

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**EDUKACE PACIENTA PO NÁHRADĚ KYČELNÍHO
KLOUBU V POOPERAČNÍM REŽIMU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA HAMPLOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Rybová

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Hamplová Kateřina
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Edukace pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním
režimu

*The Education of Patient after Hip Joint Replacement Surgery in the
Postoperative Mode*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marcela Rybová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 5. 2015

Kateřina Hamplová

ABSTRAKT

HAMPLOVÁ, Kateřina. *Edukace pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním režimu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Marcela Rybová. Praha. 2015. 67 s.

Téma bakalářské práce je edukace pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním režimu. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V úvodu teoretické části je popsána historie náhrad kyčelního kloubu, možné příčiny, klinické příznaky, diagnostika a kontraindikace. Také obsahuje léčbu, typy endoprotéz, přípravu k operačnímu výkonu a operaci. Nelze v práci opomenout rizika se vzniklými komplikacemi a prognózou. Součástí teoretické části jsou specifika pooperační péče, která jsou pro daný problém charakteristická. V praktické části je vypracovaný edukační proces. V této části práce je důležitá aplikace a realizace edukačního procesu.

Edukační proces u pacienta, který prodělal výměnu kyčelního kloubu, tvoří hlavní cíl práce. Dalšími cíli v práci bylo zjistit vliv sestry – edukátorky na pacienta, jak pacient dodržuje opatření nezbytná k prevenci komplikací v pooperačním režimu. Součástí edukačního procesu je vytvoření edukačních karet pro pacienta.

Klíčová slova

Edukační proces. Kyčelní kloub. Ošetrovatelská péče. Pooperační režim.

Totální endoprotéza.

ABSTRAKT

HAMPLOVÁ, Kateřina. *Patientbildung nach einer Hüftoperation in der postoperativen Modus*. College of Nursing, o.p.s. Stufe Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Marcela Rybová. Prag. 2015. 67 p.

Das Thema ist Patientbildung nach einer Hüftoperation in der postoperativen Modus. Die Arbeit besteht sich aus zwei Teilen: Theorie und Praxis. Die Einführung theoretischen Teil beschreibt die Geschichte der Hüftprothesen, mögliche Ursachen, klinische Symptome, Diagnose und Kontraindikationen. Auch enthält sie die Behandlung, die Arten von Ersetzungen, Operationsvorbereitung und Operation. Sie können nicht verpassen in Arbeit Risiken Komplikationen und Prognose. Der theoretische Teil Besonderheiten postoperative Pflege, die charakteristisch für ein gegebenes Problem sind. Im praktischen Teil ist es, Bildungsprozess zu erarbeiten. In diesem Teil der Arbeit ist eine wichtige Anwendung und Umsetzung des Bildungsprozesses.

Bildungsprozess bei einem Patienten, Hüftgelenkersatz unterzogen, bilden das Hauptziel der Arbeit. Andere Ziele der Arbeit war die Bestimmung des Einflusses der Krankenschwester - Erzieher für den Patient erkennen, wie der Patient erforderlichen Maßnahmen notwendig zu der Prävention den Komplikationen in der postoperativen Modus folgt. Der Bestandteil des Bildungsprozesses ist einer Informationsbroschüre für des Patient schaffen.

Schlüsselwörter

Bildungsprozess. Hüftgelenk. Krankenpflege. Postoperative Modus. Hüfttotalendoprothese.

PŘEDMLUVA

Náhrada kyčelního kloubu je operační metoda, při které se poškozený kyčelní kloub nahradí endoprotézou. Nejčastější příčinou náhrady kloubů je artróza v kyčli, která se řadí mezi degenerativní postižení. Dalšími příčinami jsou zlomeniny v oblasti kyčelního kloubu a nádory, které se řeší endoprotézou jen výjimečně.

Ve výběru tématu bakalářské práce mě ovlivnilo mé zaměstnání. Pracuji v Lázních Slatinice, na odborném léčebném ústavu, kde se léčí pacienti po náhradě kyčelního, kolenního a ramenního kloubu. Zde pacienti nastupují na rehabilitaci. Bývají přeloženi ze standardního oddělení z nemocnice, kde bývají hospitalizováni většinou sedm až deset dnů. Pacienti ne vždy přicházejí správně informováni o pooperačním stavu, pohybovém režimu a mají obavy ze svého zdravotního stavu. Proto je nutné pacienty edukovat, dát jim informace k pooperačnímu a pohybovému režimu a informovat je o zásadách, které musí dodržovat i po propuštění do domácí péče. U pacienta je důležité získat si důvěru a navodit u něj pozitivní myšlení a náladu.

Podklady pro práci jsem čerpala z odborné literatury, z časopisů a z internetových zdrojů. Práce je určena zdravotnickému personálu, všeobecným sestřám, studentům, pacientům a jejich rodinám. Samozřejmě i ostatním lidem, kteří se o daný zdravotní problém zajímají.

Touto cestou vyslovuji poděkování mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Marcelé Rybové za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	9
1 PROBLEMATIKA NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU.....	10
1.1 HISTORIE ENDOPROTÉZ KYČELNÍHO KLOUBU.....	10
1.2 PŘÍČINY	12
1.3 PŘÍZNAKY	14
1.4 DIAGNOSTIKA	15
1.5 KONTRAINDIKACE	17
1.6 LÉČBA	17
1.6.1 TYPY ENDOPROTÉZ.....	18
1.6.2 PŘÍPRAVA K OPERAČNÍMU VÝKONU.....	20
1.6.3 VLASTNÍ OPERAČNÍ VÝKON.....	22
1.6.4 RIZIKA A MOŽNÉ KOMPLIKACE.....	23
1.7 INCIDENCE A PREVALENCE	25
1.8 PROGNÓZA.....	25
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	26
2.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	26
2.2 INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	30
2.3 NÁSLEDNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	31
3 EDUKACE	33
3.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ V EDUKACI	33
3.2 POŽADAVKY NA SESTRU V ROLI EDUKÁTORKY	34
3.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI	35
3.4 ZÁSADY SPRÁVNÉ EDUKACE.....	37

3.5 CÍLE EDUKACE	38
3.5.1 KOGNITIVNÍ OBLAST	38
3.5.2 AFEKTIVNÍ OBLAST.....	39
3.5.3 BEHAVIORÁLNÍ OBLAST.....	39
3.6 EDUKAČNÍ PROCES	40
4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO NÁHRADĚ KYČELNÍHO KLOUBU	41
4.1 POSUZOVÁNÍ.....	42
4.2 EDUKAČNÍ DIAGNOSTIKA	48
4.3 PLÁNOVÁNÍ.....	49
4.4 REALIZACE	51
4.5 VYHODNOCENÍ.....	63
4.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	centrální nervový systém
CT	počítačová tomografie
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
DK	dolní končetina
EKG	elektrokardiograf
HN	hypertenze
CHCE	cholecystectomie
JIP	jednotka intenzivní péče
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, je mezivládní organizace, patří sem 34 ekonomicky nejrozvinutějších států na světě, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky
OLÚ	odborný léčebný ústav
PAD	perorální antidiabetika
PNC	penicilin
RTG	rentgen
TEP	totální endoprotéza

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdukce	odtažení
Absces	ohraničená dutina vyplněná hnisem
Acetabulum	jamka kyčelního kloubu, na které se podílí všechny tři pánevní kosti
Autoimunitní	stav, kdy imunitní systém ničí buňky vlastního těla
Degenerativní	jedná se o změny z opotřebení
Denzitometrie	měření obsahu kostního minerálu
Flegmóna	neohraničený zánět šířící se měkkými tkáněmi v těle
Flexe	ohnutí, pohyb v kloubu
Hepatopatie	označení pro nenádorové onemocnění jater
Hyperlipidémie	zvýšená hladina tuků v krvi
Hyperurikémie	zvýšená hladina kyseliny močové v krvi
Intraartikulární	uvnitř kloubu
Koxartróza	artróza kyčelního kloubu
Nordic walking	chůze se sportovními holemi
Scintigrafie	zobrazovací, diagnostická metoda využívána v nukleární medicíně
Subkapitální	pod hlavicí
Thyreoiditis	zánět štítné žlázy

ÚVOD

Náhrada poškozeného kyčelního kloubu nebo také totální endoprotéza kyčle se provádí při operačním výkonu chirurgickou cestou. Nejčastější indikací je artróza kyčelního kloubu. Artróza je degenerativní onemocnění kloubů postihující především velké nosné klouby dolních končetin. O artróze se dá hovořit jako o jedné z civilizačních chorob. Mezi další příčiny patří zlomeniny v oblasti kyčelního kloubu, kosti stehenní nebo v oblasti jamky. Méně často se může pomocí endoprotézy řešit nádor v oblasti kyčelního kloubu.

Pro milióny lidí na celém světě znamená náhrada kyčelního kloubu návrat do běžného, plnohodnotného života bez bolesti a bez velkého pohybového omezení. Počet pacientů s náhradou kyčelního kloubu stoupá, jejich věk se však snižuje. V posledních letech dochází k velkému rozvoji této operační metody a operační technika se nachází na vysoké úrovni. I přesto je pochopitelné, že pacienti pocítují jisté obavy z operačního výkonu. Je důležité k pacientovi vždy přistupovat individuálně. Být k němu otevřený, dostatečně ho informovat o režimu před i po operaci, o možných komplikacích a zodpovědět mu všechny nejasné otázky.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické. V praktické části je důležité vypracování edukačního procesu, jehož součástí je vytvoření edukačních karet. Tato vypracovaná práce může přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a k prohloubení pracovního i osobního vztahu s pacientem.

1 PROBLEMATIKA NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU

Pohybový aparát zabezpečuje tělu pohyb, a to jak jednotlivých částí, tak i komplexní pohyb ve složitějších dovednostech, kterými jsou například stoj, chůze či sportovní aktivity. Skládá se z kostěného skeletu, kloubů, vazů, povázek, svalů a cév. Základy pohybového aparátu se formují již v 6. týdnu embryonálního života.

Operace náhrad nosných kloubů dolních končetin se stala s rozvojem endoprotetiky běžným výkonem na mnoha ortopedických klinikách. V posledních letech dochází k bouřlivému rozvoji této operační metody, vznikají nové typy endoprotéz vyráběné novými špičkovými technologiemi. Jde o spolehlivou, dlouhodobě vyzkoušenou metodu léčení bolestivých onemocnění kyčle s velmi dobrými dlouhodobými výsledky. Rozšiřuje se škála kloubních postižení, které lze náhradou kloubu vyřešit. S rostoucím počtem operací se klade důraz na kvalitní a účinnou rehabilitaci, která by minimalizovala následky samotného operačního výkonu, a tím navrátila pacienta do běžného denního života. Endoprotéza kyčelního kloubu je operační technika prováděna na aseptickém ortopedickém sále (MÜLLER, HERLE, 2010).

1.1 HISTORIE ENDOPROTÉZ KYČELNÍHO KLOUBU

Ortopedie je chirurgickým oborem, který se zabývá diagnostikou a léčbou. Od chirurgie se začala oddělovat od 18. století. Zakladatelem ortopedie je Francouz Nicolas Andry, který v roce 1741 uvedl svou knihu *L'Orthopedie*. První ortopedické oddělení bylo založeno ve Švýcarsku v roce 1770. Založil jej Jean André Venel, nazývaný také jako otec ortopedie. Na přelomu 19. a 20. století dochází k rozvoji konzervativní i operační ortopedie. U nás se ortopedie oddělila jako samostatný obor v roce 1971. Jako operační obor se rozvinula až po trojici zásadních objevů. To je anestezie, asepse a RTG paprsky (DUNGL aj., 2014).

První rekonstrukční operaci v oblasti kyčle provedl John Rhea Barton v roce 1827 (BARTONÍČEK, 2012).

První kompletní aloplastiku kyčelního kloubu navrhl německý chirurg Themistokles Glück v roce 1890. Ze slonoviny vytvořil umělou hlavici i jamku. V roce 1921 vznikla první ortopedická klinika v Bratislavě při nově založené Univerzitě

Komenského. Přednostou se stal profesor Vítězslav Chlumský. V roce 1922 napsal učebnici Ortopedie, první kniha svého druhu v českém jazyce. V roce 1926 založil časopis Slovánský sborník ortopedický. Chlumského fenol – kafrový roztok k dezinfekci chirurgických nástrojů se začal používat v roce 1902 a užívá se téměř dodnes. V roce 1933 se stává řádným profesorem ortopedie a dětské chirurgie a přednostou pražské kliniky MUDr. Jan Zahradníček. Převratnou novinkou se stala v roce 1938 kovová Smith - Petersenova čepička z vitallia (Příloha C). Nasazovala se mezi hlavici a jamku kyčelního kloubu (ČECH, 2009).

V roce 1938 navrhl a odoperoval Philip Willes první totální endoprotézu kyčelního kloubu. O čtyři roky později došlo ke skutečnému přechodu k totálním náhradám kyčle. Implantovala se první cervikokapitální endoprotéza (Příloha H). Bratři Judetové v roce 1946 vyvinuli akrylátovou náhradu hlavice femuru. Na to navázal Austin Moor v roce 1950 a Thompson v roce 1952 a vyvrcholil skutečně funkční cervikokapitální typ náhrady hlavice kosti stehenní. V roce 1957 byla implantována první náhrada acetabula. Sir John Charnley je celosvětově uznáván za moderního řešitele totální náhrady kyčle, jehož typ se používá dodnes. Zavedl při implantaci akrylický cement pro fixaci obou komponent (DUNGL aj., 2014).

U nás se o zavedení totálních náhrad kyčelního kloubu zasloužil profesor Oldřich Čech. V roce 1969 implantoval první cementovanou endoprotézu Müllerova typu. Obrátil se na ocelárny Poldi Kladno a tam začala naše první výroba v roce 1973 (Příloha D).

Výsledkem této spolupráce byly soupravy nástrojů a implantátů, které se v podstatě vyrábějí dodnes, užívají se na většině ortopedických a traumatologických oddělení (SOSNA, 2009).

Vývojem necementovaných endoprotéz se zabýval ortoped Sivaš, a to od roku 1956. O něco později přichází Salzer s celokeramickou endoprotézou, která souvisí s rozvojem tumorózních endoprotéz kyčelního kloubu a Mittelmeier přispěl endoprotézou kombinovanou kovem a keramikou. Významnou osobou v rozvoji necementovaných endoprotéz je profesor Karl Zweymüller, který od roku 1979 začíná užívat necementované endoprotézy fixované v diafýze femuru. Od roku 1984 jsou necementované dřívky dostupné v celé řadě velikostí (DUNGL aj., 2014).

1.2 PŘÍČINY

KOXARTRÓZA

Artróza kyčelního kloubu je nejčastější příčina, pro kterou je implantována náhrada kyčelního kloubu. Jedná se o jednu z civilizačních chorob (Příloha B).

Artróza je degenerativní onemocnění, primárně nezápětlivé onemocnění kloubu. Příčiny jsou často kombinované, k jejímu vzniku přispívá několik faktorů. Dají se rozdělit do dvou kategorií. Svůj podíl hrají odchylky v metabolismu. Mezi všeobecné se řadí bohatá a tučná strava, která způsobuje obezitu, nedostatek kvalitního pohybu nebo nadměrné zatěžování příslušných kloubů, genetické faktory, diabetes mellitus a hormonální funkce, estrogeny mají vliv u ženy na vznik artrotického postižení kloubů v období klimakteria. K lokálním příčinám se řadí jednostranné zatěžování kloubu při práci nebo sportu, kde se namáhají určité klouby, úraz či jiné trauma daného kloubu. Vrcholový sport kloubům rovněž neprospívá. Artróza může vzniknout jako primární postižení u jinak tvarově normálního kloubu, u sekundární artrózy po vývojové dysplazii kyčelního kloubu, pouřazová, při revmatoidní artritidě, při Bechtěrevově nemoci, aseptické nekróze a další. Bolesti se vysvětlují drážděním nervových zakončení v kloubním pouzdře a vznikem zánětu v postiženém kloubu (KRISTINÍKOVÁ, 2014).

Při lehčím stupni artrózy se objevuje startovací bolest. Ta se projevuje zpočátku po námaze, na začátku pohybu. Postupně dochází k omezení pohybu. Po rozhýbání bolest odezní. Dále rozeznáváme bolest námahovou, která v klidu vymizí, je způsobena vyšším nitrokloubním tlakem ve stoji či chůzi. Může se změnit v bolest klidovou nebo noční. To je signálem, že došlo k podráždění kloubu a okolních tkání a ke vzniku zánětu. Dalšími příznaky jsou omezení hybnosti, ztuhnutí kloubů, omezená funkce kloubu, praskání v kloubech, nestabilita, omezená chůze. Nejčastěji se operuje při bolesti noční, klidové, při bolestech u každého kroku (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

PERTHESOVA CHOROBA

Jedná se o idiopatické onemocnění, jehož příčinou je porucha prokrvení proximální epifýzy femuru. Osifikační centrum hlavice femuru podlehne nekróze. Objevuje se mírná bolest vyzařující do třísla a do kolene, následuje kulhání, které kloub šetří. Dochází k omezení pohybu v kloubu. Postihuje především chlapce ve věku od 3 až do 10 let. Řeší se to konzervativně nebo chirurgicky (DUNGL aj., 2014).

REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

Systemové zánětlivé onemocnění autoimunitního charakteru probíhající na nitrokloubní výstelce. Onemocnění postihuje klouby, měkké tkáně, šlachy, kosti a nervovou soustavu. Postihuje ruku a zápěstí, koleno a nohu, rameno a kyčel. Postiženy bývají hlavně ženy ve středním věku, ale i děti. Význam hraje také genetika. Zánět deformuje klouby a narušuje šlachy, dochází ke změně kloubu a rupturám šlach.

