vrstvou hydroxyapatitu, a jsou impakcí vetknuty do přesně vyfrézovaného kostního lůžka. Kónické acetabulární komponenty jsou buď opatřeny závitem a do kostního lůžka jsou zašroubovány, nebo jsou fixovány tak, že po doražení do jamky jsou speciálním impaktorem roztláčeny proti stěně kostního lůžka. Sférické i kónické acetabulární komponenty mají vedle části kotvící také část artikulační. Ta je vetknuta do kotvící části po jejím usazení do kosti. Je vyrobena z vysokomolekulárního polyetylenu nebo z keramiky. Výjimečně se používají artikulační části kovové ze speciálních slitin s dokonale hladkým povrchem. Díky bezcementových endoprotéz různých tvarů jsou technikou press-fit (pevného zaražení do přesně opracovaného kostního lůžka) inzerovány do proximálního konce stehenní kosti. Stále častěji bývají opatřeny porózním povrchem (porous coating) , který bývá vytvořen buď zvláštní slévačskou technologií, tzv. sinterováním, kdy komochromové kuličky jsou navzájem spojeny po ohřátí na určitou teplotu v oblastech kontaktu nebo plazmatickým nástřikem oxidů titanu. Na povrch takto upravený nanášejí někteří výrobci ještě hydroxyapatit. Tato úprava má dvojitý význam – jeho makroporózně upravený povrch zvětšuje kontakt s okolní kostí a umožňuje a zlepšení sekundární fixace a hydroxyapatitový nástřik nanesený na takto zhruběný povrch aktivuje osteoblasty k tzv. vazebné osteogenezi, takže novotvořené kostní lamely takřka splývají s vrstvou hydroxyapatitu, který částečně spotřebovávají a inkorporují do nově tvořené kosti. Tento intimní kontakt novotvořené kosti s povrchem endoprotézy je označován termínem vazebná osteogeneze. Pokud lamely nově vytvořené kosti jsou od povrchu endoprotézy odděleny vrstvičkou vaziva, jde o osteogenezi distanční, která nezajišťuje tak dokonalou fixaci implantátu. Hlavice endoprotéz jsou nejčastěji vyrobeny z korundové keramiky nebo keramiky zirkoniové. Mohou však být zhotoveny z dokonale vyleštěných a povrchově speciálně upravených kovových slitin. Dokonale

hladký povrch hlavice má zásadní význam pro životnost endoprotézy, protože každá nerovnost zvyšuje otěr artikulační části jamky. Cementované endoprotézy mohou být zatěžovány od druhého pooperačního týdne, zatímco necementované endoprotézy je třeba zatěžovat později, až po transformaci kontaktu kosti s povrchem endoprotézy, zátěž dovolujeme většinou po třech měsících, endoprotézy přinášejí pacientům nebolestivý pohyb, ale jejich problematika není jednoduchá.“ (Sosna et al., 2001, s. 103 - 105)

2. 7. 2. 5 Resekční plastika

„Tato metoda je dnes využívána výjimečně a její princip spočívá v odstranění poškozené hlavice, v aplikaci skeletální trakce zhruba na dobu 8 týdnů, což je doba nezbytná pro vytvoření vazivového interpozita mezi proximálním koncem stehenní kosti a pánví. Nejčastěji se setkáme s resekční plastikou v případech, kde implantace protézy již není technicky možná a pacient má velmi silné bolesti, dále pak v případech, kde náhrada kyčle selhala a rovněž reimplantace je technicky nemožná.“ (Sosna et al., 2001, s. 105)

2. 7. 2. 6 Angulační osteotomie

„ Je výjimečný výkon, kterým lze řešit v krajním případě bolestivý stav kyčle, například při těžké postdysplastické koxartróze. Principem je změna postavení proximálního konce, která vede ke změně zatížení postiženého kloubu - má analgetický efekt, přináší také zlepšení pozice končetiny, čímž někdy zlepší mobilitu pacienta.“ (Sosna et al., 2001, s. 105)

2. 7. 2. 7 Artrodéza

„Ztužení kloubu v postavení 15° flexe a nulové až 5° abdukce a neutrální rotace. Artrodéza je dnes využívána zcela výjimečně. Pacientovi vrací možnost těžké fyzické práce vstojе - tato metoda pacientům na rozdíl od endoprotézy umožní plnou zátěž postižené kyčle, což zejména v dřívějších dobách bylo výrazným přínosem. Současně ale zásadně zhoršuje jejich životní komfort při sezení, jízdě autem a podobně. Je to řešení definitivní, které nemůže v budoucnosti selhat a nebo způsobit zhoršení stavu. U žen je artrodéza často provázena velkými stesky na nemožnost osobní hygieny a sexuálního života.“ (Sosna et al., 2001, s. 105 - 106)

2. 8 Komplikace po operaci

1. Vykloubení (luxace) endoprotézy, která může být způsobena nevhodně řízenou rehabilitací nebo nesprávným nastavením pozice implantátu či nedodržením zásad ze strany pacienta.
2. Trombóza hlubokých žil, plicní embolizace, prevencí je včasná rehabilitace, chůze a cvičení.
3. Infekce kloubu, proto endoprotézy musí být operovány na pracovištích vybavených aseptickými operačními sály, sloužící pouze pro kostní operativu.

3 Ošetrovatelská péče

3. 1 Příprava na operaci

Před plánovaným operačním výkonem je pacient komplexně vyšetřen odborným interním lékařem, který vyhodnotí míru rizika, odhadne schopnost pacienta podstoupit daný výkon, nastíní preventivní opatření a spolurozhoduje o způsobu anestézie. Součástí předoperační přípravy je i speciální vyšetření zubním a odborným lékařem otorhinolaryngologem s případnou sanací infekčních fokusů. U pacientů, u nichž není kontraindikace, jsou odebrány autotransfúze na hematologickém oddělení, které slouží k hrazení eventuálních krevních ztrát během operace. Do předoperační přípravy zahrnujeme také redukci hmotnosti a rehabilitaci směřující k posílení kolem kloubního svalstva, nácvik chůze o berlích a dechovou gymnastiku. Den před plánovaným výkonem je pacient přijat na ortopedické oddělení, kde je opětovně vyšetřen lékařem - ortopédem, který jej obeznámí s operačním výkonem a pooperačním průběhem. Pacient podepisuje pozitivní revers (souhlas s operací). Při příjmu nemocného na ošetrovací jednotku seznámí sestra pacienta s oddělením a jeho provozem, poučí pacienta o jeho právech. Před operací provede anesteziolog s pacientem pohovor o způsobu anestézie.

U operace náhrady kyčle používáme anestézii celkovou, při které je pacient uveden do umělého spánku nebo anestézii spinální, kdy je vpichem anestetika do páteřního kanálu znecitlivěna polovina těla od pasu dolů. Pacient zůstává při vědomí, nebo je možné jej na přání krátkodobě uspat. Od půlnoci před operací pacient nepožívá žádné jídlo a tekutiny a také nekouří.

3. 2 Operace

V den operace je pacientovi podána profylaktická dávka antibiotika do žíly a další medikamenty jako součást premedikace. Do dvaceti minut po podání premedikace je přepraven na operační sál, kde je napoložován pod dohledem operátora. Lékaři operují v poloze na boku, resekují a odstraňují hlavici stehenní kosti, připraví acetabulum kostními frézami a do pánve implantují jamku. U cementovaných typů endoprotézy je jamka fixována kostním cementem, u ostatních je fixována svým tvarem a zpracováním povrchu. V další fázi je frézována dutina kosti stehenní a implantován dřík dané velikosti. Po vyzkoušení stability endoprotézy uzavírá operátor ránu po vrstvách. Délka výkonu je zpravidla devadesát minut.

3. 3 Péče po operaci

Plán ošetrovatelské péče a její realizace

Pacient se ukládá v bezprostředním pooperačním období z pravidla nejméně na dva dny na ortopedickou jednotku intenzivní péče. Uplatňují se všechny prvky běžné pooperační péče. Operace se převážně provádí osobám vyššího věku, které jsou ohroženy pooperačními komplikacemi: krevními ztrátami, tromboembolickými a anesteziologickými komplikacemi, krvácením, poruchou koagulace, uvolněním implantátu endoprotézy, luxací endoprotézy, imobilizačním syndromem. V tomto období plánu ošetrovatelské péče a její realizace sestra provádí následující ošetrovatelské výkony. Samozřejmou součástí ošetrovatelské péče je pečlivé vedení dokumentace.

Monitorace

- Krevní tlak, puls, dech a tělesná teplota jsou fyziologické funkce, které sleduje sestra v těchto intervalech – 10 -15 min, 30min., 1 -3 hod.
- Pokud má pacient zavedený permanentní močový katétr, sleduje sestra množství, barvu a příměsi v moči ve sběrném sáčku. Pokud pacient nemá zavedený permanentní močový katétr, sleduje sestra zda nemocný močil nejspíše do 8 hodin po operaci a dále si všímá charakteru moči. Kontroluje možné známky infekce (pálení, řezání). Do dokumentace zaznamenává číslo a den zavedení močového katétru. Permanentní močový katétr se odstraňuje po spolehlivé vertikalizaci. Po odstranění močového katétru sestra sleduje, zda se pacient spontánně vymočil a zda neudává některé komplikace.
- Invazivními vstupy rozumíme zavedení flexily, drénů (Redonovy), permanentního močového katétru. Sestra zodpovídá za pravidelné kontroly vstupů a dbá na aseptický způsob práce.
- Sestra zajišťuje správné postavení končetin – pacient je edukován o poloze operované končetiny, která musí být ve vnitřní rotaci, o použití klínu, antirotační boty a používání molitanových kroužků pod kolena. Kontroluje nevhodné případně i svévolné nesprávné polohování končetin.
- Jako prevenci TEN sestra provádí bandáže dolních končetin a zařídí včasnou rehabilitaci fyzioterapeutem. Podle ordinace sestra provádí aplikaci nízkomolekulárního heparinu. Sestra kontroluje hodnoty koagulačních testů, výsledek zapisuje do dokumentace a informuje lékaře.
- Dle ordinace lékaře sestra provádí kontrolní odběry krve – hemokoagulační parametry, krevní obraz, biochemické vyšetření, astrup.
- Dle ordinace lékaře sestra zajistí kontrolní RTG operovaného kyčelního kloubu do 48 hodin od operace.
- Pravidelně sleduje, hodnotí a zapisuje bilanci tekutin. Je důležité, aby byla vyrovnaná a nedocházelo k tomu, že pacienti jsou převodněni či mají velké ztráty tekutin. Odpady z Redonova drénu se sledují a 12 hodin do odstranění

drénu, popřípadě dle stavu pacienta. Počet drénů závisí na rozsahu operačního výkonu.

- Pravidelně sleduje, hodnotí a zapisuje projevy bolesti. Jednou z možností hodnocení bolesti je číselnou škálou od 0-10 nebo pomocí barevného odstínění (čím větší bolest, tím tmavší odstín barvy) – zápis do dokumentace. Pacientovi podává analgetika buď do žíly nebo do svalu. Aplikuje analgetika dle ordinace lékaře a dle potřeby pacienta.
- Sleduje funkčnost, průchodnost a známky infekce periferního žilního katétru (po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu pacienti mívají dvě periferní kanyly).
- Aplikuje dle ordinace lékaře profylakticky antibiotika 24 hodin po operaci po 6 hodinách např. Cefazolin 1g i.v. ā 6 hodin.
- Neméně důležitá je infuzní terapie a hrazení krevních ztrát (transfúze).
- Pravidelně sleduje, hodnotí a zapisuje tkáňové prokrvení. Provádí aseptický převaz. Kontroluje vzhled krytí (prosak). Sleduje začervenání kůže, zda nedochází k maceraci kůže. Sleduje a hodnotí zhojení operační rány.
- Zpočátku provádí hygienickou péči sestra, která pacienta ošetřuje. Podle zdravotního stavu provádí postupně hygienickou péči sám pacient s dopomocí sestry. Samozřejmou součástí hygienické péče je také péče o kůži a prevence dekubitů.
- Výživa pacienta se řídí jeho zdravotním stavem. První den po operaci již může lékař ordinovat dietu pacientovi, kterou měl před operací. Následující dny je zpravidla ordinována strava, kterou měl pacient před operačním výkonem.
- Vzhledem k rozsáhlosti operačního výkonu, kdy musí být pacient preventivně warfarinizován, je důležitou součástí výživy pacienta konzultace s nutričním terapeutem. Ten pacienta poučí o vhodné skladbě potravin, která může pozitivně i negativně ovlivnit účinek podávaného Warfarinu.
- Do dokumentace sestra zaznamenává datum vyprázdnění tlustého střeva. Sleduje vzhled, množství a konzistenci stolice. Pokud se nemůže pacient vyprázdnit, ordinuje mu lékař například glycerinový čípek, laktulózu per os

nebo nálev. Pro zdárný průběh vyprazdňování je důležitý dostatek tekutin a pohybu.

Rehabilitace

- Prevence imobilizačního syndromu se řídí stavem pacienta a pokyny lékaře.
- Rehabilitaci s nemocným provádí fyzioterapeut.

nultý den po operaci:

- pouze správné uložení DK

1. – 3. den : RTG kontrola určí stupeň zátěže

- aktivní cvičení hlezenního kloubu, prstů nohy (cévní gymnastika)
- dechové cviky
- posilování břicha a HK
- izometrické kontrakce hýžd'ových, břišních a stehenních svalů
- šetrné pasivní cvičení na operované DK se zabráněním souhybu pánve – rozsah pohybu nesmí vyvolávat bolest

2. – 3. den: odstranění Redonova drénu

- nácvik sedu, stoje, chůze
- v sedu je operovaná končetina v mírné obdukci, ve středním postavení a vyvěšená
- zvládne-li pacient sed je možné pokračovat v nácviku stoje a chůze

4. – 10. den:

- před cvičením je důležité zkontrolovat bandáže DK
- otáčení na břicho přes neoperovanou DK – pomocí klínu (udržení správné polohy)
- šetrný nácvik vnitřní rotace operované končetiny
- aktivní pohyby s dopomocí – posazování a postavování
- sed s DK přes okraj lůžka

- postupně při cvičení více podporovat samostatnost nemocného a zvyšovat náročnost cviků
- nezapomínat na procvičování svalů paže (chůze o berlích)
- nácvik chůze se zahajuje v chodítku, pak berle

Od 10 dne:

- přetáčení pacienta na lůžku pomocí polohovacího polštářku mezi kolena na bok a břicho přes zdravou končetinu (již samostatně)
- cvičení na boku – unožování (zpočátku s dopomocí)
- cvičení na břicho, zanožování v kyčelním kloubu (zpočátku s dopomocí)
- nácvik chůze po schodech

Po odstranění stehů:

- kontrola samostatné chůze
- zvládnutí chůze po schodech
- zvládání sebeobslužných činností
- péče o jizvu (masáž, vibrace...)

Před propuštěním do domácí péče musí pacient umět používat a být poučen:

- o nesprávné poloze DK – vytáčení DK do zevní rotace, křížení nohy přes nohu, sed v hlubokém křesle
- polohovací polštářek k udržení končetiny v mírné vnitřní rotaci během spánku nejméně po dobu 2 – 3 měsíců
- nebude ležet na operované končetině nejméně 3 měsíce
- jak má sám zvládnout problémy se sebeobsluhou – oblékání, obouvání
- jak se vyvarovat riziku pádu – nedoporučovat koupel ve vaně, bez bariérové zajištění domácího prostředí
- úplná samostatnost v základních činnostech o sebe by měl dosáhnout zhruba do 6-ti týdnů

Doma dále pacient pokračuje v rehabilitaci dle instruktáže fyzioterapeuta. Vhodná je i rehabilitace formou lázeňské léčby. Po operaci je nutné dodržovat režimová opatření, která mají zabránit možnému vykloubení implantované totální endoprotézy. Doma pacient užívá mimo své léky i léky k posílení krevetvorby, léky tlumící bolest a léky zabraňující tvorbě krevních sraženin (po dobu šesti měsíců). V prevenci tromboembolické nemoci je rovněž důležité používání kompresních punčoch nebo elastických bandáží dolních končetin. Pravidelné kontroly v ortopedické ambulanci jsou v případě nekomplikovaného hojení a správné rehabilitace po šesti týdnech, třech měsících a půl roce, dále 1x ročně.

