

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**KVALITA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA PACIENTŮ  
PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ANNA ZBÍRALOVÁ**

**Praha 2018**

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

**KVALITA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA PACIENTŮ  
PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU**

Bakalářská práce

ANNA ZBÍRALOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2018



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

ZBÍRALOVÁ Anna

3CVS

### Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu

*Sexual Live Quality after Total Hip Joint Endoprosthesis*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

V Praze dne 13. září 2018

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

V první řadě bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD., která měla trpělivost, ochotu a vstřícnost ke kontrole mé práce. Také si vždy udělala chvílku času, aby mi poradila. Dále bych poděkovala mé rodině a přátelům, kteří mne motivovali k dopsání práce. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat pacientům, kteří vyplnili dotazník k této práci a překonali stud.

## ABSTRAKT

ZBÍRALOVÁ, Anna: *Kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD., Praha, 2018. 58 s.

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku kvality sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Teoretická část je věnována totální endoprotéze kyčelního kloubu. V práci je zmíněna její historie a charakteristika totální endoprotézy až k nejnovějším metodám a typům. Dále je krátce popsána předoperační a pooperační péče, na kterou navazuje rehabilitace. V poslední části je práce zaměřena na sex, sexualitu a sexuální aktivitu po totální endoprotéze kyčelního kloubu. V praktické části je obsažena analýza toho, jaká je kvalita sexu před a po operaci a zda operace má na ni vliv. Mezi důležité otázky patří informovanost pacientů před operací. Dále způsob, jakým jsou informováni. A také jakou formou by chtěli být informováni vzhledem k intimitě tématu, jako je sex po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Cílem této práce je poskytnout více informací v oblasti sexuality, vhodnosti či nevhodnosti určitých poloh při milování. Dalším cílem je navržení letáku, který informuje o této problematice.

Klíčová slova

Edukace. Kvalita života. Rehabilitace. Sexualita. Sexuální polohy. Totální endoprotéza kyčle.

## ABSTRACT

ZBÍRALOVÁ, Anna. *Kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD., Praha, 2018. 58 s.

Bachelor thesis is focused on the topic of the quality of sex after total hip joint endoprosthesis. The theoretical part is dedicated to the hip joint endoprosthesis from its history to characteristics of the newest methods and types. There is brief description of the preoperative and the postoperative care and follow-up rehabilitation. The last part is concerned to sex, sexuality and the sexual activities after the hip joint endoprosthesis. The practical part involves the exploration about quality of sexual life was before total hip joint endoprosthesis and what it is like after the operation- if the operation influences it. The work is concentrated on the important questions as the awareness of patients about sexual topic before the operation, the way how they are informed about this topic and how they want to be informed because of the intimacy of the sexuality topic.

The aim of my Bachelor thesis is provided more information about the sexuality theme, about appropriateness or inappropriateness sexual positions. The other aim is to create a leaflet that informs about this topic.

Keywords

Education. Quality of life. Rehabilitation. Sexuality. Sexual poses. Total hip replacement.

# OBSAH

## OBSAH

### SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

### SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

### SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	15
<b>1 TOTÁLNÍ ENDOPOROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU</b> .....	<b>18</b>
1.1 HISTORIE TEP .....	18
1.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KYČELNÍHO KLOUBU .....	19
1.3 ROZDĚLENÍ POŠKOZENÍ KLOUBU .....	20
1.3.1 ZÁNĚTLIVÁ.....	20
1.3.2 DEGENERATIVNÍ .....	20
1.3.3 TRAUMATICKÉ.....	21
1.3.4 ONKOLOGICKÉ .....	22
1.4 INDIKACE TEP .....	22
1.5 KONTRAINDIKACE TEP.....	22
<b>2 TYPY ENDOPROTÉZ KYČELNÍHO KLOUBU.....</b>	<b>23</b>
<b>3 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA .....</b>	<b>24</b>
3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PO OPERACI.....	24
3.2 POOPERAČNÍ PÉČE .....	26
3.3 KOMPLIKACE TEP.....	27



<b>4</b>	<b>REHABILITACE PO TEP.....</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>CHARAKTERISTIKA KVALITY ŽIVOTA .....</b>	<b>29</b>
5.1	DEFINICE KVALITY ŽIVOTA .....	29
5.2	MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB .....	31
<b>6</b>	<b>SEXUÁLNÍ POTŘEBA .....</b>	<b>33</b>
6.1	CHARAKTERISTIKA POJMU SEX A SEXUALITA.....	33
6.2	HISTORIE SEXU .....	34
6.3	KAMASUTRA, SEXUÁLNÍ POLOHY .....	34
6.4	SEXUÁLNÍ ŽIVOT PŘED TEP KYČELNÍHO KLOUBU.....	35
6.4.1	DOBA OBNOVENÍ SEXUÁLNÍ AKTIVITY PO TEP KYČELNÍHO KLOUBU .....	35
6.4.2	SEXUÁLNÍ ŽIVOT PO TEP KYČELNÍHO KLOUBU ...	35
<b>7</b>	<b>KVALITA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA PACIENTŮ PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU .</b>	<b>38</b>
7.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY .....	38
7.2	METODIKA PRŮZKUMU .....	39
7.3	ČASOVÝ HARMONOGRAM .....	39
7.4	PRŮZKUMNÝ SOUBOR .....	39
<b>8</b>	<b>VÝSLEDKY PRŮZKUMU .....</b>	<b>40</b>
<b>9</b>	<b>INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU .....</b>	<b>67</b>
9.1	PRŮZKUMNÁ OTÁZKA 1.....	67
9.2	PRŮZKUMNÁ OTÁZKA 2.....	68
9.3	PRŮZKUMNÁ OTÁZKA 3.....	68

<b>9.4 PRŮZKUMNÁ OTÁZKA 4.....</b>	<b>68</b>
<b>10 DISKUSE .....</b>	<b>69</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>74</b>

# SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

## Seznam obrázků

Obrázek 1 Maslowova hierarchie potřeb 32

Obrázek 2 Sexuální pozice doporučené po TEP kyčelního kloubu 37

Obrázek 3 Sexuální pozice, kterým je třeba se vyvarovat po TEP kyčelního kloubu 37

## Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví.....	41
Graf 2 Věkové rozmezí.....	42
Graf 3 Rodinný stav.....	43
Graf 4 Aktuální zdravotní stav.....	44
Graf 5 Doba od operace.....	46
Graf 6 Poslední sexuální styk.....	47
Graf 7 Důležitost sexuálního života.....	49
Graf 8 Změna sexuálního života po operaci TEP kyčle.....	50
Graf 9 Kvalita sexuálního života před operací TEP kyčle.....	52
Graf 10 Sexuální apetit.....	53
Graf 11 Strach z poškození kloubu při sexu.....	54
Graf 12 První sexuální kontakt po operaci TEP kyčle.....	56
Graf 13 Polohy, které jsou bezpečné při sexu po TEP kyčle.....	57
Graf 14 Nebezpečné polohy při sexu po TEP kyčle.....	59
Graf 15 Instrukce o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle.....	60
Graf 16 Podávané informace.....	62
Graf 17 Podrobnější informovanost, o sexuálním životě po tep kyčle.....	63
Graf 18 Informovanost v případě luxace při sexuální aktivitě.....	65
Graf 19 Návrhy řešení informovanosti o polohách a pohybech při sexu.....	66

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	40
Tabulka 2 Věkové rozmezí respondentů .....	41
Tabulka 3 Rodinný stav respondentů.....	42
Tabulka 4 Aktuální zdravotní stav .....	43
Tabulka 5 Doba od operace .....	45
Tabulka 6 Poslední sexuální styk.....	46
Tabulka 7 Důležitost sexuálního života.....	48
Tabulka 8 Změna sexuálního života po operaci TEP kyčle.....	49
Tabulka 9 Kvalita sexuálního života před operací TEP kyčle.....	50
Tabulka 10 Sexuální apetit .....	52
Tabulka 11 Strach z poškození kloubu při sexu .....	53
Tabulka 12 První sexuální kontakt po operaci TEP kyčle.....	54
Tabulka 13 Polohy bezpečné při sexu po TEP kyčle.....	56
Tabulka 14 Nebezpečné polohy při sexu po TEP kyčle .....	57
Tabulka 15 Instrukce o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle .....	59
Tabulka 16 Podávané informace.....	60
Tabulka 17 Podrobnější informovanost o sexuálním životě po TEP kyčle.....	62
Tabulka 18 Informovanost o postupu v případě luxace při sexuální aktivitě.....	63
Tabulka 19 Návrhy řešení informovanosti o polohách a pohybech při sexu.....	65

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB	antibiotika
CŽK	centrální žilní katétr
e.	edukace
inf.	informování, informace
JIP	jednotka intenzivní péče
KO	krevní obraz
lat.	latinsky
m.	měsíc
per os	os – perorální
PŽK	periferní žilní katétr
RHB	rehabilitace
SICOT	Mezinárodní společnost ortopedické chirurgie a traumatologie
tep.	tepová frekvence
TEP	totální endoprotéza
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
WHO	World health organization – Světová zdravotnická organizace

Zdroj: (VOKURKA, 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Aloplastika	operace využívající (syntetické), cizorodé materiály
Antiemetika	léky proti zvracení
Apetit	chuť k jídlu
Artropatie	onemocnění kloubu bez zánětlivého charakteru
Artróza	nezánětlivé onemocnění kloubů
Biochemické vyšetření	součást laboratorního vyšetření
Cévkování	zavedení cévky-katetru do močových cest
Deformita	trvalá chorobná změna tvaru orgánu, části těla
Dehiscence	rozestup
Diafýza	střední část dlouhé kosti
Drén	pomůcka k odvádění tekutin např. z ran.
Edukace	je výchova nemocného k samostatnější péči
Endoprotéza	protéza, která se vkládá do lidského organismu
Erytrocytová masa	jednotka erymasy obsahuje červené krvinky z jednotky celé krve při transfuzi
Extenze	natažení
Extrakce	vynětí
Flexe	ohnutí
Hydratace	zavodnění
Hypotenze	pokles tlaku krve
Implantát	cizorodý předmět vpravený do organismu
Indikace	rozhodný soubor okolností vyžadující léčebný postup
Inervace	zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu
Infekce	neboli nákaza je přítomnost mikroorganismu u určitého hostitele
Infuze	podávání tekutin do žíly
Kontraindikace	jakýkoliv stav pacienta, který znemožňuje, zakazuje provedení výkonu

Kanyla	kovová nebo plastová trubička umožňující proudění tekutin
Koagulace	srážení, ztužení
Konzervativní léčba	ne-operační léčba (například léčba léky a rehabilitací)
Kvalita života	úroveň duševních, tělesných a sociálních funkcí a vztahů
Luxace	vymknutí, vykloubení
Mikrobiologické vyšetření	je laboratorní stanovení přítomnosti a určení druhu mikroorganismů
Osteoporóza	onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty
Osteosarkom	maligní nádor patřící mezi primární kostní nádory
Plazma	tekutá složka krve, její nejobjemnější část
Primooperace	první operace
Perorální	podávané ústy
Potencionální	možný
Predilekční místa	označení místa, které je nejčastěji určitým chorobným procesem napadáno
Propriocepce	schopnost nervového systému zaznamenat změny
Repozice	napravení, vrácení do původní pozice
Revize	přezkoumání
Sex	pohlaví, pohlavní život lat. sexus
Sexualita	aktivita týkající se pohlaví sexu, pohlavní život
Substituce	náhrada
Sutura	steh
Tachykardie	zrychlení srdeční frekvence nad 90 min
Vertikalizace	pomalé uvedení do svislé polohy

Zdroj: (<http://lekarske.slovniky.cz>)

# ÚVOD

Práce s názvem Kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu se zabývá velmi zajímavým tématem. Toto téma je vybráno ze tří důvodů. Prvním důvodem byla originalita tématu, na které nebylo napsáno mnoho bakalářských prací. Druhým důvodem byl fakt, že o tomto intimním tématu není jednoduché psát. Třetím a nejdůležitějším důvodem byla možnost praktického použití výsledků práce do edukačních materiálů, tak aby pacient po totální endoprotéze kyčelního kloubu mohl být šetrně a zároveň plnohodnotně informován o vhodnosti sexuálních poloh. Práce mimo jiné ukazuje a tím i připomíná, že sexuální potřeby patří do pyramidy základních potřeb života.

Dnes se snižuje věk operovaných a zvyšuje se životnost endoprotéz. Náhrady kyčelního kloubu navrácí pacienta do běžného života. Nicméně informovanost o způsobu sexuálního života po operaci je také důležitá. Pacient by měl znát režimová opatření jak při běžných domácích aktivitách, tak i při sexuální aktivitě.

Součástí této bakalářské práce je vytvoření edukačního letáku. Leták obsahuje informace o nevhodných a vhodných polohách při sexu, kam se případně obrátit, pokud dojde k poškození kloubu, či kde získat více informací a rad.

## **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

- **Cíl 1:** Informovat o problematice totální endoprotézy kyčelního kloubu;
- **Cíl 2:** Popsat kvalitu života a hierarchii potřeb;
- **Cíl 3:** Vysvětlit problematiku sexuální aktivity po operaci kyčelního kloubu;
- **Cíl 4:** Získané odborné poznatky shrnout do informačního letáku pro pacienty;



### **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

- **Cíl 1:** Zjistit, zda se sexuální aktivita před a po operaci změnila;
- **Cíl 2:** Zjistit, zda je pro pacienty sexuální aktivita důležitá;
- **Cíl 3:** Zjistit, zda by chtěli pacienti více informací o žádoucím a nežádoucím chování při sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu;
- **Cíl 4:** Zjistit, zda sexuální aktivita je rozdílná u mužů a u žen, po operaci a před operací.

#### Vstupní literatura:

1. DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.
2. SOSNA, Antonín, David JAHODA a David POKORNÝ, 2003. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4.

#### Popis rešeršní strategie

Vyhledávání informačních zdrojů, které byly využity při zpracování této bakalářské práce „Kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu“ probíhalo v období od října 2017 do března 2018. K vyhledávání byl použit katalog NKC (Národní knihovny ČR), lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)), databáze závěrečných prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz)), katalog studijní vědecké knihovny Plzeňského kraje ([www.svkpk.cz](http://www.svkpk.cz)) a volný internet.

Požadavky při vyhledávání zdrojů byly: téma korespondující s cílem bakalářské práce, odbornost zdrojů, český, slovenský nebo anglický jazyk a vydání zdroje v letech 2008-2018.

Kritéria pro vyřazení byla: duplicitní nálezy zdrojů a obsahová nekompatibilita s danou problematikou.

Celkem bylo využito 43 zdrojů, z toho 24 knih, 2 závěrečné práce, elektronické zdroje, články z časopisů a 17 zdrojů z ostatních materiálů. Z toho 1 zdroj je ve slovenském jazyce a 2 zdroje v anglickém jazyce. Použité informační zdroje pochází

z období 1983 – 2018. Autorka práce si je vědoma, že použité zdroje nesplňují rozmezí deseti let. I tyto zdroje jsou však nadále přínosné.

# 1 TOTÁLNÍ ENDOPOROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

Totální endoprotéza je zavedená operační metoda. Indikována je, pokud selže léčba konzervativní. Využívá se především u pacientů, kteří trpí artrózou, nádorovým onemocněním kostí, nebo vrozenými deformitami kostí. Také se využívá v případě úrazů a poškození revmatoidním onemocněním. Endoprotézy kyčelního kloubu byly uvedeny do klinické praxe koncem šedesátých let minulého století. V r. 1965 v Paříži na kongresu SICOT byla tato metoda endoprotézy poprvé oficiálně schválena. Používala se jako řešení artróz u pacientů starších 65 let. Ve 20. století existovali tři základní standardní metody operace totální endoprotézy kyčelního kloubu. V dnešní době je na trhu přibližně 400 druhů endoprotéz. Technika implantace a základní principy implantace se neustále vyvíjí a zdokonalují. Vývoj postupuje neustále kupředu. První indikace plánované operace kyčelního kloubu je při silné bolesti kyčelního kloubu a při omezené pohyblivosti (DUNGL,2014), (RUSSELL a kol. 2014).

Miliony lidí na celém světě, kteří mají poškození kyčelního kloubu, mají pomocí operace možnost návratu do běžného života, bez bolesti. Pomocí nových špičkových metod výroby se vyvíjejí nové typy implantátů. Nové zdokonalené typy implantátů mají delší životnost, což je pro pacienta skvělá zpráva. V jednadvacátém století endoprotézy využívají nejen starší osoby. Dnes v době motorismu a extrémních sportů narůstá počet těžkých úrazů a i proto se snižuje věková hranice pacientů s implantací kyčelního kloubu. Také se změnil životní styl. Přibývá lidí trpících obezitou. Lidé mají nedostatek pohybu, nebo naopak jednostranně přetěžují pohybový systém (SOSNA, POKORNÝ, JAHODA, 2013).

## 1.1 HISTORIE TEP

O první kompletní aloplastiku kyčelního kloubu se zasloužil chirurg Themistocles Glück roku 1890. Themistocles Glück pro první aloplastiku zhotovil jamku i hlavici kosti kyčelní ze slonoviny a obě komponenty upevnil pomocí sádry, pemzy a kalafuny. První endoprotéza byla odoperována Philipem Wilesem roku 1938. Britský chirurg John Charnley byl první, kdo r. 1960 použil polyetylenovou jamku a kovový dřík zavedený do dutiny stehenní kosti s hlavicí, která měřila v průměru 22 mm,

a po té jednotlivé části spojil cementem. V 70. letech se zasloužil o rozvoj TEP prof. MUDr. Oldřich Čech (SOSNA, POKORNÝ, 2014).

Do roku 1980 byly známé tři skupiny totálních endoprotéz. První byly systémy, mezi které patří McKeeův systém, Charnleyův systém a Weberův rotační systém. Druhou skupinu tvořila totální endoprotéza s jednou komponentou cementovanou. Do druhé skupiny náleží Boutinova endoprotéza, která seskládala z cementovaného dřívku a necementované keramické jamky se žebry a Monkova endoprotéza, která měla cementovaný dřív a necementovanou polyetylenovou jamku. Poslední, třetí skupinou byly necementované totální endoprotézy. Ty se dále dělily na celokovové, celokeramické a na ty, které měly keramickou hlavici a kovový dřív s jamkou vystlanou polyetylenem (ČECH, PAVLANSKÝ, 1983).

Od roku 1980 došlo v oblasti kyčelních kloubů k velkému rozvoji. Dnes jsou k dispozici špičkové systémy kloubních náhrad. Tyto náhrady jsou z vysoce kvalitních materiálů.

Endoprotézy se přizpůsobují stavu kosti a silám, které na ně působí. Implantáty se vyrábějí z odolnějších materiálů, a tím pádem mají delší životnost (MUNTEANU, 2014).

## **1.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KYČELNÍHO KLOUBU**

Kost kyčelní (os ilium) spolu s kostí stydkou (os pubis) a kostí sedací (os ischium) tvoří dohromady kost pánevní (os coxae). Na kosti pánevní se nalézá jamka kyčelní, která je tvořena ze tří výše uvedených kostí. Kloubní plocha jamky je povlečená hyalinní chrupavkou. Na spodní části kosti pánevní se nachází sedací trn (spina ischiadica), spona stydká (symphysis pubica) a sedací hrbol (tuber ischadicum) (DYLEVSKÝ, 2009), (PRADEEP, 2013).

Spoje kostí jsou rozděleny na pevné a pohyblivé. Mezi pevné spoje patří vazivové a chrupavčité spoje kostí. Mezi pohyblivé patří klouby. Kloub kyčelní (articulatio coxae) je kulovitý kloub, do kterého zapadá hlavice kosti stehenní. Silné kloubní pouzdro a pevné kloubní vazy upevňují toto spojení. Do jamky zapadá hlavice a tím je omezen pohyb kyčle (ROKYTA, MAREŠOVÁ, TURKOVÁ, 2016).

Kloubní pouzdro je složeno ze dvou vrstev. První vrstva je membrána, druhá vrstva se nazývá membrána synovialis. Kloubní pouzdro má dvě inervace. První inervace je autonomní, tvoří ji nervy běžící podél cév a druhá inervace je senzitivní (např. propriocepce, nebo bolest). Fibrózní membrána je utvořena silnou kolagenní vrstvou, která je ještě zesílena kapsulárními a extrakapsulárními vazy. Synoviální membrána (cavitas glenoidalis) ohraničuje štěrbinový prostor. Krevní cévy tvoří bohatou krevní síť kolem pouzder. Mízní cévy jsou uloženy až v hlubokých vrstvách synoviální membrány (DYLEVSKÝ, 2009).

### **1.3 ROZDĚLENÍ POŠKOZENÍ KLOUBU**

Totální endoprotéza je uznávaná operační metoda. Uplatňuje se, pokud selže léčba konzervativní. Endoprotéza kyčelního kloubu byla uvedena do klinické praxe koncem šedesátých let minulého století. Totální endoprotéza je, jednoduše řečeno, náhrada celého poškozeného kloubu. To znamená, že se nahrazuje jak hlavice, tak jamka kosti kyčelní.