Mezi příznaky patří otok, bolest, zduření postiženého kloubu, pocit horka, zarudnutí v oblasti kloubu, omezená pohyblivost, ranní ztuhlost, zduření a deformace kloubů. Celkově se může objevovat slabost, únava a mírně zvýšená teplota.

Hnisavá forma akutní artritidy může i přes včasnou léčbu kloub trvale znehybnit. Chronické záněty se projevují bolestí kloubů až úplnou invaliditou. V pokročilých stádiích artritidy lze chirurgicky postižené kyčelní klouby nahradit endoprotézou. To by mělo pacienta zbavit bolesti v postiženém kloubu (DUNGL aj., 2014).

OSTEOPORÓZA

Dochází k úbytku kostní hmoty a dochází k poruše mikroarchitektoniky kostí. V důsledku toho vzniká náchylnost k tvorbě zlomenin. Nejvíce postihuje ženy v období klimakteria, kdy skelet není hormonálně chráněn a může právě způsobit zlomeninu krčku stehenní kosti (DUNGL aj., 2014).

VROZENÉ A VÝVOJOVÉ VADY

Všechny tyto vady jsou považovány za preartrózu, je pravděpodobné, že kloub bude postižen artrózou v mladším věku, než je obvyklé. Patří sem dysplazie kyčelního kloubu. Nejčastěji se jedná o vrozenou vadu u dětí. Hlavice není v optimálním postavení k jamce a také jamka je špatně vyvinuta. Dochází k částečnému nebo úplnému vykloubení kloubu (DUNGL aj., 2014).

ZLOMENINY KRČKU STEHENNÍ KOSTI

K příznakům patří bolest v oblasti kyčle, při pohybu nebo o jeho pokus, pohyb v kloubu je omezený. Pacient není schopen se postavit. Končetina může být oproti zdravé končetině zkrácená. K endoprotéze jsou indikovány jen některé typy zlomeniny. Většinou u subkapitálních zlomenin, kde hrozí poškození cévního zásobení a rozvoj nekrózy hlavice. Rozhodující je také celkový stav pacienta, přidružené choroby a jiné (VESELÝ aj., 2011).

NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ

Náhradou kyčelního kloubu lze řešit jen minimální množství nádorů. Například sem patří Ewingův sarkom a Obrovskobuněčný nádor.

Ewingův sarkom

Maligní kostní nádor u dětí a adolescentů. Nejčastěji se vyvíjí v kostní dřeni diafýzy dlouhých kostí. Metastazuje do všech orgánů včetně jiných kostí. Řeší se to konzervativně. Odstraňuje se celé ložisko včetně měkkých tkání, které jsou zasažené. Jako náhrada se volí individuálně endoprotéza (POUL aj., 2009).

Obrovskobuněčný nádor

Vyskytuje se u pacientů mladšího věku, po zástavě skeletálního růstu. Postihuje epifýzy dlouhých kostí, nejčastěji dolní konec femuru nebo horní konec tibie. Vyskytuje se lokálně a roste agresivně, má tendenci často se vracet. Histologicky se skládá z buněk stromálních a mnohjaderných obrovských buněk. Léčba spočívá v odstranění nádoru. Po jeho resekci se provádí náhrada kyčelního kloubu endoprotézou (PAFKO aj., 2008).

REOPERACE UMĚLÝCH KLOUBŮ

Mezi indikace patří uvolnění kloubní náhrady, bolestivá subluxece či luxace kloubu, infekční komplikace a deformace či zlomeniny dřívku. Cílem reoperace je znovu navrátit stabilitu endoprotézy (LANDOR aj., 2012).

1.3 PŘÍZNAKY

BOLEST

Bolest je nejčastější příčina, která často pacienta invalidizuje. Může se promítat až do oblasti třísel a šíří se dále po vnitřní straně stehna až ke kolenu. Rozeznáváme bolest startovací, při začátku pohybu a bolest námahovou, při zátěži, která v klidu vymizí. To je způsobeno vyšším nitrokloubním tlakem při chůzi a vestoje. Později vzniká bolest v klidu i v noci (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

OMEZENÍ HYBNOSTI, ZTUHNUTÍ KLOUBŮ

Nejčastěji při vstávání z postele, z křesla nebo při změně polohy těla má pacient pocit, že je ztuhlý a musí se pomalu a obtížně dostat zpět do plné pohyblivosti. Omezení funkce kloubu - jedná se o pohyb, kdy může dojít k neschopnosti kloubu se hýbat potřebným způsobem. Pacient může kulhat (HNÍZDIL, 2007).

NESTABILITA, OMEZENÍ CHŮZE

Je-li artróza zkomplikována zánětem, dochází k otoku kloubu, ten je teplejší, může být i zarudlý. Dojde i ke zvýšenému napětí úponů šlach, kloubního pouzdra a velkému napětí svalů. Omezení kloubního rozsahu může mít za příčinu bolestivost, reflexní omezení, kterým se nás tělo snaží chránit před dalším způsobováním bolesti (BERAN aj., 2009).

Při vyšetření se nachází změna postavení pánve, porucha statiky páteře, chybný stereotyp chůze. Dochází ke zkrácení jedné dolní končetiny, což může být jak příčina, tak i důsledek postižení kloubu artrózou. Výrazné je omezení pasivního pohybu v kloubu. Při vyšetření jsou přítomny drásoty v kloubu (HNÍZDIL, 2007).

DEFORMACE A ZHRUBĚNÍ KLOUBU

Je to známka pokročilého stádia artrózy. Kloub na první pohled nápadně vystupuje, je deformovaný.

Mezi další příznaky patří krepitace – praskání v kloubech, ubývá svalové síly, snižuje se fyzická zdatnost, pacient není schopen vykonávat běžné denní činnosti a následkem toho vznikají u pacienta psychické potíže.

V počátečním stádiu se chrupavka stává méně pružnou. Na povrchu se tvoří štěrby, které se prohlubují až ke kosti. Její drobné úlomky se uvolňují do kloubního prostoru a dochází k poškození měkkých částí. Struktura chrupavky se mění, dochází k tvorbě kostěných výrůstků (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

1.4 DIAGNOSTIKA

Diagnostika se opírá o různá vyšetření pacienta. Skládá se z anamnézy, klinického vyšetření a z pomocných vyšetřovacích metod. Sleduje se způsob příchodu a odchodu pacienta, jeho slovní projev, mimika a psychický stav. Velice důležitá je ochota pacienta spolupracovat při řešení jeho zdravotních potíží.

Základem je anamnéza. Odebírá se anamnéza osobní, zjišťují se prodělané nemoci, úrazy, hojení ran, operace, pooperační průběh či komplikace a předcházející hospitalizace. Dále anamnéza rodinná, důležité jsou vrozené vady pohybového aparátu u rodičů a sourozenců, závažné choroby, příčiny úmrtí v rodině. U žen se ptáme na anamnézu gynekologickou, na porody, potraty, menstruaci a na poslední návštěvu u gynekologa. Operace se plánuje mimo dny menstruace. U farmakologické anamnézy

se zjišťují léky, které pacient aktuálně užívá. Pátrá se po alergiích, důležité jsou nejen alergie na léky, které by mohly způsobit nežádoucí komplikace, ale i všechny ostatní. Zjišťujeme pracovní anamnézu, délku a charakter pracovní činnosti, spadá sem otázka pracovní neschopnosti, částečný nebo plný důchod. Zjišťuje se sociální stránka pacienta, kde a s kým bydlí, kvalitu a druh bydlení, překážky jako jsou schody a pacient se informuje o přizpůsobení bytu k jeho potížím. Nabídne se mu možná následná péče. Dále se zjišťují návykové látky, alkohol, kouření, pití kávy. Nejdůležitější údajem je nynější onemocnění. Zjišťují se informace o onemocnění, prvotní problémy, provokující momenty bolesti, úlevové polohy, celkový zdravotní stav a jiné (DUNGL aj., 2014).

Klinické vyšetření patří k celkovému hodnocení stavu. Provádí se u pacienta svlečeného do spodního prádla. Pohledem se hodnotí odchylky od fyziologického stavu, stereotyp chůze, držení těla. Pohmatem se vyšetřuje napětí svalů, bolestivost, otok, kožní změny. Měří se rozdíl délky končetiny, délka stehna a bérce. Zjišťují se deformity končetiny, omezení hybnosti, změny periferní citlivosti a prokrvení končetiny. Vyšetřuje se pohyb pasivní i aktivní u kloubu ve třech rovinách. Vyšetřuje se také koleno a bederní páteř k rozlišení potíží v těchto oblastech.

Mezi pomocné vyšetřovací metody patří zobrazovací metody. Hlavním diagnostickým krokem je rentgenové vyšetření. Zkoumá zúžení a atrofie, deformace chrupavky, v pozdějších stádiích i vznik kostních výrůstků, změnu struktury kostí a jiné. Vysoce citlivou metodou je scintigrafie. Zjistí lokalizaci patologických procesů. Zobrazí zánětlivé ložisko, odliší čerstvou zlomeninu od zastaralé. Počítačová tomografie poskytuje informace o vyšetření kyčelního kloubu. Jeho pomocí je možno vyšetřit i kostní hustotu, denzitometrie. K časně diagnostice nekrózy hlavice kyčelního kloubu a k určení rozsahu zánětlivého postižení měkkých tkání patří magnetická rezonance, Při pátrání po výpotku se provádí ultrazvukové vyšetření.

Mezi další doplňující vyšetření patří vyšetření krve a moči. Důležité jsou hodnoty krevního obrazu, biochemické vyšetření, známky zánětu, zjišťuje se krevní skupina, srážlivost krve, jaterní testy a jiné. Provádí se vyšetření interní, předoperační, kam patří laboratorní vyšetření krve, křivka EKG, RTG srdce a plic, celkové posouzení kondice pacienta, rizika operace a upozornění na hrozící komplikace spojené s operací. Další vyšetření se ordinují individuálně dle stavu pacienta a patří sem vyšetření neurologické, revmatologické, chirurgické, gynekologické, psychologické, zubní, oční a jiné (ROZKYDAL, 2012).

1.5 KONTRAINDIKACE

Patří sem stavy, které by mohly negativně ovlivnit průběh operace, pooperační stav a období rekonvalescence.

INTERNÍ ONEMOCNĚNÍ – závažné onemocnění srdce a plic.

CÉVNÍ ONEMOCNĚNÍ – pokročilá ateroskleróza, která by neumožnila efektivní pooperační rehabilitaci, ischemické postižení periferních tepen DK.

INFEKČNÍ LOŽISKO V ORGANISMU- kožní postižení na DK, bércové vředy, chronické infekce urogenitálního traktu, nemoci dolních cest dýchacích, důležitá je také sanace chrupu.

VELKÉ KOSTNÍ DEFEKTY

JINÁ PŘEDCHÁZEJÍCÍ OPERACE KYČLE

DEFEKTY MĚKKÝCH TKÁNÍ

POSTIŽENÍ CNS A ZÁVAŽNÍ PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ

ALERGIE NA UMĚLÝ MATERIÁL

RELATIVNÍ KONTRAINDIKACE – například věk, obezita, sociální zázemí, neochota pacienta k aktivní spolupráci při rehabilitaci (VESELÝ aj., 2011).

1.6 LÉČBA

Pacienti, kteří trpí bolestmi kyčelního kloubu a problémy s nimi spojené, by se měli snažit změnit svůj životní styl. Při nadváze snížit váhu na optimální hodnotu. Je-li to možné vybrat si sport a pasivně se mu věnovat. Takový, který mu nebude zvyšovat jeho problémy, ale naopak bude pocíťovat úlevu od potíží. Například plavání, cyklistika, procházky. Důležité je, aby si pacient sám určil vzdálenost, kterou zvládne bez potíží ujít bez opory a co s oporou. Přínosné účinky v léčbě pohybového aparátu mají balneologické a vodoléčebné procedury, místní léčení teplem, fyzikální léčba a rehabilitace. Naopak v akutním stádiu musí umět pacient odpočívat, omezit zátěž, zajistit si klid a najít si úlevovou polohu.

Konzervativně lze léčit pouze symptomy. Podávají se léky proti bolesti, analgetika a nesteroidní antirevmatika, které mají především účinek protizánětlivý. Vhodné je doplnit léčbu také chondroprotektivy, uvolňují se pomalu, ale mají

dlouhodobý příznivý účinek. Léky této skupiny se váží na receptory v buňkách chrupavky a ovlivňují metabolismus těchto buněk. Vpravují se lokálně do postiženého kloubu. Patří sem také steroidní antirevmatika ve formě intraartikulárních injekcí. Tato metoda se využívá velmi často, ne však u velmi obézních pacientů, jejich aplikace je obtížná. Také se dá využít biologická léčba ACP plazmou. Jejím principem je injekční vpravení upravené vlastní plasmy do chorobných tkání. Tím dojde k protizánětlivému procesu, k urychlení hojivých procesů a k zabránění přechodu onemocnění do chronického stádia. Dále jde použít i léčba kmenovými buňkami, které se získávají z oblasti břicha. Tato metoda se provádí v Brně, nevýhodou je její cena, která je poměrně vysoká oproti předešlým metodám.

Není-li konzervativní léčba pacientovi schopna ulevit od bolesti, pokud je výrazná porucha funkce kloubu a omezená celková pohyblivost, navrhnou ortopedi pacientovi náhradu kyčelního kloubu chirurgickou cestou. Pacient musí sám rozhodnout, zda operaci podstoupí a je-li ochotný přijmout i jistá rizika, která s operací souvisí. O všem by ho měl informovat ortoped (NEČAS, BEALE, 2005).

1.6.1 TYPY ENDOPROTÉZ

V zahraničí, ale i u nás, existuje velká řada druhů endoprotéz. Nejčastěji jsou vyrobeny z keramiky, plastů, kovů a jejich slitin nebo kombinací. Náhradu kyčelního kloubu můžeme rozdělit na cervikokapitální, kdy je nahrazena pouze hlavička stehenní kosti a volí se u pacientů biologicky starších, nebo endoprotéza totální, která umožňuje nahradit endoprotézou hlavičku i kloubní jamku. Ta se volí u pacientů biologicky mladších, u kterých se předpokládá návrat do běžného života.

V současné době narůstá počet náhrad endoprotézami totálními. Používají se dva operační postupy, miniinvazivní a klasický operační přístup. Podle způsobu fixace ke kosti se endoprotézy dělí na cementované a necementované. Cílem operace je v ideálním případě navrácení pacienta do normálního života bez bolesti a omezení s podstatným zlepšením původního pohybového omezení (JANÍČEK aj., 2012).

TYPY NÁHRAD

Cementovaná náhrada

Skládá se z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula upevněna kostním cementem, což je speciální rychletuhnoucí hmota. Zavedení dřívku předchází resekce krčku a jeho odstranění s hlavicí femuru. Dřív endoprotézy je vyroben ze speciálně upravených kovových slitin, na krček dřívku je nasazována hlavice z chromkobaltmolybdenové slitiny nebo keramiky. Je zaveden do dřevňového kanálu proximální části femuru a upevněn rovněž pomocí kostního cementu. Cementovaná náhrada není vhodná pro mladší, aktivní pacienty. Je indikována u pacientů, orientačně ve věku nad 60 let (Příloha E).

Necementovaná náhrada

Kloubní hlavice je do acetabula fixována bez použití cementu, využívá ke své fixaci dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Vyrobeny jsou z keramiky nebo kovových slitin, jamky z titanu nebo ze slitiny. Necementovaná náhrada je indikována u mladších a více aktivních jedinců, přibližně do 50ti let. Předpokládá se, že tyto náhrady mají delší životnost (Příloha F).

Hybridní náhrada

O hybridní náhradě se mluví tehdy, když je jedna komponenta připevněna bez cementu. Většinou jamka a jedna komponenta je připevněna cementem, obvykle dřív. Tento typ nachází uplatnění stále častěji, je indikován ve věku 50 až 60 let.

Resurfacing

Jedná se o povrchovou náhradu kyčelního kloubu, kdy dochází k náhradě poškozených třecích ploch. Konstrukce implantátu se přibližuje biomechanicky a anatomicky ke zdravému kyčelnímu kloubu. Předpokladem je lepší funkce po operaci. Indikace je možná tam, kde nejsou velké anatomické změny v oblasti kyčelního kloubu. Operace se provádí na boku, neresekuje se krček, opracovává se jen hlavice. Je zde předpoklad dlouhé až doživotní funkce. U případného mechanického uvolnění lze dobře řešit implantací klasické endoprotézy (JANÍČEK aj., 2012).

1.6.2 PŘÍPRAVA K OPERAČNÍMU VÝKONU

Cílem předoperační přípravy je vytvořit pacientovi optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k nekomplikovanému hojení a následné rekonvalescenci. Důležité je pacienta připravit i psychicky. Lékař i sestra by si měli u pacienta vybudovat důvěru. Pacienta informovat o druhu operace, o způsobu přípravy k výkonu, o možných komplikacích, pooperačním režimu a životosprávě po operaci. U žen je nutné naplánovat termín mimo menstruaci. Platnost předoperačního interního vyšetření se liší dle věku pacienta a zvyklostí nemocnice. Toleruje se až jeden měsíc ke dni operace. Mělo by obsahovat screeningová vyšetření krve a moče, jako je biochemické vyšetření, ionty, urea, kreatinin, jaterní testy, bílkovina, hladina cukru a jiné, krevní obraz, hemokoagulace – aPTT, Quick, krevní skupina a Rh faktor. Také vyšetření kultivace a citlivosti z krku a nosu, aby se předešlo přenosu infekce. Součástí je EKG křivka a RTG srdce a plic. Operační výkon je náročný na krevní ztráty, proto si zajistí pacient autotransfuzi. Jedná se o dva po sobě jdoucí odběry krve pacienta. Přípravky, které mu jsou později podány během operace nebo časně po operaci, ke krytí krevních ztát. Výhodou je absolutní vyloučení rizika přenosu infekčního onemocnění. U pacientů s diabetes mellitus a hypertenzí je nutné onemocnění kompenzovat. Jako prevence tromboembolických komplikací se nasazují pacientovi antikoagulantia. Aby se zabránilo infekci, podávají se pacientovi před a po operaci preventivně antibiotika, tato léčba je krátkodobá. Po celou dobu přípravy k výkonu, zejména má-li pacient silné bolesti postiženého kloubu, je na místě pokračování konzervativní léčby.