3. 4 Zásady po operaci TEP kyčle

Tyto zásady jsou nezbytné pro zdárný průběh rehabilitační péče. Fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou edukuje pacienta podle níže uvedených zásad:

- Nekřížit dolní končetiny – a to ani v leže, v sedě nebo ve stoji.
- Snažit se držet dolní končetiny (DK) co nejvíce od sebe tak, aby špička operované končetiny směřovala ke zdravé končetině.
- Neuklánět se a nepřetáčet se na zdravou stranu – operovaná DK se nesmí dostat přes střední rovinu (ani v leže, ani ve stoji).
- Neležet a nespát na boku operované DK – nepřetáčet se na operovaný bok dříve než za dva měsíce.
- Při ležení na boku neoperované DK vkládat mezi kolena klín nebo tužší polštářek (polštářek používat ve spaní i při sedu).
- Neotáčet se na břicho bez klínu mezi nohama.
- Vícekrát denně, po menších časových úsecích, provádět celkové intenzivní cvičení podle pokynů fyzioterapeuta.
- Sedět maximálně do 90° úhlu mezi trupem a stehnem – nesesedět v nízkém, měkkém křesle nebo v autě, ani na nízkém WC (bez nástavce).
- Častěji měnit polohy – maximální délka sedu je doporučena půl hodiny.

- Sedět na obou polovinách hýždí – rovnoměrné zatížení.
- Nestát příliš dlouho, nepřetěžovat operovanou DK dlouhými pochody.
- Chodit v obuvi s pružnou, elastickou podrážkou.
- Chůze o francouzských holích (podpažních berlích): tři měsíce zatěžovat operovanou končetinu do půlky váhy.
- Do půl roku zatěžovat do dvou třetin váhy.
- Po půl roce chodit doma bez berlí, na delší trasy venku alespoň s vycházkovou holí (po domluvě s operátorem).
- Nechodit po mokřem terénu – mytá podlaha, v zimním období používejte protiskluzové nástavce na berle.
- Nedělat práci v předklonu a nezvedat předměty ze země tak aby se při předklonu operovaná DK sunula po zemi vzad (hlídat DK od sebe).
- Ponožku obouvat jen pomocí ručníku nebo za pomoci druhé osoby.
- Boty obouvat za pomoci dlouhé lžice.
- Kalhoty a spodní prádlo oblékat za pomoci berlí.
- Nekoupat se v horké vodě, v sedě – raději se sprchovat vlažnou vodou.
- Sledovat svoji hmotnost – nadváha vede k většímu opotřebování endoprotézy.

3. 5 Prognóza

Záleží na zdravotním stavu nemocného, jak po fyzické tak i po psychické stránce. Při dodržování rehabilitačních a léčebných doporučení je prognóza velmi pozitivní.

4 Slovník termínů

- **Abdukce** = odtažení, pohyb směrem od osy těla
- **Abraze** = obroušení, seškrábání
- **Acetabulum** = kloubní jamka
- **Addukce** = přitažení, pohyb směrem k ose
- **Adjuvantní terapie** = pomocná léčba
- **Aloplastika** = jiný, cizí, chirurgická úprava tvaru, respektive výsledek této úpravy
- **Ankylóza** = ztuhlost kloubu, ztráta pohyblivosti v kloubu v důsledku vazivového nebo kostěného spojení kostí tvořících kloub
- **Antalgická klaudikace** = kulhání, které působí proti bolesti
- **Antirotační bota** = ortopedická pomůcka, bota proti otáčení končetiny, udržuje dolní končetinu ve správném postavení
- **Artrodéza** = chirurgické znehybnění kloubu
- **Artróza (osteoartróza)** = nezánettivé onemocnění kloubů, pro něž je typická destrukce (zánik) kloubní chrupavky, která tvoří plochu dotyku mezi kostmi kloubu
- **Aseptický** = bez přítomnosti mikroorganismů, sterilní
- **Astrup** = vyšetření acidobazické rovnováhy, kterým se zjišťuje pH krve, množství hydrogenuhličitanů (bikarbonátů), oxidu uhličitého, kyslíku a několik dalších údajů
- **Biochemické vyšetření** = součást laboratorního vyšetření, které dává důležité informace o stavu organismu a jeho orgánů, vyšetřuje se většinou krev (sérum, plasma) nebo moč
- **Degenerativní proces** = postupující destrukce určitých skupin nebo systému buněk

- **Diacerhein** = je preparát rostlinného původu, který má protizánětlivý účinek, léčivo ovlivňuje sekreci některých zánětlivých faktorů a působí na metabolismus chrupavkových buněk, přípravek se užívá dlouhodobě, úleva nastává po 2 – 4 týdnech od zahájení léčby a výrazného zlepšení je dosaženo po 4 – 6 týdnech
- **Dysplazie** = porucha vývoje a růstu těla nebo různých orgánů
- **Fertilní věk** = plodný věk (žena je schopná porodit dítě)
- **Flexila** = ohebná kanyla
- **Fokus** = ložisko, ohnisko
- **Fyzicky náročná práce** = je taková práce, kdy osoba je převážně fyzicky, tělesně zatěžovaná v pracovním procesu (dělník)
- **Glukosaminsulfát** = má protizánětlivý účinek a zlepšuje anaboličké funkce chondrocyty (buněk tvořících chrupavku), tlumí aktivitu enzymů, které v procesu artrózy poškozují chrupavku
- **Granulom** = nakupení granulační tkáně, někdy s velkými mnohojadernými buňkami, vzniká při chronickém zánětu vyvolaném např. některými bakteriemi, cizím tělesem
- **Hydroxyapatit** = anorganická látka charakteru skupiny –OH, podvojná sloučenina fosforečnanu vápenatého s fluoridem vápenatým a chloridem vápenatým; velmi rozšířený minerál ve vyvěřelinách a přeměněných horninách, surovina pro výrobu superfosfátu, jako hexagonální krystaly či jemnozrné hmoty je součástí kostí a zubů
- **Chondroitinsulfát** = je přirozenou součástí naší chrupavky, potlačuje vznik zánětu a zlepšuje metabolismus chrupavky
- **Chondroprotektiva** = léky používané v léčbě kloubních nemocí, zejména artrózy
- **Idiopatický** = bez známé příčiny
- **Interpozitum** = vložený mezi
- **Kanyla** = kovová nebo plastová trubička umožňující proudění tekutin nebo vzduchu, která na rozdíl od jehly nemá hrot
- **Klient** = zákazník, chráněnc

- **Koagulace** = vyšetření srážení
- **Koxartróza (coxarthrosis)** = artróza kyčelního kloubu
- **Kvalita života** = je dána úrovní tělesné a duševní činnosti a pracovní výkonnosti a úrovní tělesné, duševní a sociální pohody, je to sociologický termín, ale nezapomínejme, že život je kvalita sama o sobě, kombinace různých faktorů, zahrnující způsob, jakým je vnímáme
- **Kyselina hyaluronová (hyaluronan)** = je za normálních podmínek součástí chrupavek, má protizánětlivé a imunomodulační účinky, ovlivňuje buňky chrupavky – chondrocyty a zlepšuje vlastnosti kloubní tekutiny, látka se používá ve formě nitrokloubních injekcí
- **Luxace** = vykloubení
- **Macerace** = změknutí vzniklé působením tekutiny, vyluhování
- **Nekrotické zóny** = zóny odumřelé tkáně či části orgánu, k němuž dojde v živém organismu
- **Osteoblast** = aktivní buňka, která produkuje základní kostní hmotu
- **Osteofyt** = kostní výrůstek vznikající např. kolem postižených kloubů
- **Osteogeneze** = vznik a vývoj kostí
- **Osteotomie** = chirurgické protěti kosti
- **Pacient** = nemocný, osoba v lékařské péči
- **Per primam** = hojení rány „ napoprvé “
- **Periferní** = obvodový, okrajový
- **Prevence** = předcházení nemoci
- **Profylaktický** = mající účinek profylaxe
- **Profylaxe** = ochrana před určitou nemocí, která by mohla nastat, léčebnými prostředky (léky, očkování)
- **Pseudocysta** = chorobná dutina, která připomíná cystu, ale na rozdíl od ní nemá vlastní výstelku
- **Psychicky náročná práce** = je taková práce, kdy osoba je převážně psychicky zatěžovaná v pracovním procesu (například učitel)
- **Redonův drén** = polyethylenová několikrát perforovaná trubička, kterou se tekutina odvádí do lahve s pod tlakem

- **Rehabilitace** = v nejširším smyslu obnovení původního stavu, výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti, pracovní schopnosti
- **Reimplanace** = opětovné vsazení, zasazení, vpravení cizorodého předmětu (implantátu) do organismu
- **Respondent** = dotazovaný; účastník ankety, dotazníkového průzkumu
- **Rotace** = otáčení, pohyb kolem podélné osy
- **Screeningové vyšetření** = postupy a metody umožňující získat rychle a jednoduše základní informace o zdravotním stavu a eventuelně chorobně
- **Sepse** = stav, při němž se z infekčního ložiska v těle občas či trvale uvolňují choroboplodné zárodky do krve („otrava krve“) a poškozují ostatní orgány
- **Septický** = týkající se, vztahující se k sepsi
- **Sérologické vyšetření** = vyšetření lidského séra na přítomnost protilátek proti určitým antigenům či autoantigenům
- **Sinterování** = spékání
- **Skeletální trakce** = natahování kostry, léčebná metoda užívaná např. v rehabilitaci, ortopedii
- **Subchondrální zóny** = zóny pod chrupavkou
- **Synovie** = kloubní maz
- **Trombembolická nemoc (TEN)** = stav charakterizovaný vznikem krevní sraženiny (trombu) v určitém místě krevního oběhu (obvykle v hlubokých žilách dolních končetin) a jeho následných vmetcích (embolizace) do plic
- **Valgosita** = vbočenost kloubů, zejména kolen a kyčlí
- **Varosita** = vybočení kloubů, zejména kolen a kyčlí
- **Vertikalizace** = pomalé uvedení do vertikální polohy
- **Warfarin** = lék působící proti vitamínu K a snižuje tak krevní srážlivost
- **Warfarinizace** = léčba Warfarinem
- **Zdravotní sestra** = osoba, jednotlivec, která úspěšně dokončila střední zdravotnickou školu
- **Zdravotnický personál** = kolektiv lékařů/lékařek, zdravotních sester, ošetřovatelek/ošetřovatelů a sanitářů
- **Artikulační** = v protetice pohyblivý

- **Proximální** = bližší počátku či vzniku
- **Kónický** = kuželovitý
- **Sférický** = kulový
- **Sanace** = ozdravení, vyléčení, přijetí opatření k nápravě, sanování
- **Inkorporace** = vtělení, včlenění
- **CoCrMo slitina** = slitina kobaltu, chrómu a molybdenu

5 Seznam zkratek

BMI = body – mass index

CKP = cerviko - kapitální protéza

DK = dolní končetiny

GA = gynekologická anamnéza

i.m. = intramuskulární, do svalu

i.v. = intravenózní, do žíly

KO = krevní obraz

MRI = magnetická rezonance

NSA = nesteroidní antirevmatika

P = puls

p.o. = per os, ústy

PA = pracovní anamnéza

pH = veličina vyjadřující koncentraci vodíkových iontů v roztoku (v krvi, v moči) a tak odpovídající jeho kyselosti (pH nižší než 7) či zásaditosti (pH vyšší než 7) respektive neutralitě (pH 7)

PNC = penicilin – první antibiotikum

RTG = rentgen

SA = sociální anamnéza

TEN = trombembolické nemoc

TEP = totální endoprotéza

TK = krevní tlak

SYSADOA = symptomaticky pomalu působící léky

PRAKTICKÁ ČÁST

Na základě předem prostudované literatury, mé praxe a všeobecného zájmu o ortopedii jsem si zvolila následující výzkumný problém.

6 Výzkumný problém

Ovlivňuje předcházení onemocnění koxartrózy oddálení onemocnění?

Jsou pacienti dostatečně informováni o operaci náhrady kyčelního kloubu?

Má vliv zdravotnický personál na průběh pooperačního období?

Pomůže pacientovi operace náhrady kyčelního kloubu zkvalitnit prožívání následujících let?

7 Výzkumné cíle

Cílem mého výzkumu je srovnat kvalitu života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Zajímalo mě zda tato náročná i finančně nákladná operace klientům usnadní či zlepší prožívání následujících let. Jak vnímali svůj zdravotní stav před a po operaci, zejména co se týče odstranění bolesti, zlepšení pohyblivosti a dalších aspektů blízce spjatých s nimi. Na základě výzkumných problémů jsem si stanovila následující cíle.

C1:

Zjistit zda zásady předcházení onemocnění koxartrózy pozitivně ovlivňují oddálení onemocnění.

C2:

Zjistit vliv zdravotnického personálu na průběh pooperačního období.

C3:

Zjistit kvalitu života před a po operaci náhrady kyčelního kloubu.

C4:

Zjistit zda jsou pacienti dostatečně informováni o operaci, pooperační péči a následné rehabilitaci.

8 Hypotézy

Dále jsem si po stanovení cílů stanovila hypotézy:

H1 :

Domnívám se, že zásady předcházení onemocnění koxartrózou pozitivně ovlivňuje nepřítomnost či oddálení tohoto onemocnění než zpochybňování či zanedbávání prevence.

H2:

Předpokládám, že profesionální a empatický přístup zdravotnického personálu k pacientovi má pozitivní vliv na průběh pooperačního období než u pacientů, kteří se střetnou s nedostatečným zájmem či nevlídností personálu.

H3:

Předpokládám, že kvalita života pacienta před operací náhrady kyčelního kloubu byla horší než po operaci.

H4:

Předpokládám, že pacienti jsou více informováni o náhradě kyčelního kloubu ze strany lékařů než ze strany sester.

9 Metodika výzkumu

Prvotní šetření jsem si provedla v červenci roku 2007 v Ústřední vojenské nemocnici na ortopedickém oddělení. Pro účely mé bakalářské práce jsem si zvolila formu kasuistik, kde jsem si zmapovala výzkumný vzorek a nejčastější obtíže, které nemocné přivádějí. Zaměřila jsem se na základní onemocnění kyčelního kloubu, na společenské, pracovní role a v neposlední řadě na bolest. Na základě zjištěných informací jsem si stanovila výzkumný problém, výzkumné cíle a hypotézy. Vytvořila jsem dotazník, kde si stanovené hypotézy potvrdím či vyvrátím. Kasuistiky přikládám v příloze č. 8. Díky kasuistikám a mé dosavadní praxi jsem byla přítomna při vyplňování dotazníků respondenty v průběhu výzkumu (leden 2008). Často mě respondenti požádali, abych jim dotazník předčítala. V této souvislosti jsem je požádala,

aby i přes moji přítomnost byli objektivní a odpovídali tak, jak věc skutečně prožívají. Vysvětlila jsem jim, že na této skutečnosti závisí relevantnost mého šetření.