K poškození kloubu kyčelního dochází z různých příčin. Příčiny se dělí do čtyř základních skupin. Jsou to zánětlivá onemocnění, degenerativní onemocnění, traumata a onkologická onemocnění (DUNGL, 2014), (DUNGL a kol. 2013).

#### **1.3.1 ZÁNĚTLIVÁ**

Zánět kloubu neboli artritida má několik příčin. Tyto příčiny jsou autoimunitní zánět, infekční zánět nebo postižení kloubů u lupénky. Zánět typu revmatoidní artritida je autoimunitní onemocnění. Projevuje se bolestí kloubu a otokem. Kloub je citlivý na dotek a bývá zarudlý. Při artritidě se může jako celkový projev organismu snižovat hmotnost a zvyšovat únava. Objevovat se může také pocit slábnutí. Občas se může vyskytnout zvýšená teplota. Revmatoidní artritida vzniká porušením imunitního systému, který je vyvolán chronickým zánětem vetkáních. Onemocnění je nevléčitelné a postupně omezuje pohyb. Revmatoidní artritidu nelze vyléčit, jde však zpomalit destrukci kostí (DUNGL, 2014).

#### **1.3.2 DEGENERATIVNÍ**

Osteoartróza je nezápětlivé degenerativní onemocnění kloubů. Toto chronické onemocnění se dělí podle toho, v jaké části těla se nachází. Koxartróza je degenerativní

onemocnění kyčelního kloubu. Koxartróza může být nejen v jednom kyčelním kloubu, ale hned v obou kyčelních kloubech. Projevuje se bolestí. Bolest se může objevovat v klidu nebo při pohybu, v některých případech v klidu i v pohybu. Nemoc se projevuje omezeným pohybem, nejvíce v abdukci a rotaci (NAVRÁTIL A KOLEKTIV, 2008).

U koxartrózy je postižena hyalinní chrupavka. Koxartróza se dělí na primární a sekundární. Primární koxartróza je způsobena dědičnými faktory a chronickým přetížením. Začíná poškozením kloubů a okolní tkáně zánětem. Onemocnění ovlivňují dva faktory. První faktor je věk, během stárnutí se snižuje elasticita a tím se zužují kloubní mezery. Druhým faktorem je opotřebenost kloubů a hlavně chrupavky, která opotřebením mizí. Sekundární koxartróza je způsobena dysplazií kyčelního kloubu, která může být i traumatická. Jen zřídka se objevuje po kloubním zánětu (LEVITOVÁ, HOŠKOVÁ, 2015).

### 1.3.3 TRAUMATICKÉ

Traumatologické příčiny poškození kyčelního kloubu jsou způsobené úrazem. Mladší lidé mají častěji úrazy, které jsou zapříčiněny automobilovými haváriemi nebo sportem. U lidí nad 65 let jsou úrazy způsobeny často pádem v domácnosti, kdy ke zlomenině kyčle může dojít i během nepatrného pádu. Mezi traumatické poškození kyčelního kloubu patří subtrochanterické zlomeniny. Jsou to zlomeniny diafýzy (střední části) stehenní kosti (SCHNEIDEROVÁ, 2014). „Zlomeniny v horní třetině stehenní kosti (do 3cm pod malým trochanterem) se označují jako subtrochanterické. Zlomeniny diafýzy femuru vznikají působením nepřímého nebo přímého násilí“ (SCHNEIDEROVÁ, 2014, s. 245).

Druhým typem poškození jsou pertrochanterické zlomeniny. Pertrochanterické zlomeniny jsou zlomeniny trochanterického masivu, kde linie lomu probíhá mezi oběma trochantery. Důležité pro jejich stabilitu je porušení Adamsova oblouku. Pokud se pomocí repozice dosáhne obnovení oblouku a tím pádem získání opory na mediální straně, jde o zlomeniny stabilní. Pokud je zlomenina v oblasti Adamsova oblouků, jde o zlomeninu nestabilní (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

### **1.3.4 ONKOLOGICKÉ**

Nádorová onemocnění se rozdělují na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). U benigních onemocnění většinou není nutná operační léčba. Mezi benigní onemocnění vyskytující se v oblasti kyčelního kloubu patří nádory z kostní tkáně (osteom a osteoblastom), nádory z chrupavčité tkáně (chondrosarkom), nádory z nervové případně tukové tkáně (cystické a fibrózní nádory) a cévní nádory. Do druhé skupiny patří nádory maligní. Maligní nádory rozdělujeme na nádory z kostní tkáně (osteosarkomy). Příznakem osteosarkomu jsou bolesti přes den i v noci. Je to onemocnění postihující dlouhé kosti. Další maligní nádory jsou myelom, chondrom, sarkom, lymfom a nádory z chrupavčité tkáně (chondrosarkomy) (LOŠŤÁK, GALLO, ZAPLETALOVÁ, 2014).

### **1.4 INDIKACE TEP**

Totální endoprotéza je operační metoda indikovaná, pokud selže léčba konzervativní. Totální endoprotéza je náhrada celého poškozeného kloubu. To znamená náhrada jak hlavice, tak jamky kosti kyčelní. K poškození kloubu dochází na základě zánětu, degenerativního onemocnění, traumatu nebo onkologického onemocnění. Hlavními důvody indikace náhrady kyčelního kloubu jsou bolest a výrazná porucha funkce kloubu vedoucí k omezení celkové pohybové schopnosti (DUNGL, 2014).

### **1.5 KONTRAINDIKACE TEP**

Kontraindikace jsou stavy, které negativně ovlivní průběh operace, nebo negativně ovlivní rehabilitaci po operaci. Rozdělují se na dva typy kontraindikací. Prvním typem kontraindikace je takzvaná absolutní kontraindikace, jako například závažné kardiovaskulární onemocnění, dále závažné cévní onemocnění, jako je pokročilá ateroskleróza vedoucí k ischemii – nedostatečnému zásobení tkáně kyslíkem a živinami. Jde převážně o postižené periferní tepny dolních končetin. Za další kontraindikaci je považováno závažné poškození centrální nervové soustavy nebo závažné psychické postižení. Za kontraindikaci se považuje také infekce v organismu. Zvažují se jak kožní infekce, tak chronické infekce a nemoci dolních cest dýchacích. Druhým typem kontraindikací je relativní kontraindikace. Do relativní kontraindikace náleží věk, obezita, sociální zázemí (DUNGL, 2014).

## 2 TYPY ENDOPROTÉZ KYČELNÍHO KLOUBU

Endoprotéza kyčelního kloubu je složena z dříku. Dřík je zaveden do dřevňového kanálku stehenní kosti. Na krček dříků je nasazena hlavička. Hlavička může být vyrobena z kovové slitiny stejně jako dřík nebo je vyrobena ze speciální keramiky. Hlavička musí být maximálně hladká, aby způsobovala co nejnižší tření. Důležitý je průměr zvolené hlavičky (SOSNA a kol., 2003), (DUNGL a kol., 2014).

Dnes máme čtyři způsoby náhrad a způsoby jejich implantací. V roce 1962 sir John Charnley použil balónek z nerez oceli, který dal na místo hlavičky. Hlavička byla nasazena na dřík vsunutý do stehenní kosti. Dále implantoval jamku, vyrobenou z vysoce molekulární umělé hmoty, ta nahradila acetabulum. Obě tyto komponenty byly zajištěny pomocí kostního cementu. Vytvořil se tím použitelný základ pro cementované náhrady, ze kterého se vycházelo po několik generací ortopedů. V dnešní době je hlavička vyráběna z několika materiálů a v různých velikostech. Tato cementovaná náhrada však není preferována u mladších a aktivních pacientů.

Druhá možnost je necementovaná náhrada. Necementovaná náhrada byla představena roku 1977 v USA. Poté vzniklo mnoho modifikací této necementované náhrady. Dnes je její používání velice rozšířené. Je vždy konstruována bez použití cementu pomocí kosti. Kost prorůstá, neboli osteo-integruje, do povrchu kovového implantátu, který je speciálně upravený na to, aby prorůstání bylo možné. Tuto náhradu upřednostňují lékaři především u mladších a aktivnějších lidí.

Třetí možnost je hybridní náhrada. Jedna část je připevněna také bez cementu, většinou to bývá jamka, ale druhá komponenta je připevněna cementem, obvykle dřík. Tento typ nachází uplatnění stále častěji.

Posledním čtvrtým typem je Hip resurfacing. Tato metoda se zaměřuje na anatomické a biochemické přiblížení zdravému kyčelnímu kloubu. To znamená, že náhrada se přibližuje maximálně tvarem a funkcí zdravému kyčelnímu kloubu. Tato metoda se používá u pacientů, u nichž nejsou velké anatomické rozdíly v oblasti kyčelního kloubu. Tato metoda navrácí pacienta do plnohodnotného aktivního života (DUNGL a kol., 2014), (KRŠKA, 2011).



### 3 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Cílem předoperační přípravy je navození optimálního fyzického a duševního stavu. Součástí předoperační přípravy jsou cviky, které se používají v konzervativní léčbě. Toto cvičení většinou pacient provádí dlouhodobě před operací. Zároveň je ale nezbytné snížit pohybovou aktivitu, aby se snížil tlak na kloub (SMEJKALOVÁ, 2017; OTIEPKA a kol. 2009).

Cílem plánovaného předoperačního vyšetření je prevence komplikací, které mohou nastat v době operace. Před operací se měří tep, tlak krve, tělesná teplota. Operační výkony se dělí na plánované, urgentní a neodkladné. Nápodobně jako operační výkony se dělí také předoperační příprava na dlouhodobou, krátkodobou a neodkladnou předoperační přípravu (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Důležité je připravit pacienta na pooperační rehabilitaci. Používá se nácvič rehabilitace již před operací tj. předoperační rehabilitace. Rehabilitace spočívá v protahování a relaxaci zkrácených svalů. Rehabilitace umožňuje posilování oslabených svalů. Jelikož pacienti jsou zvyklí na svůj pohybový stereotyp, je nutné je naučit správnou extenzi a abdukcí kyčle. Nejen u operace s výměnou kloubů, ale i u jiných operací, se nacvičuje sed a přetáčení na bok a břicho s molitanovým kvádrem mezi koleny. Důležité je nacvičit chůzi s berlemi po rovině a po schodech se správným odlehčením operované končetiny (SCHNEIDEROVÁ, 2014), (ROZKYDAL, 2012).

#### 3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PO OPERACI

Po operaci je pacient pod intenzivním dohledem. Sleduje se jeho celkový zdravotní stav. Existují takzvané pooperační-reanimační neboli dospávací pokoje. Na tyto pokoje je přivezen pacient bezprostředně po operaci, je zde sledován jeho celkový stav. Pokud je jeho stav stabilizovaný překládá se na jednotku intenzivní péče. Na JIP zůstává dle pravidel nemocnice. Většinou je po první dva dny pacient upoután na lůžko, není to však pravidlem, záleží na zvyklostech dané nemocnice a zdravotním stavu pacienta. Pacient musí být předán na standardní oddělení. Dle typu anestezie je pacient uložen do vodorovné nebo zvýšené polohy. Při péči o pacienta se provádí následující činnosti:

- Sledují se základní životní funkce – dech, pulz, TK, saturace přístrojem, vědomí, TT;
- Sledují se potenciaální cirkulační komplikace embolizace, šokový stav – (bledá, vlhká kůže, neklid, tachykardie, hypotenze, poruchy vědomí);
- Sledují se dýchací komplikace – typ dýchání, frekvence, nestabilní tlak a námaha při dechové aktivitě;
- Sleduje se vlhkost a turgor kůže, barva a vlhkost sliznice;
- Odběry krve – Astrup tj. stav vnitřního prostředí, koagulace, KO;
- Odběry moče – biochemické a mikrobiologické vyšetření;
- Sleduje se operační rána – zda neprosakuje krytí, množství a kvalita odpadu z drénu a také se sleduje okolí rány, zda je klidné nebo zarudlé s otoky a bolestivé na dotek. Popřípadě se dělá převaz rány;
- Hydratace pacienta – dostatečný příjem tekutin per os, popř. zajištění žilního vstupu s kontrolou průchodnosti kanyly. Používá se periferní žilní kanyla (PŽK) nebo centrálně zavedená žilní kanyla (CŽK). Dle ordinace lékaře se aplikuje infuzní roztok, s možností podání léků v infuzním roztoku;
- Při velkých krevních ztrátách se doplní krevní objem – dle výsledků KO a dle ordinace lékaře se aplikují plazma, nebo erytrocytová masa;
- Léčba bolesti – nejprve se učí stupeň bolesti pomocí škály, po té se postupuje dle ordinace lékaře. Podávají se analgetika, opiáty, buď cestou parenterální, nebo epidurálním katétrem. Sleduje se účinnost léků a udělá se zápis do dokumentace;
- Prevence vzniku infekce – sledování celkového stavu pacienta, zda nevzniká infekce, u vzniklé infekce se podávají ATB dle ordinace lékaře;
- Pooperační nauzea – zajistit vhodnou polohu, popřípadě se podávají antiemetika;
- Zajištění bezpečnosti pacienta – sledování a změna hybnosti;
- Vyprazdňování moče – pacient by se měl vymočit do 6 až 8 hodin po operaci, pokud se tak nestane, dělá se jednorázové cévkování. Sleduje se množství moče, barva a zápach;
- Vyprazdňování stolice – sledování odchodu plynů a vzedmuté břicho;
- Pooperační dieta – po odeznění anestezie, může pacient doušky čaje, nejprve dieta 0S, po té 0, 1 a přestup na dietu před operací s ohledem na přidružené choroby;
- Prevence proti tromboembolické nemoci – včasné vstávání z lůžka dle stanovení nemocnice, pohyb na lůžku, kompresivní punčochy popřípadě elastické bandáže

DK. Někde se také používají pneumatické dlahy. Heparinizace (nízkomolekulární heparin), dechová cvičení a kontrola laboratorních výsledků;

- Prevence dekubitů – polohování pacienta, péče o predilekční místa;
- Hygienická péče – nejprve na lůžku s dopomocí sestry, poté s dopomocí v koupelně;
- Psychická podpora pacienta – v první řadě empatie, zajištění návštěv, vyslechnutí pacienta (SLEZÁKOVÁ, a kol., 2010).

### 3.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Časná pooperační aktivita je závislá jednak na psychickém a fyzickém rozpoložení pacienta, ale také na zdravotnickém personálu. Základem je edukace pacienta. Pacient je informován o tom, jak má udržovat stanovenou polohu končetiny. Pacient nesmí končetiny křížit a vytáčet do zevní rotace, protože hrozí luxace endoprotézy. Po té se začnou procvičovat svaly dolní končetiny a uskutečňuje se dechové cvičení. Záleží na aktivitě pohybových výkonů a na intenzitě procvičování. Nejproduktivnější je procvičovat končetinu optimálně, což většinou znamená co nejčastěji. Zlepšuje se tím celková kondice. Na druhou stranu je třeba brát v potaz možné přetížení pohybem. Intenzivnější procvičování znamená snížení rizika trombóz operované končetiny a tím pádem snižuje komplikací plicní embolie (SMEJKALOVÁ, 2017).

První dny jsou prováděny hygienické potřeby na lůžku. Třetí den se odstraňují drény a dělají převazy. Rovněž třetí den se zahajuje vertikalizace. To znamená, že pacient s fyzioterapeutem začíná nácvik sedů a chůze o berlích. Podle zvyklostí nemocnice se pacient propouští šestý až dvanáctý den po operaci. Pokud mají pacienti potvrzený překlad na rehabilitační lůžkové oddělení, jsou převezeni na něj. Dvanáctý den se odstraňují stehy, pokud nedojde ke komplikacím. Stehy odstraňuje lékař (BEZDIČKOVÁ, 2010).

Pooperační rehabilitace za hospitalizace na lůžkovém rehabilitačním oddělení se skládá z nácviku posazení, chůze o berlích po rovině a po schodech, nášlapu a nácviku soběstačnosti, který zahrnuje posílení svalstva, především gluteálního svalstva a rotátoru kyčelního kloubu. Stabilita je závislá na zhojení srůstu a na tvorbě vaziva v kloubním prostoru operované končetiny. Ke stabilizaci přispívá posilování svalového pláště především gluteálního svalstva. Pooperační péče se zaměřuje na edukaci pacienta

v oblasti prevence luxace. Poučení v rámci prevence luxace je následovné: maximální flexe 90stupňů, nácvik běžných denních činností, nácvik flexe, abdukce a přetáčení na zdravý bok s molitanovým kvádrem mezi kolena, nácviky posazování se na toaletu a na židli. Ergoterapeut informuje o možnostech přizpůsobení domácnosti k odpovídajícímu stavu pacienta. Mezi tyto možnosti patří ukotvení madla na záchodě, sprše nebo vaně, nástavec na toaletu, sedačka na vanu, dále se dá pořídit navlékač elastických punčoch a jiné. Propuštění odpovídá stavu pacienta. Pacient by měl samostatně chodit za pomoci francouzských berlí. Měl by být plně informován o cvičení, které může provozovat doma a o tom, jak pečovat o jizvu. Měl by znát anti luxační polohy při běžných domácích činnostech a také při sexuální aktivitě. Po propuštění pacient přechází do ambulantní péče. Po šesti měsících je pacient v nekomplikovaných tzn. běžných případech schopen návratu do běžného života (DUNGL, 2014).

### **3.3 KOMPLIKACE TEP**

Komplikace náhrady kyčelního kloubu se dělí na preoperační, časné pooperační, středně pozdní pooperační a pozdní pooperační. Komplikace jsou charakteristické svým rozsahem, lokalizací a typem zákroku. Nejzávažnější komplikací je smrt, která je většinou způsobena tromboembolickou nemocí (DUNGL a kol., 2014).

Peroperační komplikace vznikají během operace. Mezi peroperační komplikace se řadí zlomeniny (především v oblasti Adamsova oblouku a diafýzy femuru), poranění velkých cév a poranění nervů. Bezprostředně po výkonu mohou nastat časné komplikace, dochází k nim na jednotce intenzivní péče (KORBEL, 2013).

Mezi nejčastější časné komplikace patří krvácení, luxace endoprotézy a tromboembolická komplikace. Ke středně pozdním komplikacím dochází čtvrtý až pátý den po operaci. Mezi tyto komplikace se řadí dehiscence rány, což je jinými slovy rozpad rány. Dále do této skupiny patří časná infekce. Infekce se projeví většinou do čtrnácti dnů od operace. Po důkladném vyšetření se infekce většinou léčí antibioticky. Poslední skupina jsou pozdní komplikace (LANDOR, 2012), (PAVELKA, 2017).

## 4 REHABILITACE PO TEP

Rehabilitace související s TEP kyčelního kloubu dělíme na předoperační rehabilitaci a pooperační rehabilitaci. Předoperační rehabilitací jsme se zabývali v kapitole 1.7 preoperační příprava a pooperační rehabilitací v kapitole 1.8 pooperační péče.

Pacient bez komplikací by měl od 3. měsíce po operaci být schopen řídit auto. Po šesti měsících je již minimální riziko luxace, je možné začít sportovat. Sport by měl být zvolen na základě možností operované končetiny.

Rehabilitační pokyny po totální endoprotéze kyčelního kloubu jsou následovné. Doporučuje se spát na rovném a pevném lůžku a dle svých sil střídat chůzi, sed a leh. Je velmi důležité nesedat si do hlubokého sedu, proto je doporučeno přizpůsobovat si výšku křesla či židle do optimální polohy. Ideální sed je na židli s koleny mírně od sebe, chodidla se dotýkají země, je vhodné nekřížit nohy pod sebe, ani přes sebe. Pevná obuv je nutností, stejně jako vyvarování se nošení těžkých břemen. Mezi významné pomůcky patří polštářek, který se ukládá mezi kolena vždy při otáčení na bok. Po operaci je riziko pádu velké, proto je vhodné přizpůsobit dům stavu pacienta a neodkládat berle předčasně. Další vhodnou pomůckou je navlékač ponožek. Pacient by se neměl předklánět při oblékání ponožek ani při zavazování tkaniček. Pokud má pacient boty s tkaničkami, potřebuje pomoc druhé osoby. Pacienti by měli dodržovat léčbu doporučenou lékařem. Kvůli prevenci tromboembolické nemoci je vhodné používat elastické punčochy. Pacienti užívají léky dle doporučení svého lékaře a pravidelně dochází na kontroly ke svému ortopedovi. Pokud nastanou obtíže, měli by pacienti neodkladně vyhledat lékařskou pomoc ([www.kntb.cz](http://www.kntb.cz)).