Již před výkonem je třeba myslet na období po operaci a na propuštění. Pokud pacient nemá dostatečné domácí zázemí, je nezbytné zajistit, kde bude po propuštění z nemocnice pobývat. Nabízí se následná péče a rehabilitace. Pacient by si měl vyřídit své osobní záležitosti, kde je potřeba osobní návštěva, například úřady, pošta a podobně. Měl by si nechat přizpůsobit byt a dovybavit ho o nezbytné doplňky, například lůžko a křeslo do vhodné výšky, madla, nástavec na WC, připravit koupelnu pro bezpečnou hygienu, pomůcky pro zjednodušení sebeobsluhy a podobně. Nezbytné je odstranit různé koberečky a jiné překážky, které by mohly být příčinou pádu.

Důležité je připravit si vhodnou obuv, kterou bude po operaci užívat. Měkké, pohodlné boty s pevnou patou, které se dobře obouvají. Při tom je třeba také myslet na otok končetiny. Nevhodné jsou pantofle a boty s vyšším podpatkem. Dále si pacient připraví vhodné oblečení jako je pyžamo, které má krátké nohavice nebo noční košile.

Důležité je sedící spodní prádlo upravené tak, aby šev netlačil na ránu. Pokud bude otok končetiny, ponožky by měly být také upraveny tak, aby končetinu nestahovaly. Pacient bude potřebovat také sportovní oblečení. S sebou si vezme podpažní berle a popřípadě ostatní pomůcky, například „podavač“ či dlouhou obouvací lžici (Příloha A).

Sám pacient by se měl snažit upravit si hmotnost a zvýšit tělesnou zdatnost. Na organizmus budou kladeny výrazné nároky zejména v prvních šesti týdnech po operaci. Vhodné je si vyzkoušet cviky, které bude po operaci cvičit. V rámci předoperační přípravy je na některých odděleních doporučována bezezbytková dieta. Je třeba ji dodržovat tři dny před nástupem k hospitalizaci. Trpí-li pacient chronickou zácpou, je nutné dietu držet o dva dny déle. Díky této dietě není potom nutné podání klyzmatu před operací. Bezezbytková dieta zanechává ve stolici velmi málo zbytků, nedráždí sliznici střev a neprovokují ke zvýšené peristaltice. V dietě je zvýšené množství bílkovin, snížená dávka tuků a kalorická hodnota je snížena.

V den přijetí sepíše ošetřující lékař a sestra anamnézu a veškerou potřebnou dokumentaci. Vysvětlí pacientovi opět postup operace, rizika a pooperační průběh. Jsou provedena doplňující laboratorní a jiná vyšetření. Pacienta navštíví také anesteziolog a probere s ním možnou metodu anestezie. Dále bude provedena instruktáž o pooperačním režimu, jako je rehabilitace, nácvik chůze s berlemi, správný pohyb na lůžku a na WC. Pacient musí podepsat informovaný souhlas, který obsahuje samotný operační výkon, rizika, pooperační průběh a jiné. Důležitá je spolupráce pacienta se zdravotním personálem (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2011).

Večer před operací dostane pacient léky na uklidnění a ke klidnému spánku. Od půlnoci by pacient neměl jíst, pít a kouřit. Ráno se provede vyprázdnění střev podáním klyzmatu. Oblast, kde bude provedený řez, se oholí, je-li to potřeba. Jako prevence trombózy či embolie se provádí bandáž dolních končetin elastickým obinadlem nebo elastickými punčochami. Pacient si odstraní zubní protézu, šperky a oděv. Půl hodiny až hodinu před výkonem se pacientovi podá premedikace, léky ke zklidnění a podají se ostatní naordinované léky a infúze. Dle zvyklosti nemocnice se zavede pacientovi permanentní močový katétr a periferní žilní katétr, aby byl připravený na operační sál. Před odjezdem na sál musí všeobecná sestra zkontrolovat veškerou pacientovu dokumentaci, zda jsou splněny předoperační ordinace, souhlas nemocného s výkonem a jiné (JEDLIČKOVÁ aj., 2012).

1.6.3 VLASTNÍ OPERAČNÍ VÝKON

Operační výkon se provádí na aseptickém sále, ve vysoce sterilním a čistém prostředí. Při překladu pacienta na operační sál je nutno myslet na respektování studu. Pacienta si přebírá sálový pracovník a zkontroluje identifikační údaje.

Na sále si pacienta přebírá anesteziologický a ortopedický tým, který se o něj stará po celou dobu operace. Operovaná kyčel se označí smluvním znakem, který je pro dané oddělení charakteristický. Pacientovi se zavede periferní žilní katétr, pokud ho již nemá, do něj se během operace aplikují potřebné léky a zavede se permanentní močový katétr, pokud tak pacient nepříjde vybavený z oddělení. Nasadí se elektrody a po celou dobu se sledují fyziologické funkce na monitoru.

V případě celkové anestezie je pacientovi zavedena pomocí laryngoskopu endotracheální kanyla, nebo ústní či nosní vzduchovod, k udržení průchodnosti dýchacích cest, a tím se zabezpečí hladké dýchání. Příkladem je anestezie nitrožilní nebo endotracheální.

Druhou možností je anestezie místní. Je šetrnější, ale není u každého možná. Znečitlivující látka se podává do oblasti nervů zásobující oblast, kterou je třeba vyřadit z vnímání. Přerušuje se přenos vzruchu z periferie do centra nervové soustavy. Příkladem je anestezie epidurální, svodná nebo míšní.

Operaci provádí operatér za pomoci dvou asistentů. Doba operace je závislá na mnoha faktorech, proto je u každého pacienta jiná. Během operace se nahrazuje poškozený kloub za endoprotézu. Odstraní se poškozená hlavice kosti stehenní a poškozená chrupavka. Do připraveného kostního lůžka se upevní umělá kloubní jamka. Do horního konce stehenní kosti je vyfrézován kanál, do kterého se zavede dřík endoprotézy s hlavicí. Hlavice se zaklobí do jamky a spojení mezi stehenní kostí a pánví je obnoveno. Rána se pečlivě sešije. Zavedou se tři Redonovy drény, aby se nevytvořil v ráně krevní výron, který by mohl působit jako zdroj infekce. Drény odvádějí krev z operační rány až dva dny po výkonu (Příloha CH).

Po ukončení výkonu je pacient v plném vědomí a je převezen většinou na jednotku intenzivní péče nebo na pooperační pokoj. Zde je pacient sledován týmem lékařů a sester. Sledují se a zajišťují všechny fyziologické funkce (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

1.6.4 RIZIKA A MOŽNÉ KOMPLIKACE

Tak jako všechny operace i náhrada kyčelního kloubu nese s sebou riziko komplikací. Mezi nejčastější patří krvácení, flebotrombóza a plicní embolie, infekce, porucha hojení rány, uvolnění endoprotézy, luxace endoprotézy, poranění nervů a cév či nestejná délka končetin.

KRVÁCENÍ

Z tohoto důvodu je důležité pravidelně sledovat krytí rány, odpady v drénech, kontroluje se bilance tekutin, laboratorní hodnoty krve a podle ordinace lékaře se podává transfuze (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

FLEBOTROMBÓZA A PLÍCNÍ EMBOLIE

Jedná se o zánět hlubokého žilního systému operované končetiny. Vzniká v místě, kde se v žíle vytvoří krevní sraženina. Dochází ke zpomalení krevního toku, k poškození cévní stěny a ke zhoršení reologických vlastností krve. Projevuje se otokem končetiny a bolestí celé končetiny, hlavně při došlápnutí a stažení svalstva. Kůže končetiny může být namodralá až profialovělá. Sraženina se může odloučit a vycestovat do krevního oběhu a může ohrozit na životě rizikem plicní embolie, což je nejzávažnější komplikací. Důležité je věnovat tomu pozornost a pracovat preventivně. K prevenci patří několik opatření. Provádí se bandáž dolních končetin elastickými obinadly nebo pacient nosí elastické punčochy. Aplikují se antikoagulanty, léky ovlivňující srážlivost krve. Důležitá je včasná mobilizace pacienta, aktivní cvičení a dostatečný příjem tekutin (VESELÝ aj., 2011).

INFEKCE

Jako prevence infekce se obvykle po dobu 24 hodin podává cefalosporinové antibiotikum. Akutní infekce v přímé souvislosti s operací je poměrně vzácná. Častěji přichází infekce jako pozdní. Často ji způsobuje kmen *Staphylococcus aureus* či *epidermidis*. Musí se provést revize rány, odstraní se endoprotéza včetně cementu a všechna infikovaná ložiska a může se implantovat nová endoprotéza (Příloha G). Zde je nutná dlouhodobá antibiotická terapie. Druhou možností je, že se za podpory antibiotik, laváže či antibiotických vložek potlačí infekce. Pokud je laboratorně neprokázána, může se znovu endoprotéza implantovat (JAHODA, 2008).

PORUCHA HOJENÍ RÁNY

Příčinou může být hematoma v ráně, který se nachází v podkoží i ve svalu. Hematomy větší velikosti je nutno evakuovat a drénovat.

Další příčinou může být absces v ráně, flegmóna v okolí rány. Je vyvolána infekcí hematomu a nešetřena může dojít až do septického stavu. Hojení rány také ovlivňují přidružené nemoci pacienta, stav výživy a hygienický standard pacienta.

Za nejdůležitější přidružené nemoci se považuje diabetes mellitus, onkologické onemocnění, terapie kortikoidy, imunosupresivy, radioterapie, warfarinizace, anémie, porucha periferního prokrvení při ischemické chorobě končetinových tepen (VESELÝ aj., 2011).

UVOLNĚNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

Uvolnění endoprotézy se řeší reoperací. Často se používá implantát větší velikosti a je-li to možné, doporučuje se používat bezcementované implantáty, někdy jsou nutné speciální revizní implantáty (LANDOR aj., 2011).

Může se jednat i o aseptické uvolnění endoprotézy, která může vést až k těžké destrukci kostní tkáně (SVOBODA, 2004).

LUXACE KYČLE

K vykloubení kyčle předchází několik příčin. Může se jednat o pád, nekontrolovaný pohyb, hluboký předklon, hluboký sed či překřížení končetin. Pacient pociťuje velkou bolest, nemůže kyčlí pohybovat, převládá pérový odpor. Řeší se repozicí, při vědomí pacienta, kdy repoziciční manévr trvá velmi krátkou dobu nebo v celkové anestezii (VESELÝ aj., 2011).

PORANĚNÍ NERVŮ

Projevuje se minimálně. Většina poranění je vratná. Nejčastěji nevratná je paréza nervu peroneu, kterou je možné kompenzovat peroneální páskou (DUNGL aj., 2014).

1.7 INCIDENCE A PREVALENCE

Počet nemocných u nás, kteří ročně potřebují náhradu kyčelního kloubu, je přibližně 10 000 a v současnosti stále roste. Počet revizních operací se pohybuje kolem 15–20 % a lze předpokládat do budoucna jejich další nárůst. Limit věkové hranice není přesně stanoven. Rozhodující pro indikaci je bolest a omezená funkce kloubu. U mladších věkových kategorií je nutno indikaci vždy pečlivě zvážit. Pacienta informovat o perspektivě, riziku případné revizní operace a možných alternativách.

Nejčastější indikací je deformační artróza kyčelního kloubu. Většinou postihuje pacienty kolem 65. roku. Další indikací je postdysplastická sekundární artróza kyčelního kloubu, která je typická u žen ve věku 45 let. S touto diagnózou v našich zemích přichází k operaci asi 30 % pacientů, v anglosaských zemích jsou operována asi jen 2 % pacientů. Jedná se většinou o ženy, které byly v dětství léčeny pro vrozenou dysplazii kyčelního kloubu (UNIFY ČR – FORÝTKOVÁ, BOUREK, 2006).

Asi 10 % pacientů je operováno pro zlomeninu krčku nebo stavy po zlomenině krčku a acetabula. U těchto pacientů jsou dlouhodobé výsledky obecně horší než u nemocných s primární artrózou kyčelního kloubu.

V ČR se ročně vyskytne zlomenina v oblasti kyčle u 12 000 osob, z toho dvě třetiny jsou ženy. Průměrný věk se pohybuje kolem 77 let. Náklady léčby zlomenin femuru činí okolo 72 % výdajů na léčení všech zlomenin (VACULÍK aj., 2009).

Podle jedné recentní studie by se v USA mohlo implantovat v roce 2050 až 1,86 milionu TEP kyčlí ročně. Pro ČR nejsou zatím podobné modely k dispozici, avšak není důvod si myslet, že se nám naznačený trend vyhne. Oprávněně lze současně očekávat, že se zvyšujícím se počtem primárních endoprotéz bude přibývat také počet jejich komplikací a tedy reoperací (GALLO, 2012).

1.8 PROGNÓZA

Náhrada kyčelního kloubu je spolehlivá, dlouhodobě vyzkoušená metoda léčení bolestivých onemocnění kyčelního kloubu. Výsledkem jsou vynikající krátkodobé i dlouhodobé efekty. U pacienta dojde ke zlepšení kvality života, může žít prakticky život bez omezení. Je schopný vykonávat běžné denní činnosti, aniž by pociťoval bolest či jiné potíže. Životnost endoprotézy je až dvacet let (UNIFY ČR – FORÝTKOVÁ, BOUREK, 2006).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Cílem ošetřovatelské péče u pacienta po náhradě kyčelního kloubu je včasná rehabilitace, vertikalizace pacienta, prevence komplikací a tromboembolické nemoci, symptomatologická léčba a hlavně samostatnost pacienta v běžných denních činnostech a edukace pacienta a jeho rodiny.

Pacienta je důležité naučit se starat o jizvu, umět rehabilitovat i odpočívat, správně se pohybovat, aby operovaný kloub byl v každé poloze ve fyziologickém postavení, naučit pacienta chodit o berlích, po schodech i v terénu. Edukovat ho o správné hygieně a možnostech zdravotnických pomůcek a další.

Osvědčeným trendem rehabilitační léčby je časná komplexní lázeňská péče, která probíhá formou přímého překlada „z lůžka na lůžko“. Pacient je z nemocnice přeložen rovnou do lázeňského zařízení (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2011).

2.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Obvykle první dva dny po operaci je pacient hospitalizován na JIP. Dle stavu se překládá na standardní oddělení ortopedie. Zde je pacient do propuštění. Toto období trvá většinou 7 až 13 dní od operace. Podle závažnosti operace, komplikací a celkového stavu pacienta se začíná rehabilitovat.

S rehabilitací se začíná už na JIP za doprovodu fyzioterapeuta. Na standardním oddělení se na rehabilitaci naváže. V prvních dnech je důležité myslet na to, že pacient je slabý a brzy se unaví. Také, že u pacienta může náhle vzniknout mdloba, točení hlavy, a proto musí být na dosah pomoc zdravotnického personálu. Pacient by měl rehabilitovat vícekrát denně kratší dobu, do pocitu mírné únavy a ne přes velkou bolest operované končetiny. Protože si pacient není v prvních dnech schopen dojít na WC, považuje se v tomto období za důležité nácvik zvedání pánve pro použití podložní mísy. Dále zajištění správné polohy operovaného kloubu napolohováním do abdukce a mírné flexe, k tomu se používá abdukční klín a antirotační botička. Pacient by si měl začít cvičit i sám podle instrukcí fyzioterapeuta. Pokračuje se zvětšováním rozsahu flexe v kyčelním kloubu.

V průběhu druhého až pátého dne se přidává nácvik otáčení na lůžku, otáčení na zdravý bok a břicho, nácvik sedu, stoje, vstávání z lůžka, uléhání do lůžka a stoj.

Pomalou začíná nácvik chůze s berlemi. Pacient se učí odlehčit končetinu, u každého hodnota odlehčení může být odlišná. Zátěž operované končetiny určí vždy operátor. Důraz je třeba klást na dodržení správného stereotypu chůze, kde pacienti dělají často chyby.

Provádí se kondiční cvičení, aktivní a pasivní cvičení kyčelních kloubů a nácvik dalších běžných dovedností jako je nácvik sedu na židli, sezení na WC, mytí. Dále se učí pacient ležet na zdravém boku a s klínem či polštářem mezi kolena (KONDZIOLKOVÁ, 2011).

V dalších dnech je důležité zvládnout flexi - ohyb v operované kyčli do 90 stupňů. Od osmého dne od operace by měl pacient být schopen samostatné chůze, bez zátěže operované končetiny a s oporou podpažních berlí. Začíná s nácvikem chůze po schodech s odlehčením končetiny. Také se procvičuje lýtkový sval, aby se zlepšil odtok žilní krve z dolních končetin. V tomto období se snižují analgetika a pacient je užívá spíše dle potřeby, u každého individuálně.

Mezi 11tým až 14tým dnem se vytažují stehy, podle stavu jizvy a případných komplikací. Pacienti mají často z tohoto výkonu strach. Mohou pociťovat bolest a někdy nepříjemný tah. Základem je ránu opatrovat a udržovat v čistotě. Při sprchování může pacient ránu lehce osprchovat. Nejméně jeden měsíc by se měl pacient vyhýbat veřejným bazénům, kde hrozí riziko infekce do rány. Rehabilitační pracovník naučí pacienta si provádět tlakovou masáž jizvy (UIBERLAYOVÁ, 2013).