Výzkum probíhal během ledna 2008 v Ústřední vojenské nemocnici na ortopedické ambulanci. Chtěla jsem pokrýt bio – psycho – sociální stránku člověka. Hodnoceny jsou některé aspekty kvality života před a po operaci náhrady kyčelního kloubu – spánek, vyprazdňování, bolest, role, hodnocení sebe sama. Zajímala mě odlišnost těchto aspektů před a po operaci náhrady kyčelního kloubu. Jako výzkumnou metodu jsem použila dotazníkové šetření. Dále jsem tyto dotazníky zanalyzovala. Poté jsem použila srovnávací metodu, kterou jsem použila v položce, kdy srovnávám vliv operace na spánek, vyprazdňování, bolest, role či vnímání sebe sama. V dotazníku jsem použila různé typy otázek, abych se dostala k jádru věci.

10 Dotazník

Pro potřeby výzkumu jsem vytvořila dva dotazníky „Kvalita života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.“

V prvním dotazníku respondenti hodnotí některé aspekty kvality života před operací. Dotazník obsahuje 18 otázek. Použila jsem čtyři typy otázek. První typ (otázky 11, 14, 15, 16, 17), kde jsou hodnoceny odpovědi pomocí stupnice (rozhodně ano – spíše ano – spíše ne - rozhodně ne). U druhého typu otázek (otázky 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10) mají respondenti možnost pouze jedné z nabízených variant, uzavřené otázky. Třetí typ jsou otázky otevřené, kde mají respondenti možnost slovního vyjádření (4, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18). Čtvrtý typ otázek jsou otázky filtrační (otázky 6 → 7, 8 → 9).

V druhém dotazníku respondenti hodnotí některé aspekty kvality života po operaci. Dotazník měl 13 otázek. Použila jsem čtyři typy otázek. První typ (otázky 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12), kde jsou hodnoceny odpovědi pomocí stupnice (rozhodně ano – spíše ano – spíše ne - rozhodně ne). U druhého typu otázek (otázky 1, 2) mají respondenti možnost pouze jedné z nabízených odpovědí – uzavřené otázky. Třetí typ jsou otázky otevřené, kde mají respondenti možnost slovního vyjádření (3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Čtvrtý typ otázek jsou otázky filtrační (otázky 3 → 4, 5).

11 Zkoumaný vzorek

Rozdala jsem 2 x 60 dotazníků a z toho se mi jich vrátilo 2 x 56, z nich 2 x 55 bylo vyplněno zcela správně a u jednoho chyběla odpověď na jednu otázku, respondentka neuvedla věk. Pro přehlednost – celkový počet respondentů byl 56 a každý respondent vyplnil dotazník před a po operaci. Návratnost dotazníků tedy byla 93%, což odpovídá kritériím pro validnost dotazníkového měření.

U respondentů byli zjišťovány tyto sociologické údaje: věk, pohlaví a zaměstnání.

12 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou uváděny v tabulkách a přehledných grafech. Na konci grafického zpracování je uvedeno vyhodnocení pod grafem.

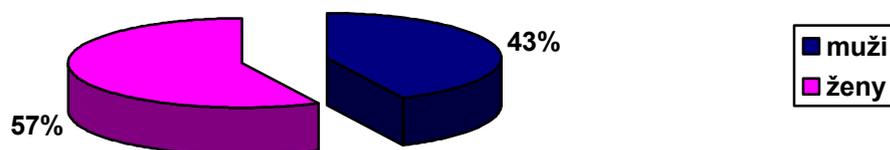
Dotazník před operací

1. Pohlaví

Tab. 1. pohlaví

muži	ženy
24	32

graf 1. Pohlaví



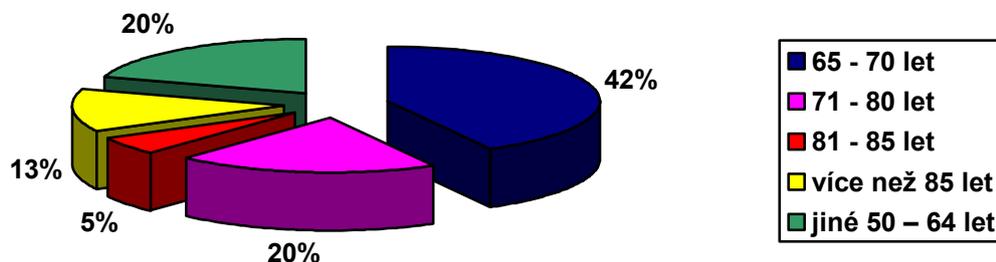
Výzkumu se zúčastnilo 32 žen a 24 mužů.

2. Věk

Tab. 2. Věk

65 - 70 let	71 - 80 let	81 - 85 let	více než 85 let	jiné 50 – 64 let
23	11	3	7	11

graf 2. Věk



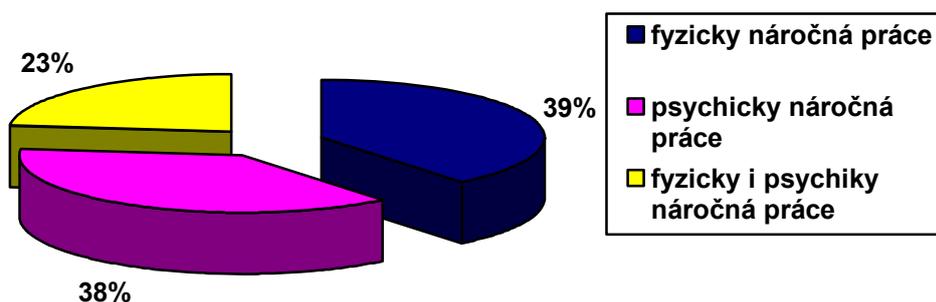
Nejvíce respondentů tvořila věková skupina pacientů 65 - 70 let (23), 71 - 80 let (11), 81 - 85 let (3), více než 85 let (7), jiné 50 – 64 let (11). Jedna respondentka neuvedla věk.

3. Vaše momentální profese je či byla?

Tab. 3. Momentální profese je či byla?

fyzicky náročná práce	psychicky náročná práce	fyzicky i psychiky náročná práce
22	21	13

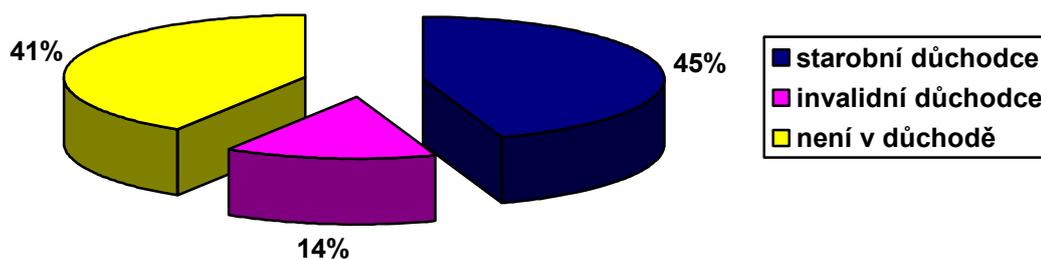
graf 3. Momentální profese je či byla?



Tab. 4. Starobní, invalidní důchodce či není důchodce

starobní důchodce	invalidní důchodce	není v důchodě
25	8	23

graf 4. Starobní, invalidní důchodce či není důchodce



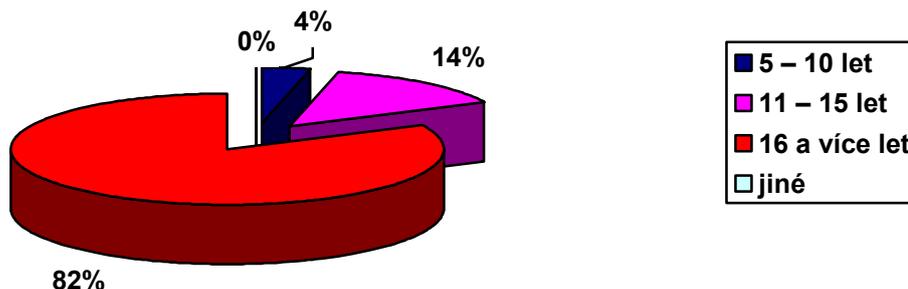
Respondenti vykonávali fyzicky náročnou práci (22), psychicky náročnou práci (21), fyzicky i psychiky náročnou (13), z toho 8 respondentů je v invalidním důchodě a 25 respondentů ve starobním důchodě a 23 respondentů není v důchodě. Položka „není v důchodě“ není zařazena jako otázka v dotazníku, ale tento údaj logicky vyplývá z uvedených skutečností.

4. Jak dlouho jste tuto profesi vykonával/a?

Tab. 5. Jak dlouho jste tuto profesi vykonával/a?

5 – 10 let	11 – 15 let	16 a více let	jiné
2	8	46	0

graf 5. Jak dlouho jste tuto profesi vykonával/a?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

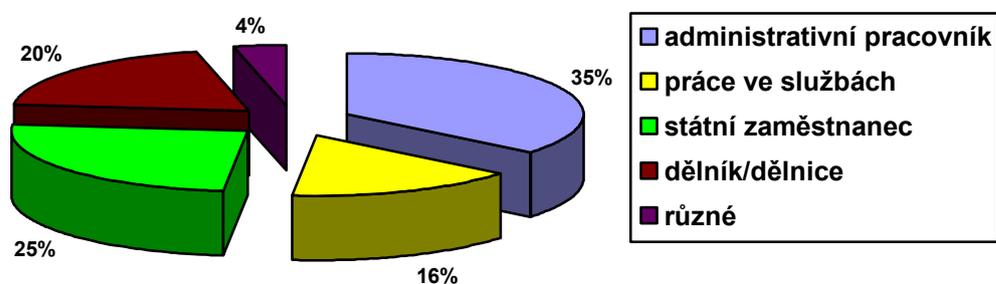
Respondenti vykonávali svou profesi 5 – 10 let (2), 11 – 15 let (8), 16 a více let (46) a jiné (0).

5. Vaše zaměstnání bylo či je?

Tab. 6. Vaše zaměstnání bylo či je?

administrativní pracovník	práce ve službách	státní zaměstnanec	dělník/dělnice	různé
20	9	14	11	2

graf 6. Vaše zaměstnání bylo či je?



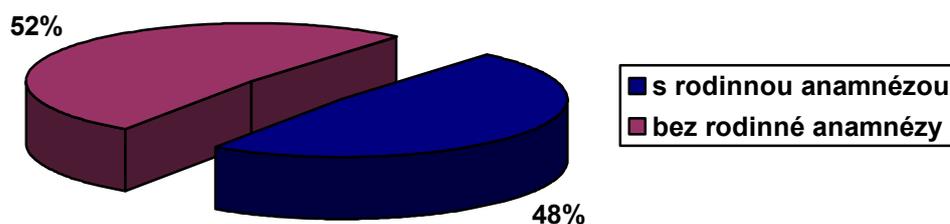
Zaměstnání respondentů bylo či je administrativní pracovník (20), pracovníci ve službách (9), státní zaměstnanec/ zaměstnankyně (14), dělník/dělnice (11) a různé (2).

6. Měl někdo z Vaší rodiny onemocnění kyčelních kloubů?

Tab. 7. Měl někdo z Vaší rodiny onemocnění kyčelních kloubů?

s rodinnou anamnézou	bez rodinné anamnézy
27	29

graf 7. Měl někdo z Vaší rodiny onemocnění kyčelních kloubů?



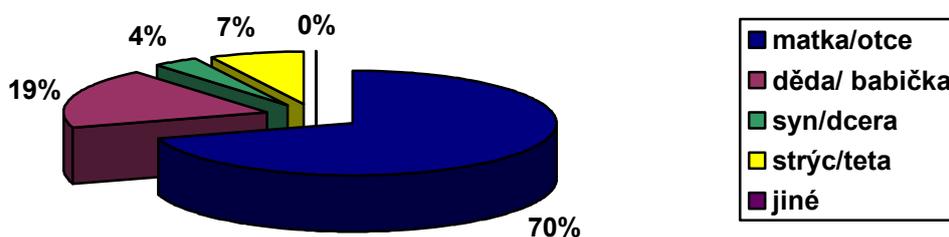
Onemocněním kyčelního kloubu s rodinou anamnézou mělo 27 respondentů, zbylých 29 respondentů udává, že nikdo z rodiny onemocněním kyčelního kloubu netrpěl.

7. Kdo ve Vaší rodině trpěl onemocněním kyčelních kloubů?

Tab. 8. Kdo ve Vaší rodině trpěl onemocněním kyčelních kloubů?

matka/otce	děda/ babička	syn/dcera	strýc/teta	jiné
19	5	1	2	0

graf 8. Kdo ve Vaší rodině trpěl onemocněním kyčelních kloubů?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

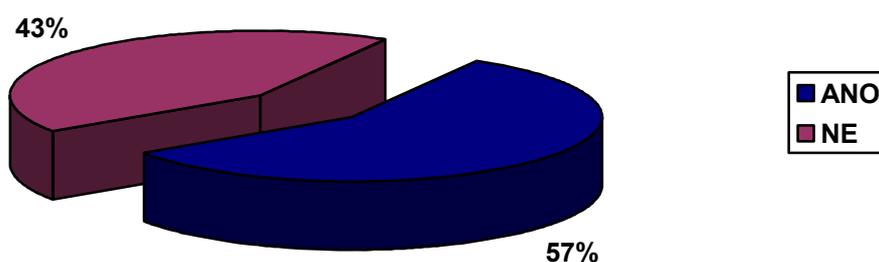
Respondenti, co odpověděli, že někdo z rodiny trpěl onemocněním kyčelního kloubu, udávají, že onemocnění postihlo matku/otce (19), dědu/ babičku (5), syna/dceru (1), strýce/tetu (2) a jiné (0) respondentů.

8. Udržujete si fyzickou kondici?

Tab. 9. Udržujete si fyzickou kondici?

ANO	NE
32	24

graf 9. Udržujete si fyzickou kondici?



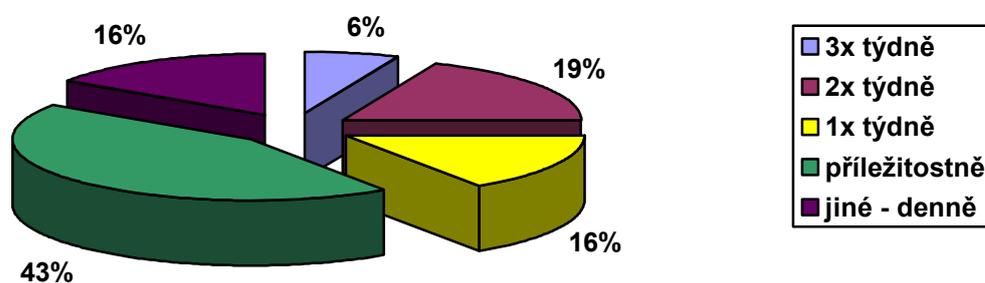
Fyzickou kondici si udržuje 32 respondentů a naopak 24 respondentů fyzickou kondici neudržují.

9. Jak často si udržujete fyzickou kondici?

Tab. 10. Jak často si udržujete fyzickou kondici?

3x týdně	2x týdně	1x týdně	příležitostně	jiné - denně
2	6	5	14	5

graf 10. Jak často si udržujete fyzickou kondici?



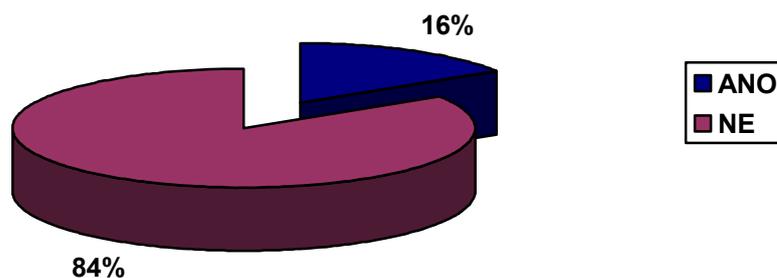
Respondenti, co odpovídali na otázku číslo osm ano (jedná se o 32 respondentů), mi dále napsali, že udržují fyzickou kondici 3x týdně (2), 2x týdně (6), 1x týdně (5), příležitostně (14) a jiné - denně (5) respondentů.