## 5 CHARAKTERISTIKA KVALITY ŽIVOTA

*„... Neboť nemá smysl jen život aktivní, který člověku umožňuje vytvářet hodnoty tvůrčím způsobem, a také nemá smysl jen život, který dává člověku příležitost naplňovat se prožitky krásy, ať už v umění nebo v přírodě, nýbrž svůj smysl má dokonce i život, který sotva poskytuje šanci uskutečňovat hodnoty tvůrčím způsobem a nepřináší zážitky v běžném smyslu slova..., který ponechává takřka jen onu poslední možnost, jak utvářet svůj život smysluplně, ve způsobu, jakým se člověk postaví k vnucenému vnějšímu omezení existence... „ (FRANKL, 2006, s. 78-79).*

Na kvalitu života se pohlíží z několika hledisek. Může být zkoumána v medicíně, ošetrovatelství, filozofii, sociologii, psychologii, pedagogice, andragogice, ekonomice a v dalších vědách (GURKOVÁ, 2011).

První zmínky o kvalitě života se objevily v římské a řecké mytologii. Pigou v roce 1920 použil jako první pojem „kvalita života“. Jeho průzkum se soustředil na důsledky státní podpory pro sociálně slabší vrstvy obyvatel a jejich kvalitu života. Pojem kvality života se po té objevil až po druhé světové válce. V této době se staly dvě události, které ovlivnily tento pojem. Společnost WHO rozšířila definici zdraví, obsahující fyzickou, duševní a sociální oblast. Dále pak v 60. letech 20. století vzrůstaly sociální nerovnosti mezi jednotlivými západními společnostmi (GURKOVÁ, 2011), (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

### 5.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA

V posledních dvou desetiletí dosáhl zájem o kvalitu života úrovně společenské nevyhnutelnosti. V odborné literatuře nacházíme mnoho definic kvality života. Mezi nejznámější patří výroky Meteidesa (1996). Meteides definuje kvalitu jako schody s požadavky. Mezi další důležité výroky patří definice M. J. Jurana, která mluví o kvalitě jako o způsobilosti na použití. W. E. Deming tvrdí, že kvalita znamená navrácení role zákazníka. A. V. Feigenbaum napsal, že kvalita je souhrn vlastností, v důsledku kterých je produkt schopný uspokojit potřebu, která byla prioritou v počátku (JAKUŠOVÁ, KILÍKOVÁ, 2008).

Norma ISO 9000:2005 definuje kvalitu života: „kvalita je míra s akousúbor vlastních charakteristik splňapožadavek“ (JAKUŠOVÁ, KILÍKOVÁ, 2008, s. 121).

### **Definice kvality zdraví uváděné Gurkovou:**

- Ferrel et al. (1992, s. 153) „Zmírnění nebo zabránění tělesnému nebo duševnímu distresu, udržování tělesných a duševních schopností a podpůrné sociální sítě.“
- Feranns et al. (1992, s. 29) „Subjektivní pocit pohody pramenící ze spokojenosti nebo nespokojenosti v rámci životních oblastí důležitých pro danou osobu.“
- Padilla et al. (1985, s. 53) „Dynamický konstrukt determinovaný schopností jedince přizpůsobit se diskrepanci mezi očekávanou a reálně prožívanou pohodou.“
- Calman (1984, s. 124) „Rozdíl mezi nadějemi a očekáváním člověka a současným stavem jeho života v daném časovém období.“
- Cella, Tulsy (1990, s. 30) „Spokojenost pacienta se současnou mírou jeho fungování v porovnávání s tím, co považuje za možné nebo ideální.“ (GURKOVÁ, 2011, s. 49).

Kvalita je relativní kategorie, může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory. Kvalitativní indikátory vycházejí z hodnotového systému, toho kdo ji posuzuje. Kvantitativní indikátory jsou vyjádřeny objektivními a měřenými indikátory a tím zároveň zahrnují proces hodnocení (ŘEHULKOVÁ, 2008).

Mezi základní otázky kvality života zařazujeme: Kvalitu jakého života hodnotíme. Hodnotí se život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující živý organismus v kontextu paradigmatu ošetřovatelství – člověka, osobu (GURKOVÁ, 2011).

Společné znaky globální definice jsou následující. Kladou důraz na rozměrnost kvality života. Zdůrazňují subjektivnost a nekladou důraz na vymezení zdravím. Kvalita života je definována jako celková životní spokojenost. V popředí jsou kognitivní aspekty, proces hodnocení individuálních životních podmínek a jejich subjektivním vnímání (GURKOVÁ, 2011).

V ošetřovatelství se v otázce kvality života hovoří o kvalitě života u pacientů s různými obtížemi. Např. s endoprotézou kyčelního kloubu, s diabetes mellitus, s onkologickými onemocněními apod. V odborném jazyce se termín kvalita života

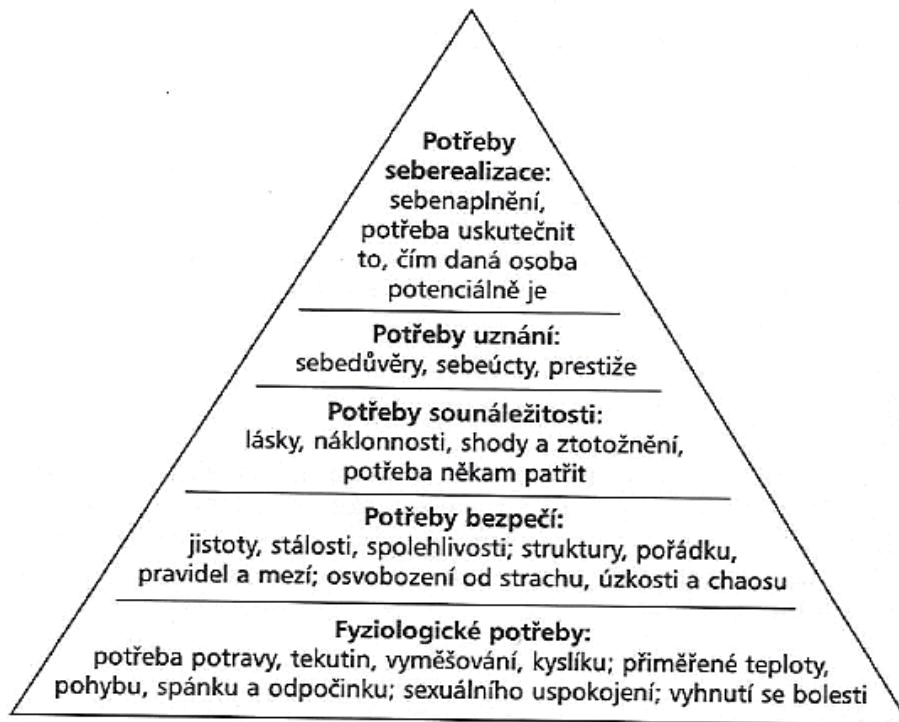
používá pro popis pozitivních a negativních aspektů života. Ve zdravotnictví rozlišujeme tři kategorie kvality – kvalita služeb z pohledu pacienta, kvalita služeb z profesionálního hlediska a kvalita služeb z hlediska řízení (GURKOVÁ, 2011).

Kvalitu života hodnotíme dle subjektivity, individuality a komplexnosti. Komplexnost znamená, že se hodnotí všechny oblasti života. Hodnocení znamená porovnávat jednotlivce s ohledem na to, co je pro každého individuálně důležité. Proto kvalitu života nelze definovat jako něco všeobecného (GURKOVÁ, 2011).

## **5.2 MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB**

Abraham Maslow byl nejvýznamnějším výzkumníkem v této oblasti a v roce 1943 sestavil hierarchii potřeb. Byl americkým psychologem a zakladatelem humanistického proudu v psychologii. Jeho hierarchie potřeb je postavena na tvrzení, že je třeba lidi motivovat určitými potřebami na základě dvou principů. První z nich znamená, že odstraníme nějaký nedostatek a tím naplníme potřeby. Druhý princip je založen na naplnění potřeby tím, že naše bytí bude hodnotné, neboli že se seberealizujeme. Pokud nejsou odstraněny některé z nedostatků, snažíme se o zaplnění tohoto nedostatku. Nejdříve se naplňují a uspokojují základní lidské potřeby, až po té potřeby vyšší. Pokud jsou nižší potřeby neuspokojeny, člověk přestává uspokojovat vyšší potřeby. Vrací se k naplňování hierarchicky nižší potřeby. Na samém vrcholu pyramidy je seberealizace. Osoby, které se seberealizují, dosáhnou sebenaplnění. Jsou to lidé, kteří jsou si vědomi svého plného potenciálu. Maslow na konci svého života přiznal, že při sebetranscendenci (seberealizaci), nemusí dojít k naplnění nižších potřeb (ŠAMÁNKOVÁ, 2011).





Obrázek 1 Hierarchie potřeb podle Maslowa

Zdroj: <https://is.muni.cz>, 2018, s. 32

## 6 SEXUÁLNÍ POTŘEBA

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnou v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy. Potřeby jsou nutné a užitečné. Potřeby velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života“ (ŠAMÁNKOVÁ, 2011 s. 12).

Sexuální potřeba je pud, pro každého jedince různě preferovaný. Rozdíly se projevují ve frekvenci i způsobu jejich uspokojování. Míra uspokojení může být odlišná, stejně tak způsob dosahování uspokojení. Sexuální pud slouží k uvolňování napětí, a proto stabilizuje lidskou psychiku. Sexuální pud je odvozen z pudu rozmnožování, přičemž ovšem nejde pouze o samotné rozmnožování. Má významnou prožitkovou složku (ŠAMÁNKOVÁ, 2011 s. 12).

### 6.1 CHARAKTERISTIKA POJMU SEX A SEXUALITA

Sex, sexualita, manželství a láska jsou velice významná témata, která patří k zájmům člověka. Se sexuálními tématy se setkáváme ve výtvarném umění i ve vědě. Naše vlastní existence dnes je jasným důsledkem a přesvědčivým dokladem sexuality, erotiky a lásky již v hluboké prehistorii. Při pohledu na časoprostorové a sociální prostředí minulosti a současnosti, zjišťujeme, že pod pestrým kulturním příkrovem jsou základní trendy chování u anatomicky moderního Homo sapiens neměnné po čtyřicet tisíc let (CEJNKOVÁ a kol., 2008).

Sex je znám pro lidstvo už mnohem dříve, než se hominidé stali lidmi. Sexuální chování začalo dříve, než se použila artikulovaná řeč. Proto je kolektivní paměť naplněna sexualitou. Slovo sex je mezi lidmi používáno ve většině případů nesprávně a to jako synonymum pro erotiku. Nicméně z odborného hlediska slovo sex znamená pohlaví (WEISS, 2010).

Někdo bere sex jako nepostradatelnou součást života, pro někoho to je zpestření života a pro někoho sexuální život důležitý není. Je podstatné individuální zaměření a hodnotové zaměření člověka. Pro spokojený život v partnerském vztahu bývá většinou nezbytný.

## 6.2 HISTORIE SEXU

Mezi objevovatele, kteří se zasloužili o poznání sexuologie, patří Anthon van Luwenhouk, který v polovině 17. století pozoroval mikroskopem spermie v lidském ejakulátu. Dalším objevovatelem na půdě sexuologie byl Ragnerus de Graaf, který v roce 1668 poprvé publikoval anatomické poměry mužských a ženských gonád. Thomas Robert Maltus vydal v roce 1798 v Anglii „An essay on the principle of population“. Jeho myšlenky byly dříve jen pouhými domněnkami. Dnes jsou jeho myšlenky na regulaci lidské plodnosti aktuální. Mezi významné vědce zkoumající sexuologii patří také Sigmund Freud, který se v letech 1905 zasloužil o odstranění tabuizace sexuálních témat. Průlomové bylo jeho dílo „Tři poznámky k sexuální teorii.“ V 30. letech 20. století byly popsány estrogen, progesteron a testosteron. V roce 1921 vznikl v Československu Ústav pro sexuální patologii. Jeho prvním přednostou se stal Ferdinand Pečírka, který po roce v ústavu zemřel. Následně ústav zanikl. V roce 1921 byl postaven univerzitní sexuologický ústav. Dnes je to Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK. Po 14 letech od této události byl vedením ústavu pověřen Josef Hynie. V roce 1940 Josef Hynie vydal „Úvod do lékařské sexuologie“. Mezi jeho následovníky patří Vladimír Bertrák, Karel Nedoma a Jan Raboch. Jan Raboch poté vedl Sexuologický ústav od roku 1974 (WEISS, 2010).

## 6.3 KAMASUTRA, SEXUÁLNÍ POLOHY

V první řadě je třeba si uvědomit, že Kámasútra nepředstavuje pokleslé dílo založené na živočišné potřebě plné orgií. Není to ani pornografické dílo. Kámasútra patří do tradiční indické literatury. Kámasútra je návod, jenž uvádí, jak se radovat v sexuální oblasti. Autorem kámasútry je Mallanága Vátsajana žijící mezi 4. až 6. stoletím našeho letopočtu. Kámasútra má nadčasovou hodnotu. Bohužel díky přehnané popularizaci byla zatracena, a proto je ochuzená o mnohé. Jsou v ní otázky a rady, jak si obohatit sexuální život. Tato kniha také učí určitému přístupu životu (JASTRABOVÁ, 2010).

Polohy při koitu jsou důležité, netkví v nich těžká technika ale porozumění. Polohy ovlivňují intenzitu sexuálního dráždění a tím prožívání a uspokojení. První skupina poloh se dá označit jako polohy tváří v tvář a druhá skupina pak jako polohy odvrácené, kdy si milenci do tváře nevidí. Polohy tváří v tvář umožňují hledět si do očí, líbání na ústa, mazlení a sledování vzrušení v obličeji druhého. Skupinu odvrácených poloh využívají především jedinci, kteří mají rádi anonymitu a svou fantazii (WEISS, 2010).

## **6.4 SEXUÁLNÍ ŽIVOT PŘED TEP KYČELNÍHO KLOUBU**

Bolest před operací kyčelního kloubu může mít velký dopad na kvalitu sexu. Čím mladší lidé, tím je pro ně více frustrující omezení sexuálního života. Na sexuální problémy by měli brát zřetel zdravotníci i operatér. Kvalitu sexu neovlivňuje pouze bolest, ale také strach z větší bolesti, nepohodlí a únava. Mezi onemocnění, které ovlivňují negativně sexuální aktivitu, patří také koxartróza, zlomenina krčku stehenní kosti, revmatické onemocnění, nádorové onemocnění, dysplazie kyčelního kloubu a osteonekróza hlavice. Tyto onemocnění provází bolest jak při pohybu, tak v klidu, proto se mnoho pacientů vzdá sexuální aktivity. To by nemělo být bagatelizováno, jelikož tento stav může pacienta frustrovat, což může vést až k depresivním stavům, které mohou způsobit ztrátu sebevědomí s negativním dopadem na partnerství (GALEK, 2016).

### **6.4.1 DOBA OBNOVENÍ SEXUÁLNÍ AKTIVITY PO TEP KYČELNÍHO KLOUBU**

Sexuální aktivita může být prováděna po zhojení chirurgické rány a tkání kolem kloubu. Pokud nenastanou komplikace a rána se hojí per primam, pacient může sexuálně žít po čtyřech až šesti týdnech od operace. O tomto tématu lze hovořit s operátorem, fyzioterapeutem nebo všeobecnou sestrou. Pacient by měl znát podrobnosti žádoucích a nežádoucích poloh při sexu. Umělá kyčel se snadněji vykloubí, na rozdíl od kyčle fyziologické, proto je vhodná značná opatrnost. Nejbezpečnější je začít sexuální aktivitu osmý týden po operaci. Otázka času hojení je vždy individuální (CLAUDETTE, 2010).

### **6.4.2 SEXUÁLNÍ ŽIVOT PO TEP KYČELNÍHO KLOUBU**

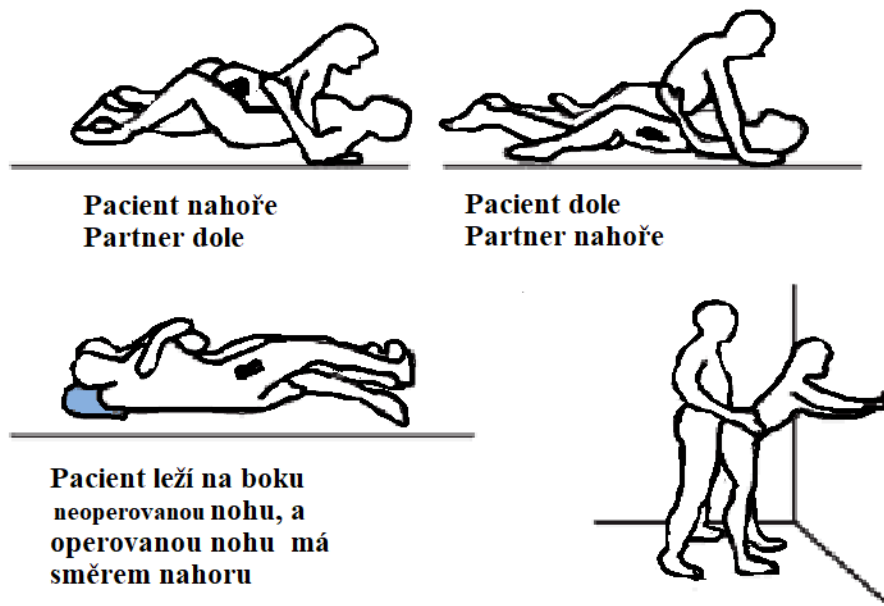
Bolest je jeden z hlavních indikátorů pro operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Po operaci se bolest snižuje, ne-li úplně vymizí, a proto se může zkvalitnit sexuální život. Někdy je obtížné hovořit s pacienty o otázce kvality sexuálního života. K tomuto tématu je dobré přistupovat velmi citlivě. Mladší pacienti mají z tohoto tématu obavy, proto je ohleduplnost na místě. Po operaci jsou boky méně bolestivé a vykazují lepší pohyb (ŠŤASTNÝ a kol., 2013). Je velmi důležité nepokrčít operovanou končetinu extrémně při všech pohybech zevní rotace a ohnutí kyčelního kloubu přes pravý úhel. Není vhodné se výrazně předklánět. Co se týká unožení, tak to nepřináší velké riziko. Je důležité, aby již v operačním období byl kladen důraz na prevenci a eliminaci

luxačního rizika. Luxace je možná i několik měsíců po operaci. Riziko luxace se s postupem času zmírňuje, ale může k němu dojít vždy. Po operaci se dbá na používání polštářku mezi kolena a podklad na židli pro oporu a pohodlí (SOSNA, POKORNÝ, JAHODA, 2003).

Jako vhodné sexuální polohy pro ženy se doporučuje poloha na zdravém boku s polštářem mezi kolena a s lehce pokrčenými končetinami v kyčelních kloubech a s partnerem za zády, další doporučená poloha na břicho a poloha na zádech s unožením operované končetiny, zde se musí dbát na to, aby se dolní končetiny nevytáčela zevně, zdravou končetinu je vhodné pokrčit a zevně rotovat. Po cca šesti týdnech je možná poloha v kleče a pak již všechny ostatní polohy s vyvarováním se krajních poloh a rizikových pohybů tzn. překřížení operované dolní končetiny přes zdravou a bez zevní rotace operované končetiny, jelikož v této poloze může dojít k luxaci (SOSNA, POKORNÝ, JAHODA, 2003).

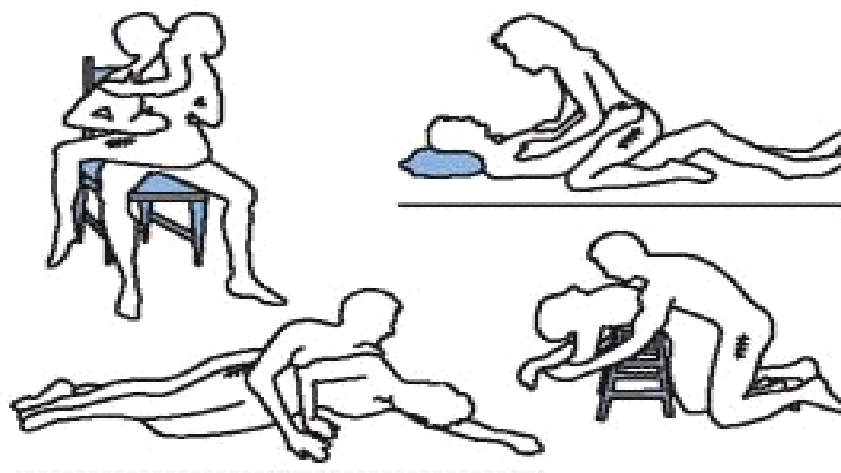
Existují však i jiné možnosti intimního života. Intimní styk není jediným možným sexuálním kontaktem. Pacienti se mohou oddávat i jiným metodám. Například petting je jednoduše řečeno mazlení bez přímého styku. Tato metoda je pro pacienty bezpečnější v rámci luxace kyčelního kloubu. Může však být i předehrou ke klasickým sexuálním aktům (BILÍK, 2015).