Všeobecná sestra sleduje u pacienta dle ordinace stav vědomí, krevní tlak, puls, dech, tělesnou teplotu, stav rány a okolí, vstupy po drénech. Také si všímá únavy a slabosti pacienta. Sleduje výživu, tekutiny, potíže s močením, zácpu nebo průjem. Veškeré změny hlásí lékaři. Plní ordinace lékaře, provádí se odběry krve a jiné vyšetření, například RTG kyčle.

Ke každému pacientovi se musí přistupovat individuálně vzhledem k jeho fyzickému a psychickému stavu. Před propuštěním pacienta je nutné, aby zvládal chůzi v terénu, do schodů a ze schodů s podpažními berlemi a řádně pacienta i jeho rodinu edukovat.

Důležité je edukovat pacienta o jízdě v autě. Jako spolujezdec může jet pacient již po propuštění. Je ale důležité, aby v autě bylo dostatek prostoru, aby se neohýbala operovaná kyčel. Sedák musí být zvýšený, toho docílíme podáním polštáře na sedadlo.

Nejlépe je sedět vzadu napříč s nataženou operovanou končetinou. Do auta se nastupuje jako při uléhání. Řízení auta se doporučuje nejdříve tři měsíce od výkonu.

Pacient musí dávat pozor při sexuální aktivitě zejména v prvních třech měsících po operaci. Od partnera je potřeba velká ohleduplnost. Je nutné vyvarovat se pokrčení operované končetiny, zevní rotace a ohnutí kyčelního kloubu přes pravý úhel a výrazněji se nepředklánět (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

Při osobní hygieně a koupeli je nejlepší užívat sprchový kout. Ten musí být vybavený madlem a protiskluzovou podložkou. Koupelnu a klasickou vanu je vhodné dovybavit sedátkem, madlem, zábradlím, protiskluzovou podložkou a mycí houbou na dlouhém držadle. V koupelně je vždy nutné myslet na kluzkou podlahu a vyvarovat se uklouznutí nebo pádu (UIBERLAYOVÁ, 2013).

Důležité je také edukovat pacienta o péči o jizvu. V prvních dnech a týdnech po operaci je jizva červená, což je způsobeno přítomností kapilár. Ty se postupně ztrácejí a jizva bledne. Tento proces hojení může trvat až měsíce.

Doporučení v péči o jizvu

- Jizvu udržovat v čistotě, vhodné je krátké sprchování jizvy vlažnou vodou a vysušit ji mírným tlakem ručníkem z měkkého materiálu.
- Ránu neškrábat, strup nestrhávat a vyčkat do samovolného odloučení.
- Nejméně první tři měsíce chránit jizvu před slunečním zářením, vyhýbat se soláriu, sauně, chladu z důvodu odlišení pigmentace.
- Nenosit těsné oblečení, zvláště ze syntetického materiálu, jizva by mohla reagovat zarudnutím a zatvrdnutím.
- Provádět tlakové masáže zhojené jizvy, opakovaně ji stlačovat proti její spodině, až vybledne, tlak povolit a po prokrvení místa pokračovat po celé délce jizvy.
- Po zhojení jizvy ji pravidelně promašťovat mastnými krémy či přípravky podporující hojení, aby nedocházelo k přesychání kůže, nevyzkoušené masti a jejich nadměrná aplikace může vést k maceraci jizvy a jejímu mokvání (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2011), (Příloha K).

Fyzioterapeut individuálně sestaví pacientovi doporučení a informuje ho o zásadách, které by měl dodržovat.

Pacient by měl znát tyto zásady

- Nikdy se nepředklánět, neshýbat se, neotáčet prudce trupem, vyvarovat se hlubokému sedu, nikdy nemít ohnutý kyčelní kloub více než do pravého úhlu. Důležité dodržovat i na WC a používat nástavec.
- Při přetáčení těla v lůžku použít vždy klín nebo polštářek mezi kolena, nikdy nedávat nohu přes nohu. Spát na pevném a rovném lůžku.
- Střídat chůzi, sed, leh, nepreceňovat svoje síly a vyvarovat se únavě.
- Správné sesunutí z lůžka. Posadit se na okraj lůžka a na zem spustit zdravou končetinu, rukama se opřít o lůžko a sesouvat operovanou končetinu k zemi. Na neoperované končetině se vztyčit a uchopit berle.
- Správné uléhání na lůžko. Okraji zády se přiblížit k lůžku. Předsunout vpřed operovanou končetinu. Rukama se opřít co nejdále za sebe o postel. Ohnutím kolen se pomalu posadit. Posunovat hýžděmi po matraci šikmo vzad, až se dostanou do úrovně kolen na matraci. Zdravou končetinu zvednout na lůžko. Pomalu nasunout na lůžko operovanou končetinu.
- Dle doporučení operátora dodržovat zatěžování končetiny a neodkládat berle, dokud to nedovolí. Pravidelně kontrolovat technický stav berlí.
- Sed na židli. Vždy použít stabilní vyšší židli s tvrdší sedačkou a pevným opěradlem a opěrkami rukou. Na zvýšení sedáku se doporučuje pevná podložka.
- Nikdy nesedat do hlubokého křesla. Zády se přiblížit k židli, až se jí dotkne končetina. Odložit berle. Rukama se opřít o opěrku. Na sedátko dosednout s nataženou operovanou končetinou. Obě chodidla se dotýkají ploskou země.
- Chůze o berlích. Berle předsunout před sebe, vzepřít se na nich a váhu těla přenést dlaněmi na madla. Operovanou končetinu vykročit mezi berle, ale nezatěžovat ji. Přisunout zdravou končetinu a přenést na ni zátěž.
- Chůze po schodech. Zvednout zdravou končetinu na schod, přenést na ni váhu. Přisunout k ní operovanou končetinu. Na schod zvednout berle. Při chůzi ze schodů předsunout berle o schod dolů. Přisunout operovanou končetinu. Vzepřít se do berlí, spustit a zatížit neoperovanou končetinu.
- Oblékání. Volit volné, pohodlné oděvy, bez pásků. Obuv použít vždy pohodlnou, pevnou, s plnou špičkou a patou. Používat dlouhou lžici k obutí. Při oblékání začínat operovanou končetinou, při svlékání začínat zdravou (UIBERLAYOVÁ, 2013), (Příloha I, J).

2.2 INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Po ukončení operace je pacient v plném vědomí přeložen obvykle na JIP. Zde je pod stálým dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh a dostatečně spontánně nedýchá. Pacient je napojený na monitor a v pravidelných intervalech se kontrolují hodnoty krevního tlaku, pulzu, dechu, sleduje se vědomí, zaznamenává se křivka EKG, měří se saturace kyslíku, diuréza, odchod plynů a stolice. Sledují se také drény, jejich funkčnost a odpad z něj. Kontroluje se krytí operační rány, zda není prosáklé. Každá změna se hlásí ihned lékaři. Naměřené hodnoty je nutné pravidelně zapisovat do dekurzu.

Součástí pooperační péče je zajištění časně mobilizace nemocného. S rehabilitací se začíná většinou již první pooperační den za pomoci fyzioterapeuta. To je základní preventivní opatření, které brání vzniku pooperačních komplikací jako je pneumonie, trombóza a vznik proleženin. Bezpodmínečně musí pacient dodržovat stranu polohy operované končetiny a vytočení špiček zevně, vyvarovat se překřížení končetin, které by mohlo vést k vykloubení endoprotézy. Také se naučí používat klín mezi koleny. S rehabilitačními pracovníky bude procvičovat kondičně svalstvo horních a dolních končetin, provádět dechová cvičení. Cílem je vertikalizace pacienta a nácvik samostatné chůze o berlích a nácvik sebeobsluhy. Po odstranění drénu z operovaného kloubu, obvykle druhý pooperační den, začíná nácvik sedu a stoje u lůžka.

Bolest v okolí rány je různého stupně a trvání. Dle potřeb pacienta se podávají analgetika k tlumení bolesti. Jednak se můžou podávat do epidurálního katétru, který má pacient zaveden zpravidla do 6. pooperačního dne nebo se podávají injekčně, do svalu či v tabletách.

Také spánek bývá v prvních dnech po operaci narušený, ať už bolestí nebo psychickou reakcí či provozem na JIP. Je-li to potřeba, dostává pacient hypnotika k navození klidného spánku. Dostatek spánku je důležitý, aby pacient nebyl vyčerpaný a měl dostatek sil na denní režim.

V prvních 24 hodinách se může objevit zvracení, nevolnost jako následek anestezie. Musí se hlídat obsah a působit preventivně, aby nedošlo k aspiraci žaludečního obsahu. Často dochází po operačním výkonu k poruše vodní a elektrolytové rovnováhy. Z důvodu ztrát tělesných tekutin krvácením, pocením nebo v důsledku pooperační reakce projevující se retencí vody a sodíku.

Stupeň závažnosti je u každého pacienta jiný. Závisí na celkovém stavu před operací, na závažnosti operace a na perorálním příjmu tekutin po operaci. K posouzení těchto ztrát se odebírá krev na vyšetření hladiny iontů a stanovuje se také ztráta v moči. Elektrolyty a voda se hradí podáváním infúze. Také se sleduje hodnota krevního obrazu, při nízkých hodnotách se podává pacientovi transfúze. Většinou se jedná o autotransfuzi, kdy se pacientovi podá jeho vlastní krev, kterou si nechá odebrat ještě před operací. Někdy se podává už během operace.

Po operaci má pacient ztíženou hybnost, proto mu v osobní hygieně napomáhá zdravotnický personál.

Nesmí se zapomínat na hygienu dutiny ústní jako prevence zánětlivých komplikací. Pečuje se o čistotu kůže a provádí se masáže, zvláště v místech vystavených tlaku, hlavně hýždě, záda a paty, jako prevence proleženin (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2011).

2.3 NÁSLEDNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Následná péče může být prováděna ve mnoha zařízeních. Patří sem oddělení následné péče, lůžková rehabilitační oddělení, rehabilitační ústavy, rehabilitační centra, odborné léčebné ústavy, lázeňská zařízení, sociální ústavy, ambulantní rehabilitační zařízení nebo také domácí prostředí.

V této fázi fyzioterapie se využívá především koordinační cvičení se zaměřením na stabilizaci kyčelního kloubu, postupně se zaměřuje na uvolnění omezeného kloubního rozsahu, posilování oslabeného svalstva, využívá se cvičení na přístrojích, nácvik chůze po rovině a po schodech. Fyzioterapie je také zaměřena na špatné pohybové stereotypy pacienta a snaží se je eliminovat.

Důležitou součástí léčby je cvičení v domácím prostředí. V nemocnici a podobných zařízeních se pacient naučí jak správně rehabilitovat. Každé zařízení má své systémy a rehabilitace je sestavená na míru pacienta. Cvičí se celý organismus, nejen operovaná končetina, ale i neoperovaná. Cvičit by se mělo pravidelně, alespoň 2-3krát za den. Důležité je cvik provádět správně. Cviky lze rozdělit na cviky na zádech, na břiše a vsedě. Objeví-li se nějaké potíže, je nutno to prodiskutovat se svým lékařem a cvik vynechat.

V období mezi šesti týdny až třemi měsíci po operaci je možno vyměnit podpažní berle za berle francouzské. Operovaná končetina se může začít zatěžovat. Jedině ortoped je schopný na základě nálezu stanovit a doporučit postup zatěžování a přechod na plnou zátěž operované končetiny. Vhodné je postupně přidávat zátěž a přejít na takzvanou dvoudobou chůzi. Pacient vykročí operovanou končetinou spolu s protilehlou berlí. Zdravou končetinu, stejně jako při normální chůzi, nakročí před operovanou končetinu spolu s druhostrannou berlí. Jakmile pacient získá jistotu při chůzi, může vyměnit berle za vycházkovou hůl nebo je odložit úplně. Hůl se nosí v opačné ruce, než je operovaný kyčelní kloub. Berle se odkládají postupně, například při pohybu po bytě. Minimálně tři měsíce nesmí pacient křížit končetiny, ležet a spát na boku operované končetiny, nezapomínat na klín mezi kolena, často měnit polohy, vyhýbat se mokrému a namrzlému terénu a nosit vhodnou obuv. Důležitý je stálý příjem tekutin z hlediska prevence komplikací a rychlé rekonvalescence (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

U každého pacienta se objevují individuálně bolesti v oblasti hojící se rány a změny v celkovém stavu pacienta. Důležité je tyto obtíže lékařům vždy nahlásit. Pacient by se měl snažit plnit všechny pokyny ohledně pohybového režimu, které jsou u každého individuální (MACDONALD, 2004).

Také by měl pacient aktivně spolupracovat s lékařem, dle objednání chodit na pravidelnou kontrolu k ortopedovi. První ortopedická kontrola se obvykle plánuje do šesti týdnů od operace, druhá návštěva do třech měsíců a na kontrolu by se měl také dostavit ke svému obvodnímu lékaři.

Návrat do zaměstnání je individuální. Při lehčí fyzické práci je možné zahájit pracovní zařazení dříve, po třetím měsíci od operace. U práce s plnou zátěží dolních končetin je nutné vyčkat na pracovní zařazení až po čtyřech až šesti měsících. Ale i poté je výraznější fyzická aktivita nevhodná. Šetřící režim je nutný po zbytek života. Kloubní náhrada neznamena plné uzdravení. Opět je nutno respektovat individuální doporučení ortopeda. Po šesti měsících může pacient začít s lehkým rekreačním sportováním. Pacient by se měl vyvarovat prudšímu běhu, skoku, kontaktním sportům, lyžování na těžkém terénu, jízdě na koni. Ke vhodným sportům patří plavání, jízda na kole, chůze, procházky a nordic walking. Pacient musí dávat pozor před nekontrolovanými pády (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

3 EDUKACE

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe oddělit. Výchova rozvíjí postoje, potřeby, zájmy a chování jedince (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukace pacienta je proces, který ovlivňuje chování edukanta. Jejím cílem je změna v oblasti vědomostí, postojů a zručnosti potřebné na udržení, podporu a zlepšení zdraví. Edukace může být zaměřena na nemocné i zdravé jedince. Měla by být součástí terapeutických a ošetrovatelských zásahů. (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ aj., 2010).

3.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ V EDUKACI

Výchova – proces působení na osobnost jedince s cílem dosáhnout změny v jednotlivých složkách osobnosti jako je formování postojů, názorů a hodnot (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ aj., 2010).

Vzdělávání – u jedince rozvíjí vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledkem je vzdělanost, vzdělávání, klasifikace.

Vzdělanost – odpovídá celkové úrovni vzdělávání v sociální skupině, státě nebo národě. Spadá sem i úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství, sociálně kulturní život společnosti.

Edukační proces – vytvářejí ho lidé a dochází při něm k učení. Edukační procesy probíhají po celý život, od prenatálního života až do smrti. Jeho součástí jsou čtyři činitelé a to edukanti, edukátor, edukační konstrukty a prostředí (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukační proces se může nazvat také jako výchovno – vzdělávací proces. Je to cílevědomé, plánované a záměrné působení edukátora na edukanta (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ aj., 2010).

Edukant – je subjekt učení. Ve zdravotnictví je nejčastějším subjektem zdravý nebo nemocný pacient. Také jim může být zdravotník, který si prohlubuje své vědomosti.

Edukátor – je ten, kdo učí. Nejčastěji to bývá ve zdravotnictví lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut a jiní.

Edukační konstrukty – patří sem plány, zákony, předpisy, edukační standardy a materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí – zde probíhá edukace. Ve zdravotnictví se může jednat například o ambulanci, kde edukační proces probíhá. Mezi ovlivnitelné faktory může patřit osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek a celková atmosféra.

Edukační standard – je to dohodnutá norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace. V praxi se většinou jedná o standardy pro pacienty s určitým onemocněním.

Edukace hraje velkou roli při poskytování primární, sekundární a terciální prevence. Primární prevence se zaměřuje na zdravé jedince, informuje je o prevenci onemocnění a učí je, jak dosáhnout lepší kvality života. Sekundární prevence probíhá u nemocných jedinců, u kterých se snaží, aby došlo k pozitivnímu vlivu jejich uzdravení, nedošlo ke komplikacím a recidivám, aby pacient správně dodržoval léčebný režim a udržel si soběstačnost. Terciální prevence je zaměřena na jedince, kteří již mají trvalé změny ve svém zdravotním stavu a učí je jak zlepšit kvalitu života.

Edukace se dělí na základní, reedukční a komplexní. Při základní edukaci jsou jedinci předávány nové vědomosti a motivuje se ke změně životních hodnot. Reedukční, nebo také pokračující, rozvíjející nebo nápravná edukace navazuje na předchozí vědomosti a dále je prohlubuje. Komplexní edukace se nejčastěji využívá v kurzech. Jedinci předává ucelené vědomosti a prospěšné opatření, která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.2 POŽADAVKY NA SESTRU V ROLI EDUKÁTORKY

Sestra v roli edukátora poskytuje vědomosti a zkušenosti, je poradcem a podporovatelem edukanta. Sestra je v edukačním procesu i koordinátor. Je tvůrcem a projektantem edukace, diagnostikuje edukační potřeby edukanta, realizuje edukaci a také ji hodnotí. Edukátor musí seznámit edukanta s důvody, proč se u něj bude edukace provádět.

Sestra jako edukátor by měla mít určité předpoklady

- Charakterové - trpělivost, tolerance, důslednost, zodpovědnost.
- Intelektové – například operativní řešení problému.
- Senzomotorické – zručnost, obratnost.
- Sociální – empatie, pozitivní vztah k lidem, umění komunikovat.
- Odborné znalosti a dovednosti.
- Odborné znalosti v oblasti edukace, například znát metody, formy edukace a využívat je efektivně v praxi.
- Autoregulační, jako je například schopnost přizpůsobit se (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Od sestry jako edukátorky se vyžadují určité zručnosti. Patří sem kompetentnost při poskytování ošetrovatelské péče, schopnost poskytovat péči v rámci multidisciplinárního týmu, realizace kvantitativního a kvalitativního výzkumu, používání, vyvíjení a hodnocení protokolů ošetrovatelské péče, fyzikální posouzení se zřetelem na komplexnost chronicky nemocné populace (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ aj., 2010).