10. Měl/a jste někdy úraz na kyčelním kloubu(kosti, svaly)?

Tab. 11. Měl/a jste někdy úraz na kyčelním kloubu(kosti, svaly)?

ANO	NE
9	47

graf 11. Měl/a jste někdy úraz na kyčelním kloubu(kosti, svaly)?

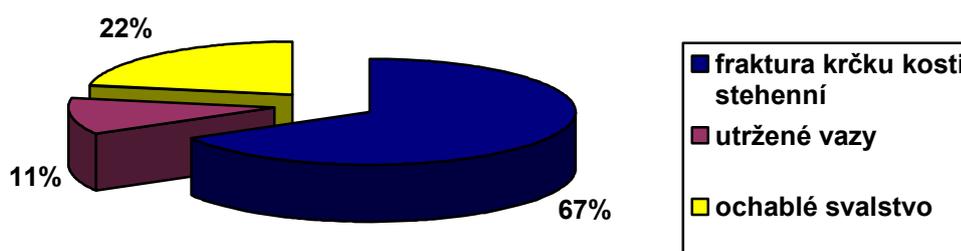


Úraz na kyčelním kloubu nemělo 47 respondentů, zbylých 9 respondentů odpovědělo, že prodělali úraz na kyčelním kloubu.

Tab. 12. Úraz na kyčelním kloubu

fraktura krčku kosti stehenní	utržené vazy	ochablé svalstvo
6	1	2

graf 12. Úraz na kyčelním kloubu



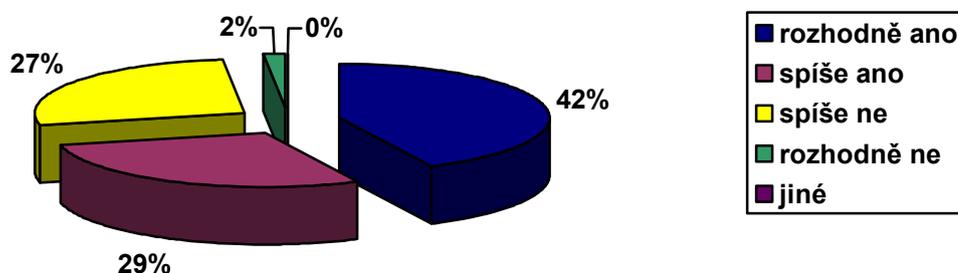
Úraz na kyčelním kloubu mělo 9 respondentů, konkrétně šlo o frakturu krčku kosti stehenní u 6 respondentů, utržené vazy u 1 respondenta a ochablé svalstvo se objevilo u 2 respondentů.

11. Byl/a jste dostatečně informován/a o operaci, jejím průběhu a následné rehabilitační péči?

Tab. 13. Byl/a jste dostatečně informován/a o operaci, jejím průběhu a následné rehabilitační péči?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné
24	16	15	1	0

graf 13. Byl/a jste dostatečně informován/a o operaci, jejím průběhu a následné rehabilitační péči?



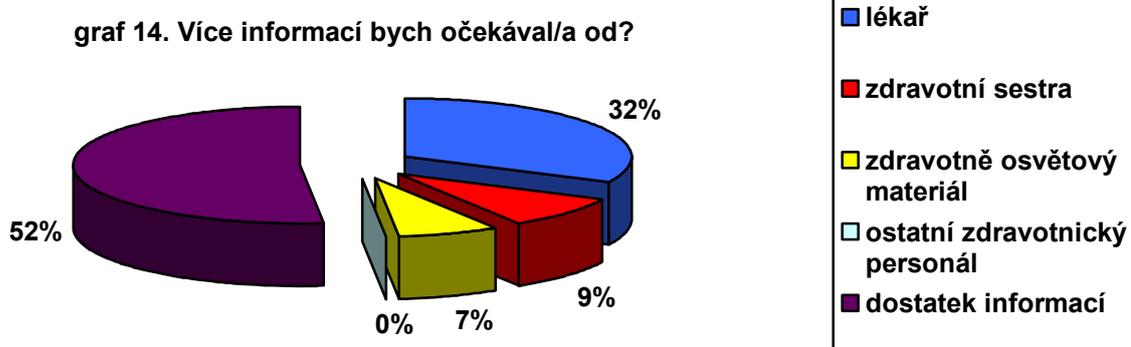
Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

Na otázku zda respondenti byli informováni o operaci, jejím průběhu a následné rehabilitační péči mi odpověděli rozhodně ano (24), spíše ano (16), spíše ne (15), rozhodně ne (1) a jiné (0) respondentů.

12. Více informací bych očekával/a od?

Tab. 14. Více informací bych očekával/a od?

lékař	zdravotní sestra	zdravotně osvětový materiál	ostatní zdravotnický personál	dostatek informací
18	5	4	0	29



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

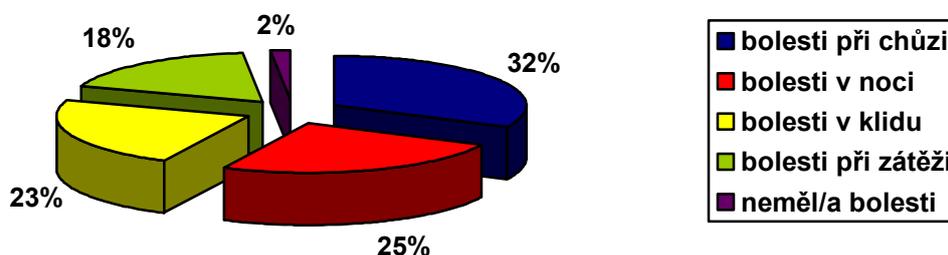
Respondenti očekávali více informací od lékaře (18), zdravotní sestry (5), zdravotně osvětového materiálu (4), ostatní zdravotnický personál (0) a dostatek informací mělo (29) respondentů.

13. Před operací jsem měl/a?

Tab. 15. Před operací jsem měl/a?

bolesti při chůzi	bolesti v noci	bolesti v klidu	bolesti při zátěži	neměl/a bolesti
18	14	13	10	1

graf 15. Před operací jsem měl/a?



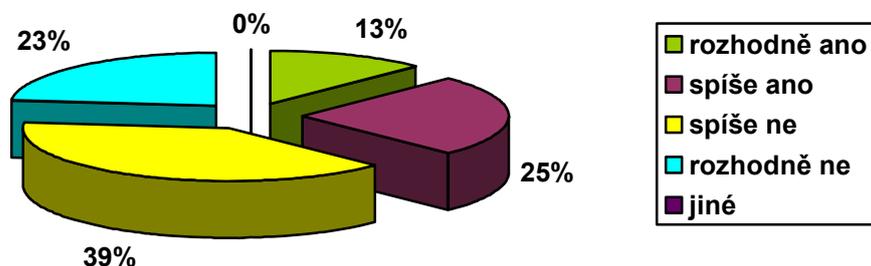
Před operací respondenti udávají bolesti při chůzi (18), dále bolesti v noci (14), bolesti v klidu (13), bolesti při zátěži (10) a nemělo bolesti (1) respondent.

14. Kvalita Vašeho spánku byla před operací dobrá ?

Tab. 16. Kvalita Vašeho spánku byla před operací dobrá ?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné
7	14	22	13	0

graf 16. Kvalita Vašeho spánku byla před operací dobrá ?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

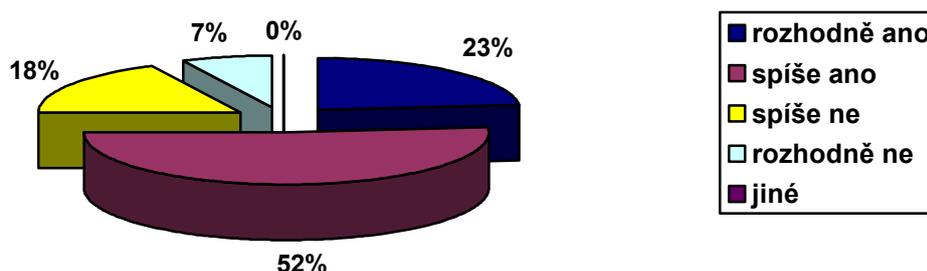
U respondentů byla kvalita spánku před operací dobrá rozhodně ano (7), spíše ano (14), spíše ne (22) rozhodně ne (13) a jiné (0).

15. Vaše vyprazdňování stolice bylo před operací v pořádku a pravidelné?

Tab. 17. Vaše vyprazdňování stolice bylo před operací v pořádku a pravidelné?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné
13	29	10	4	0

graf 17. Vaše vyprazdňování stolice bylo před operací v pořádku a pravidelné?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

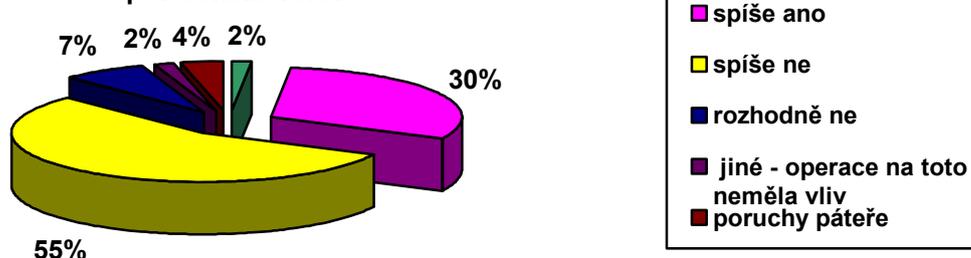
U respondentů bylo vyprazdňování stolice před operací pravidelné rozhodně ano (13), spíše ano (29), spíše ne (10), rozhodně ne (4) a jiné (0).

16. Mohl/a jste před operací lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role?

Tab. 18. Mohl/a jste před operací lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné - operace na toto neměla vliv	poruchy páteře
1	17	31	4	1	2

graf 18. Mohl/a jste před operací lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role?



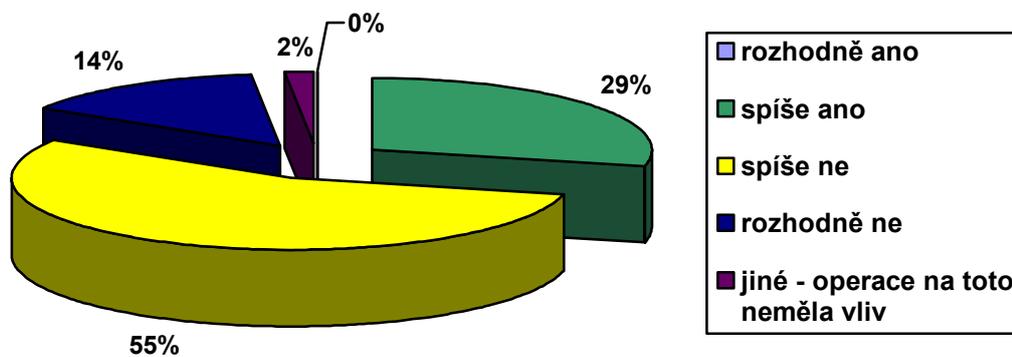
Respondenti mohli před operací lépe vykonávat rodinné, pracovní a společenské role rozhodně ano (1), spíše ano (17), spíše ne (31), rozhodně ne (4) a jiné - operace na toto neměla vliv (1) a dva respondenti odpověděli, že trpí poruchou páteře (2).

17. Vnímal/a jste před operací lépe sebe sama?

Tab. 19. Vnímal/a jste před operací lépe sebe sama?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné - operace na toto neměla vliv
0	16	31	8	1

graf 19. Vnímal/a jste před operací lépe sebe sama?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

Respondenti před operací lépe vnímali sebe sama rozhodně ano (0), spíše ano (16), spíše ne (31), rozhodně ne (8) a jiné - operace na toto neměla vliv (1).

18. Každé další sdělení nad rámec dotazníku je vítáno:

Na tuto doplňující otázku mi odpověděli pouze dva respondenti. Konkrétněji první respondent se zmiňuje o tom, že prodělal ve třinácti letech zánět kostní dřene v krčku kosti kyčelní. Druhý respondent upozorňuje na to, že jeho operace proběhla v zahraničí.

Dotazník po operaci

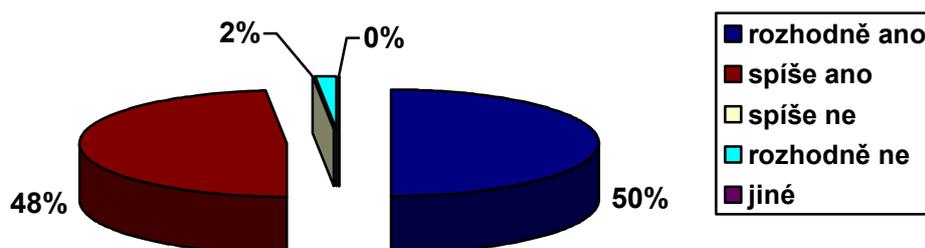
Otázky 1, 2 jsou zobrazeny na straně 40 .

3. Po operaci náhrady kyčelního kloubu setkal/a jste se s dostatečným zájmem sester během péče o Vás?

Tab. 20. Po operaci náhrady kyčelního kloubu setkal/a jste se s dostatečným zájmem sester během péče o Vás?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné
28	27	0	1	0

graf 20. Po operaci náhrady kyčelního kloubu setkal/a jste se s dostatečným zájmem sester během péče o Vás?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

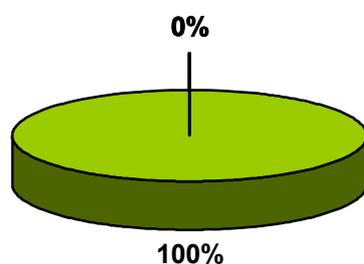
Po operaci náhrady kyčelního kloubu se setkali respondenti s dostatečným zájmem sester při péči rozhodně ano (28), spíše ano (27), spíše ne (0), rozhodně ne (1) a jiné (0).

4. Nespokojenost byla způsobena ze strany?

Tab. 21. Nespokojenost byla způsobena ze strany?

zdravotní sestra	lékař/lékařka	ostatní ošetrovatelský personál	pracovníci úklidu	jiné
1	0	0	0	0

graf 21. Nespokojenost byla způsobena ze strany?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

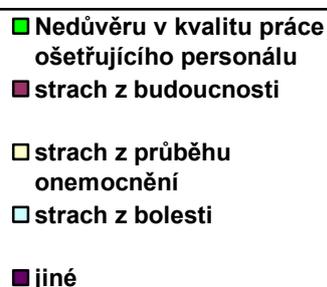
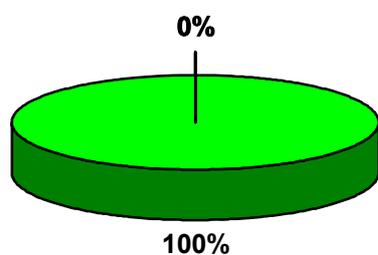
Respondent, který na otázku číslo 4. odpověděl rozhodně ne, nyní udává, že nespokojenost byla způsobena ze strany zdravotní sestry (1), lékaře/lékařky (0), ostatního ošetrovatelského personálu (0), pracovníci úklidu (0) a jiné (0).

5. Špatný přístup personálu ve mně vyvolal?