Mezi doporučované pozice dle Ranawat orthopaedics patří poloha, kdy muž přistupuje k ženě zezadu. Publikace informuje o polohách, kterým je třeba se vyvarovat. Za nejvíce rizikové období se považují prvních tří měsíce od operace. Je třeba se vyvarovat nadměrné flexi v kyčli, abdukci a také vnitřní rotaci s prsty dovnitř, jelikož může nastat vypadnutí hlavice z jamky. Důležité je informovat o tom, že je dobré se vyvarovat větším předklonům, při nichž může také dojít k luxaci. Po operaci sexuální aktivitu přebírá partner, postupně může operovaný pacient být aktivnější. Aktivita pacienta je vždy odvozena od léčení jeho operované rány. Po několika měsících mohou pacienti pokračovat v sexuální aktivitě v jakékoliv pozici, která je pro ně pohodlná (RANAWAT ORTHOPAEDICS, 2011), (BILÍK, 2015).



Obrázek 1 Sexuální pozice doporučené po TEP kyčelního kloubu

Zdroj: RANAWAT ORTHOPAEDICS 2011, s. 37



Obrázek 2 Sexuální pozice, kterým je třeba se vyvarovat po TEP kyčelního kloubu

Zdroj: RANAWAT ORTHOPAEDICS 2011, s. 37

## **7 KVALITA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA PACIENTŮ PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU**

Praktickou část bakalářské práce tvoří kvantitativní průzkum pomocí anonymních dotazníků vlastní konstrukce.

### **7.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY**

**Průzkumný problém:** Jaká je kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu?

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

- **Cíl 1:** Zjistit, zda se sexuální aktivita před a po operaci změnila;
- **Cíl 2:** Zjistit, zda je pro pacienty sexuální aktivita důležitá;
- **Cíl 3:** Zjistit, zda by chtěli pacienti více informací o žádoucím a nežádoucím chování při sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu;
- **Cíl 4:** Zjistit, zda sexuální aktivita je rozdílná u mužů a u žen, po operaci a před operací;

**Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny tyto průzkumné otázky:**

#### **Průzkumná otázka 1**

Změnila se sexuální aktivita před operací a po operaci kyčelního kloubu?

#### **Průzkumná otázka 2**

Je sexuální aktivita pro pacienty důležitá?

#### **Průzkumná otázka 3**

Chtěli by pacienti více informací o žádoucím a nežádoucím chování při sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu?

#### **Průzkumná otázka 4**

Je sexuální aktivita rozdílná u mužů a u žen, po operaci a před operací?

### **7.2 METODIKA PRŮZKUMU**

Průzkum je uskutečněn empirickou, kvantitativní metodou a to nestandardizovaným anonymním dotazníkem. Nestandardizovaný dotazník se skládá z 20 otázek. V první otázce respondenti udají své pohlaví, ve druhé svůj věk, dále pátá a šestá otázka je doplňující, dvanáctá otázka je doplňující. U devatenácté otázky je navrženo řešení potřebných informací. Ve dvacáté otázce mají možnost respondenti napsat připomínky a názor na téma. Uzavřených otázek je osm. Zbylé otázky jsou polootevřené. Dotazník byl rozdán 100 respondentům. Návratnost dotazníku byla 52%.

### **7.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM**

Dotazníky byly rozdány v časovém období od 1. 11. 2017 do 28. 2. 2018. Pro zpracování dat byl použit textový editor Microsoft Word.

### **7.4 PRŮZKUMNÝ SOUBOR**

Respondenti byli osloveni v rehabilitačním lůžkovém zdravotnickém zařízení Medicentrum Praha, a.s. Dotazníky byly rozdány na dvou lůžkových odděleních. Další dotazníky byly rozdány ambulantním pacientům pomocí zdravotnického personálu. Věkové rozmezí respondentů je od 31 do 80 let.



## 8 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Výsledky průzkumu vychází z analýzy dat z navrácených anonymních dotazníků. Výsledky jsou interpretovány formou tabulek a grafů s odpovídajícím popisem.

### ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

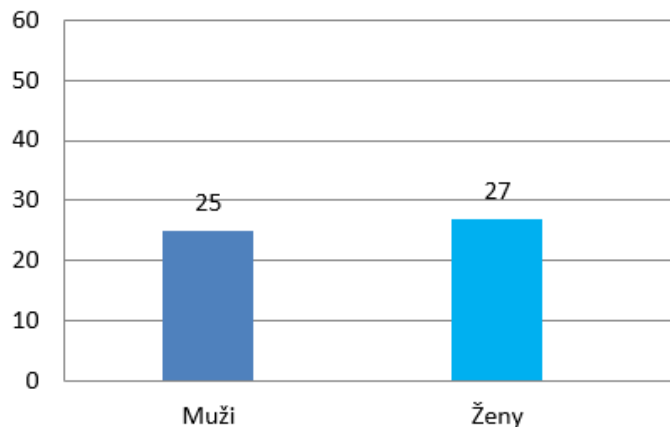
#### Položka 1 Pohlaví

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet respondentů	%
Muži	25	48
Ženy	27	52
Celkem	52	100

Zdroj: autor, 2018, str. 40

Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: autor, 2018, str. 40

Tabulka 1 a Graf 1 znázorňují rozložení absolutního a procentuálního počtu respondentů podle pohlaví. Průzkumu se účastnilo 25 mužů a 27 žen. Muži tvoří 48 % z celkového počtu respondentů a ženy 52 %.

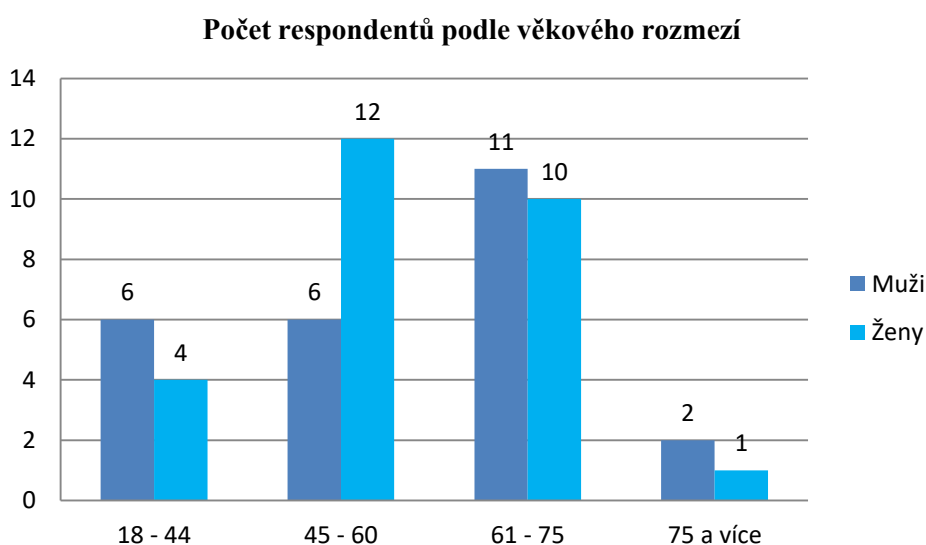
## Položka 2 Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věkové rozmezí respondentů

Věkové rozmezí	Muži	% Muži	Ženy	% Ženy
18 – 44	6	24	4	15
45 – 60	6	24	12	44
61 – 75	11	44	10	37
75 a více	2	8	1	4
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Zdroj: autor, 2018, str. 41

Graf 2 Věkové rozmezí respondentů



Zdroj: autor, 2018, str. 41

Celkem bylo dotazováno 25 mužů a 27 žen, přičemž ve věkovém rozmezí od 18 do 44 let se nachází 6 mužů (24 %) a 4 ženy (15 %). V rozmezí od 45 do 60 let se nachází 6 mužů (24 %) a 12 žen (44 %). V rozmezí od 61 do 75 let se nachází 11 mužů (44 %) a 10 žen (37 %). Tato věková kategorie obsahuje nejvyšší počet respondentů. Pouze dva respondenti jsou ve skupině mužů nad 75 let, což odpovídá 8% podílu z celkového počtu mužů. Pouze jedna žena se nachází v poslední věkové kategorii, což tvoří 4 % zúčastněných žen.

### Položka 3 Jaký je Váš rodinný stav?

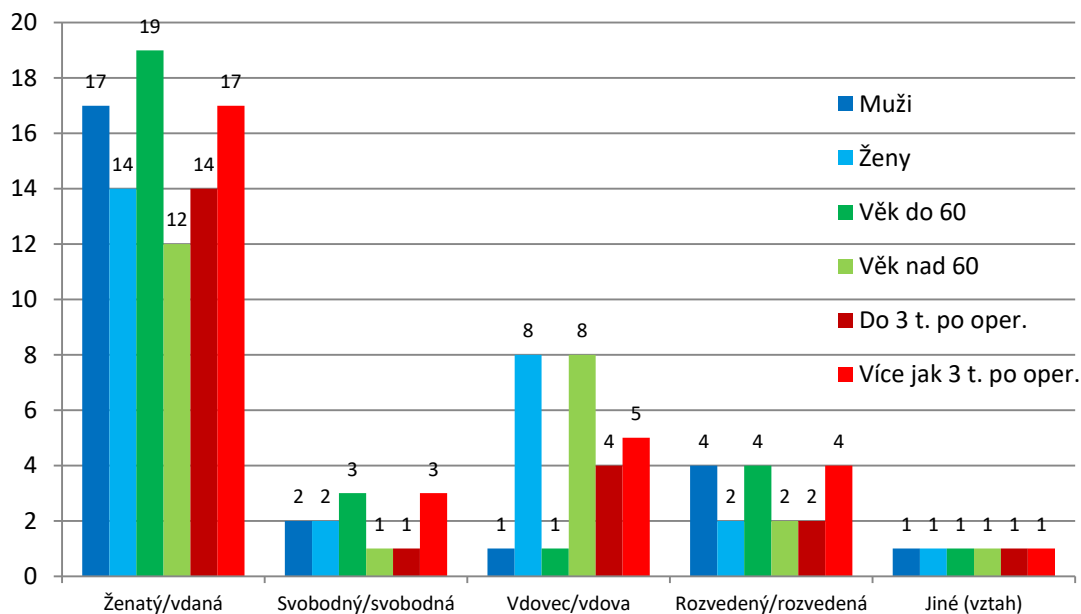
Tabulka 3 Rodinný stav respondentů

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 let (%)	Věk nad 61 let (%)	3 t. po operaci a méně (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ženatý/vdaná	17 (68)	14 (52)	19 (68)	12 (50)	14 (64)	17 (57)
Svobodný/svobodná	2 (8)	2 (7)	3 (11)	1 (4)	1 (5)	3 (10)
Vdovec/vdova	1 (4)	8 (30)	1 (4)	8 (33)	4 (18)	5 (17)
Rozvedený/rozvedená	4 (16)	2 (7)	4 (14)	2 (8)	2 (9)	4 (13)
Jiné (vztah)	1 (4)	1 (4)	1 (4)	1 (4)	1 (5)	1 (3)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 42

Graf 3 Rodinný stav respondentů

Počet respondentů podle rodinného stavu



Zdroj: autor, 2018, str. 42

Ze souboru 25 mužů je 17 mužů (68 %) ženatých, 2 muži (8 %) jsou svobodní, jeden muž (4 %) je vdovec, 4 muži (16 %) jsou rozvedení a 1 muž (4 %) je v partnerském vztahu. Ze souboru 25 žen je 14 žen (52 %) vdaných, 2 ženy (7 %) jsou

svobodné, vdov je 8 (30 %), rozvedené jsou 4 ženy (7%) a v partnerském vztahu je 1 žena (4 %).

Respondentů mladších 60 let je 28 a respondentů starších 60 let je 24. Ve věku do 60 let žije v manželském svazku 19 respondentů (68 %), 3 respondenti (11 %) jsou svobodní a 1 respondent (4 %) již ovdověl. Celkem 4 respondenti (14 %) v dané věkové kategorii jsou rozvedení a 1 respondent (4 %) je ve vztahu. Respondentů, kteří jsou starší 60 let, žije v manželském svazku 12 (50%), svobodný je 1 respondent (4 %). Celkem 8 respondentů (33 %) této věkové kategorie již ovdovělo, 2 respondenti (8%) jsou rozvedení a jeden respondent (4%) žije ve vztahu.

Respondentů, kteří jsou po operaci tři týdny a méně, žije v manželském svazku 14 (64 %), pouze 1 respondent (5 %) je svobodný, 4 respondenti (18%) již ovdověli, rozvedení jsou 2 respondenti (9 %) a 1 respondent (5 %) je ve vztahu. Respondentů, kteří prodělali operaci více než před 3 týdny, žije v manželském svazku 17 (57 %), mezi svobodné patří 3 respondenti (10%), 5 respondentů (17 %) již ovdovělo, 4 respondenti (13 %) jsou rozvedení a 1 respondent (3 %) je ve vztahu.

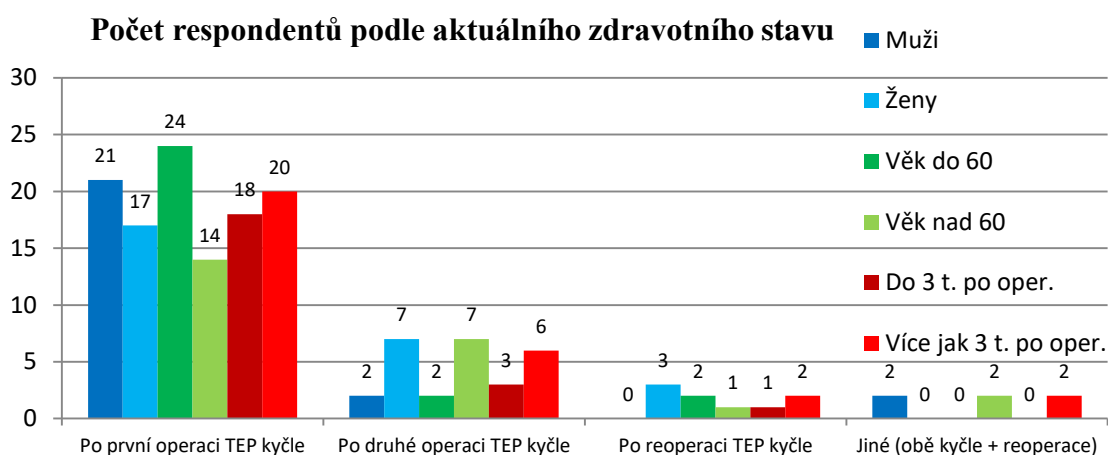
#### **Položka 4 Váš aktuální zdravotní stav?**

Tabulka 4 Aktuální zdravotní stav

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad61 (%)	3 t. po operaci a méně (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Po první operaci TEP kyčle	21 (84)	17 (63)	24 (86)	14 (58)	18 (82)	20 (67)
Po operaci TEP druhé kyčle	2 (8)	7 (26)	2 (7)	7 (29)	3 (14)	6 (20)
Po reoperaci TEP kyčle	0 (0)	3	2 (7)	1 (4)	1 (5)	2 (7)
Jiné	2 (8)	0 (0)	0 (0)	2 (8)	0 (0)	2 (7)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 43

Graf 4 Aktuální zdravotní stav



Zdroj: autor, 2018, str. 44

Z 25 mužů je 21 respondentů (84 %) po první operaci TEP kyčle, 2 muži (8 %) po operaci TEP druhé kyčle, žádný z mužských respondentů není po reoperaci. Možnost „jiné“ u aktuálního zdravotního stavu označili 2 mužští respondenti (8 %). Oba dva tito respondenti mají operaci TEP kyčle levé i pravé kyčle a mají jednu reoperaci kyčle. První operaci TEP kyčle mělo za sebou v průběhu šetření 17 dotazovaných žen (63 %), po operaci TEP druhé kyčle bylo 7 z dotazovaných žen (26 %), po reoperaci TEP kyčle jsou 3 respondentky (11 %). Možnost „jiné“ nikdo neoznačil.

Respondentů ve stáří 60 let a mladším, kteří označili, že jsou po první operaci, je 24 (86 %), 2 respondenti (7 %) jsou po operaci druhé kyčle a po reoperaci jsou také 2 respondenti (7 %) dané věkové kategorie. Možnost „jiné“ nikdo neoznačil. Ve věkové kategorii nad 60 let je po první operaci TEP kyčle 14 respondentů (58 %), po operaci druhé kyčle je 7 respondentů (29%), jeden respondent (5 %) je po reoperaci a 2 respondenti (8 %) mají obě operace TEP kyčlí a zároveň reoperaci.

Respondentů, kteří jsou po operaci tři týdny a méně, je celkem 18 (82%) po první operaci, po operaci druhé kyčle jsou 3 respondenti (14 %) a 1 respondent (5%) je po reoperaci. Respondenti, kteří prodělali operaci více než před 3 týdny, mají za sebou první operaci TEP kyčle ve 20 případech (67 %), po operaci druhé kyčle je 6 takových respondentů (20 %), po reoperaci a možnost jiné zvolili 2 respondenti (7%).

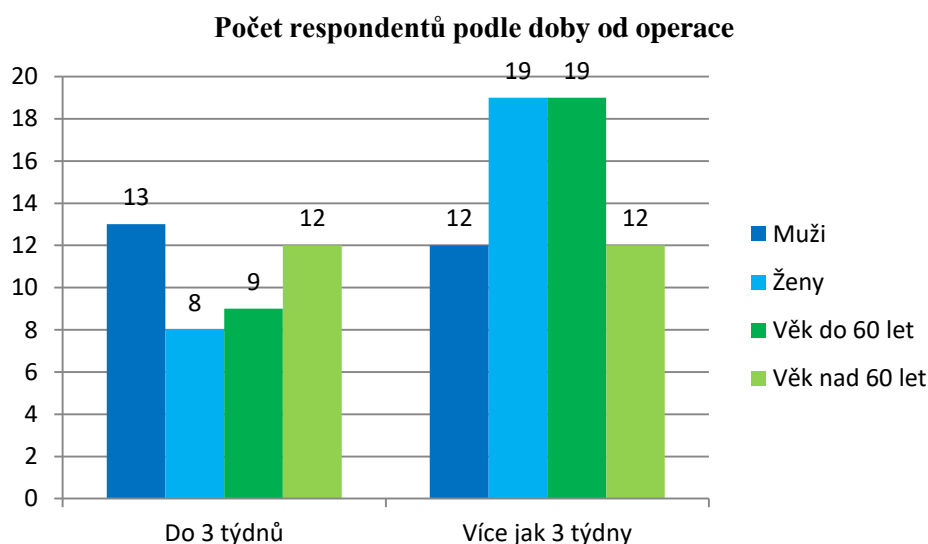
## Položka 5 Jak dlouho jste po operaci TEP kyčle?

Tabulka 5 Doba od operace

Odpovědi	Muži	%	Ženy	%	Věk do 60 let	%	Věk nad 61 let	%
Do 3 týdnů	13	52	8	30	9	32	12	50
Více jak 3 týdny	12	48	19	70	19	68	12	50
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Zdroj: autor, 2018, str. 45

Graf 5 Doba od operace



Zdroj: autor, 2018, str. 45

Z 25 mužů jich 13 (52 %) označilo, že jsou po operaci 3 týdny a méně. Více než 3 týdny po operaci je 12 dotazovaných mužů (48 %). Tři týdny a méně je po operaci 8 respondentek (30 %) a 19 respondentek (70 %) je po operaci déle než 3 týdny.

Respondentů ve stáří 60 let a mladší, kteří jsou po operaci 3 týdny a méně, je 9 (32 %). Více než 3 týdny po operaci je pak 19 respondentů (68 %) dané věkové kategorie. Respondentů starších 60 let je 12 (50 %) v každé z obou skupin stejně – ve skupině operovaných před 3 a méně týdny i ve skupině operovaných déle než před 3 týdny.

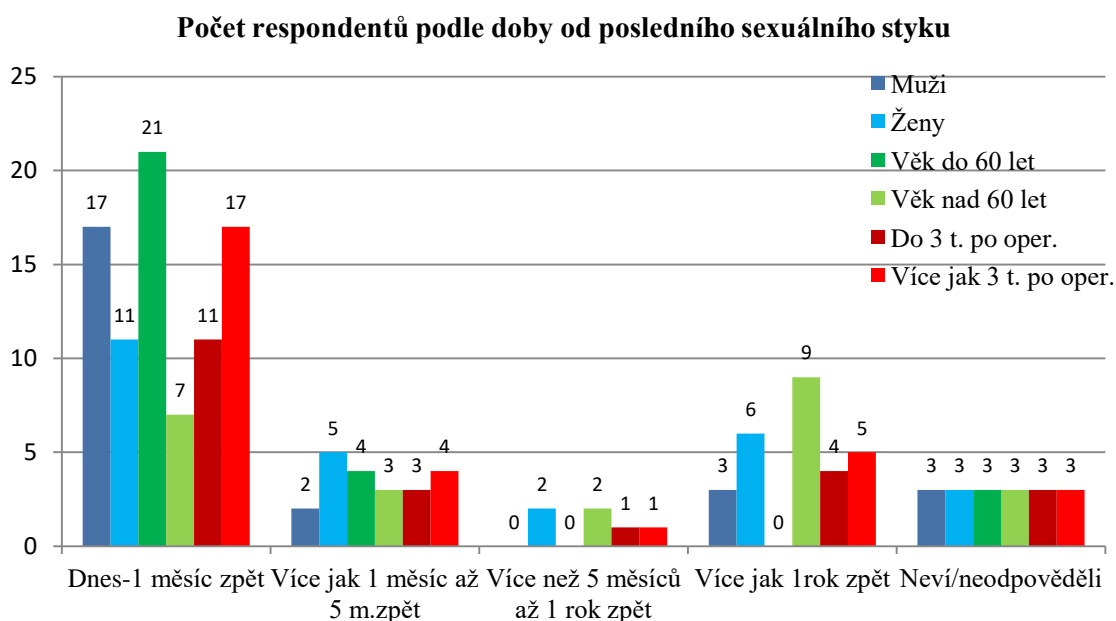
## Položka 6 Kdy jste měl/a naposledy sexuální styk?