Edukátor by měl provádět sebereflexi, sebehodnocení, aby jeho práce byla co nejvíce kvalitní. Jde o nastavení zrcadla sám sobě, což vyžaduje určitou zralost a upřímnost. Sebereflexi si může edukátor provádět tak, že si pokládá otázky a sám si na ně odpovídá. Patří to mezi nejčastější druhy sebereflexe, společně s dotazníkovým hodnocením a rozhovorem s edukantem. Mezi méně častou metodu patří videozáznam (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI

Edukační proces probíhá v určitém edukačním prostředí. To může ovlivňovat edukaci pozitivně nebo negativně. Edukační prostředí je důležité pro zlepšení efektivnosti vzdělávání. Edukant by měl pociťovat tělesný komfort (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ aj., 2010).

Vždy je vhodné vybrat takové prostředí, kde bude klid a v okolí se bude vyskytovat co nejméně rušivých elementů. Tak, aby se dobře cítil edukant i edukátor.

Prostředí by mělo vytvářet příjemnou atmosféru. Důležité je, aby všichni zúčastnění mohli mezi sebou komunikovat a spolupracovat bez překážek. Edukátor by si měl dopředu vždy přizpůsobit prostředí, ve kterém bude edukace probíhat. Měl by si zajistit dostatek světla, prostoru, vybrat vhodný nábytek, křesla a vhodně volit barvu místnosti, spíše teplé barvy, aby na člověka působily příjemně (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Mezi negativní bariéry ovlivňující edukaci se řadí různé překážky či komplikace, které brání k efektivnímu dosažení cíle. Mohou to být bariéry ze strany edukanta nebo edukátora. Edukátor by si měl na edukaci vždy připravit dostatek času, aby dal prostor edukantovi se vyjádřit a popřípadě mu mohl v klidu objasnit nejasnosti. Měl by se připravovat aktuálně a řádně, dle edukantova stavu a vědomostí. Edukace by měla být připravená a naplánovaná dle charakteru onemocnění edukanta. Zvážit mentální handycepy tak, aby vše pochopil. Také si ověřit, zda rozumí česky, popřípadě edukaci přizpůsobit tak, aby jí porozuměl. Edukátor by měl mít připravené takové pomůcky, aby se edukace přizpůsobila k poruše smyslového vnímání a nijak neurazila edukantovy odlišné kulturní zvyky. Důležité je, aby edukátor byl dostatečně motivován k edukaci a aby sám chtěl edukaci poskytnout.

Při plánování by měl mít edukátor na mysli faktory, které by mu mohly edukaci negativně ovlivnit. Patří sem věk, pohlaví, poruchy smyslového vnímání jako je hluchota či dalekozrakost, úroveň soběstačnosti, zdravotní stav a onemocnění, psychický stav jako je strach nebo úzkost, osobnostní vlastnosti, postoje a motivace ke zdraví, návyky, zkušenosti, schopnosti a dovednosti, víra, styl učení, vzdělání, zaměstnání, kulturní a etnická příslušnost, rodinné vztahy, ekonomická situace a v neposlední řadě celkové edukační prostředí a jeho vybavení. Také musí edukátor myslet na to, že je edukant dospělý a má potřebu být nezávislý, dělá vlastní rozhodnutí, za které je zodpovědný a řídí svůj život. Chce se učit, dozvědět se co nejvíce, je připravený na změnu a pozitivně přímá přátelské prostředí. Edukanti chtějí být edukováni s ohledem na jejich potřeby a chtějí vědět, co mají dělat doma po propuštění.

Vztah edukátora a edukanta je důležitý předpoklad pro dosažení cíle. Tento vztah by měl být otevřený, založený na důvěře. Edukátor by měl edukanta podporovat (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.4 ZÁSADY SPRÁVNÉ EDUKACE

Zásady edukace jsou určité požadavky a pravidla, která pozitivně ovlivňují kvalitu výuky. První didaktické zásady u nás zformuloval Jan Amos Komenský. Patřila sem například aktivnost, uvědomělost, názornost, postupnost, trvalost a jiné.

Mezi zásady řadíme

- Při sběru informací o edukantovi se snažit získat co nejvíce informací o jeho vědomostech, dovednostech, návycích a postojích a identifikovat jeho potřeby.
- Edukace by měla odpovídat individuálním zvláštnostem jedince jako je zdravotní a psychický stav, individuální potřeby, sociální prostředí a kulturní odlišnosti, měla by odpovídat vědomostem edukantů, aby ji pochopili a uměli použít v praxi.
- Edukátor by si měl svůj přednes nacvičit dopředu, říct si ho nahlas a před zrcadlem, mít na paměti, že řeč těla mluví za nás z 55%, používají se přirozená gesta a mimika.
- Edukaci zahájit vždy včas dle naplánovaného času.
- Edukátor by měl na začátku edukace edukanty seznámit s cílem a s obsahem učiva, v průběhu a na konci by měl provést kontrolu, zda probranému učivu porozuměli.
- Vhodné je, aby edukátor celou dobu udržoval oční kontakt s účastněnými a měl jistotu, že edukanti informacím rozumí a umí je uplatnit prakticky.
- Přednes by měl být prezentován s nadšením a s přesvědčením, nemluvit příliš rychle, potichu a monotónním hlasem, během prezentace nikdy nesledovat hodinky.
- Při ukázce na snímek ukazovat otevřenou dlaní nebo laserovým ukazovátkem, používat vhodné učební pomůcky a didaktickou techniku, audiovizuální techniku, vhodně volit velikost a typ písma, při psaní na tabuli psát velká a čitelná písmena.
- Pomůcky vždy připravit dopředu jako je dataprojektor s PC, k tvorbě prezentací se nejčastěji užívá program Power Point, tvoří ji jednoduché snímky, které jsou obohaceny o grafy či obrázky, důležitou roli hraje i pozadí snímku, vhodné je zvolit barvu modrou, která u edukanta vyvolává pocit důvěry a zklidňuje, druhou barvou je barva zelená, která uklidňuje a vyvolává diskuzi.
- Dobré je vždy myslet na možnost selhání techniky a mít připravenou prezentaci tištěnou nebo ji zálohovat na více nosičích (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.5 CÍLE EDUKACE

Edukační cíl znamená něco jako očekávaný výsledek, kterého chce edukátor dosáhnout. Dopředu by měl mít promyšlené, jakých změn ve vědomostech, dovednostech, postojích, hodnotách a návycích chce dosáhnout, takový by měl být i výsledek. Cíle lze rozdělit na krátkodobé, jedná se o etapy nebo dlouhodobé, finální.

Stanovený cíl musí odpovídat schopnostem edukanta, musí být pro něj splnitelný. Cíl edukace musí být jednoznačný a kontrolovatelný různými prostředky. Cíle jednotlivých lekcí musí být podřízeny hlavnímu cíli a být spolu v souladu. Zvolené cíle, metody, formy a obsah edukace musí být ve vzájemné harmonii. Cíle se formulují vždy ze strany edukanta, ne edukátora. Měly by působit na celou stránku osobnosti edukanta, tedy na oblast kognitivní, afektivní a behaviorální. Cíl musí být stanovený konkrétně, přesně, jasně, jednoznačně a s možností kontroly. Stanovenému cíli se musí přizpůsobit metody, formy a obsah edukace.

3.5.1 KOGNITIVNÍ OBLAST

Do kognitivních nebo – li vzdělávacích cílů patří šest kategorií a několik dalších podkategorií.

Mezi základních šest kategorií patří:

- znalost – zapamatování, edukanti si obnovují proces znovupoznání, jsou schopni si vybavit termíny, pojmy, postupy a podobně
- porozumění - edukant rozumí sdělenému obsahu a dokáže tyto vědomosti využít
- aplikace - edukanti používají v nových situacích pojmy, pravidla a metody, tato kategorie je jedna z nejvíce používaných
- analýza - edukanti umí určit a objasnit vztahy mezi jednotlivými částmi určitého prvku, umí proniknout ke struktuře sdělení a odhalit principy jednotlivých částí
- syntéza - edukanti umí skládat jednotlivé části v celek, který pro ně předtím subjektivně neexistoval
- hodnotící posouzení - edukanti umí posoudit různé dokumenty, způsoby řešení z hlediska vnitřních a vnějších kritérií (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.5.2 AFEKTIVNÍ OBLAST

Afektivní cíle se zaměřují především na oblast vytváření postojů, přesvědčení, hodnot a názorů.

Patří sem:

- přijímání – vnímavost, edukanti věnují pozornost určitým podnětům, které postupně preferují nad ostatními
- reagování - edukanti mají zvýšený zájem o daný jev a činnost jim přináší uspokojení
- oceňování hodnoty - dochází k zvnitřňování hodnoty, chování edukantů má stabilitu, oceňují hodnotu a ta se stává jejich motivační silou
- integrování hodnot - hodnoty se začleňují do struktury a systému ostatních hodnot
- začlenění systému hodnot do charakterové struktury - nejvyšší stupeň dané hierarchie, hodnoty mají pevné místo v charakteru edukanta a k vyvolání požadovaného chování není nutný emocionální podnět.

3.5.3 BEHAVIORÁLNÍ OBLAST

Behaviorální nebo také psychomotorická či výcviková oblast. Cílem je, že si jedinec osvojí určitý druh motorických zručností a návyků.

Patří sem:

- imitace – nápodoba, edukant sleduje praktickou činnost a tu začne napodobovat
- manipulace – praktické cvičení, edukant vykonává požadovanou činnost na základě slovního návodu, procvičuje danou činnost, kterou postupně zdokonaluje
- zpřesňování - edukant samou činnost provádí téměř samostatně, jeho pohyby jsou koordinované a přesné
- automatizace - edukant má zautomatizovanou psychomotorickou činnost a při maximálním výkonu vydává minimální energii (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.6 EDUKAČNÍ PROCES

Edukační proces je systematický, logický, následný a plánovaný proces. V němž probíhají vzájemně se ovlivňující činnosti, vzdělávání a učení. Na tomto procese se podílí účastníci, edukátor a edukant, kteří se navzájem ovlivňují (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ aj., 2010).

V procesu edukace dochází ke vzájemné kombinaci jeho jednotlivých kategorií a oblastí. Edukace se realizuje na základě zjištěných edukačních potřeb, které se zjistí při vyhodnocení sběru informací o edukantovi. Na základě předem připraveného plánu se realizuje edukace, která by měla vést k naplnění cíle edukace. Již při plánování musí edukátor zohlednit faktory, které by mohly negativně ovlivnit úspěch edukace.

Ve zdravotnických zařízeních je edukační proces specifický. Zabývají se péčí o zdraví svých pacientů a edukace by měla být součástí péče.

Každá zdravotnická dokumentace by měla obsahovat edukační záznam. Ten by měl obsahovat úroveň znalostí edukanta na začátku a na konci edukace, cíl a obsah edukace, použité metody a formy, učební pomůcky a bariéry edukace, zhodnocení edukace, kdo, kdy, kde a koho edukoval, podpis edukátora i edukanta.

Hodnocení edukace je poslední fází edukačního procesu. Edukátor hodnotí edukanta, jakých výsledků a efektů u něj bylo dosaženo. Hodnocení se může provádět i v průběhu edukace nebo až na jejím konci (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukace v ošetrovatelství se může rozdělit podle toho, ve které fázi nemoci pacienta se edukace realizuje. Může se jednat o edukaci úvodní, prohlubující a kontinuální. Někdy je potřeba udělat takzvanou reedukaci. Znovu posoudit a najít příčiny, proč se nedaří s edukantem dosáhnout stanoveného cíle (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ aj., 2010).

4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO NÁHRADĚ KYČELNÍHO KLOUBU

Kazuistika pacienta

Dne 13. 2. 2015 byla přijata 68letá pacientka J. J. na ortopedické oddělení k plánovanému výkonu. Jednalo se o totální endoprotézu kyčelního kloubu vlevo pro coxarthrózu III. stupně. Pacientka měla dlouhodobé potíže s kyčelním kloubem, asi 20 let. V poslední době se začaly objevovat bolesti noční i klidové, pacientka musela užívat pravidelně analgetika. Chodila bez opory, ušla asi 200 metrů.

Výkon u pacientky se prováděl v celkové anestezii. Operace proběhla bez komplikací, po implantaci TEP stabilní. Pooperační průběh byl klidný. Na ortopedickém oddělení byla pacientka hospitalizována celkově devět dní, osm dní po operaci. Pacientka zde začala se základní rehabilitací. Stehy byly ponechány a pacientka byla přeložena přímo na rehabilitaci do odborného léčebného ústavu do lázní ve Slatinicích.

Zde byly stehy extrahovány 12. den po operaci. Rána i okolí bylo klidné, bez známek zánětu. Pacientka navázala na započatou rehabilitaci na ortopedii. Pacientce byl přidělen rehabilitační pracovník, který s ní pravidelně a intenzivně pracoval. Denně se cvičilo s operovanou končetinou. Pacientka nacvičovala chůzi o podpažních berlích a učila se samostatnosti. Po zhojení rány se do denního rozpisu přiřadila i balneoterapie. Pacientka dostala procedury v minerální vodě, jako je například minerální koupel či cvičení v bazéně. Poslední týden hospitalizace začala pacientka s nácvikem chůze s francouzskými berlemi bez došlapu na operovanou končetinu.

Pacientka byla po celou dobu tlakově stabilní, žádná komplikace se nevyskytla. Pacientka si žádala analgetika dle potřeby, hlavně po zátěži a na noc.

4.1 POSUZOVÁNÍ

Jméno: J. J.

Pohlaví: Ž

Věk: 68 let

Bydliště: Olomouc

Rasa: europoidní (bílá)

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: základní

Zaměstnání: starobní důchodce

ANAMNÉZA

Nynější onemocnění: TEP kyčelního kloubu vlevo pro coxartrózu III. stupně.

Osobní anamnéza: operace: 14. 2. 2015 TEP kyčle vlevo, 1981 + 2013 gynekologické operace, 1985 CHCE, úrazy: 0, běžné dětské nemoci, DM na PAD (2 roky), HN na medikaci (10 let), autoimunitní thyreoiditis, hepatopatie, hyperlipidémie, hyperurikémie.

Alergická anamnéza: PNC (bolesti břicha, průjem).

Abúzy: nekouří, alkohol nepije, kávu příležitostně, závislost na jiných látkách neudává.

Farmakologická anamnéza: Letrox 100 ug tbl. 1-0-0 (na lačno), Betamed 20 mg tbl. ½-0-0, Kapidin 10 mg tbl. 1-0-0 (na lačno), Furon 40 mg tbl. 1-0-0, Piramil 10 mg tbl. 1-0-0, Siofor 500 mg tbl. 1-0-1, Apo-Allopurinol 100 mg tbl. 1-0-1, Apo-Atorvastatin 10 mg tbl. 0-0-1, po operaci doporučená medikace: Xarelto 10 mg tbl. 0-0-1, Sorbifer durules 1-0-1, analgetika dle potřeby při bolestech.

Základní údaje

Tělesný stav	zhoršený, nadváha, po operaci chůze o dvou podpažních berlích
Mentální úroveň	dobrá, orientována místem, časem, osobou
Komunikace	přiměřená
Zrak, sluch	špatně vidí do blízka, nosí brýle na čtení
Řečový projev	srozumitelný, bez omezení
Paměť	krátkodobá a dlouhodobá paměť nenarušená
Motivace	přiměřená, představuje zájem o nabytí vědomostí
Pozornost	přiměřená, bez omezení
Typové vlastnosti	pacientka se hodnotí spíše jako melancholik
Vnímavost	přiměřená
Pohotovost	pomalejší
Nálada	pozitivní, má zájem o nové vědomosti
Sebevědomí	střední úroveň, úplně si nevěří
Charakter	hodná, upřímná, trpělivá
Poruchy myšlení	neprojevují se, myšlení jasné
Chování	milé, vlídné
Učení	typ – emocionální styl – vizuální, názorný, logický postoj – zajímá se o své onemocnění, má zájem o nové informace bariéry – občas nejistota, strach

Posouzení fyzického stavu, zdravotního problému a edukačních potřeb.

Posouzení dle Marjory Gordonové.

Podpora zdraví: pacientka byla přijata plánovaně pro výše uvedený operační výkon. Pacientku trápí už 20 let bolesti levého kyčelního kloubu. Pro stále zhoršující se bolesti se rozhodla problém řešit operativně. Nyní je pacientka hospitalizována na OLÚ Slatinice k rehabilitaci. Pacientka jeví zájem o doplnění vědomostí týkající se jejího onemocnění. Pacientka je vdova, bydlí v rodinném domě s dcerou a s jejím manželem a vnučkou v Olomouci. V běžném životě se snaží pravidelně podstupovat prohlídky u praktického lékaře a ortopeda. Snaží se dodržovat všechna doporučení od lékařů. Nekouří, alkohol nepije, kávu příležitostně. Dříve chodila pravidelně s kamarádkami na procházky, ale nyní pro potíže musela přestat. To pacientku trápí a těší se, až bude moci s nimi opět vyrazit ven.

Výživa: pacientka je obézní. Váží 78 kg, měří 147 cm, BMI = 36,1. Pacientka si je vědoma obezity, a že by měla zhubnout. Snaží se stravovat pravidelně. Měla by držet diabetickou dietu, ale přiznává se, že ji zanedbává. Nejraději má českou kuchyni. Denně vypije 1 až 1,5 litru tekutin. Nejvíce preferuje ovocné čaje. Alkohol nepije. Během hospitalizace pacientka nemá žádný problém s diabetickou dietou.

Vylučování: s močením potíže neudává. Vyprazdňování stolice v domácím prostředí je nepravidelné, většinou jednou za dva nebo tři dny. Stejně to je i během hospitalizace.