Tab. 22. Špatný přístup personálu ve mně vyvolal?

nedůvěru v kvalitu práce ošetřujícího personálu	strach z budoucnosti	strach z průběhu onemocnění	strach z bolesti	jiné
1	0	0	0	0

graf 22. Špatný přístup personálu ve mně vyvolal?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

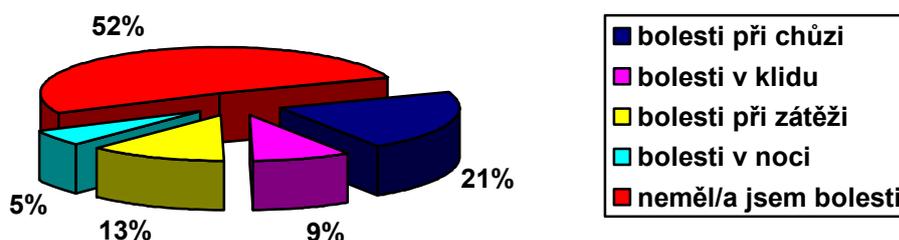
Respondent, který na otázku číslo 4. odpověděl rozhodně ne, nyní udává , že špatný přístup v něm vyvolal nedůvěru v kvalitu práce ošetřujícího personálu (1), strach z budoucnosti (0), strach z průběhu onemocnění (0), strach z bolesti (0) a jiné (0).

6. Po operaci jsem měl/a?

Tab. 23. Po operaci jsem měl/a?

bolesti při chůzi	bolesti v klidu	bolesti při zátěži	bolesti v noci	neměl/a jsem bolesti
12	5	7	3	29

graf 23. Po operaci jsem měl/a?



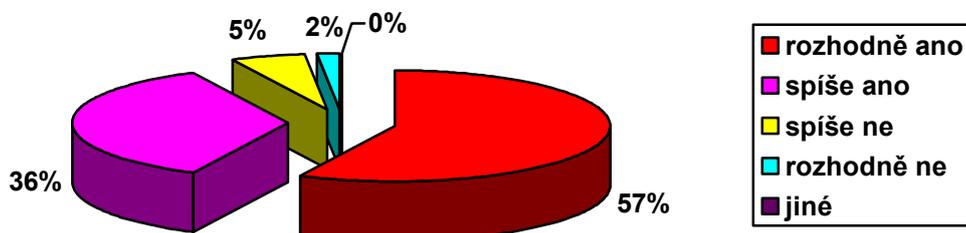
Po operaci měli respondenti nejvíce bolesti při chůzi (12), dále bolesti v klidu (5), bolesti při zátěži (7), bolesti v noci (3) a nemělo bolesti (29).

7. Zlepšili se Vaše obtíže po operaci?

Tab. 24. Zlepšili se Vaše obtíže po operaci?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné
32	20	3	1	0

graf 24. Zlepšili se Vaše obtíže po operaci?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

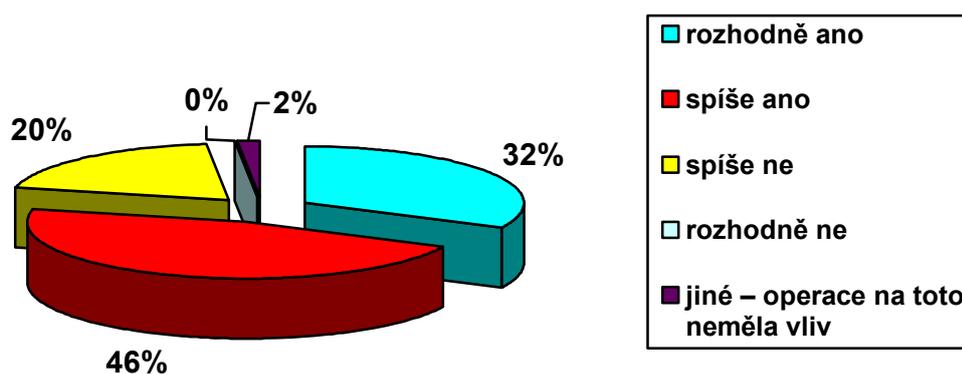
U respondentů se obtíže po operaci zlepšili rozhodně ano (32), spíše ano (20), spíše ne (3), rozhodně ne (1) a jiné (0).

8. Zlepšila se kvalita Vašeho spánku po operaci?

Tab. 25. Zlepšila se kvalita Vašeho spánku po operaci?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné – operace na toto neměla vliv
18	26	11	0	1

graf 25. Zlepšila se kvalita Vašeho spánku po operaci?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

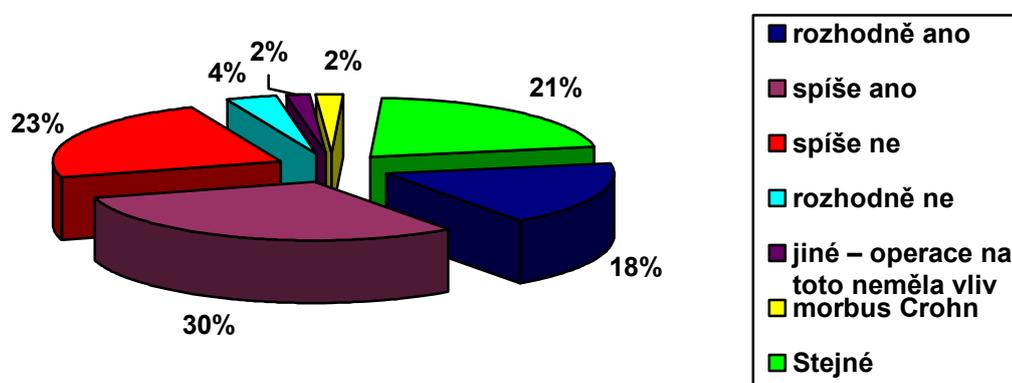
U respondentů se kvalita spánku po operaci zlepšila rozhodně ano (18), spíše ano (26), spíše ne (11), rozhodně ne (0) a jiné – operace na toto neměla vliv (1).

9. Zlepšilo se Vám vyprazdňování stolice po operaci?

Tab. 26. Zlepšilo se Vám vyprazdňování stolice po operaci?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné – operace na toto neměla vliv	morbus Crohn	Stejně
10	17	13	2	1	1	12

graf 26. Zlepšilo se Vám vyprazdňování stolice po operaci?



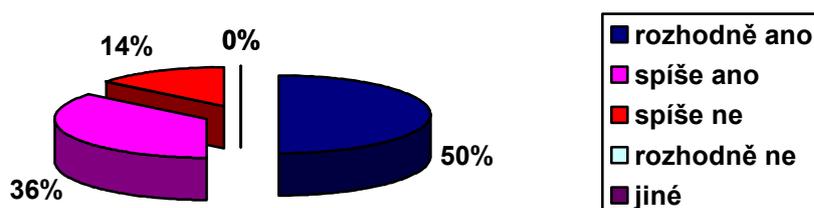
U respondentů se zlepšilo po operaci vyprazdňování stolice rozhodně ano (10), spíše ano (17), spíše ne (13), rozhodně ne (2) a jiné – operace na toto neměla vliv (1), jeden respondent trpí Morbus Crohn (1) a dvanáct respondentů udává, že je vyprazdňování stejné (12).

10. Můžete po operaci lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role?

Tab. 27. Můžete po operaci lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné
28	20	8	0	0

graf 27. Můžete po operaci lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

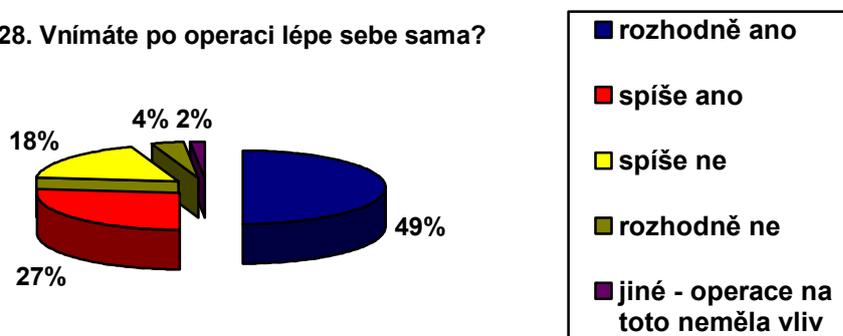
Respondenti mohou po operaci lépe vykonávat rodinné, pracovní a společenské role rozhodně ano (28), spíše ano (20), spíše ne (8), rozhodně ne (0) a jiné (0).

11. Vnímáte po operaci lépe sebe sama?

Tab. 28. Vnímáte po operaci lépe sebe sama?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné - operace na toto neměla vliv
28	15	10	2	1

graf 28. Vnímáte po operaci lépe sebe sama?



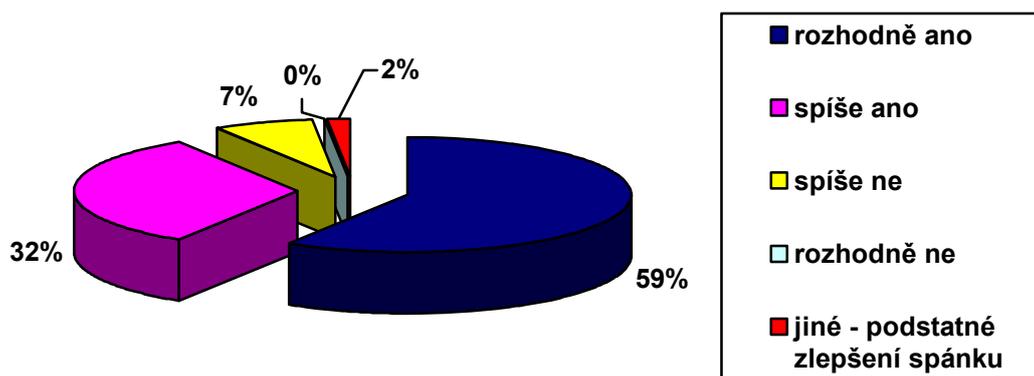
Respondenti po operaci lépe vnímají sebe sama rozhodně ano (28), spíše ano (15), spíše ne (10), rozhodně ne (2) a jiné - operace na toto neměla vliv (1).

12. Myslíte si, že operace náhrady kyčelního kloubu Vám pomohla zlepšit či zpříjemnit Váš život?

Tab. 29. Myslíte si, že operace náhrady kyčelního kloubu Vám pomohla zlepšit či zpříjemnit Váš život?

rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	jiné – podstatné zlepšení spánku
33	18	4	0	1

graf 29. Myslíte si, že operace náhrady kyčelního kloubu Vám pomohla zlepšit či zpříjemnit Váš život?



Data s nulovými hodnotami nejsou zobrazena v grafu.

Operace totální endoprotézy kyčelního kloubu pomohla respondentům zlepšit či zpříjemnit život rozhodně ano (33), spíše ano (18), spíše ne (4), rozhodně ne (0) a jiné – respondent udává podstatné zlepšení spánku (1).

13. Každé další sdělení nad rámec dotazníku je vítáno:

Na tuto otázku mi odpovědělo 5 respondentů.

- „Před operací jsem trpěla 11 let bolestmi, skoro 3 roky jsem čekala na operaci.“
- „Kyčelní kloub je bez bolesti, dříve jsem bez prášku nemohla spát ani dojít na MHD, čekám na operaci druhého kyčelního kloubu.“
- „Operaci jsem prodělal v zahraničí.“
- „Více informací jsem očekával od lékaře operátora.“
- „Mám vrozené vykloubení , opakovaně operováno, věkem se stav zhoršuje, bez operací bych už nechodila.“

13 Závěr výzkumu

Výzkumem jsem chtěla odhalit zda se pacientům kvalita života po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu opravdu zlepšila. Výzkumem jsem provedla formou dvou dotazníků. Jeden dotazník se týkal problematiky před operací, kde bylo obsaženo 18 otázek a druhý dotazník, který se týkal problematiky po operaci, kde bylo obsaženo 13 otázek. Odpovědělo 56 respondentů v různém stádiu onemocnění. Na základě analýzy a následného zhodnocení jsem dospěla k těmto závěrům:

Hypotéza č. 1

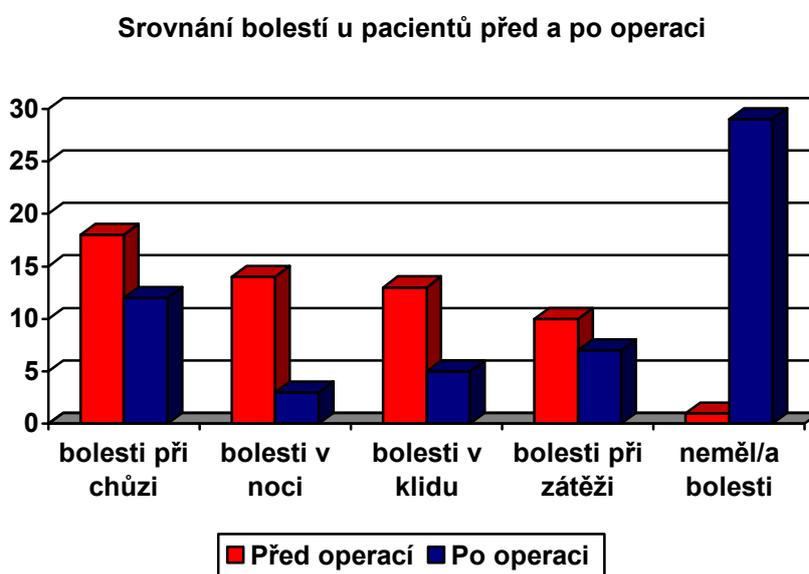
Potvrdilo se mi, že prevence pozitivně ovlivňuje předcházení onemocnění koxartrózy. Klíčovými otázkami pro ověření byly otázky č. 8. Udržujete si fyzickou kondici? 57% respondentů odpovědělo kladně a 43% respondentů odpovědělo záporně. Otázka č. 9. Jak často udržujete fyzickou kondici? 6% respondentů udržuje fyzickou kondici 3x týdně, 19% respondentů 2x týdně, 16% respondentů 1x týdně, 43% respondentů příležitostně, 16% respondentů udržuje fyzickou kondici denně. Otázka č. 10. Měl/a jste úraz na kyčelním kloubu (kosti, svaly) ? 16% respondentů prodělalo úraz na kyčelním kloubu a 84% respondentů bylo bez úrazu na kyčelním kloubu.

Hypotéza č. 2

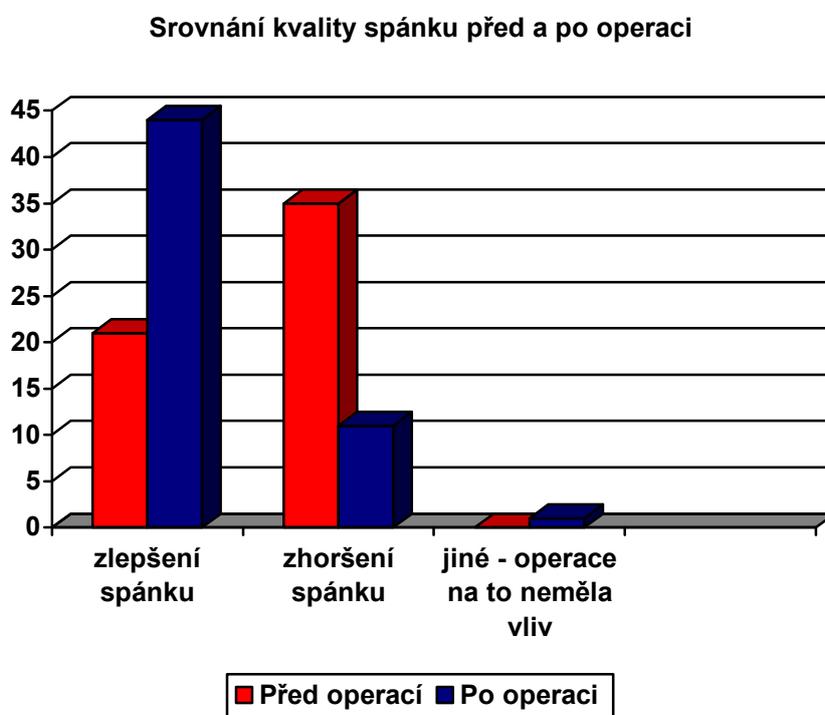
Předpoklad, že profesionální a empatický přístup zdravotnického personálu k pacientovi má pozitivní vliv na průběh pooperačního období se mi rovněž potvrdil. Klíčovými otázkami pro ověření byly otázky č. 3. Po operaci náhrady kyčelního kloubu setkal/a jste se s dostatečným zájmem sester během péče o Vás? Kladně odpovědělo 98% respondentů a 2% respondentů odpovědělo záporně. Otázka č. 4. Nespokojenost byla způsobena ze strany? Jeden respondent čili 100% odpověděl, že nespokojenost způsobila zdravotní sestra. Otázka č. 5. Špatný přístup personálu ve mě vyvolal? Jeden respondent 100% odpověděl, že špatný přístup v něm vyvolal nedůvěru v kvalitu práce ošetřovatelského personálu.