Tabulka 6 Poslední sexuální styk

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 let (%)	Věk nad 61 let (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Dnes-1 měsíc zpět	17 (68)	11 (41)	21 (75)	7 (29)	11 (50)	17 (57)
Více jak 1 měsíc až 5 m. zpět	2 (8)	5 (19)	4 (14)	3 (13)	3 (14)	4 (13)
Více než 5 měsíců až 1 rok zpět	0 (0)	2 (7)	0 (0)	2 (8)	1 (5)	1 (3)
Více jak 1rok zpět	3 (12)	6 (22)	0 (0)	9 (38)	4 (18)	5 (17)
Neví/neodpověděli	3 (12)	3 (11)	3 (11)	3 (13)	3 (14)	3 (10)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 46

Graf 6 Poslední sexuální styk



Zdroj: autor, 2018, str. 46

V této otázce respondenti hodnotí období před i po operaci. V souboru mužů označilo 17 respondentů (68 %), že měli sexuální styk během posledního měsíce. 2 dotazovaní muži (8 %) měli sexuální styk naposledy déle než před měsícem, nejdéle však před 5 měsíci. Žádný mužský respondent se nevešel do kategorie „Více než 5 měsíců až 1 rok

zpět“. 3 dotazovaní muži (12 %) neměli sexuální styk déle než rok a 3 dotazovaní muži (12 %) neodpověděli.

Ze souboru žen mělo 11 respondentek (41 %) poslední sexuální styk během posledního měsíce. 5 respondentek (19 %) mělo sexuální styk naposledy déle než před měsícem, nejdéle však před 5 měsíci. Respondentky bez sexuálního styku během posledních 5 měsíců, ne však více než před rokem, byly 2 (7 %). Více než před rokem mělo naposledy sexuální styk 6 respondentek (22 %) a 3 respondentky (11 %) neodpověděly.

Ve věku 60 let a mladším prožilo svůj poslední sexuální styk během posledního měsíce 21 respondentů (75 %), během posledních 5 měsíců, avšak déle než během posledního měsíce 4 respondenti (14 %). Možnosti „Více než 5 měsíců až 1 rok zpět“ a „Více jak 1 rok“ nikdo v této věkové kategorii neoznačil a 3 respondenti (11 %) nevěděli. Ve věku starším 60 let mělo během posledního měsíce sexuální styk 7 respondentů (29 %), během posledních 5 měsíců, avšak déle než během posledního měsíce 3 respondenti (13 %). Déle než 5 měsíců, avšak nejdéle do 1 roku, měli poslední sexuální styk 2 respondenti (8 %). Déle než před rokem mělo svůj poslední sexuální styk 9 respondentů (38 %) a 3 respondenti (13 %) nevěděli.

Respondenti operovaní během posledních 3 týdnů měli poslední sexuální styk během posledního měsíce v 11 případech (50 %), do 5 měsíců avšak déle než během posledního měsíce ve 3 případech (14 %), během posledního roku avšak déle než během posledních 5 měsíců v 1 případě (5 %) a déle než během posledního roku ve 4 případech (18 %). Další 3 respondenti (14 %) neodpověděli. Respondenti operovaní dříve než během posledních 3 týdnů měli poslední sexuální styk během posledního měsíce v 17 případech (57 %), do 5 měsíců avšak déle než během posledního měsíce ve 4 případech (13 %), během posledního roku avšak déle než během posledních 5 měsíců v 1 případě (3 %) a déle než během posledního roku v 5 případech (17 %). Další 3 respondenti (10 %) neodpověděli.



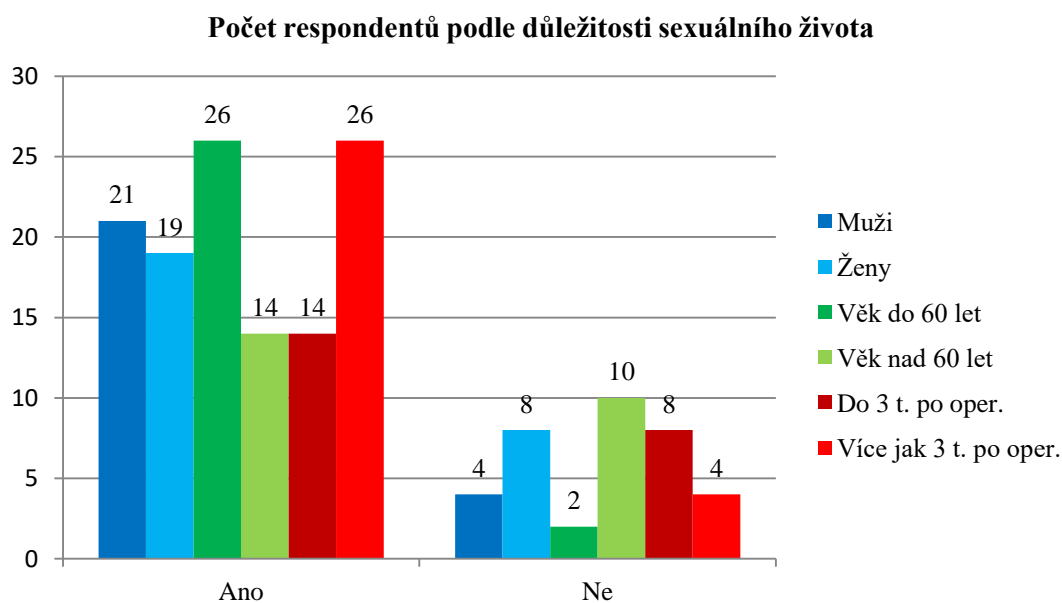
## Položka 7 Je pro Vás sexuální život důležitý?

Tabulka 7 Důležitost sexuálního života

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 61 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ano	21 (84)	19 (73)	26 (93)	14 (58)	14 (64)	26 (87)
Ne	4 (16)	8 (30)	2 (7)	10 (45)	8 (36)	4 (13)
Celkem	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 48

Graf 7: Důležitost sexuálního života



Zdroj: autor, 2018, str. 48

Pro 21 respondentů (84 %) ze souboru mužů je sexuální život důležitý a 4 respondenti (16 %) z této kategorie jej za důležitý nepovažují. Mezi ženami se našlo 19 respondentek (73 %) považujících sexuální život za důležitý oproti 8 respondentkám (30 %) opačného názoru.

Ve věkové kategorii do 60 let včetně má sexuální život za důležitý 26 respondentů (93 %) proti 2 respondentům (7 %) s opačným názorem. Respondenti starší 60 let odpověděli kladně na dotaz o důležitosti sexuálního života ve 14 případech (58 %) a záporně v 10 případech (45 %).

Respondenti operovaní během posledních 3 týdnů považují sexuální život za důležitý ve 14 případech (64 %) a v 8 případech (36 %) za nedůležitý. Respondenti operovaní déle než před 3 týdny považují sexuální život za důležitý ve 26 případech (87 %) a ve 4 případech (13 %) za nedůležitý.

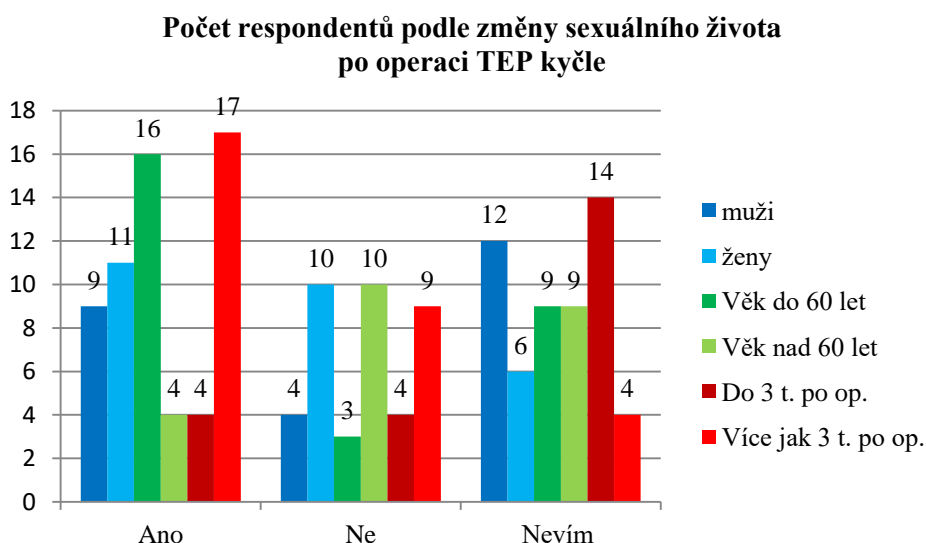
### Položka 8 Změnil se Váš sexuální život po operaci TEP kyčle?

Tabulka 8 Změna sexuálního života po operaci TEP kyčle

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 let (%)	Věk nad 61 let (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ano	9 (36)	11 (41)	16 (57)	4 (17)	4 (18)	17 (57)
Ne	4 (16)	10 (37)	3 (11)	10 (42)	4 (18)	9 (30)
Nevím	12 (48)	6 (22)	9 (3)	9 (38)	14 (64)	4 (13)
<b>Celkem</b>	25 (10)	27 (10)	28 (10)	24 (10)	22 (10)	30 (10)

Zdroj: autor, 2018, str. 49

Graf 8: Změna sexuálního života po operaci TEP kyčle



Zdroj: autor, 2018, str. 49

Mezi muži 9 respondentů (36 %) označilo, že se jim změnil sexuální život po operaci, 4 respondentům (16 %) se nezměnil a 12 respondentů (48 %) neví. V souboru žen jich 11 (41 %) odpovědělo, že se jim změnil sexuální život po operaci, 10 (37 %) že se nezměnil a 6 respondentek (22 %) neví.

Ve věkové kategorii do 60 let včetně se sexuální život změnil 16 respondentů (57 %), 3 respondentům (11 %) se nezměnil a 9 respondentů (32 %) neví. Ve věkové kategorii nad 60 let se sexuální život změnil 4 respondentům (17 %), 10 respondentům (42 %) se nezměnil a 9 respondentů (38 %) neví.

Respondenti operovaní během posledních 3 týdnů považují sexuální život za změněný ve 4 případech (18 %), ve 4 případech (18 %) za nezměněný a ve 14 případech (64 %) neví. Respondenti operovaní déle než před 3 týdny považují sexuální život za změněný v 17 případech (57 %), v 9 případech (30 %) za nezměněný a ve 4 případech (13 %) neví.

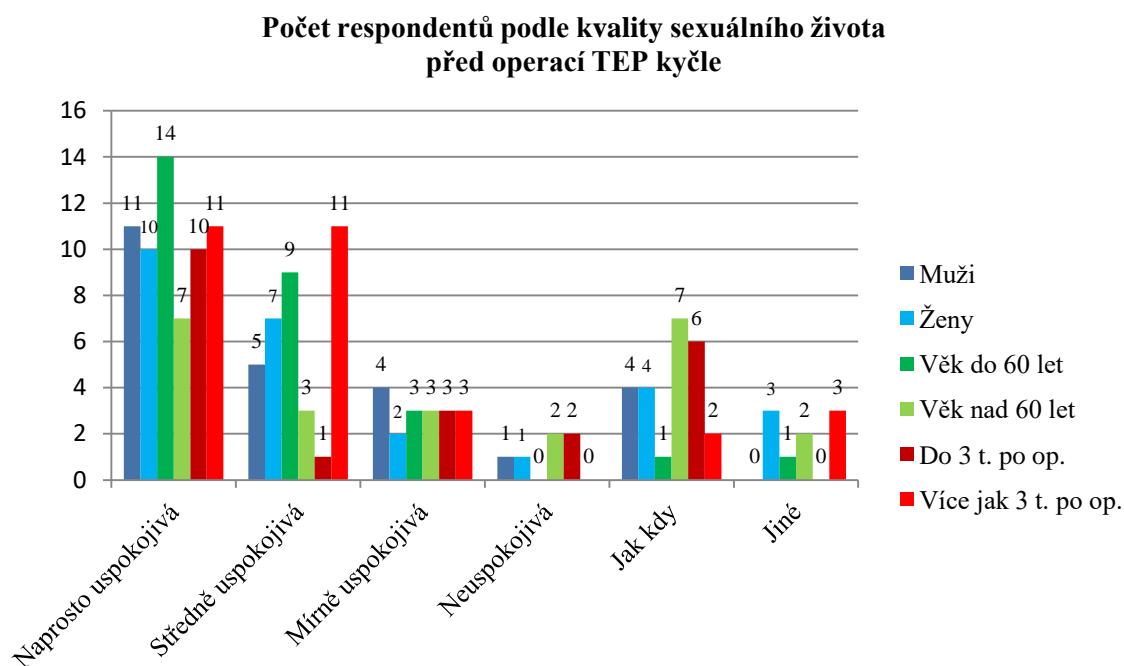
### **Položka 9 Jaká byla Vaše kvalita sexuálního života před operací TEP kyčle?**

Tabulka 9 Kvalita sexuálního života před operací TEP kyčle

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 let (%)	Věk nad 61 let (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
<b>Naprosto uspokojivá</b>	11 (44)	10 (37)	14 (50)	7 (29)	10 (45)	11 (37)
<b>Středně uspokojivá</b>	5 (22)	7 (26)	9 (32)	3 (13)	1 (5)	11 (37)
<b>Mírně uspokojivá</b>	4 (16)	2 (7)	3 (11)	3 (13)	3 (14)	3 (10)
<b>Neuspokojivá</b>	1 (4)	1 (4)	0 (0)	2 (8)	2 (9)	0 (0)
<b>Jak kdy</b>	4 (16)	4 (15)	1 (4)	7 (29)	6 (27)	2 (7)
<b>Jiné</b>	0 (0)	3 (11)	1 (4)	2 (8)	0 (0)	3 (10)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 50

Graf 9 Kvalita sexuálního života před operací TEP kyčle



Zdroj: autor, 2018, str. 51

V souboru mužů je s kvalitou sexuálního života zcela spokojeno 11 respondentů (44 %), středně spokojeno 5 respondentů (22 %), mírně spokojeno 4 respondenti (16 %), nespokojen 1 respondent (4 %) a jak kdy 4 respondenti (16 %). V souboru žen je s kvalitou sexuálního života zcela spokojeno 10 respondentek (37 %), středně spokojeno 7 respondentek (26 %), mírně spokojeny 2 respondentky (7 %), nespokojena 1 respondentka (4 %), jak kdy 4 respondentky (15 %) a 3 respondentky (11 %) zvolily možnost jiné z důvodu bolesti kyčle.

V souboru do 60 let včetně je s kvalitou sexuálního života zcela spokojeno 14 respondentů (50 %), středně spokojeno 9 respondentů (32 %), mírně spokojena 3 respondentů (11 %), nespokojen nikdo, jak kdy 1 respondent (4 %) a 1 respondent (4 %) zvolil možnost jiné. V souboru nad 60 let je s kvalitou sexuálního života zcela spokojeno 7 respondentů (29 %), středně spokojeno 3 respondentů (13 %), mírně spokojena 3 respondentů (13 %), nespokojena 2 respondentů (8 %), jak kdy 7 respondentů (29 %) a 2 respondenti (8 %) zvolili možnost jiné.

V souboru operovaných během posledních 3 týdnů je s kvalitou sexuálního života zcela spokojeno 10 respondentů (45 %), středně spokojen 1 respondent (4 %), mírně

spokojena 3 respondentů (14 %), nespokojena 2 respondentů (9 %), jak kdy 6 respondentů (27 %) a možnost jiné nikdo neoznačil. V souboru operovaných déle než před 3 týdny je s kvalitou sexuálního života zcela spokojeno 11 respondentů (37 %), středně spokojeno 11 respondentů (37 %), mírně spokojena 3 respondentů (10 %), nespokojen nikdo, jak kdy 2 respondenti (7 %) a 3 respondenti (10 %) zvolili možnost jiné.

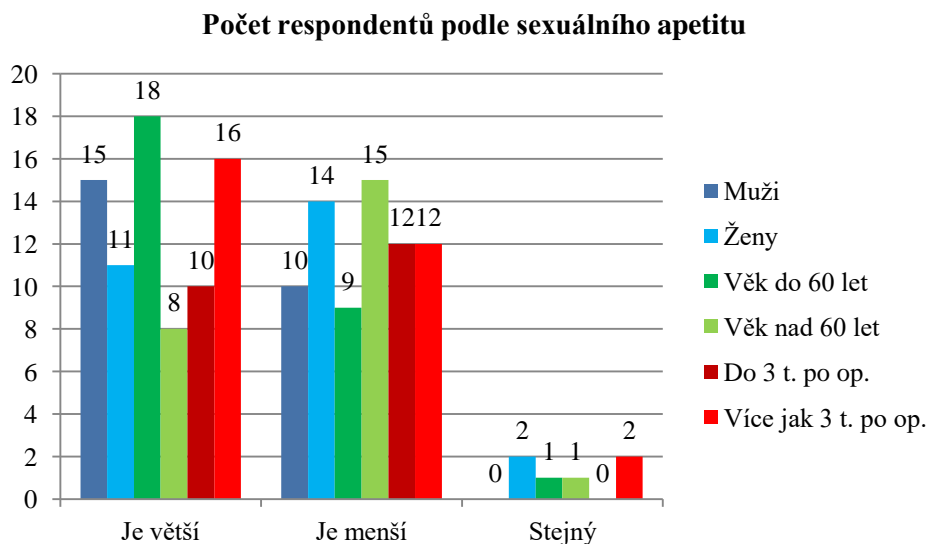
### Položka 10 Jaký je Váš sexuální apetit?

Tabulka 10 Sexuální apetit

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 61 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Je větší	15 (60)	11 (41)	18 (64)	8 (33)	10 (45)	16 (53)
Je menší	10 (40)	14 (52)	9 (32)	15 (63)	12 (55)	12 (40)
Stejný	0 (0)	2 (27)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	2 (7)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 52

Graf 10 Sexuální apetit



Zdroj: autor, 2018, str. 52

Po operaci má 15 mužských respondentů (60 %) větší sexuální apetit, menší sexuální apetit má 10 mužských respondentů (40 %) a stejný sexuální apetit neoznačil nikdo.

Sexuální apetit narostl u 11 respondentek (41 %), zmenšil se u 14 respondentek (52 %) a 2 respondentkám (27 %) zůstal stejný.

Ve věku do 60 let včetně má větší sexuální apetit 18 respondentů (64 %), menší 9 respondentů (32 %) a stejný 1 respondent (4 %). Starší 60 let mají sexuální apetit větší v 8 případech (33 %), menší v 15 případech (63 %) a v 1 případě (4 %) zůstal stejný.

Operování během posledních 3 týdnů mají větší sexuální apetit v 10 případech (45 %), menší ve 12 případech (55 %) a nikdo neoznačil stejný. Operování déle než před 3 týdny mají větší sexuální apetit v 16 případech (53 %), menší ve 12 případech (40 %) a ve 2 případech (7 %) stejný.

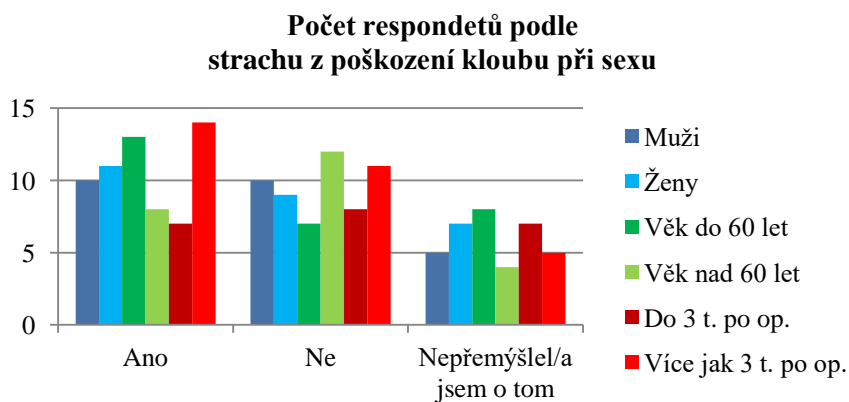
### Položka 11 Máte strach z poškození kloubu při sexu?