Aktivita, odpočinek: pacientka se nevěnuje žádnému sportu. Dříve chodila s kamarádkami na pravidelné procházky, ale musela přestat kvůli bolestem. Ráda tráví čas na zahrádce, kde za příznivého počasí tráví hodně času. Zvládá se starat o domácnost a vařit. Ráda si čte a luští křížovky. Také ráda poslouchá dechovky. Je zvyklá si odpoledne na hodinu lehnout. V noci moc dobře nespí. Usíná kolem 21 hodiny a spí asi do 1 hodiny ráno, potom má přerušovaný spánek a vstává kolem 5 hodiny. Během hospitalizace téměř každý den rehabilitovala, cvičila s fyzioterapeutem a také měla dostatek času na odpočinek mezi procedurami.

Vnímání, pozorování: pacientka je při vědomí, orientována, kontaktní. Špatně vidí do blízka, nosí brýle na čtení. Potíže se sluchem neudává. Onemocnění ji trápilo hlavně z důvodu bolesti a omezení v pohybu. Těší se, až bude moci vyrazit s kamarádkami na procházku. O svém zdravotním stavu je poučena lékařem, má základní informace.

Sebepojetí: pacientka se hodnotí spíše jako melancholik. I přes to, že si moc nevěří, jeví zájem o nové informace a své vědomosti si chce prohloubit. Pacientka spolupracuje a je snaživá.

Role, vztahy: pacientka je vdova, žije v Olomouci v rodinném domě s dcerou a její rodinou. Má pěkný vztah s dcerou, s ní také řeší veškeré problémy. Během hospitalizace ji rodina navštěvuje jednou týdně. Vztah s kamarádkami trochu ochabl, ale věří, že se opět obnoví.

Sexualita: nechce hodnotit.

Zvládání zátěže: v domácím prostředí pacientka řeší aktuální problémy s dcerou nebo vnučkou. V současné době ji trápí, aby nebyla nikomu na obtíž, aby se zvládala sama o sebe postarat. Věří, že operovanou končetinu rozcvičí a bude samostatná.

Životní hodnoty: pacientka si přeje do budoucna být soběstačná, nebýt závislá na druhých a být bez bolesti. Doufá, že všechno zvládne.

Bezpečnost, ochrana: pacientka je spokojená, v prostředí, kde se nachází, se cítí dobře. U pacientky jsou zajištěna bezpečnostní opatření.

Komfort: nezměněn. Na vysoké úrovni.

Jiné (růst a vývoj) : pacientka je menšího vzrůstu a trpí obezitou.

Profil rodiny

Pacientka ovdověla před 4 roky. Bydlí s dcerou, s jejím manželem a vnučkou v rodinném domě v Olomouci, kde také pracují. Pacientka je ve starobním důchodu. Vztahy v rodině jsou dobré. S problémy jí pomáhá dcera nebo vnučka. Pacientka má ještě syna, který bydlí a pracuje se svojí manželkou v Brně. Jejich dcera bydlí také s manželem a malým synem v Brně. Se synem a s jeho rodinou si často telefonují, na návštěvu jezdí asi jednou za tři týdny.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

Pacientka je s dcerou a její rodinou každý den v kontaktu. Syn s rodinou jezdí asi jednou za tři týdny, jinak si často telefonují. Kontakt s příbuznými je výborný. Rodinné vztahy jsou přiměřené. Rodina pacientku podporuje. Sociální zázemí a finanční situace je v rodině průměrná.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Pacientka v poslední době pobývala hlavně doma nebo na zahrádce. Kvůli bolestem nemohla chodit na delší tratě. Snaží se dodržovat léčebný režim. Někdy ale poruší diabetickou dietu. Příjem tekutin je přiměřený, denně vypije litr až 1,5 litru tekutin. Večer chodí spát kolem 21 hodiny, většinou do 1 hodiny ranní a potom má spánek přerušovaný. Vstává kolem 5 hodiny. Je zvyklá si denně po obědě na hodinu lehnout. Doma zvládá se starat o domácnost a vařit. Navzájem si s dcerou pomáhají. Ráda tráví čas na zahrádce, luští křížovky, čte a poslouchá dechovky. Dříve chodila ráda s kamarádkami na procházku. Doufá, že to zase bude po operaci možné.

Kultura: kniha, hudba.

Náboženství: ateista.

Hodnota: nejdůležitější je pro ni být zdravá, nezávislá na okolí.

Postoj k nemoci: věří, že operace jí pomůže a bude nadále soběstačná.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina pacientku podporuje. Je schopna efektivní spolupráce a komunikace. Spolu vždy řeší aktuální problémy. Pacientku během hospitalizace navštěvují jedenkrát týdně. Pro pacientku je největší oporou její dcera.

Porozumění současné situace rodinou

Rodina zná pacientčin zdravotní stav a akceptuje režimová opatření a změnu životního stylu. Pacientka se s rodinou shoduje v řešení jejího zdravotního stavu a režimového opatření.

Motivace pacientky

Motivace je vysoká, pacientka má zájem o nové informace. Chce si své vědomosti prohloubit v oblasti pohybového režimu, změně životního stylu a o teoretické vědomosti celkově. Pacientku motivuje zdravotnický personál a rodina.

Na zjištění vědomostí pacientky byl použit následující vědomostní vstupní test, který obsahoval tyto otázky:

Vstupní test

Otázky	Ano/Ne
Víte, co je to artróza?	Ano
Máte informace o možných komplikacích?	Ne
Znáte zásady jak pečovat o jizvu?	Ne
Znáte omezení, které Vás čekají?	Ne
Znáte zakázané polohy?	Ano
Víte, jak správně chodit o berlích?	Ano
Máte informace o pomůckách pro zlepšení soběstačnosti?	Ne

Na základě vstupního testu jsme zjistili, že pacientka nemá celistvé vědomosti o jejím onemocnění. Je nutno pacientce doplnit vědomosti v oblasti možných komplikací, které by ji po operaci mohly postihnout. Pacientce se musí vysvětlit omezení, která jí v pooperačním režimu čekají, naučit ji jak se starat o jizvu a podat ji informace o pomůckách, které jí mohou pomoci v oblasti soběstačnosti. Dále během edukace pacientce doplním informace o artróze, zopakují jí zakázané polohy, aby nedošlo ke komplikacím, a vyzkoušíme, jak správně chodit o berlích.

4.2 EDUKAČNÍ DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí o:

- onemocnění
- pooperačním režimu
- následné změně životního stylu
- komplikací onemocnění.

Deficit v postojích:

- nejistota v dodržování správného režimu
- strach z komplikací
- strach z budoucnosti.

Deficit zručností:

- v péči o jizvu
- v péči o sebe samu.

4.3 PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení vědomostního testu byly určeny priority edukačního procesu

- o artróze
- o pohybovém režimu
- o životním stylu
- o pooperačních komplikacích.

Podle struktury: 4 edukační jednotky.

Záměr edukace:

- mít co nejvíce vědomostí o artróze
- získat co nejvíce vědomostí o zásadách v pohybovém režimu
- adaptace na změnu životního stylu
- seznámit se s možnými komplikacemi v pooperačním režimu.

Podle cílů:

- **Kognitivní** – pacientka prohloubila vědomosti o svém onemocnění, o pohybovém režimu, o životním stylu a o možných pooperačních komplikacích.
- **Afektivní** – pacientka má zájem o prohloubení svých vědomostí, spolupracuje a uvědomuje si nutnou změnu v životním stylu.
- **Behaviorální** – pacientka dodržuje léčebný režim, bude se podílet na doporučeném životním stylu, bude umět pečovat o jizvu a bude respektovat zásady v pohybovém režimu.

Podle místa realizace: v odborném léčebném ústavu, na pokoji pacientky, zabezpečit soukromí a klid.

Podle času: edukační proces je rozdělen do čtyř dnů, podle pacientčina času, v odpoledních hodinách mimo rehabilitaci a procedury.

Podle výběru: výklad, vysvětlování, objasňování, rozhovor, názorná ukázka, edukační karta, papír, tužka, psací potřeby, vstupní a výstupní test, diskuze.

Edukační pomůcky: psací potřeby, papír, tužka, edukační karty, odborná literatura, pomůcky na ukázku – klín, navlékač ponožek, zouvák na boty, francouzské berle.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: prohlubující.

Struktura edukace:

1. Edukační jednotka: Artróza.
2. Edukační jednotka: Pohybový režim po náhradě kyčelního kloubu.
3. Edukační jednotka: Změna životního stylu po operaci.
4. Edukační jednotka: Komplikace v pooperační péči.

Časový harmonogram edukace:

1. Edukační jednotka: 17. 2. 2015 od 15.00 do 15.30 (30 minut).
2. Edukační jednotka: 18. 2. 2015 od 14.00 do 15.00 (60 minut).
3. Edukační jednotka: 19. 2. 2015 od 14.30 do 15.15 (45 minut).
4. Edukační jednotka: 20. 2. 2015 od 15.00 do 15.30 (30 minut).

4.4 REALIZACE

1. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Artróza.

Místo edukace: na pokoji pacientky, v odborném léčebném ústavu.

Časový harmonogram: 17. 2. 2015 od 15.00 do 15.30 (30 minut).

Cíl:

- **Kognitivní:** pacientka získala nové informace a prohloubila vědomosti, co je to artróza, co jí je příčinou, jak se projevuje a jak se léčí.
- **Afektivní:** pacientka jeví zájem o nové vědomosti, aktivně spolupracuje při diskuzi a má dostačující informace o příčině náhrady kyčelního kloubu.

Forma: individuální.

Prostředí: lázeňské prostředí, na pokoji v odborném léčebném ústavu, zabezpečit soukromí a klid.

Edukační metody: vysvětlování, objasňování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacientky, diskuze.

Edukační pomůcky: psací potřeby, papír, tužka, odborná literatura.

Realizace 1. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut)
- přivítat se a seznámit, vytvořit vhodné edukační prostředí a příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke spolupráci a vysvětlit jí význam získaných informací.
- **Expoziční fáze:** (15 minut)

Pacientce je vysvětleno, co bylo příčinou výměny kyčelního kloubu, a to artróza. **Artróza kyčelního kloubu** - je nejčastější příčina, pro kterou je implantována náhrada kyčelního kloubu. Je to degenerativní onemocnění, jedná se o jakési změny z opotřebení, které vedou k omezení pohybu a bolestivosti kloubu. Příčiny jsou různé, přispívá k tomu několik faktorů, jako je obezita, nedostatek pohybu nebo nadměrné zatěžování příslušných kloubů, genetické faktory, diabetes mellitus a hormonální funkce. Estrogeny mají vliv u ženy na vznik artrotického poškození kloubů v období

klimakteria. Dále se sem řadí jednostranné zatěžování kloubu v práci nebo sportu, úraz či jiné trauma daného kloubu. Další příčinou může být vývojová dysplazie kyčelního kloubu, jedná se o vrozenou vadu u dětí, kdy dochází k částečnému nebo úplnému vykloubení. Dále sem patří stav po úraze, revmatoidní artritida a Bechtěrevova nemoc. Bolesti u artrózy se vysvětlují drážděním nervových zakončení v kloubním pouzdře a vznikem zánětu. Při lehčím stupni se objevuje startovací bolest, zpočátku po námaze, na začátku pohybu, dochází k omezení pohybu a po rozhýbání bolest odezní. Dále to je bolest námahová, která v klidu vymizí a mění se i v bolest klidovou nebo noční. To je signálem, že došlo k podráždění kloubu a okolních tkání a ke vzniku zánětu. Mezi další příznaky patří omezená funkce, hybnost a ztuhnutí kloubů, praskání v kloubech, nestabilita, omezená chůze. Operuje se při bolesti noční, klidové, při bolestech u každého kroku, jako bylo u pacientky (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

- **Fixační fáze:** (5 minut)
- zopakování nejdůležitějších informací o artróze. Pacientka umí objasnit, co to artróza je, jaké jsou její příčiny a jak se projevuje.

- **Hodnotící fáze:** (5 minut)
- zhodnocení zpětné vazby formou diskuze, pokládání kontrolních otázek pacientce a následně jejich zhodnocení.

Kontrolní otázky:

Umíte vysvětlit co je to degenerativní onemocnění?

Víte, co artrózu způsobuje?

Znáte projevy artrózy?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacientka správně odpovídala na podané kontrolní otázky. Prokázala základní vědomosti o artróze, o jejích příčinách a projevech. V rámci diskuze jsme se shodli, že obsah 1. edukační jednotky byl dostačující. Pacientka byla aktivní a stačily jí základní informace. Edukační jednotka probíhala po dobu 30 minut.

2. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Pohybový režim po náhradě kyčelního kloubu.

Místo edukace: na pokoji pacientky, v odborném léčebném ústavu.

Časový harmonogram: 18. 2. 2015 od 14.00 do 15.00 (60 minut).

Cíl:

- **Kognitivní:** pacientka si prohloubí vědomosti v oblasti pohybu. Získá doporučení, kterými by se měla řídit. Pacientka bude vědět, jak správně usedat na židli, jak uléhat a vstávat z lůžka, jak správně chodit o berlích a po schodech.
- **Afektivní:** pacientka projevuje zájem o nové vědomosti, aktivně spolupracuje a verbalizuje spokojenost se získanými vědomostmi.
- **Behaviorální:** pacientka zná a dodržuje zásady v pohybovém režimu.

Forma: individuální.

Prostředí: lázeňské prostředí, na pokoji v odborném léčebném ústavu, zabezpečit soukromí a klid.

Edukační metody: vysvětlování, objasňování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacientky, diskuze.

Edukační pomůcky: psací potřeby, papír, tužka, odborná literatura, edukační karta, pomůcky na ukázkou – klín, navlékač ponožek, zouvák na boty, francouzské berle.

Realizace 2. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5minut)
- pozdravit se, vytvořit příjemné edukační prostředí, zajistit soukromí a klidnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit důležitost edukační jednotky.
- **Expoziční fáze:** (35 minut)

Pohyb patří mezi základní potřeby člověka. Po implantaci kyčelního kloubu se musí pacientka držet určitých zásad, aby nedošlo k vykloubení kyčle.

Seznámení pacientky s doporučením ohledně pohybového režimu

Pacientka by se neměla předklánět, shýbat se k zemi a neotáčet prudce trupem. Měla by střídát chůzi, sed a leh. Důležité je nepřeceňovat síly a vyvarovat se únavě.

Seznámení pacientky se správným usedáním na židli

Vždy by měla mít pacientka jistotu, že židle je stabilní a vyšší s tvrdší sedačkou, pevným opěradlem a opěrkami rukou. Má-li zvýšený sedák, měla by použít pevnou podložku. Za žádných okolností nesmí sedat do hlubokého křesla a nikdy nedávat nohu přes nohu. V sedu nikdy nesmí být ohnutý kyčelní kloub více než do pravého úhlu, a to i na WC. Proto je vhodné používat nástavec.

Nejprve by se pacientka měla zády přiblížit k židli, dotknout se jí končetinou, odložit berle a rukama se opřít o opěrku. Na sedátko dosednout s nataženou operovanou končetinou a obě chodidla by se měly dotýkat ploskou země.

Seznámení pacientky se správným uleháním a vstáváním z lůžka

Při uléhání na lůžko by se měla pacientka zády přiblížit k lůžku a dotknout se ho. Operovanou končetinu předsunout vpřed a rukama se opřít co nejdál za sebe. Ohnout kolena a posadit se. Hýžděmi se posouvat vzad, až se dostane do úrovně kolen na matraci. Zdravou končetinu zvednout a pomalu nasunout na lůžko operovanou končetinu.

Při sesunutí z lůžka by se měla pacientka posadit na okraj lůžka a spustit zdravou končetinu na zem. Rukama se opřít o lůžko a sesouvat operovanou končetinu na zem. Na neoperované končetině se vztyčit a uchopit berle. Důležité je myslet na to, že kloub nesmí být nadměrně ohnut.

Při přetáčení těla v lůžku musí pacientka použít vždy klín nebo polštářek mezi kolena. Měla by spát na pevném a rovném lůžku (UIBERLAYOVÁ, 2013).

Seznámení pacientky s chůzí o berlích a po schodech

Pacientka musí dle doporučení operátora dodržet zatěžování operované končetiny.

Chůze o berlích. Pacientka by měla berle předsunout před sebe, vzepřít se na nich a váhu těla přenést dlaněmi na madla. Operovanou končetinu vykročit mezi berle, ale nezatížit ji. Přisunout zdravou končetinu a přenést na ni zátěž.

Chůze po schodech. Pacientka by měla zvednout zdravou končetinu na schod, přenést na ni váhu a přisunout k ní operovanou končetinu. Na schod zvednout berle. Při chůzi ze schodů předsunout berle o schod dolů. Přisunout operovanou končetinu a vzepřít se do berlí, spustit se a zatížit neoperovanou končetinu (UIBERLAYOVÁ, 2013).

Seznámení pacientky o jízdě v autě

Pacientka musí mít dostatek prostoru, aby se neohýbala operovaná kyčel. Sedák musí mít zvýšený, například podáním polštáře na sedadlo. Nejlepší je, aby seděla v zadu napříč sedadlem s nataženou operovanou končetinou. Do auta musí nastoupit jako při uléhání do lůžka. Samotné řízení automobilu se doporučuje nejdříve tři měsíce od výkonu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2011).

Seznámení pacientky se cvičením v domácím prostředí

Pacientce je sestavená rehabilitace „na míru“. Při cvičení se nesmí zapomínat také na neoperovanou končetinu a cvičit celý organismus. Cvičit by měla pravidelně, 2krát až 3krát za den. Nejdůležitější je cviky provádět správně. Ty si může rozdělit na cviky na zádech, na břicho a vsedě. V období mezi šesti týdny až třemi měsíci po operaci je možno vyměnit podpažní berle za berle francouzské. Operovanou končetinu může začít zatěžovat na základě doporučení ortopeda. Vhodné je postupně přidávat zátěž a přejít na takzvanou dvoudobou chůzi. Pacientka vykročí operovanou končetinou spolu s protilehlou berlí. Zdravou končetinu, stejně jako při normální chůzi, nakročí před operovanou končetinu spolu s druhostrannou berlí.

Při souhlasu ortopeda, jakmile pacientka získá jistotu při chůzi, může vyměnit berle za vycházkovou hůl nebo je odložit úplně. Hůl se nosí v opačné ruce, než je operovaný kyčelní kloub. Berle se odkládá postupně, například při pohybu po bytě. Objeví-li se nějaké potíže, pacientka je informována o nutnosti návštěvy či rady se svým lékařem (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

- **Fixační fáze:** (10 minut)
- zopakování důležitých informací o pohybovém režimu, rekapitulace opakovaných poznatků, zdůraznit dodržení zásad při pohybu.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut)
- zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, položení kontrolních otázek pacientce a jejich vyhodnocení.

Kontrolní otázky pro pacientku:

- Umíte předvést chůzi o berlích?
- Můžete říct, jak správně chodit po schodech?
- Víte, co hrozí, když překřížíte nohy?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacientce byly podány kontrolní otázky a její odpovědi byly správné. Prokázala, že poskytnutým informacím v oblasti pohybu porozuměla a bude je dodržovat.

Pacientka se do této problematiky zapojila nejvíce a udávala, že ji nejvíce zajímá. Projevovala aktivní zájem, dotazovala se a diskutovala. Pacientka s 2. edukační jednotkou byla spokojená.

V rámci společné diskuze jsme se utvrdily, že obsah byl dostatečný a téma edukační jednotky bylo zvoleno správně. Edukační jednotka probíhala 60 minut.

3. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Změna životního stylu po operaci.

Místo edukace: na pokoji pacientky v odborném léčebném ústavu.

Časový harmonogram: 19. 2. 2015 od 14.30 do 15.15 (45 minut).

Cíl:

- **Kognitivní:** pacientka bude prokazovat vědomosti o správném životním stylu, který se týká změny v oblasti hygieny, v péči o jizvu, oblékání, v pohybu a pravidelné návštěvy u lékaře.
- **Afektivní:** pacientka projevuje zájem o nové vědomosti, aktivně spolupracuje, podílí se na diskuzi, uvědomuje si nutnost dodržování změn v životním stylu. Je spokojená s novými vědomostmi.
- **Behaviorální:** pacientka má dostatek informací ke změnám v oblasti životního stylu a bude se jimi řídit i nadále.

Forma: individuální.

Prostředí: lázeňské prostředí, na pokoji v odborném léčebném ústavu, zabezpečit soukromí a klid.

Edukační metody: vysvětlování, objasňování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacientky, diskuze.

Edukační pomůcky: psací potřeby, papír, tužka, odborná literatura, edukační karta.

Realizace 3. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut)
- přivítat se s pacientkou, vytvořit vhodné edukační prostředí a atmosféru, pacientku zapojit a vyzvat ji ke spolupráci, objasnit význam získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (20 minut)

Pro mnoho lidí znamená náhrada kyčelního kloubu návrat do běžného, plnohodnotného života bez bolesti a bez velkého pohybového omezení.

Seznámení pacientky s doporučením při hygieně

Pacientka je informována o vhodných doporučení při hygieně. Při osobní hygieně a koupeli je nejlépe užívat sprchový kout. Ten musí být vybavený madlem a protiskluzovou podložkou. Koupelnu a klasickou vanu je vhodné dovybavit sedátkem, madlem, zábradlím, protiskluzovou podložkou a mycí houbou na dlouhém držadle. V koupelně je nutné myslet na kluzkou podlahu a vyvarovat se uklouznutí nebo pádu.

Seznámení pacientky s péčí o jizvu

V prvních dnech a týdnech po operaci je jizva červená, což je způsobeno přítomností kapilár. Ty se postupně ztrácejí a jizva bledne. Tento proces hojení může trvat až měsíce. Pacientka dostala doporučení jak pečovat o jizvu. Pacientka ví, že musí jizvu udržovat v čistotě, sprchovat ji krátce vlažnou vodou, nikdy nemydlit mýdlem a vysušit ji ručníkem z měkkého materiálu. Ránu nesmí škrábat a strup strhávat. Po zhojení jizvy by měla provádět tlakové masáže po celé její délce, pravidelně ji promašťovat mastnými krémy či přípravky podporující hojení, aby nedocházelo k přesychání kůže. Nevyzkoušené masti a jejich nadměrná aplikace může vést k maceraci jizvy a jejímu mokvání. Pacientka ví, že nejméně jeden měsíc by se měla vyhýbat veřejným bazénům a nejméně první tři měsíce by si měla jizvu chránit před slunečním zářením, vyhýbat se soláriu, sauně a chladu z důvodu odlišení pigmentace.

Seznámení pacientky s vhodným oblečením

Pacientka ví, že by neměla nosit těsné oblečení, zvláště ze syntetického materiálu z důvodu zarudnutí a zatvrdnutí jizvy. Měla by nosit volné, pohodlné oděvy, bez pásků. Při oblékání začít operovanou končetinou, při svlékání zdravou končetinou. Důležité je sedící spodní prádlo, upravené tak, aby šev netlačil na ránu. Při otoku končetiny, ponožky by měly být také upraveny tak, aby končetinu nestahovaly. Obuv by měla volit vždy pohodlnou, pevnou s plnou špičkou a patou. K obouvání by měla použít jako pomůcku dlouhou lžici (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2011).

Seznámení pacientky s návštěvou u lékaře

Pacientka je informována o spolupráci s lékaři. O nutnosti pravidelné kontroly u ortopeda dle objednání a také u obvodního lékaře. První ortopedickou kontrolu má pacientka naplánovanou deset týdnů od operace. Při potížích pacientka ví, že je nutné navštívit lékaře ihned.

Seznámení pacientky o návratu do zaměstnání

Vzhledem k tomu, že je pacientka ve starobním důchodu, návrat do zaměstnání se jí netýká. Pacientka je ale informována, že šetřící režim je nutný dodržovat po zbytek života. Kloubní náhrada neznamena plné uzdravení.

Seznámení pacientky s pohybem, se sportem

Po šesti měsících může pacient začít s lehkým rekreačním sportováním. To se ale netýká pacientky. Pacientka preferuje spíše procházky. Dostala informace, že ke vhodným sportům patří hlavně chůze, plavání a jízda na kole. Pacientka je informována, že se musí vyvarovat těžkému terénu a musí dávat pozor před nekontrolovanými pády. Také ví, že při únavě je nutný odpočinek (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

- **Fixační fáze:** (10 minut)
- pečlivé zopakování získaných informací o životním stylu.

- **Hodnotící fáze:** (10 minut)
- kontrola zpětné vazby, zodpovězení kontrolních otázek a jejich vyhodnocení.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Víte, jak vybavit koupelnu či sprchový kout?

Znáte alespoň pět zásad jak pečovat o jizvu?

Víte, kam se obrátit s případnými problémy?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacientce byly položeny tři kontrolní otázky, na které zodpověděla správně. Pacientka prokázala, že má dostačující vědomosti v oblasti změny životního stylu, že podaným informacím porozuměla. Pacientka byla aktivní, přistupovala zodpovědně, diskutovala a dotazovala se na nejasné informace.

V rámci diskuze jsme se shodli, že 3. edukační jednotka byla zvolena správně a její obsah byl dostačující. Edukační jednotka probíhala po dobu 45 minut.

4. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Komplikace v pooperační péči.

Místo edukace: na pokoji pacientky, v odborném léčebném ústavu.

Časový harmonogram: 20. 2. 2015 od 15.00 do 15.30 (30 minut).

Cíl:

- **Kognitivní:** pacientka získá dostatečné informace o možných komplikacích, které hrozí v pooperačním období.
- **Afektivní:** pacientka projevuje zájem o nové vědomosti, podílí se na diskuzi a je si vědoma komplikací, které by mohly ohrozit její pooperační stav.

Forma: individuální.

Prostředí: lázeňské prostředí, na pokoji v odborném léčebném ústavu, zabezpečit soukromí a klid.

Edukační metody: vysvětlování, objasňování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze.

Edukační pomůcky: psací potřeby, papír, tužka, odborná literatura, edukační karta.

Realizace 4. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut)
- přivítat se s pacientkou, vytvořit příjemné edukační prostředí, zajistit klid a soukromí na pokoji. Povzbudit pacientku ke vzájemné spolupráci a vysvětlit důležitost získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (15 minut)

Tak jako všechny operace i náhrada kyčelního kloubu nese s sebou riziko komplikací. Pacientka získala informace o možných komplikacích.

Krvácení

Ke krvácení může dojít hlavně časně po operaci. Pacientka ví, že z tohoto důvodu je důležité pravidelně sledovat krytí rány, odpady v drénech, kontroluje se bilance tekutin, laboratorní hodnoty krve a podle ordinace lékaře se podává transfuze (MATOUŠ, MATOUŠOVÁ, KUČERA, 2005).

Flebotrombóza a plicní embolie

Jedná se o zánět hlubokého žilního systému. Vzniká v místě, kde se v žíle vytvoří krevní sraženina. Dochází ke zpomalení krevního toku, k poškození cévní stěny a ke zhoršení reologických vlastností krve. Pacientce jsou vysvětleny příznaky, kam se řadí otok končetiny, bolesti celé končetiny hlavně při došlápnutí a stažení svalstva. Zbarvení končetiny může být namodralé až profialovělé. Sraženina se může odtrhnout a vycestovat do krevního oběhu a může ohrozit na životě rizikem plicní embolie (VESELÝ aj., 2011).

Pacientka jako prevenci užívá antikoagulancia, tabletu, která ovlivňuje srážlivost krve. Také je informována o dalších možných prevencích, kam patří bandáž dolních končetin elastickými obinadly nebo elastickými punčochy. Důležitá je včasná mobilizace pacientky, aktivní cvičení a dostatečný příjem tekutin.

Infekce

Pacientce jsou podány informace, jak se infekce projevuje. Může se rozvinout začervenání, zarudnutí rány, místo v oblasti infekce je teplé až horké, pacient může pociťovat bolest a snížení funkce končetiny, celkově může mít zvýšenou tělesnou teplotu. Zánět v těle se mimo zmíněné příznaky projeví v laboratorních hodnotách krve. Je-li potvrzený zánět, lékař volí léčbu antibiotiky (JAHODA, 2008).

Porucha hojení rány

Pacientka je informována o příčinách, které mohou narušit hojení rány. Mezi příčiny může patřit hematoma v ráně, kdy hematoma větší velikosti je nutno evakuovat a drénovat. Další příčinou může být absces v ráně, flegmóna v okolí rány.

Pacientka je také poučena, že hojení rány ovlivňují přidružené nemoci pacientky, stav výživy a hygienický standard. Pacientka má diagnostikovanou přidruženou nemoc diabetes mellitus. Mezi další nemoci patří onkologické onemocnění, terapie kortikoidy, imunosupresivy, radioterapie, warfarinizace, anémie a porucha periferního prokrvení při ischemické chorobě končetinových tepen (VESELÝ aj., 2011).

Uvolnění endoprotézy kyčelního kloubu

Pacientka je informována, že se může jednat i o aseptické uvolnění endoprotézy, které může vést až k destrukci kostní tkáně. Řeší se reoperací (LANDOR aj., 2011).

Luxace kyčle

Pacientka je edukována o dodržování zásad, aby nedošlo k vykloubení kyčle. Může k tomu vést pád, nekontrolovaný pohyb, překřížení končetin, hluboký předklon a sed. Pacienti pociťují bolest, nemohou kyčlí pohybovat a převládá pérový odpor. Řeší se repozicí, při vědomí pacienta nebo v celkové anestezii (VESELÝ aj., 2011).

Poranění nervů

Tato komplikace se projevuje minimálně. Většina poranění je vratná. Nejčastěji nevratná je paréza nervu peroneu, kterou je možné kompenzovat peroneální páskou (DUNGL aj., 2014).

- **Fixační fáze:** (5 minut)
- zopakování nejdůležitějších informací o možných komplikacích v pooperačním období. Objasnění případných nejasností.

- **Hodnotící fáze:** (5 minut)
- zhodnocení kvality podaných vědomostí na základě diskuze. Položení kontrolních otázek a následné zhodnocení jejich odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Víte, co to jsou antikoagulancia?

Umíte vyjmenovat projevy infekce?

Víte, co může vést k vykloubení kyčle?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacientce byly podány kontrolní otázky a její odpovědi prokázaly, že informacím porozuměla. Orientuje se v možných komplikacích, které hrozí v pooperačním období. Pacientka byla aktivní, zapojila se.

Ve společné diskuzi jsme se shodli, že 4. edukační jednotka byla sestavena správně. Edukační jednotka probíhala po dobu 30 minut.

4.5 VYHODNOCENÍ

V rámci vyhodnocení edukačního procesu pacientka vyplnila vědomostní test, jehož otázky se shodují se vstupním testem ve fázi posuzování.

Otázky	Vstupní odpovědi Ano/Ne	Výstupní odpovědi Ano/Ne
Víte, co je to artróza?	Ano	Ano
Máte informace o možných komplikacích?	Ne	Ano
Znáte zásady jak pečovat o jizvu?	Ne	Ano
Znáte omezení, které Vás čekají?	Ne	Ano
Znáte zakázané polohy?	Ano	Ano
Víte, jak správně chodit o berlích?	Ano	Ano
Máte informace o pomůckách pro zlepšení soběstačnosti?	Ne	Ano

- Pacientka si prohloubila vědomosti o příčině operačního výkonu, tedy artróze.
- Pacientka získala nové vědomosti, které by mohly negativně ovlivnit její pooperační průběh.
- Pacientka se naučila zásady, jak správně pečovat o jizvu a ty efektivně umí využít.
- Pacientka dostala informace, jaká omezení ji čekají. Prokázala vědomosti týkající se zakázaných poloh a jak správně chodit o berlích.
- Pacientka je seznámena s novým životním stylem, který ji čeká.
- Pacientka udává, že má dostatečné informace o velké řadě pomůcek ke zlepšení soběstačnosti, které si domů také pořídí.
- Edukace proběhla ve čtyřech edukačních jednotkách, které byly pro pacientku srozumitelné a přínosné. Během edukace pacientka spolupracovala a jevila zájem o nové informace.
- Pacientka je spokojená s poskytnutými informacemi a je ráda za nové vědomosti, které během edukace získala.
- Všechny tři edukační cíle – kognitivní, afektivní, behaviorální byly splněny. Edukace je ukončena na základě splněných cílů.
- Na základě vyhodnocení vstupního a výstupního testu se potvrdilo, že edukační proces byl realizován úspěšně.
- Edukace byla pro pacientku přínosná, prohloubila si své dosavadní vědomosti a získala nové informace. Pacientka byla spokojená s průběhem edukace.

4.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro pacienty

- Pacient by měl už před operací myslet na dobu, kdy bude propuštěn do domácího léčení. Měl by si ke svému zdravotnímu stavu vhodně přizpůsobit domov, aby pohyb byl bezpečný, aby nehrozilo nebezpečí pádu.
- Pacient by se měl podílet na ošetrovatelské péči, spolupracovat s lékaři, se všeobecnými sestrami, s fyzioterapeutem a pravidelně chodit na kontroly. Tím předcházet komplikacím. Musí vědět, že v případě jakékoliv změny musí vyhledat lékaře ihned.
- Pacient by měl bezpodmínečně dodržovat zásady v pohybovém režimu, jako je správná chůze o berlích, po schodech a vždy myslet na zakázané pohyby.
- Pacient by měl pamatovat na přiměřenou pohybovou aktivitu a sport. Nikdy se nepřemáhat a nechodit přes únavu. Měl by si udělat čas na odpočinek.
- Pacient by měl vědět, že existuje celá řada pomůcek napomáhající soběstačnosti.
- Pacient by měl nosit vhodné oblečení a nosit vhodnou obuv, aby pohyb byl bezpečný.

Pro rodinu

- Rodina by měla pacientovi pomoci přizpůsobit domov jeho potřebám.
- Rodina by měla pacienta podporovat v dodržování nového životního stylu.
- Rodina by měla být ochotná v případě potřeby pacientovi pomoci, popřípadě vyhledat pomoc zdravotníků.
- Rodina by se měla snažit začlenit pacienta do společnosti.
- Rodina by měla být pacientovi oporou a být mu na blízku.

Pro všeobecné sestry

- Všeobecná sestra by měla vždy působit empaticky, měla by pacientovi porozumět a udržovat komplexní, holistický přístup.
- Všeobecná sestra by měla znát příčiny a projevy, které vedou k operačnímu výkonu, pooperační režim a komplikace, které by se mohly vyskytnout a měla by se orientovat v ošetrovatelské péči.
- Všeobecná sestra musí znát zakázané polohy a umět pacienta edukovat o novém životním stylu.
- Všeobecná sestra by měla využívat edukační proces u pacientů a v případě zájmu zapojit nejen pacienta, ale i rodinu.
- Všeobecná sestra by měla mít informace, jak realizovat edukační proces a měla by ho umět využít. Měla by postupovat systematicky a ohleduplně k pacientovi a v případě zájmu mu zajistit spolupráci s rodinou.
- Všeobecná sestra by měla umět vyhodnotit aktuální stav pacienta a dle toho zařadit edukační jednotky.
- Edukace by se měla vést na takové úrovni, aby ji pacient porozuměl, a to si vždy ověřit.
- Všeobecná sestra by měla umět pracovat v multidisciplinárním týmu a společně s ním spolupracovat.