Hypotéza č. 3

Předpoklad, že kvalita života pacienta před operací náhrady kyčelního kloubu byla horší než po operaci se mi také potvrdil. Klíčovými otázkami pro ověření byly otázky č. 13. Před operací jsem měl/a? 32% respondentů bolesti při chůzi, 25% respondentů bolesti v noci, 23% respondentů mělo bolesti v klidu, 18% respondentů trpělo bolestmi při zátěži a 2% nemělo bolesti. Otázka č. 6. Po operaci jsem měl/a? 21% bolesti při chůzi, 9% bolesti v klidu, 13% bolesti při zátěži, 5% bolesti v noci a 52% respondentů odpovídali, že neměli bolesti. Po shrnutí vyplývá, že bolesti před operací trpělo 98% respondentů a 2% respondentů nemělo bolesti. Zatímco po operaci 48% respondentů udává, že mělo bolesti a 52% respondentů bolesti neměli. Pro přehlednost a lepší orientaci jsem vytvořila srovnávací graf.

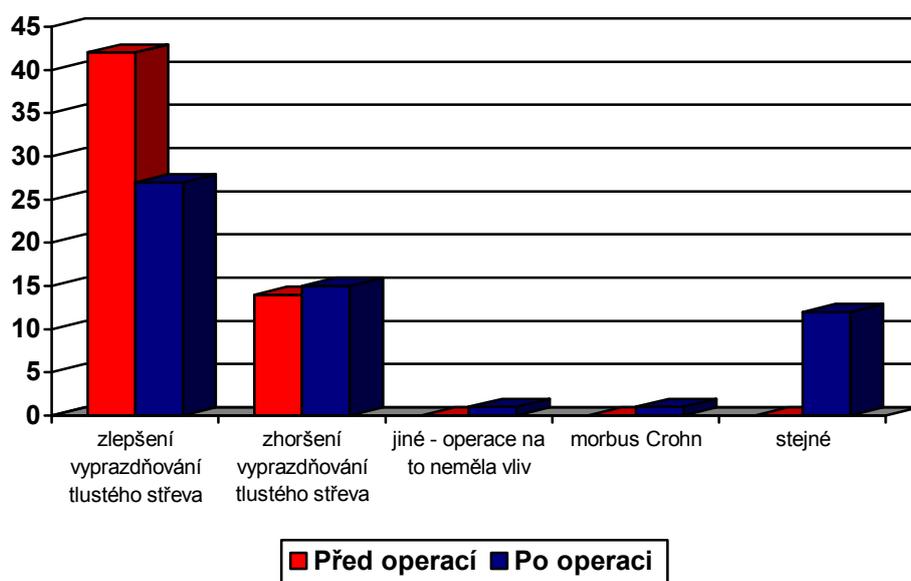


Otázka č. 14. Kvalita Vašeho spánku byla před operací dobrá? Kladně odpovědělo 38% respondentů a záporně odpovědělo 62% respondentů. Otázka č. 8. Zlepšila se kvalita Vašeho spánku po operaci? Kladně odpovědělo 78% respondentů a záporně odpovědělo 20% respondentů, jeden respondent (2%) udává, že operace na toto neměla vliv. Z těchto výsledků vyplývá, že se kvalita spánku u respondentů po operaci rovněž zlepšila. Pro přehlednost a lepší orientaci jsem vytvořila srovnávací graf.



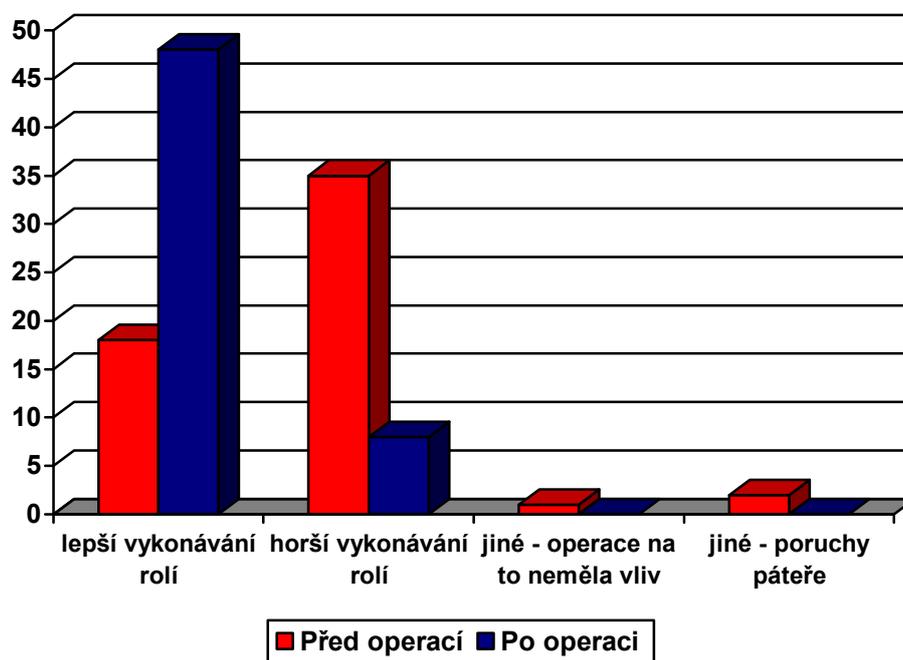
Otázka č. 15. Vaše vyprazdňování stolice bylo před operací v pořádku a pravidelné? Na tuto otázku kladně odpovědělo 75% respondentů a záporně odpovědělo 25% respondentů. Otázka č. 9. Zlepšilo se Vám vyprazdňování stolice po operaci? Na tuto otázku kladně odpovědělo 48% respondentů a záporně odpovědělo 27% respondentů, dále jeden respondent (2%) uvedl, že operace na toto neměla vliv, jeden respondent (2%) uvedl, že trpí onemocněním morbus Crohn a 21% respondentů udávají, že vyprazdňování stolice je stejné. Z těchto výsledků vyplývá, že operace u respondentů nemá vliv na vyprazdňování stolice. Pro přehlednost a lepší orientaci jsem vytvořila srovnávací graf.

Srovnání kvality vyprazdňování tlustého střeva před a po operaci



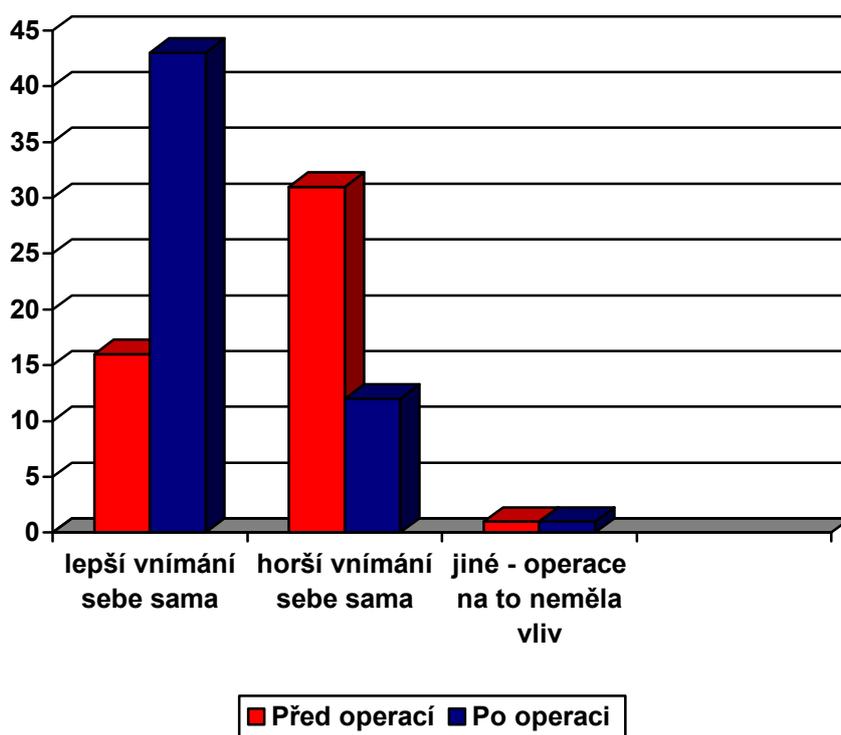
Otázka č. 16. Mohl/a jste před operací lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role? Na tuto otázku kladně odpovědělo 32% respondentů a záporně odpovědělo 62% respondentů, jeden respondent (2%) uvedl, že operace na toto neměla vliv a dva respondenti (4%) uvedli, že trpí poruchami páteře. Otázka č. 10. Můžete po operaci lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role? Na tuto otázku kladně odpovědělo 86% respondentů a záporně odpovědělo 14% respondentů. Z těchto výsledků vyplývá, že operace u respondentů měla pozitivní vliv na zvládání a vykonávání rodinných, pracovních a společenských rolí. Pro přehlednost a lepší orientaci jsem vytvořila srovnávací graf.

Srovnání kvality vykonávání rodinných, pracovních a společenských rolí



Otázka č. 17. Vnímali/a jste před operací lépe sebe sama? Na tuto otázku kladně odpovědělo 29% respondentů a záporně odpovědělo 69% respondentů, jeden respondent (2%) uvedl, že operace na toto neměla vliv. Otázka č. 11. Vnímáte po operaci lépe sebe sama? Na tuto otázku kladně odpovědělo 76% respondentů a záporně odpovědělo 22% respondentů, jeden respondent (2%) uvedl, že operace na toto neměla vliv. Z těchto výsledků vyplývá, že u respondentů operace měla pozitivní vliv na vnímání sebe sama. Pro přehlednost a lepší orientaci jsem vytvořila srovnávací graf.

Srovnání vnímání sebe sama před a po operaci



Otázka č. 7. Zlepšili se Vaše obtíže po operaci? Na tuto otázku kladně odpovědělo 93% respondentů a záporně odpovědělo 7% respondentů. Otázka č. 12. Myslíte si, že operace náhrady kyčelního kloubu Vám pomohla zlepšit či zpříjemnit Váš život? Na tuto otázku kladně odpovědělo 91% respondentů a záporně odpovědělo 7% respondentů, jeden respondent (2%) uvedl, že pocíval hlavně výrazné zlepšení spánku. Tyto dvě otázky mi plně potvrdily, že se kvalita života po operaci výrazně zlepšila a tím i potvrdily třetí hypotézu.

Hypotéza č. 4

Předpoklad, že pacienti jsou více informováni o náhradě kyčelního kloubu ze strany lékařů než ze strany sester se mi nepotvrdil. Klíčovými otázkami pro ověření byly otázky č. 11. Byl/a jste dostatečně informován/a o operaci, jejím průběhu a následné rehabilitační péči? Na tuto otázku kladně odpovědělo 71% respondentů a záporně odpovědělo 29% respondentů. Otázka č. 12. Více informací bych očekával/a od? Na tuto otázku mi odpovědělo 32% respondentů, že očekávalo více informací od lékaře, 9% respondentů očekávalo více informací od zdravotní sestry, 7% respondentů chtělo více informací ze zdravotně osvětového materiálu a 52% respondentů mělo dostatek informací. Z těchto výsledků mi vyplývá, že respondenti byli dostatečně informováni. Ale zároveň výsledky ukazují, že respondenti očekávali více informací od lékařů, než od zdravotních sester, tedy zdravotní sestry dostatečně informují o výkonu i o péči po výkonu.

Závěr

Mojí bakalářskou prací jsem chtěla oslovit studenty ošetrovatelství, ale i zdravotnické pracovníky, kteří na ortopedických pracovištích nepracují, ale setkávají s těmito nemocnými v privátních lékařských ordinacích. Práci jsem tvořila pro studenty ošetrovatelství, ale také pro zdravotní pracovníky v praxi. Snažila jsem se čtenáři systematicky přiblížit problematiku kvality života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Proto jsem si práci rozdělila na dvě části. Na část teoretickou, kde chci čtenáře uvést do problematiky týkající se kvality života, onemocnění koxartrózou a její následnou léčbou jak konzervativní, tak i chirurgickou. U této problematiky je velmi důležitá následná ošetrovatelská a rehabilitační péče, o které je také zmínka v této části.

Praktická část bakalářské práce je výzkum. Cílem této práce bylo zmapovat kvalitu života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Otázky v dotazníku byly směřovány přímo na zjištění kvality života pacienta před a po operaci náhrady kyčelního kloubu. V prvopočátku výzkumu jsem se zaměřila na prevenci onemocnění koxartrózy, kdy jsem zjistila, že předcházením této nemoci pozitivně ovlivní další průběh onemocnění.

Také mě zajímalo, zda přístup zdravotnického personálu ovlivňuje průběh operace a následné pooperační období. Zjistila jsem, že respondenti vnímali pozitivně péči zdravotnického personálu a měli k ní důvěru.

Dále mi z výzkumu vyplynulo, že se podstatně zlepšila kvalita následujícího života respondentů. Brala jsem zřetel na holistické pojetí osobnosti. Respondenti udávali před operací významnou bolestivost kyčelního kloubu. Po operaci tato bolest buď vymizela a nebo se podstatně zmírnila a díky tomu respondenti lépe spí, lépe vykonávají pracovní, společenské, rodinné role a rovněž začali lépe vnímat sebe sama. Abych pokryla celou bio – psycho – sociální stránku člověka, ptala jsem se také na vyprazdňování, kdy jsem si myslela, že po operaci se díky zlepšení pohyblivosti zlepší i vyprazdňování stolice. Toto se mi nepotvrdilo. Respondenti neměli výrazné obtíže ani před operací.

Nedílnou a důležitou součástí výzkumu bylo také zjistit míru informovanosti respondentů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina pacientů je dostatečně informována o operaci, jejím průběhu, následné ošetrovatelské a rehabilitační péči. Zaměřila jsem se na informovanost pro respondenty ze strany zdravotních sester a lékařů. Respondenti mi vytyčili, že by potřebovali více informací od lékařů. Tento pozitivní výsledek je dle mého názoru i díky vysoké kvalitě péče v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, která získala ocenění americké akreditační komise Joint Commission International. Kdy na ústřední vojenskou nemocnici v tomto bodě byla kladena velice tvrdá kritéria a měřítka.

Úplně na závěr, bych ráda sdělila své pocity při tvorbě bakalářské práce. V úvodu jsem se již zmínila, že má dosavadní šestiletá praxe patří právě oboru ortopedie. Při mé praxi a komunikaci s respondenty jsem intenzivně vnímala převážně pozitivní názory na tuto operaci. Velikým problémem je dlouhá čekací doba na tuto operaci. Tato doba je samozřejmě individuální, závisí na zdravotním stavu pacienta, ale i na zařízení, ve kterém se má operace provádět. Také mě napadla myšlenka na téma další bakalářské nebo i magisterské práce. Zajisté by bylo zajímavé zjistit nákladnost této operace proti nákladnosti péče o pacienty, kteří mohou podstoupit tuto operaci a nepodstoupí ji. Na jedné straně je operace nákladná, ale na straně druhé umožní klientovi plnohodnotné stáří a tím se snižují finanční náklady na ošetrovatelskou péči a zlepší se i společenské uplatnění klienta. Možnost náhrady poškozeného kyčelního kloubu endoprotézou znamená pro mnoho lidí často jedinou cestu zpět do normálního života bez bolesti a bez významného pohybového omezení.

Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A.: *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: RNDr. ING. František Skopec, CSc. – Nucleus HK, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X
2. BOLEDOVIČOVÁ, M., MATULAY, S.: *Výskum v ošetrovatel'stve*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva univerzita Konstantína Filozofa, 2007. 122 s. ISBN 978-80-89245-03-1
3. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
4. DUNGL, P. A KOLEKTIV: *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8
5. GLADKIJ, I.,HEGER, L., STRNAD, L.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8
6. HRABOVSKÝ, J. A KOLEKTIV: *Chirurgie – učebnice pro zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 444s. ISBN 80-86861-49-X
7. HUDEČEK, F.: *Obezita a implantace umělého kloubu* [on line] dostupné na: <http://www.nutrivia.cz/umely-kloub.php> [citované 4. únor 2008]
8. CHOVANCOVÁ, D.: *Ošetrovatelská péče o pacienty po zlomenině kyčelního kloubu s následnou implantací TEP či CKP*. In. *Sestra*, 2004, č. 9. 44 s. ISSN 1210-0404
9. KAČINETZOVÁ, A.: *Bolesti kyčelních kloubů I*. Praha: Triton, 2003. 135 s. ISBN 80-7254-335-0
10. KOZIEROVÁ, B.: *Ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
11. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
12. KUBÁT, R.: *Ortopedie*. 2. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n. p., 1985. 380 s. ISBN není

13. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D.: *Vývojový psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X
14. LÉTALOVÁ, H.: *Komplexní péče při totální endoprotéze*. In. *Sestra*, 2004, č. 9. 39 – 40 s., ISSN 1210-0404
15. LIBOVÁ, L., BALKOVÁ, I.: *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním kyčelního kloubu*. In *Sestra*, 2004, č. 9. 42 s., ISSN 1210-0404
16. LIMBÁCH, J.: *Absolventská práce – Kvalita života pacientů na odděleních následné péče očima zdravotního personálu a možnost jejich zlepšení*. Praha, 2005
17. MALCHEROVÁ, L.: *Klient po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu* [on line] dostupné na: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=334463> [citované 17. leden 2008]
18. MAREČKOVÁ, J.: *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
19. MÜLLER, I.: *Bolestivé syndromy pohybového ústrojí v ordinaci praktického lékaře*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 120 s. ISBN 80-7013-196-9
20. NEJEDLÁ, M.: *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
21. ORAVOVÁ, E.: *Ergoterapie po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. In. *Sestra*, 2004, č. 9. 41 s., ISSN 1210-0404
22. PANEŠ, V.: *Vybrané kapitoly z chirurgie, ortopedie a protetiky*. Olomouc: Opava Olomouc, 1993. 168 s. ISBN 80-901471-2-7
23. PAYNE, J. A KOLEKTIV: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80– 254–657–0
24. RICHARDS A., EDWARDS S.: *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
25. SOSNA, A., POKORNÝ, D., JAHODA, D.: *Endoprotéza kyčelního kloubu: Průvodce pacienta obdobím operace, rehabilitačním a dalším životem*. Praha: Triton, 1999. 40 s. ISBN 80-7254-046-7
26. SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEC, M., POKORNÝ, D. a KOLEKTIV: *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8

27. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: *LEMON 1 Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5
28. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: *LEMON 2 Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 125 s. ISBN 80-7013-238-8
29. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: *LEMON 3 Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 125 s. ISBN 80-7013-244-2
30. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: *LEMON 4 Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5
31. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: *LEMON 5 Jak pracovat s učebními texty*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 48 s. ISBN 80-7013-247-7
32. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. 211s. ISBN 80-247-1777-8
33. TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
34. TŘEŠKA, V. A KOLEKTIV: *Propedeutika vybraných klinických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2003. 459 s. ISBN 80-247-0239-8
35. VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0
36. VEJVODOVÁ, D.: *Luxace totální endoprotézy kyčelního kloubu*. In. *Sestra*, 2006, č. 11., 52 – 53 s., ISSN 1210- 0404
37. VOKURKA, M., HUGO, J.: *Praktický slovník medicíny*. 7 rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7

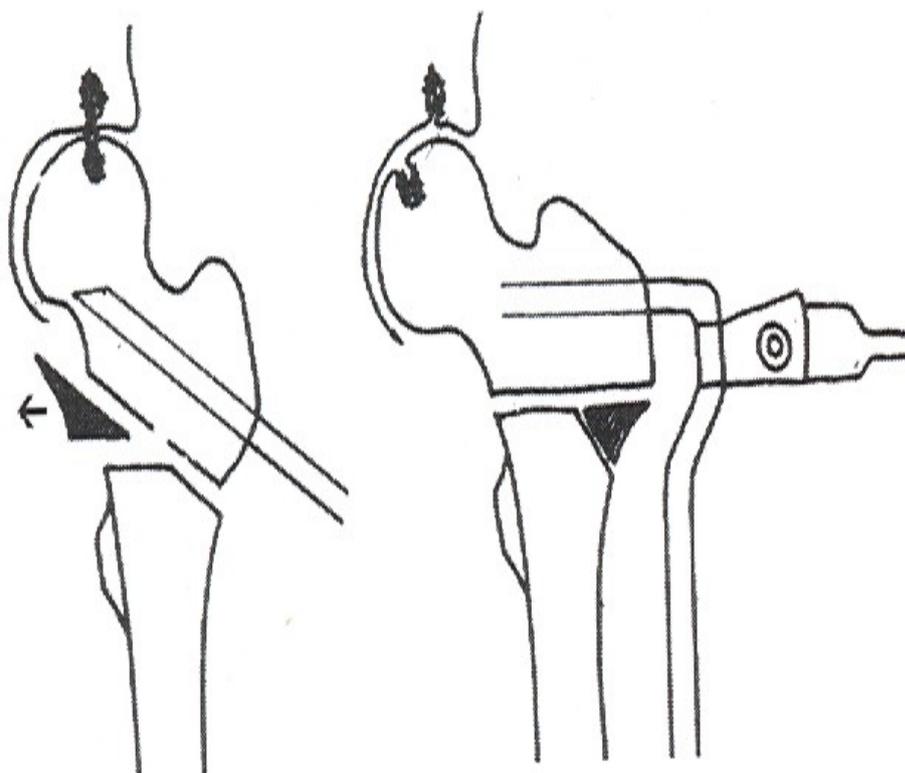
38. VYHNALOVÁ, E., HEMERLOVÁ J.: *Ošetrovatelská péče na ortopedii.*
In. Sestra, 2005, č. 12. 52 s., ISSN 1210-0404
39. VYHNÁNEK, F. A KOLEKTIV: *Chirurgie III. Pro střední zdravotnické školy.*
Praha: Informatorium, 1997. 115 s. ISBN 80-86073-14-9

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Schéma intertrochanterické varizační osteotomie fixované úhlovou čepelovou dlahou	75
Příloha č. 2 - Klinický příklad varizační intertrochanterické osteotomie provedené pro koxartózu- již po zhojení	76
Příloha č.3 - RTG snímek cementované náhrady kyčelního kloubu Beznoska	77
Příloha č. 4 - RTG cementované endoprotézy kyčelního kloubu	78
Příloha č. 5 - Cvičební jednotka po TEP kyčle (cvičit s klínem)	79
Příloha č. 6 – Dotazník před operací náhrady kyčelního kloubu	80
Příloha č. 7 – Dotazník po operaci náhrady kyčelního kloubu	84
Příloha č. 8 – Kasuistiky – prvotní šetření	87

Příloha č. 1

Schéma intertrochanterické varizační osteotomie fixované úhlovou čepelovou dlahou



Příloha č. 2

Klinický příklad varizační intertrochanterické osteotomie provedené pro koxartózu- již po zhojení



Příloha č.3

RTG snímek cementované náhrady kyčelního kloubu Beznoska



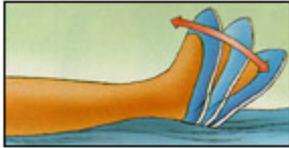
Příloha č. 4

RTG cementované endoprotézy kyčelního kloubu

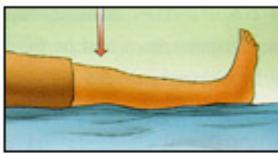


Příloha č. 5 - Cvičební jednotka po TEP kyčle (cvičit s klínem)

Leh na zádech:



1. Přitáhněte špičky nahoru a propnete dolů



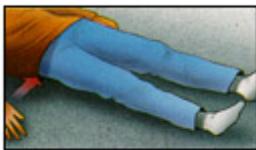
2. Přitáhněte špičky nahoru, zatlačte kolena dolů do postele, výdrž 10 sekund a povolte



3. Pomalu pokrčte DK a natáhněte zpět, totéž s druhou DK



4. Propněte koleno, přitáhněte špičky nahoru a nataženou DK přesuňte do strany a zpět, totéž s druhou DK



5. Stáhněte pülky hýždí k sobě, výdrž 10 sekund a povolte

6. Stáhněte obě pülky hýždí k sobě, mírně zvedněte hýždě od podložky, výdrž 3 sekundy, pomalu položte hýždě na postel a povolte

7. Pokrčte DK, přitáhněte špičku nahoru a propněte dolů. Opakujte 3 až 5 krát.

DOTAZNÍK č.....

Název:

Kvalita života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Vážený pane! Vážená paní! V tomto dotazníku se zabývám obtížemi, které potkávají nemocného před operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze k výzkumu v mé bakalářské práci. Svými zkušenostmi významně přispějete ke zlepšení práce ošetřujícího personálu a ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče pro sebe, ale i pro nemocné, kteří přijdou po Vás. Dotazník jsem sestavila tak, aby Vám práce s ním netrvala déle než 10 minut. Předem Vám děkuji za spolupráci, ochotu i Váš vzácný čas.

Křížkem v hranatém políčku označte nejpravděpodobnější tvrzení a u prázdného místa odpověď případně dopište.

Děkuji Vám za spolupráci!

Petra Součková

studentka Vysoké školy zdravotnické v Praze 5, Duškova 7

1. Pohlaví

muž

žena

2. Věk

65 - 70 let 71 - 80 let 81 - 85 let více než 85 let

jiné.....

3. Vaše momentální profese je či byla?

(Pokud jste invalidní či starobní důchodce zaškrtněte tuto možnost + i vaše dřívější povolání)

- fyzicky náročná
- psychicky náročná
- fyzicky i psychicky náročná
- invalidní důchodce
- starobní důchodce

4. Jak dlouho jste tuto profesi vykonával/a?

- 5-10 let
- 11-15 let
- 16 a více
- jiné.....

5. Vaše zaměstnání bylo či je?

- administrativní pracovník / pracovnice (úředník, inženýr, vědecký pracovník..)
- práce ve službách (prodavač, kadeřník, průvodčí, řidič,.....)
- státní zaměstnanec / zaměstnankyně (policie, vojsko, hasiči, učitelé, zdravotníci,.....)
- dělník / dělnice (továrna, řemeslo, ve službách, zedník, práce v zemědělství..)
- různé (tanečník, sportovec, herec, zpěvák, hudebník, malíř,.....)

6. Měl někdo z Vaší rodiny onemocnění kyčelních kloubů?

- ANO
- NE (vynechte otázku č. 7)

7. Kdo ve Vaší rodině trpěl onemocněním kyčelních kloubů?

- matka / otec
- děda / babička
- syn / dcera
- strýc / teta
- jiné.....

8. Udržujete si fyzickou kondici?

- ANO
- NE (vynechte otázku č. 9)

9. Jak často si udržujete fyzickou kondici?

- 3x týdně
- 2x týdně
- 1x týdně
- příležitostně
- jiné.....

10. Měl/a jste někdy úraz na kyčelním kloubu(kosti, svaly)?

- NE
- ANO – dopište jaké?.....

11. Byl/a jste dostatečně informován/a o operaci, jejím průběhu a následné rehabilitační péči?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE
- SPÍŠE NE
- jiné.....

12. Více informací bych očekával/a od? měl/a jsem dostatek informací

- zdravotní sestra
- lékař
- ostatní ošetrovatelský personál
- zdravotně osvětového materiálu

13. Před operací jsem měl/a?

- bolesti v klidu
- bolesti v noci
- bolesti při chůzi
- bolesti při zátěži
- neměl/a jsem bolesti

14. Kvalita Vašeho spánku byla před operací dobrá ?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE
- SPÍŠE NE
- jiné.....

15. Vaše vyprazdňování stolice bylo před operací v pořádku a pravidelné?

ROZHODNĚ ANO

SPÍŠE ANO

ROZHODNĚ NE

SPÍŠE NE

jiné.....

16. Mohl/a jste před operací lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role?

ROZHODNĚ ANO

SPÍŠE ANO

ROZHODNĚ NE

SPÍŠE NE

jiné.....

17. Vnímál/a jste před operací lépe sebe sama?

ROZHODNĚ ANO

SPÍŠE ANO

ROZHODNĚ NE

SPÍŠE NE

jiné.....

18. Každé další sdělení nad rámec dotazníku je vítáno:

.....
.....
.....
.....

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU A VÁŠ ČAS!

DOTAZNÍK č.....

Název:

Kvalita života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Vážený pane! Vážená paní! V tomto dotazníku se zabývám obtížemi, které potkávají nemocného před operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze k výzkumu mé bakalářské práce. Svými zkušenostmi významně přispějete ke zlepšení práce ošetřujícího personálu a ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče pro sebe, ale i pro nemocné, kteří přijdou po Vás. Dotazník jsem sestavila tak, aby Vám práce s ním netrvala déle než 10 minut. Předem Vám děkuji za spolupráci, ochotu i Váš vzácný čas.

Křížkem v hranatém políčku označte nejpravděpodobnější tvrzení a u prázdného místa odpověď případně dopište.

Děkuji Vám za spolupráci!

Petra Součková

studentka Vysoké školy zdravotnické v Praze 5, Duškova 7

1. Pohlaví muž žena
2. Věk 65 - 70 let 71 - 80 let 81 - 85 let více než 85 let
 jiné.....
3. Po operaci náhrady kyčelního kloubu setkal/a jste se s dostatečným zájmem sester během péče o Vás?
- ROZHODNĚ ANO SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE SPÍŠE NE
- jiné.....

Pokud jste na otázku č. 3 odpověděl/a **ROZHODNĚ ANO** či **SPÍŠE ANO**,
vynechejte prosím otázky číslo 4. a 5.

4. Nespokojenost byla způsobena ze strany?

- zdravotní sestry
- lékaře/lékařky
- ostatního ošetrovatelského personálu
- pracovníci úklidu
- jiné.....

5. Špatný přístup personálu ve mně vyvolal?

- nedůvěru v kvalitu práce ošetrujícího personálu
- strach z budoucnosti
- strach z průběhu onemocnění
- strach z bolesti
- jiné.....

6. Po operaci jsem měl/a?

- bolesti v klidu
- bolesti v noci
- bolesti při chůzi
- bolesti při zátěži
- neměl/a jsem bolesti

7. Zlepšili se Vaše obtíže po operaci?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE
- SPÍŠE NE
- jiné.....

8. Zlepšila se kvalita Vašeho spánku po operaci?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE
- SPÍŠE NE
- jiné.....

9. Zlepšilo se Vám vyprazdňování stolice po operaci?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE
- SPÍŠE NE
- jiné.....