Tabulka 11 Strach z poškození kloubu při sexu

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 let (%)	Věk nad 61 let (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ano	10 (40)	11 (41)	13 (46)	8 (33)	7 (32)	14 (47)
Ne	10 (40)	9 (33)	7 (25)	12 (50)	8 (36)	11 (37)
Nepřemýšlel/a jsem o tom	5 (20)	7 (26)	8 (29)	4 (17)	7 (32)	5 (17)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 53

Graf 11 Strach z poškození kloubu při sexu



Zdroj: autor, 2018, str. 53

V souboru mužů má strach z poškození kloubu při sexu 10 respondentů (40 %), stejný počet respondentů strach nemá a 5 respondentů (20 %) o tom nepřemýšlelo. V souboru žen má strach z poškození kloubu při sexu 11 respondentek (41 %), 9 respondentek (33 %) strach nemá a 7 respondentek (26 %) o tom nepřemýšlelo.

Ve skupině do 60 let včetně označilo 13 respondentů (46%), že mají strach z poškození kloubu při sexu, 7 respondentů (25 %), že strach nemají a 8 respondentů (29 %) o tom nepřemýšlelo. Ve skupině nad 60 let má strach 8 respondentů (33 %), 12 respondentů (55 %) strach nemá a 4 respondenti (17 %) o tom nepřemýšleli.

Ve skupině operovaných během posledních 3 týdnů má strach z poškození kloubu při sexu 7 respondentů (32 %), 8 respondentů (36 %) strach nemá a 7 respondentů (32 %) o tom nepřemýšlelo. Ve skupině operovaných déle než před 3 týdny označilo 14 respondentů (47 %), že mají strach z poškození kyčelního kloubu při sexu, 11 respondentů (37 %), že strach nemá a 5 respondentů (17 %) o tom nepřemýšlelo.

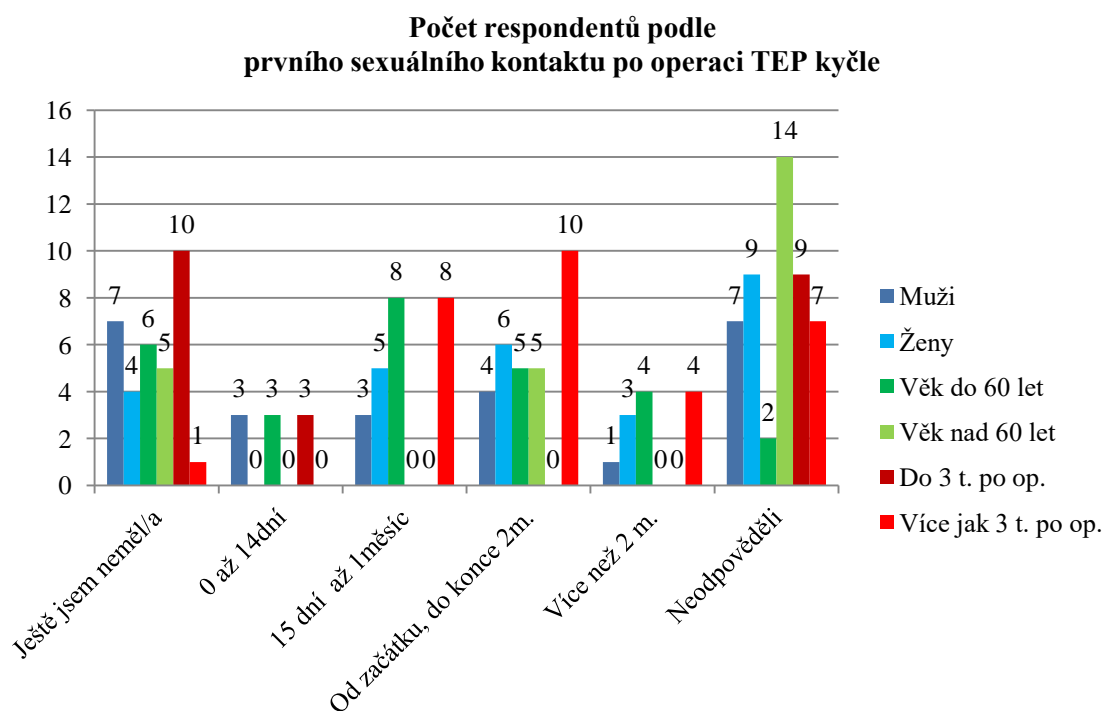
#### **Položka 12 Po jak dlouhé době jste měl/a první sexuální kontakt po operaci TEP kyčle?**

Tabulka 12 První sexuální kontakt po operaci TEP kyčle

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 61 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ještě jsem neměl/a	7 (28)	4 (15)	6 (22)	5 (21)	10 (45)	1 (3)
0 až 14 dní	3 (12)	0 (0)	3 (11)	0 (0)	3 (14)	0 (0)
15 dní až 1 měsíc	3 (12)	5 (19)	8 (30)	0 (0)	0 (0)	8 (27)
Od začátku, do konce 2m.	4 (16)	6 (22)	5 (19)	5 (21)	0 (0)	10 (33)
Více než 2 m.	1 (4)	3 (11)	4 (15)	0 (0)	0 (0)	4 (13)
Neodpověděli	7 (28)	9 (33)	2 (7)	14 (58)	9 (41)	7 (23)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 54

Graf 12 První sexuální kontakt po operaci TEP kyčle



Zdroj: autor, 2018, str. 55

Sexuální styk po operaci zatím nemělo 7 dotazovaných mužů (28 %). 3 dotazovaní muži (12 %) měli sexuální styk do 14 dnů od operace a 3 dotazovaní muži (12 %) mezi 15. a 30. dnem. 4 dotazovaní muži (16 %) měli sexuální styk během druhého měsíce, 1 (4 %) déle než 2 měsíce po operaci a 7 dotazovaných mužů (28 %) neodpovědělo. Ze souboru žen 4 respondentky (15 %) ještě neměly sexuální styk po operaci, 5 respondentek (19 %) mělo sexuální styk 15. a 30. dnem po operaci a 6 respondentek (22 %) během druhého měsíce po operaci. Více než 2 měsíce označily 3 respondentky (11 %) a neodpovědělo 9 respondentek (33 %).

Ve skupině do 60 let věku včetně ještě nemělo 6 respondentů (22%) sexuální styk, 3 respondenti (11%) měli sexuální styk do 14 dnů od operace, 8 respondentů (30 %) mezi 15. a 30. dnem po operaci. Během druhého měsíce mělo sexuální styk 5 respondentů (19%) této věkové kategorie. Sexuální styk déle než po 2 měsících od operace měli 4 respondenti (15 %) a neodpověděli 2 respondenti (7 %). Respondenti starší 60 let neměli sexuální styk v 5 případech (21 %). Během druhého měsíce po operaci mělo sexuální styk 5 respondentů (21 %) starších 60 let. Neodpovědělo 14 respondentů (58 %) respondenti.



Ve skupině operovaných dříve než před 3 týdny ještě nemělo sexuální styk 10 respondentů (45 %). 3 respondenti (14 %) měli sexuální styk do 14 dnů od operace. Z těchto respondentů nemohl nikdo odpovědět na třetí, čtvrtou ani pátou otázku. Neodpovědělo 9 respondentů (41 %). Ve skupině operovaných déle než před 3 týdny ještě neměl sexuální styk 1 respondent (3 %). Mezi 15. a 30. dnem mělo sexuální styk 8 respondentů (27 %), 10 respondentů (33 %) pak během druhého měsíce. Déle než po dvou měsících měli sexuální styk 4 respondenti (13%) a neodpovědělo 7 respondentů (23 %).

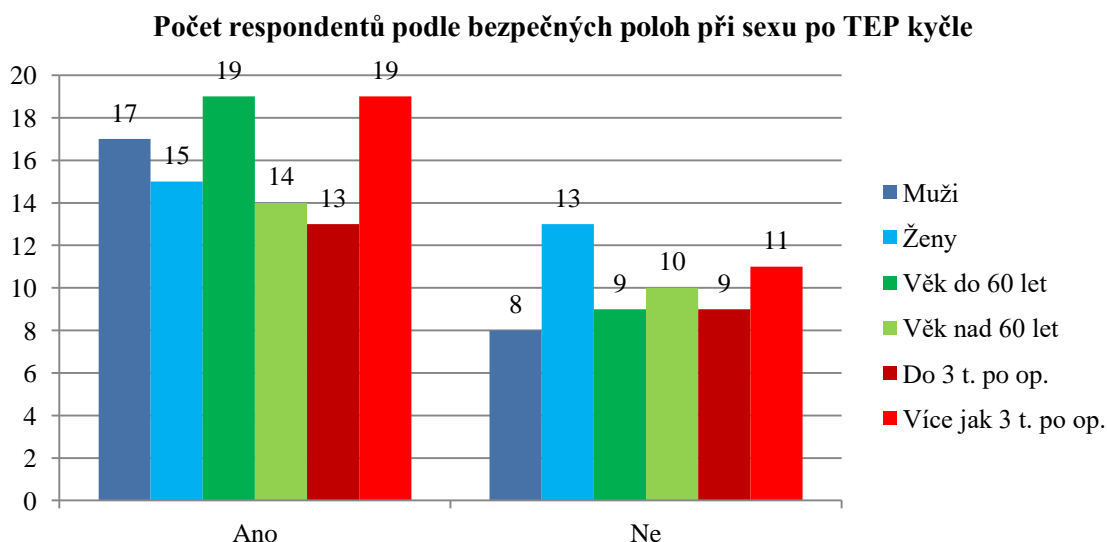
### Položka 13 Znáte polohy, které jsou bezpečné při sexu po TEP kyčle?

Tabulka 13 Polohy bezpečné při sexu po TEP kyčle

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 61 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ano	17 (68)	15 (56)	19 (68)	14 (58)	13 (59)	19 (63)
Ne	8 (32)	13 (48)	9 (32)	10 (42)	9 (41)	11 (37)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 56

Graf 13 Polohy bezpečné při sexu po TEP kyčle



Zdroj: autor, 2018, str. 56

Celkem 17 mužských respondentů (68 %) zná bezpečné polohy při sexuálním styku po TEP kyčle, ale 8 mužských respondentů (32 %) takové polohy nezná. Dále 15 respondentek (56 %) zná bezpečné polohy při sexuálním styku po TEP kyčle, avšak 13 respondentek (48 %) je nezná.

Respondentů do 60 let věku včetně, kteří znají bezpečné polohy při sexuálním styku po TEP kyčle je 19 (68 %), naopak 9 respondentů (32 %) je nezná. Ve věku nad 60 let zná bezpečné polohy při sexuálním styku po TEP kyčle 14 respondentů (58 %) a 10 respondentů (42 %) je nezná.

Mezi operovanými během posledních 3 týdnů zná bezpečné polohy při sexuálním styku po TEP kyčle 13 respondentů (59 %) a 9 respondentů (41 %) je nezná. V souboru operovaných déle než před 3 týdny je 19 respondentů (63 %), kteří znají bezpečné polohy při sexuálním styku po TEP kyčle a 11 respondentů (37 %) je neznalých.

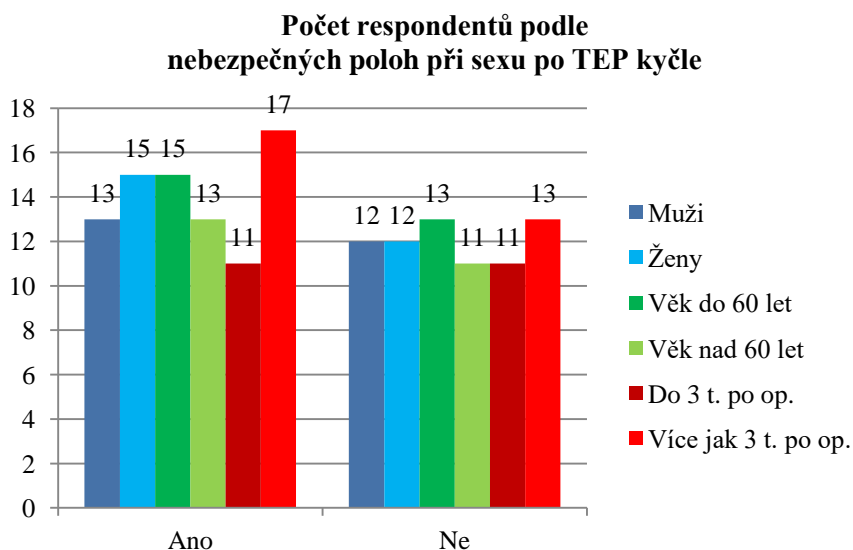
#### **Položka 14 Znáte polohy, které jsou nebezpečné při sexu po TEP kyčle?**

Tabulka 14 Nebezpečné polohy při sexu po TEP kyčle

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 61 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ano	13 (55)	15 (56)	15 (54)	13 (54)	11 (50)	17 (57)
Ne	12 (48)	12 (44)	13 (46)	11 (46)	11 (50)	13 (43)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 57

Graf 14 Nebezpečné polohy při sexu po TEP kyčle



Zdroj: autor, 2018, str. 58

Celkem 13 respondentů (55 %) ze souboru mužů zná nebezpečné polohy při sexuálním styku po TEP kyčle a 12 respondentů (48 %) je nezná. Ze souboru žen zná 15 respondentek (56 %) nebezpečné polohy při sexuálním styku po TEP kyčle a 12 respondentek (44 %) takové polohy nezná.

Respondentů do 60 let stáří včetně je 15 (54 %), kteří znají polohy při sexuálním styku po TEP kyčle a 13 (46 %), kteří je neznají. Celkem 13 respondentů (54 %) nad 60 let věku zná nebezpečné polohy respondentů a 11 respondentů (46 %) je nezná.

Celkem 11 respondentů (50 %) operovaných během posledních 3 týdnů zná polohy při sexuálním styku po TEP kyčle a stejný počet je nezná. Respondentů operovaných déle než před 3 týdny je 17 (57 %), kteří polohy znají a 13 (43 %), kteří je neznají.

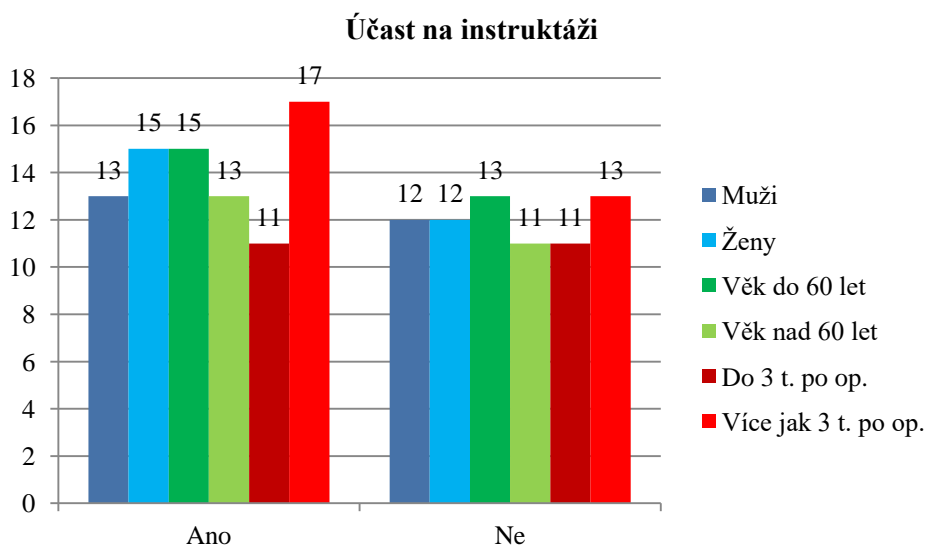
**Položka 15 Absolvoval/a jste instruktáž o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle?**

Tabulka 15 Instruktáž o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 61 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ano	13 (55)	15 (56)	15 (54)	13 (54)	11 (50)	17 (57)
Ne	12 (48)	12 (44)	13 (46)	11 (46)	11 (50)	13 (43)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 59

Graf 15 Instruktáži o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle



Zdroj: autor, 2018, str. 59

Instruktáž o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle absolvovali 2 respondenti (8 %) ze souboru mužů a 23 respondentů (92 %) tohoto souboru instruktáž neabsolvovalo. Ze souboru žen 5 respondentek (19 %) absolvovalo instruktáž o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle a 22 respondentek (81 %) instruktáž neabsolvovalo.

Respondenti do 60 let věku včetně absolvovali instruktáž o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle celkem ve 3 případech (11 %) a v 25 případech (89 %) instruktáž neabsolvovali. Respondenti s věkovou hranicí nad 60 let absolvovali

ve 4 případech (17 %) instruktáž o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle a ve 20 případech (83 %) instruktáž neabsolvovali.

Ze souboru operovaných během posledních 3 týdnů byl na instruktáži o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle 1 respondent (5 %), dalších 21 respondentů (95%) na instruktáži nebylo. Operování déle než před 3 týdny se instruktáže zúčastnili v počtu 6 respondentů (20 %) a zbylých 24 respondentů (80 %) neabsolvovalo instruktáž o vhodných a nevhodných polohách při sexu po TEP kyčle.

### **Položka 16 Kým jste byl/a informován/a?**

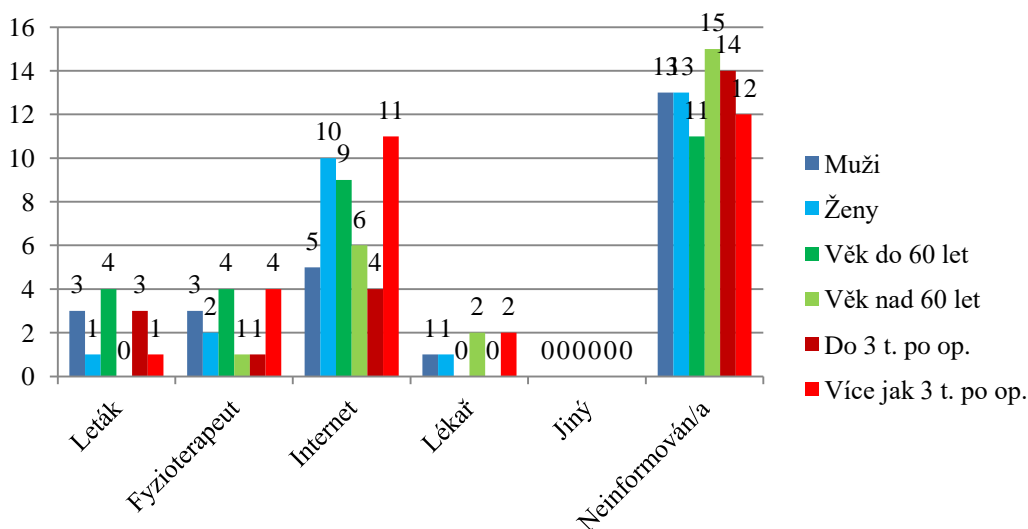
Tabulka 16 Podávané informace

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 61 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
<b>Leták</b>	3 (12)	1 (4)	4 (14)	0 (0)	3 (14)	1 (3)
<b>Fyzioterapeut</b>	3 (12)	2 (7)	4 (14)	1 (4)	1 (5)	4 (13)
<b>Internet</b>	5 (20)	10 (37)	9 (32)	6 (25)	4 (18)	11 (37)
<b>Lékař</b>	1 (4)	1 (4)	0 (0)	2 (8)	0 (0)	2 (7)
<b>Jiný</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Nebyla jsem informován/a</b>	13 (52)	13 (48)	11 (39)	15 (63)	14 (64)	12 (40)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 60

Graf 16 Podávané informace

**Počet respondentů podle způsobu podávané informace o sexuálních polohách a jejich vhodnosti**



Zdroj: autor, 2018, str. 61

O sexuálních polohách a jejich vhodnosti byli informováni 3 respondenti (12 %) ze souboru mužů letákem, stejný počet fyzioterapeutem, 5 respondentů (20 %) si vyhledalo informace přes internet a 1 respondent (4 %) byl informován lékařem. V souboru mužů se našlo celkem 13 respondentů (52 %) bez informací o sexuálních polohách a jejich vhodnosti. Jediná respondentka (4%) ze souboru žen byla informována o sexuálních polohách a jejich vhodnosti pomocí letáku, 2 respondentky (7 %) fyzioterapeutem, 10 respondentek (37 %) se informovalo na internetu a ke zbylým 13 respondentkám (48 %) se informace nedostaly.

Respondenti do 60 let věku včetně byli informováni o sexuálních polohách a jejich vhodnosti ve 4 případech (14 %) letákem, v dalších 4 případech (14 %) fyzioterapeutem. Internet pro vyhledání informací použilo 9 respondentů (32 %) a 11 respondentů (39 %) nebylo informováno. Z respondentů starších 60 let věku nikdo nezískal informace o sexuálních polohách a jejich vhodnosti pomocí letáku, jeden respondent (4 %) byl informován fyzioterapeutem, 6 respondentů (25 %) získalo informace přes internet a 2 respondenti (8%) byli informováni lékařem. Celkem 15 respondentů (63 %) nebylo informovaných.