ZÁVĚR

Jak již bylo zmíněno v úvodu, počet pacientů s náhradou kyčelního kloubu stoupá, hranice věku se však snižuje. V posledních letech dochází k velkému rozvoji této operační metody a operační technika se nachází na vysoké úrovni. Nejčastější indikací k operačnímu výkonu je artróza kyčelního kloubu. O tomto degenerativním onemocnění se dá hovořit jako o jedné z civilizačních chorob, která postihuje především velké nosné klouby dolních končetin.

Cílem bakalářské práce bylo shrnout specifika pooperačního režimu u pacienta po náhradě kyčelního kloubu. Teoretické informace, které tvořila jednak problematika edukačního problému, tak samotný proces edukace, tvořily základ pro praktickou část edukačního procesu.

Hlavním cílem práce bylo navrhnout a realizovat individuální edukační proces u pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním režimu.

Edukační proces byl realizován u pacientky po totální endoprotéze kyčelního kloubu v odborném léčebném ústavu v Lázních Slatinice. V první fázi posuzování za pomoci vstupního testu jsme zjistili, že pacientka má nedostatky v oblasti pooperačních komplikací, které by se mohly po operačním výkonu objevit. Dále jsme zjistili, že pacientka nezná zásady, jak pečovat o jizvu, nezná omezení, která jí po operaci čekají, a neví, jak zacházet s pomůckami, které by jí mohly pomoci v soběstačnosti. Na základě vyhodnocení testu byly stanoveny čtyři edukační jednotky. Informace, které byly pacientce podány, byly pro ni srozumitelné a přínosné. Pacientka během edukačního procesu spolupracovala a projevovala zájem o nové informace. Po ukončení edukačního procesu byl pacientce podán výstupní test. Porovnání vstupního a výstupního testu potvrdilo, že edukační jednotky byly vybrány správně a jejich cíl byl splněn. Pacientka si prohloubila své dosavadní vědomosti a získala nové informace. Pacientka byla spokojená s průběhem edukace.

Cíl práce byl splněn.

Součástí bakalářské práce je sestavení doporučení pro praxi, které je určeno pro pacienty, rodiny a všeobecné sestry. Další součástí je vytvoření edukačních karet. Práce může sloužit jako zdroj teoretických informací týkající se náhrady kyčelního kloubu a specifík v ošetrovatelské péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTONÍČEK, Jan, 2012. *Intertrochanterické osteotomie v éře aloplastiky* [online]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/intertrochantericke-osteotomie-v-ere-aloplastiky-468317>

BERAN, Michal aj., 2009. *Forenzní traumatologie*. Praha: Karolinum.

ISBN: 978-80-246-1734-3.

ČECH, Oldřich, 2009. *Historie československé, české a slovenské ortopedie*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-629-8.

DUNGL, Pavel aj., 2014. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing.

ISBN: 978-80-247-4357-8.

GALLO, Jiří, 2012. *Endoprotéza kyčelního kloubu – přežití výsledku, komplikace, socioekonomický dopad* [online]. [cit. 2012-17-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/endoproteza-kycelniho-kloubu-preziti-vysledku-komplikace-socioekonomicky-dopad-468320>

HNÍZDIL, Jan aj., 2007. *Artróza v psychosomatickém přístupu: artróza kyčelního kloubu: informace pro pacienty, lékaře a fyzioterapeuty*. Praha: Triton.

ISBN: 978-80-7254-913-9.

JAHODA, David, Antonín SOSNA, Otakar NYČ aj., 2008. *Infekční komplikace kloubních náhrad*. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-158-1.

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

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2011. *Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN: 978-80-7464-051-3.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, Ilona DRÁPELOVÁ aj., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978-80-7013-533-3.

- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2171-2.
- KONDZIOLKOVÁ, Jolana, 2011. *Ergoterapie v klinických oborech 2*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN: 978-80-7464-097-1.
- KRISTINÍKOVÁ, Jarmila, 2014. *Rehabilitace v protetice*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN: 978-80-7464-624-9.
- LANDOR, Ivan aj., 2012. *Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-254-4.
- MATOUŠ, Miloš, Miluše Matoušová a Miroslav Kučera, 2005. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0886-8.
- MACDONALD, Sigrid, 2004. *Getting Hip: Recovery From A Total Hip Replacement*. Publisher: AuthorHouse. ISBN: 978-1418478377.
- MÜLLER, Ivan a Petr HERLE, 2010. *Ortopedie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. ISBN: 978-80-86307-92-3.
- NEČAS, Alois a Brian S. BEALE, 2005. *Traumata kloubů*. Brno: VFU. ISBN: 80-7305-514-7.
- NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ aj., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN: 978-80-8063-321-9.
- NĚMCOVÁ Jitka aj., 2014. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatel'ství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 2. doplněné vyd. Praha: Maurea. ISBN: 978-80-902876-9-3.
- PAFKO, Pavel aj., 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-402-7.
- POUL, Jan aj., 2009. *Dětská ortopedie*. Praha: Galén, ISBN: 978-80-7262-622-9.
- ROZKYDAL, Zbyněk a Richard CHALOUPKA, 2012. *Vyšetřovací metody v ortopedii*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-5902-3.
- SOSNA, Antonín, 2009. *Přínos celoživotního díla prof. Čecha pro českou ortopedii a traumatologii* [online]. Dostupné z: <http://www.achot.cz/detail.php?stat=263>

SVOBODA, Petr, 2004. *Sepse v traumatologii a chirurgii*. V Praze: Triton.

ISBN: 80-7254-550-7.

UIBERLAYOVÁ, Ivana. 2013. *Pokyny pro pacienty po TEP kyčelního kloubu* [online].

Dostupné z: <http://w.nemtru.cz/pokyny-pro-pacienty-po-tep-kolenniho-kloubu-625>

UNIFY ČR – FORÝTKOVÁ, Lenka a Aleš BOUREK, 2006. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu* [online].

Dostupné z: http://www.unify-cr.cz/download/fblr/pks_20_006_fblr_6.pdf

VACULÍK, aj., 2009. *Péče o pacienty se zlomeninou horního konce stehenní kosti*

[online]. Dostupné z: <http://www.revmatologickaspolecnost.cz/dokumenty/>

[Pece_o_pacienty_se_zlomeninou_horniho_konce_stehen.pdf](http://www.revmatologickaspolecnost.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_se_zlomeninou_horniho_konce_stehen.pdf)

VESELÝ, Radek aj., 2011. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*.

Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

ISBN: 978-80-7013-539-6.

PŘÍLOHY

Příloha A	Pomůcky k napomáhání soběstačnosti	
Příloha B	Artróza na kosti stehenní	
Příloha C	Smith - Petersenova čepička	
Příloha D	První Poldi endoprotézy, cementované	
Příloha E	Cementované endoprotézy	
Příloha F	Necementované endoprotézy	
Příloha G	Revizní endoprotézy	
Příloha H	Cervikokapitální endoprotéza	
Příloha CH	Operační výkon	
Příloha I	Edukační karta	Režimová opatření po náhradě kyčelního kloubu
Příloha J	Edukační karta	Jak předejít komplikacím?
Příloha K	Edukační karta	Péče o jizvu
Příloha L	Souhlas instituce s realizováním edukačního procesu	
Příloha M	Literární rešerše	

PŘÍLOHA A

Pomůcky k napomáhání soběstačnosti

Podpažní berle



Zdroj: ANON. Dřevěná podpažní berle. [online]. Dostupné z:

http://praha.all.biz/drevena-podpazni-berle-bpd-96-g26599#.VP8F3fmG_To

Francouzské berle



Zdroj: ANON. Berle francouzská. [online]. Dostupné z:

<http://www.sanomed.cz/e-shop/rehabilitacni-pomucky/berle-a-hole/berle-fr>

Nástavec na WC



Zdroj: ANON. Nástavec na WC. [online]. Dostupné z:
<http://www.dmapraha.cz/galerie/vymekcene/0/229/1915>

Pomocník na oblékání a svlékání ponožek



Zdroj: ANON. Pomocník na oblékání a svlékání ponožek.[online]. Dostupné z:
<http://www.babickarstvi.cz/byt-v-teple-a-bezpeci/120-pomocnik-na-oblekani-ponozek.html>

Obouvací lžice



Zdroj: ANON. Lžice na obouvání bot. [online]. Dostupné z:
<http://www.zijtekvalitne.cz/lzice-na-boty/lzice-na-obouvani-bot-velmi-dlouha--78-cm/>

Madlo



Zdroj: ANON. Teleskopické přísavné madlo. [online]. Dostupné z:
<http://www.medicool.cz/mobilni-bezpecnostni-madla-s-ukazatelem.html>

Mezinožní polštář



Zdroj: ANON. Polštář mezinožní s fixací. [online]. Dostupné z:
<http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/polohovaci-pomucky/polohovaci-kliny-a-valce/polstar-mezinozni-s-fixaci-w.html>

PŘÍLOHA B

Artróza na kosti stehenní



PŘÍLOHA C

Smith - Petersenova čepička



PŘÍLOHA D

První Poldi endoprotézy, cementované



PŘÍLOHA E

Cementované endoprotézy



PŘÍLOHA F

Necementované endoprotézy



PŘÍLOHA G

Revizní endoprotézy



Vlastní tvorba. HAMPLOVÁ, Kateřina, 2015.

PŘÍLOHA H

Cervikokapitální endoprotéza



Vlastní tvorba. HAMPLOVÁ, Kateřina, 2015.

PŘÍLOHA CH

Operační výkon



Vlastní tvorba. Hamplová, Kateřina, 2015.

PŘÍLOHA I

Edukační karta: Režimová opatření po náhradě kyčelního kloubu.

Domov si dovybavit pomůckami ke zlepšení soběstačnosti. Uspořádat si ho tak, aby byl bezpečný



[1]

Nosit pohodlnou obuv s pevnou patou a špičkou



[2]

Pravidelně cvičit celý organismus. Nepřeceňovat únavu a pravidelně odpočívat

REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Vždy dodržovat zatěžování operované končetiny, nezapomínat na berle



[4]



[3]

Tato edukační karta je výstupem bakalářské práce s názvem Edukace pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním režimu, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické v Praze, září 2015.

Zdroj obrázku: [1] ANON. Koupelna pro seniory [online]. Dostupné z: http://www.jakbrdlet.cz/clanek/527_koupelna-pro-seniory.aspx [2] ANON. Boty cvik. [online]. Dostupné z: http://www.botycvik.cz/vyroby-detail-sandalv_kacper-21_104641_137 [3] ANON. Dephoisphotos [online]. Dostupné z: <http://cz.depositphotos.com/31103397/stock-illustration-woman-practicing-yoga.html> [4] ANON. Pracovní úraz na cestě k lékaři [online]. Dostupné z: <http://zdraviel5.cz/denni-zpravy-profesi-aktuality/pracovni-uraz-na-ceste-k-lekari-475564>

PŘÍLOHA J

Edukační karta: Jak předejít komplikacím?

Nikdy nedávat
nohu přes nohu



[2]

JAK PŘEDEJÍT KOMPLIKACÍM

???

Na WC používat
nástavec



[3]

Pozor na hrozící
nekontrolované
pády



[1]

Při sedu
nesmí být
kyčelní kloub
ohnutý více
než do
pravého úhlu,
nesedat
do hlubokého
křesla



[3]

Při přetáčení
těla na lůžku
použít vždy
klín mezi
kolena



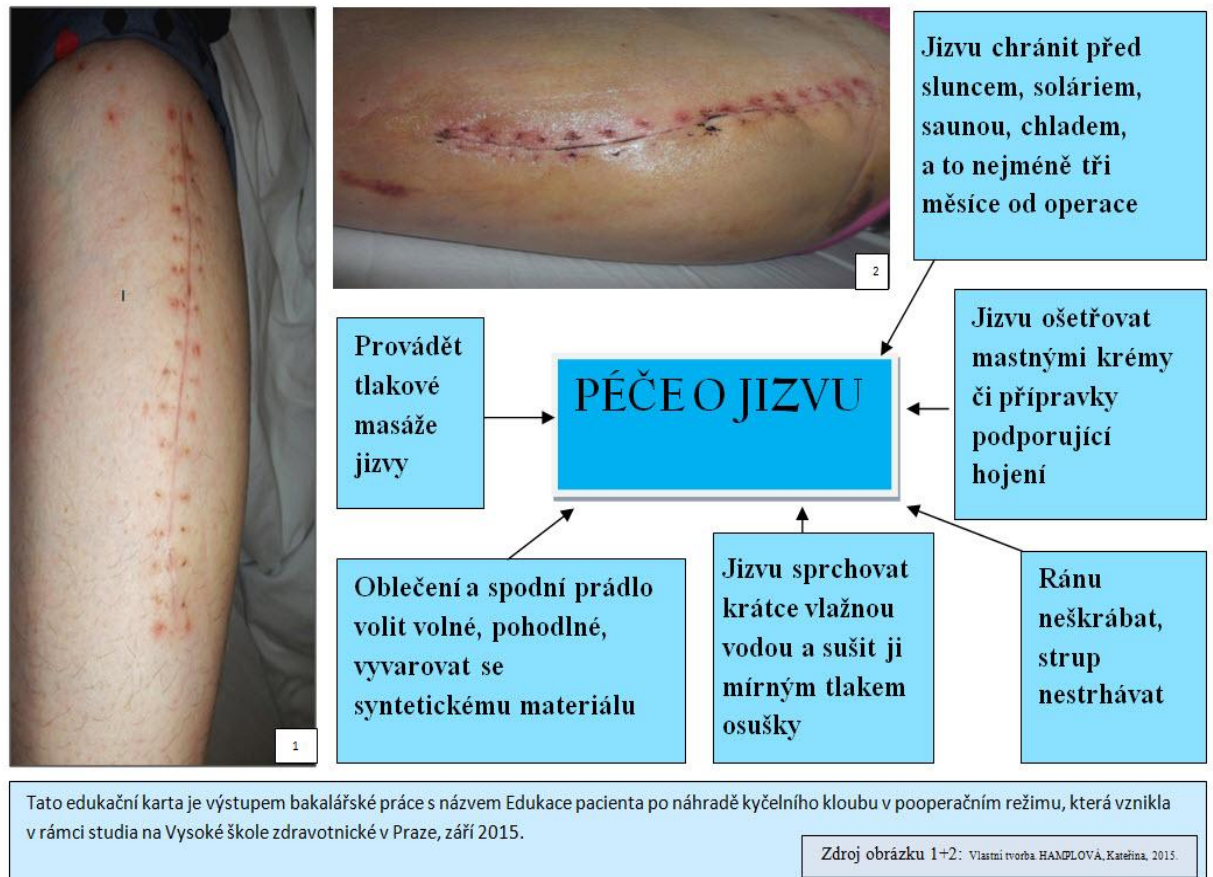
[4]

Tato edukační karta je výstupem bakalářské práce s názvem Edukace pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním režimu, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické v Praze, září 2015.

Zdroj obrázku: [1] ANON. Den Barven. [online]. Dostupné z <http://www.denbarven.cz/warning-and-barrier-tape-0891-non-clip-adhesive-strips-88-en487.html?lang=en> [2] ANON. Jak si nespůsobovat bolest. [online]. Dostupné z <http://www.zenyprozeny.cz/ani/2425-jak-si-nespůsobovat-bolest/> [3] ANON. DMA kompenzační pomůcky. [online]. Dostupné z <http://www.dmapraha.cz/galerie/vmekcene/0229/> [4] Anon. Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením. [online]. Dostupné z http://is.muni.cz/doc/rect/ai/estud/pedf/14_hybnost/web/pases-03-02-pobohovani.html [5] ANON. Dekorace Alligator. [online]. Dostupné z <http://www.dekorace-alligator.cz/www.dekorace-alligator.cz/eshop/22-1-HRACKY-panenky-aušička/44-2-Panenky/5-2485-Porcelanova-panenka-deda-v-kresle>

PŘÍLOHA K

Edukační karta: Péče o jizvu.



PŘÍLOHA L

Souhlas instituce s realizováním edukačního procesu

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Hamplová Kateřina	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Edukace pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním režimu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Lázně Slatinice a.s., odborný léčebný ústav	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marcela Rybová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci bakalářské práce	Realizace bakalářské práce <input type="radio"/> bude spojena s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojena s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím	podpis <i>Rybová</i>
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím	podpis <i>HORÁČKOVÁ Eva</i>
	<input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>HORÁČKOVÁ Eva</i>

V *Slatinice* dne *30.5.2015* podpis studenta *Hamplová Kateřina*

LÁZNE SLATINICE a.s.
Odborný léčebný ústav rehabilitační
000 783 42 Slatinice 29
tel.: 585044599, IČ: 25367757

PŘÍLOHA M

Literární rešerše

Vědecká knihovna v Olomouci
Bezručova 3, pošt. schr. 9
779 11 Olomouc
Informační služby
e-mail: is@vkol.cz

tel.: 585 205 333
fax : 585 220 615

Bibliografický soupis

RE 919 / 2014

Edukace pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním režimu (Totální endoprotéza – ošetřovatelství)

Počet záznamů: 244 (8 – knihy, 114 – články a příspěvky ze sborníků, 107 – vysokoškolské práce, 15 – on-line zdroje)
Časové rozmezí: 2004 - 2014
Datum: 19. 12. 2014
Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina
Zpracoval: Mgr. Vladimír Klásek
Druh literatury: knihy, články, příspěvky ze sborníků, vysokoškolské práce, on-line zdroje

Základní prameny:

- katalog Vědecké knihovny v Olomouci (www.vkol.cz)
- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- katalog NCO NZO (www.nconzo.cz)
- katalog Slovenskej lekárskej knižnice (www.sllk.sk)
- specializované článkové databáze (EBSCO, PubMed)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)

Základní klíčová slova: edukace, náhrada kyčelního kloubu, totální endoprotéza, kyčel, pacient, soběstačnost, pohybový režim, pooperační režim, komplikace, ošetřovatelství, education, hip total joint replacement, self-sufficiency, movement mode, postoperative mode, complication, nursing, náhrada bedrového kloubu, totální endoprotéza