10. Můžete po operaci lépe vykonávat rodinné, pracovní, společenské role?

- ROZHODNĚ ANO SPÍŠE ANO
 ROZHODNĚ NE SPÍŠE NE
 jiné.....

11. Vnímáte po operaci lépe sebe sama?

- ROZHODNĚ ANO SPÍŠE ANO
 ROZHODNĚ NE SPÍŠE NE
 jiné.....

12. Myslíte si, že operace náhrady kyčelního kloubu Vám pomohla zlepšit či zpříjemnit Váš život?

- ROZHODNĚ ANO SPÍŠE ANO
 ROZHODNĚ NE SPÍŠE NE
 jiné.....

13. Každé další sdělení nad rámec dotazníku je vítáno:

.....
.....
.....
.....

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU A VÁŠ ČAS!

Příloha č. 8 – Kasuistiky – prvotní šetření

Pacient R.Z. narozen 1931 → věk 77 let

Stav při přijetí:

Váha: 82 kg

TK: 130/75 mmHg

Výška: 170 cm

TEP: 72 za min.

BMI: 28,4

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: neuguje

Tělesná teplota: 36,0

PA: dříve dělník, nyní starobní důchodce

SA: žije s manželkou v rodinném domku s velikou zahradou, po operaci se postará dcera s rodinou

Pacient po totální endoprotéze kyčelního kloubu (dále jen TEP) – obou kyčlí 1997, 1998. Reimplanace TEP vlevo pro aseptické uvolnění 2/2006. Posledních několik měsíců postupné zhoršování bolesti pravého kyčelního kloubu – maximální bolestivost při pohybu, v klidu bez bolestí. Následná indikace k reimplantaci jamky.

Pacient J.B. narozen 1948 → věk 59 let

Stav při přijetí:

Váha: 95 kg

TK: 130/90 mmHg

Výška: 185 cm

TEP: 78 za min.

BMI: 27,8

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: neuguje

Tělesná teplota: 36,5

PA: mechanik

SA: žije s manželkou v bytě v přízemí

Pacient přijat na ortopedické oddělení pro progredující bolesti pravého kyčelního kloubu ponámahové. Pro pokročilou koxartrózou III. stupně indikován k operaci TEP kyčelního kloubu vpravo.

Pacient K.H. narozen 1933 → věk 74 let

Stav při přijetí:

Váha: 80 kg

TK: 130/80 mmHg

Výška: 178 cm

TEP: 76 za min.

BMI: 25,2

Počet dechů: 20 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,4

PA: technický pracovník, nyní podniká v nemovitostech

SA: vdovec, bydlí s dcerou v rodinném domku

Pacient po TEP pravé kyčle 1996 (POLDI). Udává poslední dva roky zhoršení chronických bolestí – zejména kulhání. Na RTG patrné uvolnění jamky i dřívku TEP. Pacient indikován k reimplantaci TEP.

Pacient J.Š. narozen 1946 → věk 61 let

Stav při přijetí:

Váha: 98 kg

TK: 170/90 mmHg

Výška: 178 cm

TEP: 80 za min.

BMI: 30,9

Počet dechů: 20 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,2

PA: invalidní důchodce

SA: rozvedený, žije s matkou v rodinném domě, o kterou se stará, po operaci zajistit agenturu domácí péče

Pacient udává obtíže s koxartrozou obou kyčelních kloubů několik let. Stav po TEP kyčelního kloubu vpravo 5/2006. Nyní indikován k TEP kyčelního kloubu vlevo. V předoperačním vyšetření zjištěna anémie, při kolonoskopii nalezen a odstraněn polyp tlustého střeva. Nyní bez obtíží.

Pacient S.J. narozen 1947 → věk 60 let

Stav při přijetí:

Váha: 85 kg

TK: 130/80 mmHg

Výška: 178 cm

TEP: 76 za min.

BMI: 26,8

Počet dechů: 20 za minutu

Alergie: Tetracyklin

Tělesná teplota: 36,0

PA: mechanik

SA: žije s manželkou v rodinném domě, soběstačný

Pacient udává bolesti obou kyčlí cca 5 let, postupné zhoršování zejména vpravo při chůzi, výrazněji v posledním roce. Nyní indikován k TEP kyčelního kloubu vpravo. V předoperačním vyšetření vyšší INR (Warfarin vysazen 9.5. 2007) , bude opakováno.

Pacient J.B. narozen 1947 → věk 60 let

Stav při přijetí:

Váha: 118 kg

TK: 125/75 mmHg

Výška: 178 cm

TEP: 78 za min.

BMI: 37,2

Počet dechů: 14 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,4

PA: OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná)

SA: žije s manželkou v panelovém domě v 6 patře s výtahem

Pacient přichází z ambulantní péče, kde je indikován k TEP kyčelního kloubu, vzhledem k rentgenovému nálezu, stranu upřesní operatér. Přetrvávající obtíže charakteru bolesti po zátěži, i v noci, omezení hybnosti.

Pacient J.P. narozen 1957 → věk 50 let

Stav při přijetí:

Váha: 90 kg

TK: 140/85 mmHg

Výška: 178 cm

TEP: 78 za min.

BMI: 28,4

Počet dechů: 14 za minutu

Alergie: prach, pyl, peří, králíčí maso

Tělesná teplota: 36,4

PA: skladník, žije sám

SA: žije sám v činžovním domě bez výtahu – 2 patro

Pacient přichází z ambulantní péče, kde je indikován k TEP levého kyčelního kloubu. Přetrvávající obtíže charakteru bolesti v třísle, bolest po delší chůzi, i noční. Do schodů nemůže chodit, musí přisouvat končetinu, omezení hybnosti, zkrat končetiny 0.

Pacient T.S. narozen 1942 → věk 65 let

Stav při přijetí:

Váha: 110 kg

TK: 130/90 mmHg

Výška: 180 cm

TEP: 76 za min.

BMI: 34

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: nekuje

Tělesná teplota: 36,3

PA: dříve jako řidič z povolání, nyní starobní důchodce

SA: bydlí s přítelkyní v Praze

Pacient přichází k operaci TEP posttraumatické kyčle vlevo. Pacient udává bolest při chůzi i při ležení. V noci ho budí bolesti. Chodí o dvou francouzských holí. Chůze je neelastická.

Pacient Š.B. narozen 1946 → věk 61 let

Stav při přijetí:

Váha: 80 kg

TK: 110/70 mmHg

Výška: 164 cm

TEP: 72 za min.

BMI: 29,7

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,7

PA: dříve jako řidič z povolání, nyní invalidní důchodce

SA: ženatý, bydlí v rodinném domku s manželkou, soběstačný

Pacient indikován k TEP kyčelního kloubu vpravo, pro veliké bolesti a zhoršující se chůzi. Pacient udává bolest, která ho občas i budí. Nejintenzivnější bolesti udává při námaze a chůzi.

Pacient L.M. narozen 1922 → věk 85 let

Stav při přijetí:

Váha: 60 kg

TK: 150/80 mmHg

Výška: 175 cm

TEP: 81 za min.

BMI: 19,6

Počet dechů: 18 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,8

PA: dříve pracoval v zahraničním obchodě – v METALINEX, nyní starobní důchodce

SA: žije s manželkou v bytě v přízemí

Pacient po osteosyntéze intertrochanterické vlevo ze dne 21.3. 2007. Po interní stabilizaci celkového stavu přijat k reosteosyntéze pro selhání osteosyntézy.

Pacientka M.Z. narozena 1942 → věk 65 let

Stav při přijetí:

Váha: 65 kg

TK: 140/70 mmHg

Výška: 165 cm

TEP: 78 za min.

BMI: 23,9

Počet dechů: 14 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,4

PA: dříve pracovala jako dělnice, nyní starobní důchodce

SA: žije sama, po operaci bude přeložena do Nemocnice Pod Petřínem v Praze

GA: menopauza v 54 roce, 3 fyziologické porody, pravidelně chodí na gynekologické prohlídky, poslední 4/2007

Pacientka přichází z ambulantní péče, kde je indikována k TEP kyčelního kloubu vpravo. Přetrvávající obtíže charakteru startovací bolesti, noční bolesti, chůze o holi, zhoršení stavu za poslední dva roky. Na RTG kyčelních kloubů – známky koxartrózy III. stupně oboustranně, osteoporóza.

Pacientka M.T. narozena 1937 → věk 70 let

Stav při přijetí:

Váha: 76 kg

TK: 130/85 mmHg

Výška: 162 cm

TEP: 72 za min.

BMI: 29,0

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: Veral, Ambrobene Retard

Tělesná teplota: 36,0

PA: dříve pracovala jako zdravotní sestra, nyní starobní důchodce

SA: žije sama v činžovním domě bez výtahu, rodina si následnou péči zajistila

GA: menopauza v 53 roce, 2 fyziologické porody, pravidelně nechodí na gynekologické prohlídky, poslední 2005

Pacientka přichází pro plánovanou TEP kyčelního kloubu vlevo. Pacientka udává bolet při námaze i v klidu, v noci ji nebudí. Dále udává pocity blokad kyčelního kloubu.

Pacientka N.Š. narozena 1945 → věk 62 let

Stav při přijetí:

Váha: 83 kg

TK: 125/70 mmHg

Výška: 170 cm

TEP: 74 za min.

BMI: 28,7

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: PNC

Tělesná teplota: 36,2

PA: dříve pracovala jako prodavačka nábytku, nyní starobní důchodce

SA: žije s manželem v rodinném domku v přízemí

GA: menopauza v 50 roce, 3 fyziologické porody, pravidelně chodí na gynekologické prohlídky, poslední 5/2007

Dlouhodobé obtíže s oběma kyčelními klouby. Nyní potíže – kruté bolesti při zátěži, při chůzi po schodech dolů. Pacientka udává též pocit velké nestability. Pacientka indikována k TEP kyčelního kloubu vlevo.

Pacientka E.B. narozena 1933 → věk 74 let

Stav při přijetí:

Váha: 69 kg

TK: 125/70 mmHg

Výška: 172 cm

TEP: 76 za min.

BMI: 23,3

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,0

PA: dříve pracovala v administrativě, nyní starobní důchodce

SA: žije s manželem v rodinném domku, soběstačná

GA: menopauza v 48 roce, bezdětná, pravidelně chodí na gynekologické prohlídky, poslední 4/2006

Pacientka přichází pro plánovanou reimplantaci acetabulárních komponentů TEP kyčle vpravo. Pacientka udává občasné bolesti při pohybu, dále udává bolesti obou kolen. Bolesti v klidu a v noci neudává.

Pacientka J.K. narozena 1944 → věk 63 let

Stav při přijetí:

Váha: 57 kg

TK: 120/70 mmHg

Výška: 160 cm

TEP: 76 za min.

BMI: 22,3

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: ajatin, sulfonamidy, PNC

Tělesná teplota: 36,2

PA: dříve pracovala jako finanční poradce, nyní starobní důchodce

SA: bydlí s druhem, v bytě s výtahem

GA: menopauza v 56 roce, před 7 lety hysterektomie, 1 fyziologický porod, pravidelně chodí na gynekologické prohlídky, poslední 12/2006

Pacientka indikována k TEP kyčelního kloubu vpravo. Pacientka udává bolest při pohybu i v sedě, významné omezení pohybu a nyní několik dní i parestézie nohy. Udává také bolesti obou kolenních kloubů.

Pacientka M.U. narozena 1933 → věk 74 let

Stav při přijetí:

Váha: 60 kg

TK: 130/80 mmHg

Výška: 163 cm

TEP: 68 za min.

BMI: 22,6

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: Veral, PNC

Tělesná teplota: 36,5

PA: dříve pracovala jako uklízečka ve státním podniku, nyní starobní důchodce

SA: žije s manželem v prvním patře činžovního domu bez výtahu

GA: menopauza po 48 roku, 2 fyziologické porody, poslední kontrola u gynekologa 5/2007

Pacientka udává dlouhodobé obtíže s oběma kyčelními klouby, od roku 2000 progresivní obtíže, v listopadu 2006 vyhledala ambulantní péči, kde byla indikována TEP kyčelního kloubu vlevo. Na RTG zjištěna nekróza hlavice femuru. Nyní bolesti klidové a noční, užívá nesteroidní antirevmatika, chodí o dvou francouzských holích. Pacientka má levou dolní končetinu o 2,5 cm kratší.

Pacientka R.L. narozena 1933 → věk 74 let

Stav při přijetí:

Váha: 82 kg

TK: 140/70 mmHg

Výška: 170 cm

TEP: 74 za min.

BMI: 28,4

Počet dechů: 18 za minutu

Alergie: PNC

Tělesná teplota: 36,7

PA: dříve pracovala v zemědělství, nyní starobní důchodce

SA: žije sama v rodinném domku, po operaci se o ní postará vnučka

GA: menopauza po 51 roku, 4 fyziologické porody, pravidelná gynekologická prohlídka 1x ročně

Pacientka přichází s bolestmi obou kyčelních i kolenních kloubů. Chodí o francouzských holích. Dle RTG snímku koxartrósis III. stupně. Pacientka indikována k TEP pravého kyčelního kloubu. Udává prudké bolesti při chůzi do schodů. V klidu a v noci bolesti odezní.

Pacientka A.K. narozena 1931 → věk 76 let

Stav při přijetí:

Váha: 82 kg

TK: 135/75 mmHg

Výška: 170 cm

TEP: 70 za min.

BMI: 28,4

Počet dechů: 16 za minutu

Alergie: Tramal

Tělesná teplota: 36,1

PA: dříve pracovala jako dělnice, nyní starobní důchodce

SA: vdova, žije sama, po operaci se o ni postará dcera

GA: v roce 1992 hysterektomie, menopauza v roce 1992, 3 fyziologické porody + jeden potrat, pravidelně na kontroly nechodí, poslední kontrola 2003

Pacientka po operaci TEP kyčelního kloubu vpravo v roce 2004. Nyní přichází s krutými bolestmi obou kyčelních kloubů. Na RTG snímku zjištěna koxartróza IV. stupně vlevo. Indikována k TEP kyčelního kloubu vlevo. Chodí o francouzských holí. Udává bolesti při chůzi, v klidu i v noci.

Pacientka B.S. narozena 1930 → věk 77 let

Stav při přijetí:

Váha: 60 kg

TK: 120/70 mmHg

Výška: 163 cm

TEP: 68 za min.

BMI: 22,6

Počet dechů: 14 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,4

PA: dříve pracovala jako švadlena, nyní starobní důchodce

SA: vdova, žije se synem v rodinném domku

GA: menopauza po 50 roku, 2 fyziologické porody, na pravidelné kontroly nechodí

Pacientka přichází s bolestmi levého kyčelního kloubu. Tyto bolesti se vyskytují hlavně při chůzi ze schodů. Na RTG snímku zjištěna koxartróza III.stupně. Pacientka indikována k TEP kyčelního kloubu vlevo.

Pacientka Z.V. narozena 1930 → věk 77 let

Stav při přijetí:

Váha: 65 kg

TK: 125/80 mmHg

Výška: 165 cm

TEP: 74 za min.

BMI: 23,9

Počet dechů: 18 za minutu

Alergie: neguje

Tělesná teplota: 36,6

PA: dříve pracovala jako kadeřnice, nyní starobní důchodce

SA: žije s manželem v rodinném domku

GA: v roce 2000 amputace prsu vpravo, menopauza po 48 roku, 2 fyziologické porody, chodí na pravidelné kontroly, poslední 3/ 2006

Pacientka přichází s bolestmi obou kyčelních kloubů. Tyto bolesti se vyskytují v klidu, při chůzi ze schodů, i v noci. Na RTG snímku zjištěna koxartróza III.stupně oboustranně. Pacientka indikována k TEP kyčelního kloubu vpravo.