Ve skupině operovaných během posledních 3 týdnů byli 3 respondenti (14 %) informováni letákem, 1 respondent (5 %) fyzioterapeutem, 4 respondenti (18 %) pomocí internetu a 14 respondentů (64 %) nebylo informováno. Respondenti operovaní déle než před 3 týdny byli informováni o sexuálních polohách a jejich vhodnosti pomocí letáku v 1 případě (3 %), ve 4 případech (13 %) informoval fyzioterapeut, v 11 případech (37 %) pomohl respondentům k informacím internet a ve 2 případech (7 %) respondenty informoval lékař. Nebylo informováno 12 respondentů (40 %) z této skupiny.

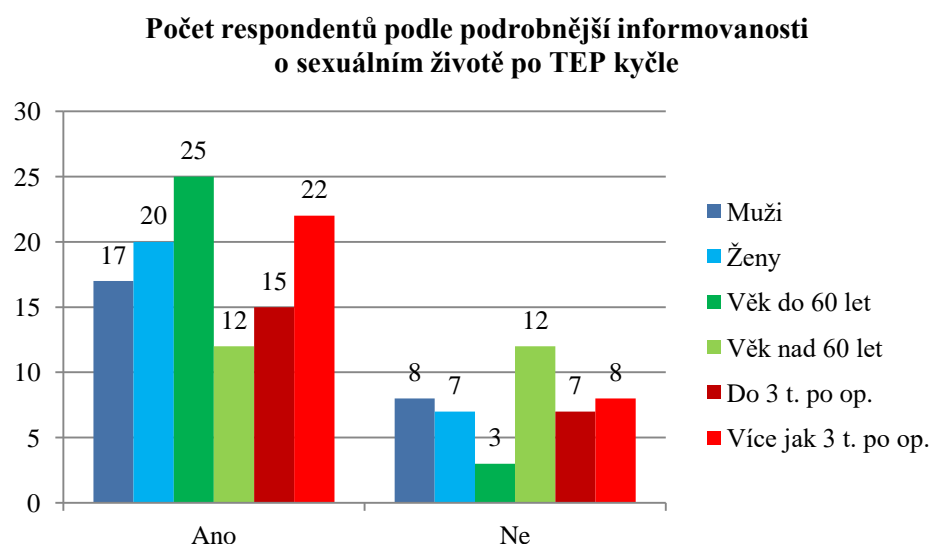
### Položka 17 Stojíte o podrobnější informace, o sexuálním životě po TEP kyčle?

Tabulka 17 Podrobnější informovanost o sexuálním životě po TEP kyčle

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 61 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ano	17 (68)	20 (74)	25 (89)	12 (50)	15 (68)	22 (73)
Ne	8 (32)	7 (26)	3 (11)	12 (50)	7 (32)	8 (27)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 62

Graf 17 Podrobnější informovanost o sexuálním životě po TEP kyčle



Zdroj: autor, 2018, str. 62

Být více informováno o sexuálním životě po TEP kyčle by si přálo 17 respondentů (68 %) ze souboru mužů, 8 respondentů (32 %) více informací nepotřebuje. Ze souboru žen chce být podrobněji informováno o sexuálním životě po TEP kyčle 20 respondentek (74 %) a 7 respondentek (26 %) o více informací nestojí.

Ve věkové skupině do 60 let včetně chce být 25 respondentů (89 %) více informováno o sexuálním životě po TEP kyčle a 3 respondenti (11 %) další informace nepožadují. Ve skupině nad 60 let věku chce i nechce stejný počet respondentů být více informováno o sexuálním životě po TEP kyčle, konkrétně je 12 respondentů (50 %) pro a 12 (50 %) proti.

Celkem 15 respondentů (68 %) ze souboru operovaných během posledních 3 týdnů chce informace o sexuálním životě po TEP kyčle a 7 respondentů (32 %) další informace nevyhledává. Mezi operovanými dříve než před 3 týdny je 22 respondentů (73 %), kteří chtějí další informace o sexuálním životě po TEP kyčle a 8 respondentů (27 %) o tyto informace nežádá.

#### **Položka 18 Byl/a jste informován/a, co máte dělat v případě luxace při sexuální aktivitě?**

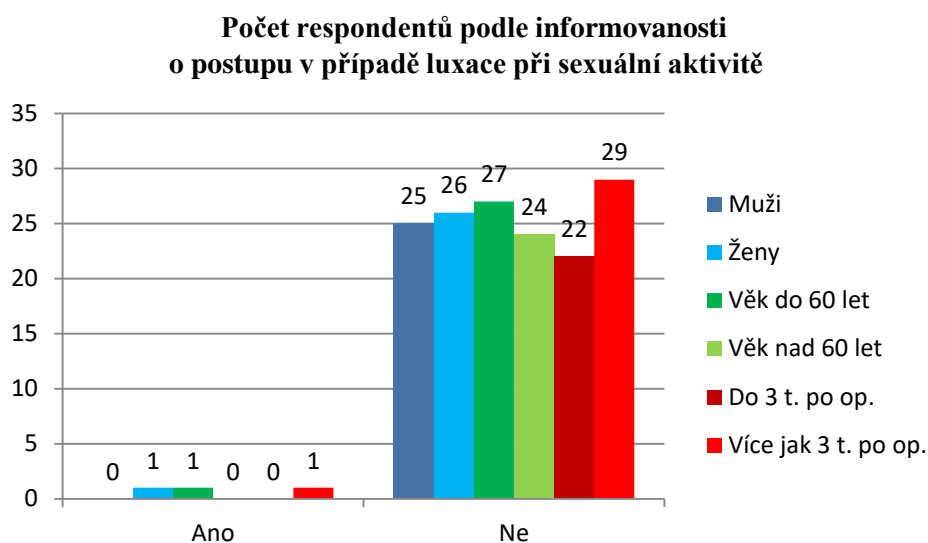
Tabulka 18 Informovanost o postupu v případě luxace při sexuální aktivitě

Odpovědi	Muži (%)	Ženy (%)	Věk do 60 (%)	Věk nad 60 (%)	3 t. a méně po operaci (%)	Více jak 3 t. po operaci (%)
Ano	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
Ne	25 (100)	26 (96)	27 (96)	24 (100)	22 (100)	29 (97)
<b>Celkem</b>	25 (100)	27 (100)	28 (100)	24 (100)	22 (100)	30 (100)

Zdroj: autor, 2018, str. 63



Graf 18 Informovanost o postupu v případě luxace při sexuální aktivitě



Zdroj: autor, 2018, str. 64

Všichni respondenti ze souboru mužů tedy celkem 25 (100 %) z nich odpovědělo, že nebyli informováni, co dělat v případě luxace při sexuální aktivitě. V souboru žen se našla 1 respondentka (4 %) informovaná o postupu v případě luxace a 26 respondentek (96 %) informováno nebylo.

V kategorii věku do 60 let včetně byl informován o postupu v případě luxace 1 respondent (4 %), ke zbylým 27 respondentům (96 %) se informace nedostala. U respondentů nad 60 let věku nebyl informován nikdo, přesněji 24 respondentů (100 %).

K respondentům, kteří byli operováni během posledních 3 týdnů, se informace o postupu v případě luxace také vůbec nedostala 22 (100 %). K jednomu z respondentů (3 %), kteří jsou po operaci déle než 3 týdny, se informace o postupu v případě luxace dostala, zbylých 29 respondentů (97 %) nebylo informováno.

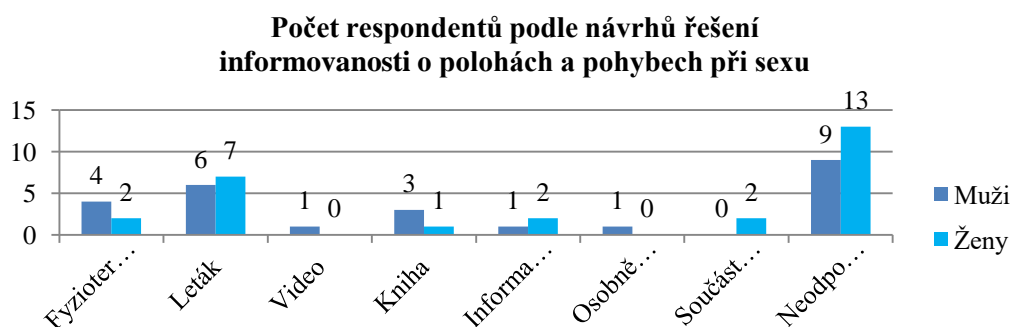
**Položka 19 Navrhněte řešení, jakým byste chtěl/a být informován/a o polohách a pohybech při sexu, abyste se dozvěděl/a, co je doporučující a co je nebezpečné dělat**

Tabulka 19 Návrhy řešení informovanosti o polohách a pohybech při sexu

Odpovědi	Muži	Muži %	Ženy	Ženy %
<b>Fyzioterapeut</b>	4	16	2	7
<b>Leták</b>	6	24	7	26
<b>Video</b>	1	4	0	0
<b>Kniha</b>	3	12	1	4
<b>Informace dostat již před operací</b>	1	4	2	7
<b>Osobně dohromady s partnerem</b>	1	4	0	0
<b>Součást pokynů pro domácí RHB</b>	0	0	2	7
<b>Neodpověděli</b>	9	36	13	48
<b>Celkem</b>	25	16	27	7

Zdroj: autor, 2018, str. 65

Graf 19 Návrhy řešení informovanosti o polohách a pohybech při sexu



Zdroj: autor, 2018, str. 65

Ze souboru mužů chtějí být informováni o polohách a pohybech při sexu 4 respondenti (16 %) fyzioterapeutem, 6 respondentů (24 %) letákem, 1 respondent (4 %) navrhl podání informací pomocí videa, 3 respondenti (12 %) by ocenili odkaz na literaturu, 1 respondent (4%) by chtěl dostat informace již před operací, 1 respondent (4 %) by si přál dostat informace dohromady s partnerkou a 9 respondentů (16 %) neodpovědělo. Ze souboru žen by 2 respondentky (7 %) chtěly být informovány fyzioterapeutem. Pomocí letáku by chtělo být informováno 7 respondentek (26 %), knihou 1 respondentka (4 %), 2 respondentky (7 %) by si přály

být informovány ještě před operací, 2 respondentky (7 %) navrhly, aby informace byly součástí pokynů pro domácí RHB. Celkem 13 respondentek (48 %) žen neodpovědělo.

## **9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU**

Cílem bakalářské práce bylo částečně prozkoumat kvalitu sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu a také prozkoumat informovanost pacientů o této problematice.

**Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny tyto průzkumné otázky:**

### **Průzkumná otázka 1**

Změnila se sexuální aktivita respondentů před operací a po operaci TEP kyčelního kloubu?

### **Průzkumná otázka 2**

Je sexuální aktivita pro pacienty důležitá?

### **Průzkumná otázka 3**

Chtěli by pacienti více informací o žádoucím a nežádoucím chování při sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu?

### **Průzkumná otázka 4**

Je sexuální aktivita rozdílná u mužů a u žen, po operaci a před operací?

## **9.1 PRŮZKUMNÁ OTÁZKA 1**

Změnila se sexuální aktivita respondentů před operací a po operaci TEP kyčelního kloubu?

Bylo zjištěno, že sexuální aktivita před operací a po operaci TEP kyčle se změnila u více než třetiny respondentů, což vyplývá z položky č. 8 (Změna sexuálního života po operaci TEP kyčle), která tuto změnu zachycuje. Sexuální aktivita se změnila převážně u pacientů do 60 let věku včetně a u respondentů operovaných déle než před 3 týdny. Toto zjištění vyplývá z položky č. 10 (Sexuální apetit), kde se ptáme na sexuální apetit momentálního stavu. Momentální stav je stav, v němž se pacient nachází po operaci. Je

zřejmě, že sexuální apetit se zvýšil a to převážně v kategoriích muži, pacienti do 60 let věku včetně a respondenti operovaní déle než před 3 týdny.

## **9.2 PRŮZKUMNÁ OTÁZKA 2**

Je sexuální aktivita pro pacienty důležitá?

Bylo zjištěno, že sexuální aktivita je pro pacienty důležitá. Respondenti do 60 let věku včetně a respondenti operovaní déle než před 3 týdny odpovídají s jasnou převahou, že je pro ně sexuální aktivita důležitá. Při srovnání důležitosti sexuální aktivity pro ženy a pro muže je možné říci, že důležitost sexuálního života je přibližně stejná, s malou odchylkou, kdy je více podstatná pro muže. Méně důležitá je pak sexuální aktivita pro respondenty po 60. roce věku a u pacientů operovaných během posledních 3 týdnů před dotazníkovým šetřením.

## **9.3 PRŮZKUMNÁ OTÁZKA 3**

Chtěli by pacienti více informací o žádoucím a nežádoucím chování při sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu?

Převážná většina respondentů stojí o více informací o žádoucím a nežádoucím chování při sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu napříč všemi výzkumnými skupinami. Pouze skupina respondentů starších 60 let věku je touto otázkou rozdělaná na dva početně srovnatelné tábory.

## **9.4 PRŮZKUMNÁ OTÁZKA 4**

Je sexuální aktivita rozdílná u mužů a u žen, po operaci a před operací?

Bylo zjištěno, že sexuální život respondentek po operaci TEP kyčelního kloubu se mění asi v polovině případů oproti stavu před operací. Respondenti ze souboru mužů pak téměř v polovině případů odpověděli, že nejsou schopni na tuto otázku odpovědět. Z odpovědí zbylých respondentů mužského souboru pak vyplývá, že sexuální život po operaci TEP kyčelního kloubu se mění asi u dvou třetin těchto respondentů.

## 10 DISKUSE

Předpokládaným očekáváním odpovídá, že mladší respondenti z kategorie do 60 let věku včetně jsou v sexuálním životě a zájmu o něj aktivnější. Většina mladších respondentů volila převážně odpovědi týkající se zvyšování jejich sexuálního apetitu a touhy po vyšší informovanosti v dané problematice. Naopak u respondentů starších 60 let věku se velký zájem o informovanost ani o samotné téma neprojevil. V případném dalším průzkumu se tedy jeví jako vhodné dotazovat větší množství respondentů z nižší věkové kategorie.

Alarmující v tomto ohledu je z hlediska této bakalářské práce především fakt nízké informovanosti respondentů o sexuálním životě. Polovina ze souborů mužů i žen nebyla vůbec informována k dané problematice. Z hlediska věkových kategorií je situace ještě horší, pouze asi třetina respondentů ve věku 60 let včetně se dostala k potřebným informacím, což je poměrně malé množství vzhledem k větší touze po těchto informacích v dané kategorii. V dalším průzkumu by tedy stálo za to zjistit, jak by se dala informovanost respondentů efektivně zvýšit

Spojení tří témat – totální endoprotézy kyčelního kloubu, kvality života a otázky sexuální aktivity – hodnotí jen málo odborných článků a publikací, a proto je složité porovnat výsledky tohoto průzkumu s další literaturou. Zvolené téma však otvírá prostor pro další průzkum.

## **Doporučení pro praxi**

Z daných výsledků průzkumu zjišťujeme, že operace TEP kyčle má negativní i pozitivní vliv na zdraví člověka. Hlavním pozitivem je zlepšení a zkvalitnění života bez bolesti, nebo s nižší bolestí kyčelního kloubu než před operací.

Důležité je instruovat zdravotnický personál o doporučovaných aktivitách po TEP kyčle. Během poskytování informací je důležité se zaměřit na vhodné pohyby při denních činnostech a pohybových aktivitách, ale i na informace o vhodných polohách jak při spaní, tak při sexuální aktivitě. Pacienti by se rádi dozvěděli o problematice ve vhodném informačním materiálu pro pacienta po TEP kyčle na internetových stránkách či v odborné knize.

Z pohledu všeobecné sestry je důležitá komunikace s pacientem, poučit ho o nebezpečí luxace kloubu jak při běžných domácích pracích, tak při sexuální aktivitě. Je nutné se individuálně s každým pacientem domluvit, jakou formou chce získat informace o problematice sexuální aktivity, tedy zda mu vyhovuje spíše osobní konzultace nebo důkladný informační leták, případně další literatura. Důležitou roli hraje také partner pacienta, který by měl být také poučen. Bylo by vhodné rozdávat informační leták již před operací. Mnoho pacientů si neuvědomuje, že se musí po operaci vyvarovat některým pohybům, které by mohly způsobit luxaci kyčle a tím i následnou reoperaci.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo částečně prozkoumat kvalitu sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu a také prozkoumat informovanost pacientů o této problematice.

Výsledky průzkumu ukazují, že přibližně polovina lidí zná doporučené polohy a nežádoucí polohy. Většina respondentů by si však přála podrobnější a přesnější informace.

Téma práce bylo vybráno také z důvodu jeho intimity. Téma zřejmě bývá často opomíjené z důvodu studu zdravotnického personálu i pacientů. Dalším důvodem bylo, že roste počet operovaných pacientů s TEP kyčle, kteří jsou mladší a sexuálně aktivní. Sexualita je důležité téma, což ukazuje více než poloviční návratnost dotazníků (52 %), kterou můžeme vzhledem k choulostivosti tématu považovat za vysokou. Vřelé poděkování za spolupráci patří zdravotnickému zařízení Medicentrum Praha, a.s.

Na téma TEP existuje mnoho publikací, většina z nich je staršího vydání. Tento obor se neustále vyvíjí a publikace rychle stárnou. Přímou na sexuální aktivitu po TEP kyčelního kloubu však mnoho publikací nepoukazuje na rozdíl od sexuální aktivity zdravé části populace, o které toho bylo napsáno mnoho. Je překvapující, že neexistuje podrobný leták v českém jazyce pro pacienty po TEP kyčle, který by jim doporučil vhodné a nevhodné polohy. V českém jazyce existují jen letáky s obrázky poloh bez popisku, kde je uvedeno, kam se obrátit při poškození kyčelního kloubu a ne jak se bránit vzniku jeho poškození. Vlastní praktiky jsou opomíjeny úplně, informovanost tak logicky nebývá vysoká.

Při rozdávání dotazníků byli respondenti informováni, o možnosti neodpovídat na otázku, pokud jim nebude otázka příjemná. Zajímavostí je, že v kategorii lidé nad 60 let věku, kde o sexuální téma není z praktického hlediska takový zájem, respondenti vyplnili dotazník precizně. Poděkování patří všem účastníkům průzkumu, bez nichž by nebylo možné tento průzkum uskutečnit.



Dalším cílem této práce bylo vytvoření letáku, který by poskytl vyšší informovanost a přispěl by k celkové tělesné i psychické spokojenosti pacientům po TEP kyčle. Na základě průzkumu uváděného v této práci se podařilo tento leták vytvořit. Pokud se dostane do rukou těm, pro které byl určen, tedy pacientům po TEP kyčle, bude cíl práce splněn: zlepší se informovanost a tím celková tělesná i psychická spokojenost pacientům po TEP kyčle.

## CÍLE

### **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

- **Cíl 1:** Informovat o problematice totální endoprotézy kyčelního kloubu;
- **Cíl 2:** Popsat kvalitu života a hierarchii potřeb;
- **Cíl 3:** Vysvětlit problematiku sexuální aktivity po operaci kyčelního kloubu;
- **Cíl 4:** Získané odborné poznatky shrnout do informačního letáku pro pacienty;

Cíl 1: Bylo informováno o problematice totální endoprotézy kyčelního kloubu. Cíl byl splněn.

Cíl 2: Byla popsána kvalita života a hierarchii potřeb. Cíl byl splněn.

Cíl 3: Byla vysvětlena problematika sexuální aktivity po operaci kyčelního kloubu. Cíl byl splněn.

Cíl 4: Ze získaných odborných poznatků byl vypracován leták pro pacienty. Cíl byl splněn.

### **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

- **Cíl 1:** Zjistit, zda se sexuální aktivita před a po operaci změnila;
- **Cíl 2:** Zda je pro pacienty sexuální aktivita důležitá;
- **Cíl 3:** Zjistit, zda by chtěli pacienti více informací o žádoucím a nežádoucím chování při sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu;
- **Cíl 4:** Zjistit zda sexuální aktivita je rozdílná u mužů a u žen, po operaci a před operací.

Cíl 1: Bylo zjištěno, že aktivita před operací a po operaci TEP kyčelního kloubu se změnila. Cíl byl splněn.

Cíl 2: Bylo zjištěno, že sexuální aktivita je pro pacienty důležitá. Cíl byl splněn.

Cíl 3: Převážná většina respondentů stojí o více informací o žádoucím a nežádoucím chování při sexu po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Cíl byl splněn.

Cíl 4: Bylo zjištěno, že sexuální život u žen, před operací a po operaci TEP kyčelního kloubu, se změnil asi u poloviny respondentek ochotných na otázku odpovědět. Zatímco mezi muži ochotnými otázkou zodpovědět byly asi dvě třetiny respondentů hodnotících svůj sexuální život po operaci TEP kyčelního kloubu jako změněný. Dá se tedy říci, že změny v sexuální aktivitě po operaci TEP kyčelního kloubu jsou častější u respondentů ze souboru mužů. Cíl byl splněn.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, B/BRAUN, 2014. *Operace umělého kyčelního kloubu počítačově navigovatelným OrthoPilot*. [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: [http://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2014/07/2014-07-21\\_Operace-kycle-brozura-pro-pacienta.pdf](http://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2014/07/2014-07-21_Operace-kycle-brozura-pro-pacienta.pdf)
- ANON, *Lékařský slovník*. 2018.. [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>
- ANON, Ranawat orthopaedics, 2011. [online]. [cit. 2018-03-07]. Dostupné z: <http://www.ranawatorthopaedics.com/>
- BEZDIČKOVÁ, M. a S. SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. ISBN isbn978-80-247-3130-8.
- BILÍK, L., 2015. *Životní styl a životní spokojenost u pacientů indikovaných k operaci totální náhrady kyčelního a kolenního kloubu a u pacientů po operaci totální náhrady* [online]. Olomouc [cit. 2017-12-13]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury. Dostupné z: <http://theses.cz/id/awms86/>
- ČECH, O., R. PAVLANSKÝ, 1983. *Aloplastika kyčelního kloubu*. 2., dopl. vyd. Praha: Avicenum. [online]. [cit. 2018-03-09].
- CEJNKOVÁ, D., Z. HOLUBOVÁ, P. VACHŮT, 2008. *100 000 let sexu: o lásce, plodnosti a rozkoši: sborník a katalog výstavy: Brno, 14. 11. 2008-15. 2. 2009*. Brno: Muzeum města Brna. ISBN 978-80-86549-45-3.
- CLAUDETTE, L., 2010. *Totální náhrada kyčelního kloubu*. [online]. [cit. 2018-03-07]. Dostupné z: <http://orthochick.squarespace.com/sex-after-joint-replacement>
- DUNGL, P., 2014. *Ortopedie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2474-357-8.
- DUNGL, P., J. CHOMIAK, J. VACULÍK a R. KUBEŠ, 2013. *Problematika degenerativních onemocnění kyčelního a kolenního kloubu, podíl osteoporózy na těchto onemocněních*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-21-1.
- DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.

- GALEK, L., 2016. *Ortopedická ambulance, Sex po operaci (endoprotéze kyčle)* [online]. [cit. 2018-03-07]. Dostupné z: <http://www.ortopedicka-ambulance.cz/sex-po-operaci-endoproteze>
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HERDMAN, T., S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA-International 2015–2017*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- JASTRABOVÁ, O., 2010. Kámasútra aneb milostná indie. In *Partnerské vztahy* [online]. [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <https://partnerske-vztahy.zdrave.cz/kamasutra-aneb-milostna-indie/>
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KILÍKOVÁ, M. a V. JAKUŠOVÁ, 2008. *Teória a praxe manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 148 s. ISBN 978-80-8063- 290-8.
- KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KORBEL M., P. ŠPONER, T. KUČERA a kol., 2013. Results of treatment of periprosthetic femoral fractures after total hip arthroplasty. *Acta medica (Hradec Králové)*, 56(2), 67-72. ISSN 1211-4286.
- KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, 2018. *Průvodce pacienta před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu – ortopedie*. Krajská nemocnice T. Bati, a.s. [online]. [cit. 2018-03-07]. Dostupné z: <http://www.kntb.cz/pruvodce-pacienta-pred-a-pooperaci-totalni-endoprotezy-kycelniho-kloubu>
- KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KRŠKA, Z., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3815-4.

- LANDOR, I., 2012. *Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-254-4.
- LEVITOVÁ, A. a B. HOŠKOVÁ, 2015. *Zdravotně-kompenzační cvičení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4836-8.
- LOŠTÁK J., J. GALLO a J. ZAPLETALOVÁ, 2014. Analýza vybraných vlastností pacientů přicházejících k implantaci TEP kyčle a kolena. *Ortopedie*, 8(5), 216-223. ISSN 1802-1727.
- MUNTEANU, A., 2014. *Operace umělého kolenního kloubu počítačově navigovaným systémem OrthoPilot®* [online]. [cit. 2018-03-09] Dostupné z: <https://docplayer.cz>
- NAVRÁTIL, L. a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 9788024723198.
- OTIEPKA, P. a Z. ROZKYDAL, 2009. Kvalita života mladých nemocných s osteoartrózou kyčle. *Ortopedie*, 3(3), 118-122. ISSN 1802-1727.
- PAVELKA, T., M. SALÁŠEK a D. WEISOVÁ, 2017. Periprotetické zlomeniny femuru po implantaci aloplastiky kyčelního kloubu: naše výsledky a komplikace při léčení. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Čechoslovaca*, 84(1), 52-58. ISSN 0001-5415.
- PRADEEP, M. G., P. ŠPONER a T. KUČERA, et al., 2013. Total HIP arthroplasty in patients with Parkinson's disease. *Acta medica (Hradec Králové)*, 56(3), 110-116. ISSN 1211-4286.
- ROZKYDAL, Z., R. CHALOUPKA, 2012. *Vyšetřovací metody v ortopedii*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5902-3.
- RUSSELL, R. D., S. BROWN T M. H., HUO 2014. Totální náhrada kyčelního kloubu, 1993-2013. *Current orthopaedic practice*, 6(2), 31-36. ISSN 1803-6848.
- ŘEHULKOVÁ, O., 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-073-9.
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2040-1.

- SMEJKALOVÁ, H., 2017. *Předoperační a pooperační péče u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu* [online]. Pardubice [cit. 2017-12-13]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <http://theses.cz/id/t228yz/>
- SOSNA, A., D. POKORNÝ, 2014. Historické mezníky v operativě kloubních náhrad. *Medicína & umění*, 2(30), 8-10. ISSN 1803-3679.
- SOSNA, A., D. JAHODA a D. POKORNÝ, 2003. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠŤASTNÝ, E., T. TRČ a T. PHILIPPOU, 2013. Rehabilitace po implantaci totální náhrady kyčelního kloubu. *Ortopedie*, 7(2), 58-61. ISSN 1802-1727.
- VIKTOR, E., L. FRANK, 2006. [Z NĚMECKÉHO ORIGINÁLU PŘELOŽIL HERMACH J.]. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 3. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-719-2866-6.
- VOKURKA, M., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
- WEISS, P., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

# PŘÍLOHY

## Seznam příloh

Příloha A: Dotazník .....	II
Příloha B: Rešerše.....	VI
Příloha C: Leták .....	VII
Příloha D: Polohy.....	VIII
Příloha E: Žádost o umožnění sběru dat .....	X
Příloha F: Čestné prohlášení .....	XI

*Příloha A: Dotazník*

Dobrý den, jmenuji se Anna Zbiralová.

Studuji Vysokou školu zdravotnickou, o. p. s. Duškova 7, 15000 Praha 5.

Ráda bych Vás poprosila o spolupráci při mé bakalářské práci. Téma bakalářské práce je „Kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu“. Mým úkolem je vyhodnotit informace na téma sexuálního života po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Ráda bych Vás touto formou poprosila o vyplnění dotazníku podle vašich získaných zkušeností. Dotazník je zcela anonymní. Data budou vyhodnocována statisticky.

Vyplnění dotazníku by mělo trvat nejvýše 10 minut. Dotazník má 20 otázek. Pokud by byla jedna z 20 otázek pro vás nepříjemná, tak není nutno ji vyplňovat. Zakroužkujte prosím, vždy jednu správnou odpověď, popřípadě doplňte.

Děkuji Anna Zbiralová



1. Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik je Vám let?

.....

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Ženatý/vdaná
- b) Svobodný/svobodná
- c) Vdovec /vdova
- d) Rozvedený/rozvedená
- e) Jiné.....

4. Váš aktuální zdravotní stav?

- a) Jsem po první operaci TEP kyčle
- b) Jsem po operaci TEP druhé kyčle
- c) Jsem po reoperaci TEP kyčle
- d) Jiné.....

5. Jak dlouho jste po operaci TEP kyčle?

.....

6. Kdy jste měl/a naposledy sexuální styk?

.....

7. Je pro Vás sexuální život důležitý?

- a) Ano
- b) Ne

8. Změnil se Váš sexuální život po operaci TEP kyčle?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9. Jaká byla Vaše kvalita sexuálního života před operací TEP kyčle?

- a) Naprosto uspokojivá
- b) Středně uspokojivá
- c) Mírně uspokojivá
- d) Neuspokojivá
- e) Jak kdy
- f) Jiné.....

10. Jaký je Váš sexuální apetit?

- a) Je větší
- b) Je menší
- c) Stejný

11. Strach z poškození kloubu při sexu je?

- a) Nebojím se
- b) Bojím se
- c) Nepřemýšlel/a jsem o tom

12. Po jak dlouhé době jste měl/a první sexuální kontakt po operaci TEP kyčle?

.....

13. Znáte polohy, které jsou bezpečné při sexu po TEP kyčle?

- a) Ano
- b) Ne

14. Znáte polohy, které jsou nebezpečné při sexu po TEP kyčle?

- a) Ano
- b) Ne

15. Absolvoval/a jste instruktáž o vhodných a nevhodných polohách při sexu?

- a) Ano
- b) Ne

16. Kým jste byl/a informován/a?

- a) Leták
- b) Fyzioterapeut
- c) Internet
- d) Lékař
- e) Jiný.....
- f) Ne nebyl/a jsem informován/a

17. Stojíte o podrobnější informace, o sexuálním životě po TEP kyčle?

- a) Ano
- b) Ne

18. Byl/a jste informován/a, co máte dělat v případě luxace při sexuální aktivitě?

- a) Ano
- b) Ne

19. Navrhněte řešení, jakým byste chtěl/a být informován/a o polohách a pohybech při sexu, abyste se dozvěděl/a, co je doporučující a co je nebezpečné dělat?

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Pokud byste chtěli znát výsledky průzkumu, popřípadě zaslat informační leták o doporučovaných pohybech a polohách po TEP, zde doplňte svůj email.....

## **Kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu**

### **Klíčová slova:**

totální endoprotéza kyčle, TEP, sexualita kvalita života, edukace, rehabilitace  
total hip replacement, TEP, sexuality, quality of life, education, rehabilitation

### **Rešerše č. 52/2017**

#### **Bibliografický soupis**


<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 43 záznamů</b> (vysokoškolské práce – 2, knihy – 24, ostatní – 17)
<b>Časové omezení:</b>	2008 – současnost
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, slovenština, angličtina
<b>Druh literatury:</b>	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	20. 11. 2018
<b>Základní prameny:</b>	

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- Online katalog NCO NZO

Zdroj: autor, 2018, str. VII

### DOPORUČENÁ POLOHA POUZE PRO MUŽE

**Popis obrázku:**  
**Žena:** Obkročmo sedí na pacientovi (muži). Nohy má skrcené v kolenu. Kolena se opírají o plochu. Dlaněmi rukou je opřena o podložku.  
**Operovaný muž:** Leží na zádech. Nohy má napnuté, nebo trochu pokrčené v kolenu.



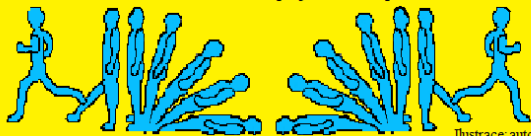
**Správné (u ženy-partnerky):** Žena je střízlivě aktivní. Musí být ohleduplná na partnera.  
**Špatné (u ženy-partnerky):** Vysoká pohybová aktivita ženy. Hrubé a silné pohyby.

**Správné (u muže):** Pohyb spíše pasivní. Nohy u sebe. Nevytáčet kyčle. Nepokrčovat kyčelní kloub více jak 90 stupňů.  
**Špatné (u muže):** Nohy obkročmo. Vytáčení kyčlí. Zvedání operované končetiny do vzduchu. Pokrčení více jak 90 stupňů.

Zdroj: autor  
Ilustrace: autor


**Pro více informací se můžete obrátit na tyto odkazy:** [www.ortopedicka-ambulance.cz](http://www.ortopedicka-ambulance.cz)  
[www.fyzioklinika.cz](http://www.fyzioklinika.cz)  
[www.beznoska.cz](http://www.beznoska.cz)  
[www.kntb.cz](http://www.kntb.cz)

Pro více informací se zeptejte svého operátora.




Ilustrace: autor

### INFORMAČNÍ LETÁK O NEVHODNÝCH A VHDNÝCH POLOHÁCH PŘI SEXU PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU



**Informační leták vás informuje nejen o nevhodných a vhodných polohách při sexu po TEP kyčelního kloubu. Také vám doporučí internetové odkazy, kde najdete více informací.**




Zdroj: [www.fyzioklinika.cz](http://www.fyzioklinika.cz)

Pro více informací se zeptejte svého operátora  
 Účel letáku: Pomocí informací zlepšit kvalitu sexuálního života pacientů po operaci TEP kyčelního kloubu.  
 Vypracovala: Zbiralová Anna  
 Studium: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze 5,  
 Duškova 7, 150 00 Praha 5  
 Rok: 2018/2019      Leták je součástí bakalářské práce

### Doporučené sexuální polohy pro muže i ženy


**Popis obrázku:**  
**Operovaná žena:** Leží na zádech. Nohy jsou nenuceně napnuté a rozkročmo.  
**Operovaný muž:** Muž leží na ženě. Má trochu pokrčená kolena. Opírá se lokty o plochu. Nohy má mezi nohama ženy.



**Správné (u ženy):** Žena leží pasivně. Nohy by měly být roztaženy tak, aby mezi nimi měl muž místo. Ohleduplnost partnera je také důležitá.  
**Špatné (u ženy):** Vysoká pohybová aktivita ženy. Nohy příliš od sebe.

**Správné (u muže):** Muž se pohybuje střízlivě aktivně. Pokrčení v kyčelním kloubu nepřesahuje 90 stupňů. Nohy může zůstávat mezi nohama ženy.  
**Špatné (u muže):** Muž se pohybuje nadměrně aktivně. Pokrčení v kyčelním kloubu přesahuje 90 stupňů. Muž je obkročmo.

**Popis obrázku:**  
**Operovaná žena:** Leží na zádech. Nohy jsou pokrčené a rozkročmo.  
**Operovaný muž:** Muž leží na ženě. Má trochu pokrčená kolena. Opírá se lokty, nebo dlaněma o plochu. Nohy má mezi nohama ženy.




**Správné (u muže):** Muž se pohybuje střízlivě aktivně. Pokrčení v kyčelním kloubu nepřesahuje 90 stupňů. Nohy může zůstávat mezi nohama ženy.  
**Špatné (u muže):** Muž se pohybuje nadměrně aktivně. Pokrčení v kyčelním kloubu přesahuje 90 stupňů. Muž je obkročmo.

**Správné (u ženy):** Žena leží pasivně. Nohy jsou roztaženy tak, aby mezi nimi měl muž místo. Pokrčení v kyčelním kloubu nesmí být větší než 90 stupňů.  
**Špatné (u ženy):** Vysoká pohybová aktivita ženy. Nohy příliš od sebe. Pokrčení v kyčelním kloubu větší než 90 stupňů.

Zdroj: autor  
Ilustrace: autor

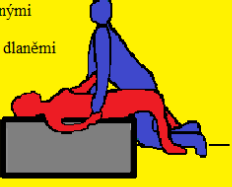
**Popis obrázku: Operovaná žena:** Stojí a je opřena rukama o plochu.  
**Operovaný muž:** Stojí, rukama se drží partnerky, nebo se opírá o ploch.



**Správné (u ženy):** Žena stojí pasivně. Operovanou nohu má odlehčenou. Nohy u sebe.  
**Špatné (u ženy):** Příliš aktivní pohyb. Tlak na operovanou nohu. Příliš roztažené nohy.

**Správné (u muže):** Pohyb spíše pasivní. Odlehčená operovaná noha.  
**Špatné (u muže):** Příliš aktivní pohyb. Tlak na operovanou nohu. Rotace kyčelního kloubu.

**Popis obrázku:**  
**Operovaná žena:** Leží na zádech s pokrčenými koleny. Nohy jsou rozkročmo.  
**Operovaný muž:** Muž je v kleče. Opírá se dlaněmi o plochu. Nohy má mezi nohama ženy.



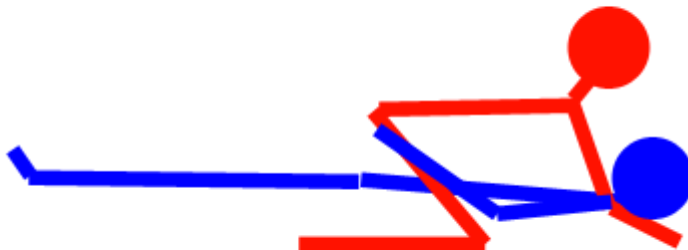
**Správné (u ženy):** Žena leží pasivně. Nohy jsou trochu rozkročmo. Nohy by měly být roztaženy tak, aby mezi nimi měl muž místo. Pokrčení v kyčelním kloubu nesmí být větší než 90 stupňů.  
**Špatné (u ženy):** Příliš aktivní pohyb. Pokrčení v kyčelním kloubu větší než 90 stupňů. Zvedání operované končetiny do vzduchu.

**Správné (u muže):** Pohyb střízlivě aktivní. Pokrčení v kyčelním kloubu nesmí být větší než 90 stupňů.  
**Špatné (u muže):** Příliš aktivní pohyb. Pokrčení v kyčelním kloubu větší než 90 stupňů.

Zdroj: autor  
Ilustrace: autor

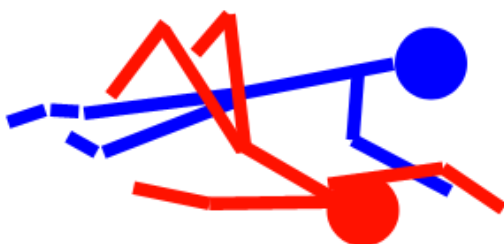
*Příloha D: Polohy*

Povolené polohy:



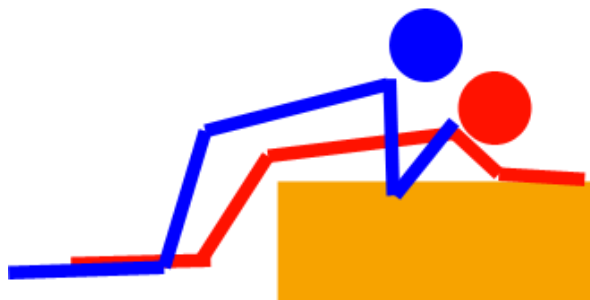
Muž operovaný (pasivní)

Zdroj: autor, 2018, str. VIII



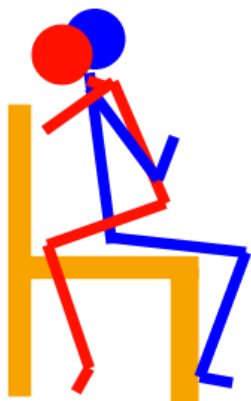
Žena operovaná (pasivní)

Zdroj: autor, 2018, str. VIII



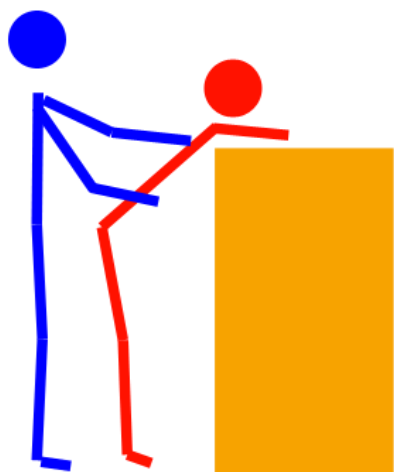
Muž nebo žena operovaní

Zdroj: autor, 2018, str. VIII



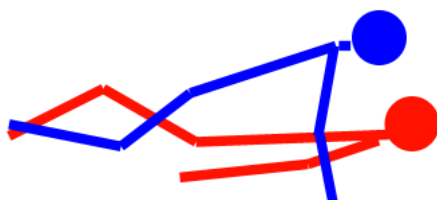
Muž nebo žena operovaní

Zdroj: autor, 2018, str. IX



Žena operovaná (pasivní)

Zdroj: autor, 2018, str. IX



Žena operovaná (pasivní)

Zdroj: autor, 2018, str. IX

Doporučení: Dávejte pozor na zatížení operované kyčle.

Zdroj: autor, 2018, str. IX

Příloha E: Žádost o umožnění sběru dat

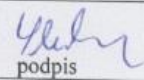
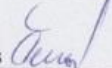
Zdroj: autor, 2018, str. X

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



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ  
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	ZBĚRALOVÁ ANNA	
Studijní obor		Ročník 3
Téma práce	KVALITA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA PO TOTALNÍ ENDOPROTEZE KYČ. KLUBU	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	MEDICENTRUM PRAHA a.s.	
Jméno vedoucího práce	ANDREA SLUKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis 
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ŠARLA ČERNA	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis 

v. Praxe ..... dne 8.3.18

.....  
podpis studenta



## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem **Kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu** v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta