Rozsah znalostí pacientů o výkonu, komplikacích a režimu po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Iva Mynarčíková

Bakalářská práce
2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Iva MYNARČÍKOVÁ**
Osobní číslo:	**H10414**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Forma studia:	**prezenční**
Téma práce:	**Rozsah znalostí pacientů o výkonu, komplikacích a režimu po totální endoprotéze kyčelního kloubu**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury v dané problematice.
Vymezení pojmů endoprotéza, kyčelní kloub, edukace, rehabilitace, komplikace, koxartróza.
Vypracování teoretické části bakalářské práce.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace průzkumu pomocí dotazníkového šetření na ortopedickém oddělení.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Navrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. Zásady edukace v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
SOSNA, Antonín, David POKORNÝ a David JAHODA, 2003. Náhrada kyčelního kloubu: Rehabilitace a režimová opatření. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4.
MATOUŠ, Milouš, Miluše MATOUŠOVÁ a Miroslav KUČERA, 2005. Život s endoprotézou kyčelního kloubu. Praha: Grada. ISBN 80-247-0886-8.
KARPAŠ, Karel, 2004. Operace endoprotézy kyčelního kloubu. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-62-3.
GALLO, Jiří a kol., 2011. Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2486-6.
SOSNA, Antonín a kol., 2001 Základy ortopedie. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 4. 3. 2013 ....

---

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:
(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.
(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jaký je rozsah znalostí pacientů o výkonu, komplikacích a režimu po totální endoprotéze kyčelního kloubu. V teoretické části se zabývám historií a vývojem operací endoprotéz kyčelního kloubu, anatomií kyčelního kloubu, jaké jsou typy používaných endoprotéz a jaké jsou důvody k provedení operace. Dále rozebírám pojmy jako např. koxartróza, edukace nebo endoprotéza. Také se zaobírám tím, jaká jsou možná rizika a komplikace spojená s tímto výkonem. V empirické části zjišťuji, pomocí dotazníkového šetření ve dvou nemocnicích (Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a Vsetínská nemocnice a.s.) na ortopedických odděleních, do jaké míry jsou pacienti informováni o výkonu, komplikacích a režimu po tomto výkonu. Na základě tohoto výzkumu je vytvořena informační brožurka pro pacienty s touto problematikou.

Klíčová slova:

Endoprotéza, kyčelní kloub, edukace, rehabilitace, komplikace, koxartróza

ABSTRACT

Abstrakt anglicky

The main objective of this Bachelor thesis is to determine the extent of patients' knowledge about the operation, complications and regime after total endoprosthesis of the hip joint. In the theoretical part, I focus on the history and the evolution of operations of total endoprosthesis of the hip joint, anatomy of the hip joint, what are the types of endoprosthesis and what are the reasons for the operation. Furthermore, I deal with technical terms such as coxarthrosis, education or endoprosthesis. I also deal with risks and possible complications connected with this operation. In the empirical part of my Bachelor thesis, I determine how much are the patients informed about the operation, complications and regime after this operation. I carry this research out by using a questionnaire in the orthopaedic wards of Tomáš Baťa Hospital in Zlín and Vsetín Hospital a.s. Based on this research an informational brochure for patients is written.

Keywords:

Joint replacement, hip joint, education, rehabilitation, complications, koxarthrosis

Motto

„Pohyb nahrazuje všechny léky světa,

ale všechny léky světa nenahradí pohyb.“

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucímu mé bakalářské práce, prim. MUDr. Jiřímu Gaťkovi, za jeho čas, ochotu a užitečné rady, které mi byly přínosem při řešení dané problematiky. Dále bych chtěla poděkovat za spolupráci při řešení výzkumného šetření vrchním sestrám ortopedických oddělení, ve Vsetínské nemocnici a v nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. V neposlední řadě také děkuji své rodině a přátelům, za podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **10**

I TEORETICKÁ ČÁST **11**

1 HISTORIE A VÝVOJ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU **12**

2 ANATOMIE A FUNKCE KYČELNÍHO KLOUBU **13**

2.1 BIOMECHANIKA KYČELNÍHO KLOUBU 13

3 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU **14**

3.1 DEGENERATIVNÍ ZMĚNY V KYČELNÍCH KLOUBECH 14

3.2 KOXARTRÓZA 14

3.3 DŮVODY K PROVEDENÍ ENDOPROTÉZY 15

3.4 KONTRAINDIKACE TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY 15

3.5 TYPY ENDOPROTÉZ 16

3.5.1 Cervikokapitální protézy 16

3.5.2 Totální endoprotézy 16

Necementované 16

4 MOŽNÉ RIZIKA A KOMPLIKACE **18**

4.1 RIZIKO TROMBÓZY ŽIL A PLICNÍ EMBOLIE 18

4.2 LUXACE ENDOPROTÉZY 19

4.3 PERIPROTETICKÉ ZLOMENINY 19

4.4 NESTEJNÁ DÉLKA KONČETIN 19

4.5 PORANĚNÍ NERVŮ 19

4.6 INFIKOVANÁ TEP KYČELNÍHO KLOUBU 20

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NÁHRADOU KYČELNÍHO KLOUBU **21**

5.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA 21

5.2 OPERAČNÍ TECHNIKA 22

5.3 POOPERAČNÍ PÉČE 22

6 REHABILITAČNÍ PÉČE **24**

6.1 PŘEDOPERAČNÍ EDUKACE V RÁMCI REHABILITACE 24

6.2 ČASNÁ A NÁSLEDNÁ LÉČEBNÁ REHABILITACE PO OPERACI 24

6.3 DŮLEŽITÁ DOPORUČENÍ K ZAPAMATOVÁNÍ 25

7 POJEM EDUKACE A JEHO VÝZNAM V OŠETŘOVATELSTVÍ **27**

7.1 EDUKAČNÍ PROCES 28

7.1.1 Posouzení pacienta 28

7.1.2 Určení edukačních témat 28

7.1.3 Vyhodnocování výsledků edukace ... 28
7.2 TYPY EDUKACE ... 29
7.2.1 Základní edukace ... 29
7.2.2 Komplexní edukace ... 29
7.2.3 Reedukace ... 29
7.3 BARIÉRY V EDUKACI ... 30
7.3.1 Překážky ze strany zdravotnického systému ... 30
7.3.2 Překážky ze strany pacienta, rodiny ... 30
II PRAKTICKÁ ČÁST ... 31
8 CÍLE PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY ... 32
9 METODIKA PRŮZKUMU ... 33
9.1 VÝHODY A NEVÝHODY DOTAZNÍKOVÉ TECHNIKY ... 33
10 ORGANIZACE PRŮZKUMU ... 34
11 ZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK DOTAZNÍKU ... 35
DISKUZE ... 51
ZÁVĚR ... 57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ... 59
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK ... 62
SEZNAM TABULEK ... 64
SEZNAM PŘÍLOH ... 65

ÚVOD

Dnešní doba nám dává možnost být svědky rozvoje operací náhrad velkých kloubů dolní končetiny, mezi které patří např. operace kyčelního kloubu. Tato operace je pro pacienta velmi závažná a vyžaduje dostatečnou přípravu a pozornost v různých oblastech. Možnost nahradit postižený kloub je pro miliony lidí jedinou cestou zpět do běžného života bez bolesti, omezení v pohybu, provádění běžných činností i sportu a možný návrat do pracovního procesu.

V posledních letech dochází k mohutnému rozvoji operace tohoto typu. Operační technika se stále zdokonaluje a jsou na výběr nové špičkové implantáty. Totální endoprotézu kyčelního kloubu už někdy potřebují i mladí lidé. Věková hranice se stále snižuje, a proto je nutné, aby byly vyráběny stále lepší komponenty, které vydrží desítky let a umožní tak lepší život jedinci nebo alespoň zvýší jeho kvalitu. Každý pacient je individuální, tak jako příčina provedení endoprotézy. Stále narůstá počet těchto operací. Někdy je nutné náhradu také vyměnit. A to v případě selhání implantátu, jejího vykloubení nebo uvolnění z kostního lůžka nebo může být příčinou infekční komplikace. Pro tyto reoperace byly vyvinuty speciální endoprotézy, které umožní provést tuto výměnu.

Úspěšnost návratu závisí hlavně na tom, jak bude pacient po operaci aktivní, jak se zapojí do rehabilitačního cvičení. Rehabilitace je nutná k obnově funkce operovaného kloubu.

Podnětem k vybrání tohoto tématu, byla má přítomnost u operace totální endoprotézy kyčelního kloubu, během praxe na ortopedickém oddělení Baťovy nemocnice ve Zlíně.

Cílem mé práce je ucelit si informace o této problematice a zjistit jaká je informovanost pacientů o samotném výkonu, komplikacích a režimu po operaci. Důležitá je edukace, která je nedílnou součástí předoperační přípravy a celé ošetřovatelské péče, během hospitalizace. Účelem edukačního procesu je zvýšit odpovědnost pacientů za své vlastní zdraví.

Praktická část je zaměřena na zjišťování informovanosti pomocí dotazníků. Pro následnou léčbu a prevenci komplikací je velmi důležité zajistit kvalitní a dostatečné množství informací a profesionální edukaci každému pacientovi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE A VÝVOJ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

První ortopedickou klinikou je 1. LF UK. Je nejstarší ortopedickou klinikou v českých zemích. Byla založena roku 1927 prof. Tobiáškem. Velkým přínosem byl až nástup nového přednosty, prof. MUDr. Jan Zahradníčka, DrSc., což mělo za následek počátek nové éry aktivní operativy kostí a kloubů. Začíná se mohutně rozvíjet chirurgie kyčelního kloubu. V 50. letech jsou první pokusy o kloubní plastiky umělým materiálem. První česká endoprotéza kyčelního kloubu vznikla velkou zásluhou prof. MUDr. Oldřichem Čechem, DrSc. (Sosna et al., 2003, s. 7). Navrhl ji spolu s dalšími spolupracovníky na začátku 70. let a jednalo se o první endoprotézu Poldi. Po krátké době vyšla kniha „ Aloplastika kyčelního kloubu“. (Avicenum, 1979), (Gallo et al., 2011, s. 205)

Ve světě je historie endoprotetiky spojována se jmény: Themistol Glucka, který v roce 1890 implantoval první náhradu ze slonoviny namísto tuberkulózou zničeného kolenního kloubu. Později navrhl další kloubní náhrady pro ramenní kloub, loket, kyčel nebo hlezno. (Gallo et al., 2011, s. 204)

Dalším významným jménem je sir John Charnleye z 60. let, který je autorem tzv. low friction arthroplasty- kloubní náhrady o nízkém tření, které se rozšířily po celém světě. (Sosna et al., 2001, s. 13)

2 ANATOMIE A FUNKCE KYČELNÍHO KLOUBU

Kyčelní kloub, neboli articulatio coxae, je omezený kloub, kulovitý, který spojuje volnou dolní končetinu s pletencem dolní končetiny. Jedná se o velký nosný a balanční kloub, který udržuje rovnováhu vzpřímení celého lidského trupu. (Dylevský, 2009, s. 182)

Articulatio coxae se skládá z kloubních ploch. Největší plochou je hlavice- caput femoris s kloubní chrupavkou, zabírá asi tři čtvrtiny povrchu koule. Další částí je jamka- acetabulum, má tvar polokoule a na jejím vzniku se podílejí všechny tři pánevní kosti. Nejmenší podíl je stavbě jamky má os pubis a naopak největší má os ischii. Příčný průměr jamky je asi 2,5 cm. Horní okraj jamky, který může poměrně často samostatně osifikovat, má tzv. stříšku, která má význam pro klinickou praxi. Důležitá je velikost a sklon stříšky, která má význam pro stabilizaci hlavice stehenní kosti. K poruše dochází při vrozené vadě vykloubení kyčelního kloubu. (Čihák, 2011, s. 317; Dylevský, 2009, s. 182)

Vazivová chrupavka je nejsilnější v horní části jamky, kde měří asi 3 mm. Pouzdro kloubu je velmi silné. S pouzdrem srůstají vazy, které pouzdro ještě více zesilují, hlavně na přední ploše, kde dosahuje tloušťky až 10 mm. Kyčelní kloub má ve své pohyblivosti určitá omezení, která jsou dána jeho tvarovou úpravou artikulujících kostí a mohutností a průběhu vazů pouzdra. V kloubu jsou možné tyto pohyby: flexe asi do 120 stupňů, extenze jen asi do 13 stupňů, abdukce do 40 stupňů, addukce do 10 stupňů a zevní rotace 15 stupňů a naopak vnitřní rotace do 35 stupňů. (Dylevský, 2009, s. 140)

2.1 Biomechanika kyčelního kloubu

Charakteristické pro mechaniku tohoto kloubu je jeho kulovitý tvar kloubních ploch. Uzavřená stavba kyčelního kloubu tvoří spolu se silnou muskulaturou velký funkční komplex. Zatížení kloubu se skládá ze statického tlaku tělesné hmotnosti a z dynamického tahu svalů. Výsledná zátěž působí na nosné části kloubů a je přenášena na chrupavku.(Dungl et al., 2005, s. 897)

3 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

Aloplastikou neboli endoprotézou rozumíme náhradu poškozeného kloubu implantátem. Dnešní doba nabízí velké množství různých typů implantátů, jak domácích, tak i zahraničních výrobců. Implantát volíme individuálně, rozhoduje o něm lékař, podle různých faktorů, které mohou ovlivnit další průběh léčby, ale také komplikace. Aloplastika je technicky, biologicky i ekonomicky nejnáročnějším, ale i dlouhodobě nejúspěšnějším řešením těžkých kloubních postižení. (Sosna et al., 2001, s. 96), (viz příloha č. 1)

Američtí autoři uvádějí, že endoprotézu potřebuje 306 mužů na 100 000 ve věku 65-74 let a 421 žen ve věku mezi 75. - 84. rokem. Jedná se o primární koxartrózu. Za rok je v naší republice provedeno více než 10 000 kyčelních endoprotéz. (Dungl et al., 2005, s. 917)

3.1 Degenerativní změny v kyčelních kloubech

Kloubní chrupavka vystýlá kloub, díky ní jsou tlumeny mechanické nárazy. Jde o nejvíce zatěžovanou tkáň v celém lidském organismu. Při chůzi, běhu, stání, zdvihání těžkých břemen je nosná plocha kloubu stále vystavena tlaku. Při těchto činnostech dochází ke snížení kolagenu, množství vody a pružnosti chrupavky. Následkem této změny je pak degenerativní onemocnění na chrupavce, ale také na kostech. Vzniká přestavba tkání na okrajích kloubů- artróza. Lidé s dědičnými předpoklady mají větší riziko vzniku artrózy. Jako první změnu můžeme pociťovat bolesti v kříži. Později se mění postavení kyčle a dochází k omezení pohybu. Zpočátku jsou bolesti při zátěži, poté v klidu vymizí. V pozdějším stádiu jsou už bolesti startovací, které vznikají po několika metrech chůze. (Matouš et al., 2005, s. 15)

3.2 Koxartróza

Koxartróza neboli osteoartróza kyčelních kloubů, může zasáhnout jeden nebo oba klouby najednou. Rozlišujeme primární koxartrózu, kde je příčina v dědičnosti a dlouhodobém přetížení kyčle a sekundární, která se rozvíjí v důsledku kloubních anomálií, vzniklé na podkladě dysplazie kyčelního kloubu nebo díky úrazu. Mezi prvotní příznaky může patřit bolest kyčle po zátěži, později i při chůzi, a jako tzv. startovací bolest na začátku pohybu. Později je bolest i klidová a dochází k omezení pohybu v kloubu. (Sosna et al., 2001, s. 101)

Bolesti u artrózy

Nejdříve se objevuje startovací bolest, kdy bolest nastává po delším klidu, ale po rozhýbání odezní. Bolesti se zvětšují navečer, kvůli celodennímu zatížení kloubu. Námahová bolest se může změnit v bolest klidovou, někdy i v bolest noční. (Kačinetzová, 2003, s. 56)

Diagnostická kritéria pro artrózu kyčelních kloubů

- Bolest kyčle
- Sedimentace erytrocytů méně než 20 mm/hod
- RTG- osteofyty (výrůstky), na hlavici stehenní kosti a zúžení kloubní štěrbiny, kvůli poškození chrupavky (Kačinetzová, 2003, s. 57)

Rizikové faktory

Mezi faktory, přispívající ke vzniku artrózy můžeme zařadit např.: obezitu, genetické faktory, hormonální funkce, úrazy, tvarové změny kloubu, sport nebo narušení pohybových stereotypů. (Kačinetzová, 2003, s. 59-61)

3.3 Důvody k provedení endoprotézy

K nejčastějším důvodům provedení operace patří:

- Degenerativní onemocnění- koxartróza
- Poškození kloubu úrazem, zlomenina krčku kosti stehenní, poúrazová destrukce kloubu
- Destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění
- Destrukce hlavice kosti stehenní, zapříčiněná jiným onemocněním
- Nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti (Sosna et al., 2003, s. 16)

3.4 Kontraindikace totální endoprotézy

Mezi nejčastější kontraindikace patří celkový zdravotní stav pacienta, kde můžeme zařadit např. celková infekce nebo kardiopulmonální onemocnění. Dále stavy, u kterých nelze předpokládat, že nemocný bude po operaci schopen chůze, nebo nespolupráce pacienta v poo-

peračním období. Další kontraindikací mohou být kožní hnisavé infekce nebo bércové vředy. (Taliánová et al., 2009, s. 75)

3.5 Typy endoprotéz

Totální endoprotézy se rozdělují podle typu ukotvení do kosti na cementované a necementované a na tzv. hybridní. Další dělení může být podle povrchové úpravy, konstrukce, designu a podle použitého materiálu. (Dungl et al., 2005, s. 922)

3.5.1 Cervikokapitální protézy

Tyto endoprotézy nahrazují pouze krček a hlavici stehenní kosti, jamka v kyčelní kosti zůstává zachována. V dnešní době se moc nepoužívají, spíše u starých lidí, při zlomeninách krčku kosti stehenní nebo je-li horní část kosti postižena nádorem. (Karpaš, 2004, s. 11)

3.5.2 Totální endoprotézy

Rozeznáváme čtyři hlavní typy endoprotéz. (Viz příloha č. 2)

Cementované

Historicky první typy cementovaných dříků byly zavedeny do praxe sirem Charnleyem v r. 1961, jsou používány do dnes a i nyní představují „zlatý standard“ v endoprotetice. Cementované dříky mají oblý tvar, aby nedocházelo k tlakovým trhlinám cementu. Tento dřík má velkou a okamžitou stabilitu. Vědecké výzkumy však ukazují, že u mladších a aktivních pacientů nejsou dlouhodobě uspokojivé. Po 10-15 letech dochází k uvolňování jamky. Tento typ tedy není příliš vhodný pro mladé pacienty. (Dungl et al., 2005, s. 922; Širůčková, 2010, s. 60)

Necementované

Necementované neboli press-fitové, tak jsou někdy tyto endoprotézy nazývány. Dělí se na anatomické, kdy tvar dříku je co nejvíce podobný tvaru dřeňové dutiny proximálního femuru a na rovné, které mají čtyřhranný průřez a těmi se zaklíní do vnitřní plochy dřeňové dutiny. Při použití tohoto typu endoprotézy, dochází k prorůstání kosti do upraveného povrchu kovového implantátu. Proto je nutné, aby byla kost pečlivě připravena, protože je nezbytný

přesný kontakt implantátu s kostí. Pro tento typ jsou vhodní většinou mladí, aktivnější lidé. (Dungl et al., 2005, s. 922; Širůčková, 2010, s. 60)

Hybridní

Jde o kombinaci obou předchozích typů, kdy jamka je necementovaná a část zavedená do stehenní kosti se cementuje. (Karpaš, 2004, s. 11-12)

Hip resurfacing

Jde o novou operační metodu, která zajišťuje lepší funkční výsledek. Tento typ je indikován u pacientů, u kterých nejsou příliš velké anatomické změny v kyčelním kloubu. Jedná se o metodu, u které při vhodné indikaci a precizním technickém provedení navrací pacienta zpět do plnohodnotného aktivního života. (Širůčková, 2010, s. 60)

Materiál pro výrobu endoprotéz

Nejpoužívanějším materiálem je antikorozní ocel, CCM slitiny a slitiny titanu. (Dungl et al., 2005, s. 924)

Komponenty endoprotézy

Endoprotéza je složena z tzv. dříku, který se zavede do dřeňového kanálu kosti stehenní. Je vyroben z různých kovových slitin o vysoké pevnosti a ověřené dobré toleranci organismu. Na krček dříku je nasazována hlavička, která je vyrobena buď ze stejného kovového materiálu jako dřík nebo ze speciální keramiky. Hlavičky musí být maximálně hladké, protože čím hladší je jejich povrch, tím je menší opotřebení polyetylénové vložky v kloubní jamce při každém pohybu. Další součástí je jamka, která nahradí povrch postiženého kyčelního kloubu. Jamky se liší tvarem, materiálem a povrchovou úpravou (viz příloha č. 3), (Sosna, 2003, s. 10-11)

4 MOŽNÁ RIZIKA A KOMPLIKACE

S provedením této operace, souvisí mnoho rizik, které ohrožují pacienta. Je proto důležité být se všemi komplikacemi seznámen už před výkonem a snažit se jim předcházet už v předoperačním období. Zdárný průběh operace je ovlivněn mnoha faktory, jako jsou např.: zkušenosti operatéra, technické vybavení, ale nejdůležitější je pacientův celkový tělesný stav. Kvalita předoperačního vyšetření a příprava pacienta na období po operaci výrazně snižuje výskyt celkových komplikací. (Sosna, 2003, s. 21)

4.1 Riziko trombózy žil a plicní embolie

Toto riziko je asi u 50 % všech pacientů po totální endoprotéze nebo po zlomeninách krčku kosti stehenní. Moderní ortopedie se snaží co nejvíce zkracovat pobyt pacientů po operaci v nemocnici. Což znamená, že jsou propuštěni ve vysokém riziku trombembolické nemoci (TEN) a většina klinických příznaků se odehraje až doma nebo v lázních či na rehabilitaci.

(Interní medicína pro praxi, 2009)

TEN je nejzávažnější pooperační komplikace ze všech, s možnými fatálními následky. Riziko vzniku po této rozsáhlé operaci je velmi vysoké. V pooperačním období, je proto velice důležitá prevence, která zahrnuje bandáže dolních končetin, aktivizace pacienta brzy po operaci a podávání léků, zabraňující srážení krve. TEN se může projevit v různých formách, z nichž nejzávažnější je plicní embolie, která vznikne vmetením sraženiny do krevního řečiště. (Kučera et al., 2011, s. 101-105)

Plicní embolie je život ohrožující stav, během kterého dochází k náhlé obstrukci plicnice, nebo některé z jejich větví krevní sraženinou. Embolizace je proces uvolnění trombu (sraženiny) z místa vzniku a jeho zanesení do plicnice, v tuto chvíli, už nejde o trombus, ale o embolus. Kromě trombů, mohou embolii způsobovat i jiné hmoty, např.: tuk a kostní dřeň při velkých úrazech, plodová voda při porodu nebo vzduch při potápění.) (Ikem, 2006-2011), (viz příloha č. 4)

Nejčastějším anamnestickým příznakem je náhle vzniklá nebo náhle zhoršená klidová dušnost, méně časté jsou bolesti na hrudi a také hemoptýza. Procentuální výskyt příznaků od nejčastějších je: 82 %- náhle vzniklá dušnost, 49 %- bolest na hrudi jakéhokoliv charakteru, 20 %- kašel, 14 %- synkopa, 7 %- hemoptýza. (Widimský, et al., 2005, s. 64)

Akutní plicní embolii léčíme zásadně v nemocnici, na koronární jednotce nebo na jednotce intenzivní péče interního oddělení. Hlavním motivem léčby akutní plicní embolie je snaha o odstranění obstrukce v plicním cévním řečišti. Dalšími cíli léčby trombembolie (žilní trombózy a plicní embolie) jsou: snížení počtu zemřelých na TEN, ústup příznaků a prevence žilních trombóz na dolních končetinách a prevence recidivy trombembolie. K léčbě tohoto závažného stavu se užívají perorální antikoagulancia, nízkomolekulární heparin a trombolytika. (Widimský, et al., 2005, s. 179,180)

4.2 Luxace endoprotézy

Luxace je jedna z běžných pooperačních komplikací a nejčastější je zadní luxace kyčle. Nejvíce luxací vzniká hned v prvním pooperačním měsíci, kdy je nevyšší riziko vykloubení, z důvodu např. špatné edukace o pooperačním pohybovém režimu. Léčba luxace je nejdříve konzervativní a je založena na jednorázové repozici kloubu a následné sádrové fixaci. Další možností je reoperace. (Dungl, et al., 2005, s. 937)

4.3 Periprotetické zlomeniny

K frakturám dochází při implantaci v nižším věku, díky tomu, že pacient má implantát ve femuru dlouhou dobu a postupem času dochází k úbytku kostní hmoty. (Dungl, et al., 2005, s. 938)

4.4 Nestejná délka končetin

K této komplikaci dochází až u 18-32 % pacientů. Při operaci dochází spíše k prodloužení jedné končetiny, nežli ke zkrácení. Důležité pro vyvarování se tomuto nepříjemnému problému je přesné předoperační měření a kontrolou délky končetiny. Kontrola délky obou noh je po operaci na operačním stole velmi obtížná, vzhledem k poloze pacienta, nebude měření zcela objektivní. (Dungl, et al., 2005, s. 939)

4.5 Poranění nervů

K poranění nervů dochází asi u 1 % implantací. K tomuto problému může dojít při velkém prodloužení končetiny, při reimplantaci nebo také velký hematom může kompresí způsobit parézu. (Dungl, et al., 2005, s. 939)

4.6 Infikovaná TEP kyčelního kloubu

Asi polovina infekcí vzniká působením bakteriální agens vzdušnou cestou. Důležitá opatření, kterými můžeme zamezit přenosu infekce, jsou např. operování na superaseptických sálech s laminárním prouděním sterilního vzduchu, operování ve skafandrech, ATB profylaxe a režimová opatření provozu operačního sálu. Důležitá je preciznost a asepse celého operačního týmu. Vyšší výskyt komplikací je u pacientů trpících obezitou, diabetem, u alkoholiků, revmatik, u imunosupresovaných pacientů, při antikoagulační a kortikoidové terapii. Infikovaná TEP se projevuje především bolestí a zvýšením zánětlivých markerů. V tomto případě je důležité provést punkci kloubu s aspirací výpotku. (Dungl, et al., 2005, s. 939-940)

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NÁHRADOU KYČELNÍHO KLOUBU

U totální endoprotézy jde většinou vždy o plánovaný operační výkon, který je pro pacienta velmi náročný. Proto je velmi důležitá příprava pacienta na operaci a pooperační a léčebná tělesná výchova vedená fyzioterapeutem, při níž je pacient seznámen s důležitými zásadami a cvičením, které pak provádí po propuštění do domácí péče. (Knížová, 2008, s. 29)

Součástí ošetřovatelské péče hraje jednu z nejdůležitějších rolí edukace pacienta před samotným výkonem. Jako nevhodnější způsob edukace, se mi zdá nejprve pacienty edukovat ústně, a poté když všemu porozumí, jim poskytneme informační brožurku nebo leták s informacemi. Edukace by neměla být příliš zatěžující a vyčerpávající. Můžeme si ji rozdělit do více etap, podle zdravotního stavu pacienta. O edukaci se budu zmiňovat více v dalších kapitolách. (Sigmundová, 2010, s. 32)

5.1 Předoperační příprava

V rámci dlouhodobé přípravy lékař nemocnému doporučí, aby si upravil vhodně domácí prostředí. Tzn. odstranit předměty, po kterých by mohl uklouznout, vhodně upravit koupelnu (madla, protiskluzové podložky) a WC (držadla, nástavce) a zajistit aby nemocný po operaci nebydlel sám. Obézním pacientům se doporučuje snížení hmotnosti. (Taliánová, 2009, s. 76)

Dále je důležité podstoupení předoperačního interního vyšetření a zajištění všech odběrů (biochemie: krev, moč, krevní obraz, APTT, Quick, krevní skupina a Rh faktor), včetně kultivace a citlivosti z krku, nosu a moče, kvůli vysokému riziku přenosu infekce. Pacientovi je také doporučeno, aby navštívil svého obvodního lékaře, kvůli upravení některých léků, které by mohly mít nepříznivý vliv na průběh operace. Pokud je to možné, tak nemocnému doporučí, aby podstoupil autotransfuzi, asi 3 týdny před výkonem. (Taliánová, 2009, s. 76)

Sestra následně informuje pacienta o tom, co vše si má sebou přinést. Mezi dokumentaci, která je nutná, patří: karta pojišťovny a občanský průkaz, výsledky odběrů krve, RTG plic s popisem, kompletní interní vyšetření, nálezy od ortopeda, nálezy od ostatních lékařů, u kterých se pacient léčí, veškeré léky, které užívá, nebo jejich seznam. Osobní věci, které si s sebou pacient může přinést, jsou: pohodlné oblečení, župan, pevnou obuv, pití, hygienické potřeby a knížku. (Sigmundová, 2010, s. 32)

Fyzioterapeut provede antropometrické měření, při kterém se zaměří na délku a obvod dolních končetin. Dále se měří kloubní rozsahy kyčlí. Důležitou částí je nácvik sedu, přetáčení na bok a břicho, nácvik stoje a chůze o podpažních berlích v odlehčení operované dolní končetiny a nácvik chůze po schodech již před operací. (Knížová, 2008, s. 29)

Krátkodobá příprava začíná příjmem na ortopedické oddělení. Sestra zkompletuje dokumentaci, zajistí rentgenové snímky, připraví nemocného na výkon. Zajistí ortopedické pomůcky, sbalí osobní věci na JIP, zkontroluje přípravu operačního pole, zajistí konzultaci s anesteziologem a podání premedikace, u diabetiků podání diabetické přípravy. (Taliánová, 2009, s. 76)

5.2 Operační technika

Během této operace je velmi důležité dodržování asepse na operačním sále a dostatečně vyškolený personál. Operace se provádí v poloze na zádech, v celkové nebo svodné anestezii. Nejprve se odstraní poškozená hlavice kosti stehenní, v kloubní jamce se vyfrézuje postižená chrupavka a následně se upevní umělá kloubní jamka. Poté se do horního konce stehenní kosti vyhloubí kanál, do kterého se zavede dřík s hlavicí. Umělá hlavice je nakonec zakloubena do umělé jamky a tím se obnoví spojení mezi pánví a stehenní kostí. Následně se zkouší pohyb a stabilita endoprotézy. Celá rána se pečlivě zašije a z operační rány je vyveden drén, který brání vytvoření krevního výronu v ráně. (Halásová, Panošová, 2010, s. 66), (viz příloha č. 5)

5.3 Pooperační péče

Časná pooperační péče probíhá ihned po operaci na JIP, kam jsou pacienti ihned po operaci převezeni. Délka hospitalizace na JIP se řídí celkovým stavem pacienta. Na standardní jednotku je obvykle překládán 1. pooperační den. (Taliánová, 2009, s. 76)

Hlavním cílem po operaci je nácvik chůze bez zatížení operované DK, nácvik sebeobsluhy a dosažení optimálního kloubního pohybu. Ihned po operaci má pacient operovanou končetinu v antirotační botičce, ve vnitřní rotaci, abdukci a mírné flexi v kyčelním a kolenním kloubu. (Knížová, 2008, s. 29)

Na dolních končetinách má nemocný elastické kompresní punčochy nebo elastickou bandáž. Důležité je sledování fyziologických funkcí, operační rány, odpad z Redonových drénů,

všechny invazivní vstupy, bilanci tekutin, funkčnost PMK a také sleduje bolest a tlumí ji. Většinou nemocný vstává poprvé 1. pooperační den za pomoci rehabilitační sestry. Nemocný se posadí a udělá alespoň několik kroků o francouzských berlích. Po přeložení na standardní oddělení polohuje sestra nemocného do antiluxační polohy a upraví prostředí podle jeho potřeb. Třikrát denně kontroluje fyziologické funkce (krevní tlak, pulz a saturaci.) Převaz s odstraněním Redonových drénů provádí lékař za asistence sestry zpravidla 2. pooperační den. Operační ránu sestra pravidelně kontroluje a v případě prosakování provádí převazy. Přibližně 10. - až 12. den lékař odstraňuje stehy. (Taliánová, 2009, s. 76)

6 REHABILITAČNÍ PÉČE

Cílem rehabilitační péče je obnovit rozsah pohybu operovaného kloubu, mobilizace pacienta, včetně nácviku chůze o berlích a obnovení základních pohybových stereotypů s důrazem na bezpečné pohyby v kyčelním kloubu. (Taliánová, 2009, s. 77)

6.1 Předoperační edukace v rámci rehabilitace

U kyčelního kloubu bývají často zkrácené adduktory, flexory a zevní rotátory a oslabené extenzory a abduktory. Nestejná délka končetin souvisí s postižením a změnou postavení kyčelního kloubu. Hlavním cílem léčebné rehabilitace před operací je ovlivnění svalové dysbalance a udržení nebo zvýšení rozsahu kloubní pohyblivosti. Důležité je, aby pacient dostával opakovaně jednotné informace o rehabilitaci, které využije v pooperačním režimu. Před operací nacvičuje celkové kondiční cvičení, sed, stoj nebo chůzi s berlemi. Výhodou je také redukce hmotnosti před operací. (Morkesová, Urbancová, 2008, s. 38)

6.2 Časná a následná léčebná rehabilitace po operaci

Hlavní úkoly časné léčebné rehabilitace po operaci jsou: prevence TEN, bronchopneumonií a dekubitů, vertikalizace pacienta, zvyšování rozsahu pohybu a svalové aktivace, snaha o dosažení maximální míry soběstačnosti v běžné činnosti. Pro prevenci TEN je nutné bandážování dolních končetin, podávání antikoagulancií a časná mobilizace pacienta. Úkolem fyzioterapeuta je nácvik cévní gymnastiky, dechová cvičení a včasná mobilizace. Těsně po operaci pacienta limituje bolest a otok operační rány. Ke zmírnění se používá lokální kryoterapie nebo manuální lymfodrenáž. Důraz musí být kladen na eliminaci antiluxačních rizik. Vhodné jsou polohovací pomůcky- abdukční klíny nebo derotační botičky. Součástí rehabilitace je ošetřování jizvy po vytažení stehů. Nejčastěji jsou využívány tlakové masáže nebo je vhodné aplikovat laseroterapii. Zátěž operované končetiny určuje operatér. (Morkesová, 2008, s. 39)

Následná rehabilitační péče spočívá v tom, že prvních 14 dnů může nemocný šlapat na operovanou končetinu 1/3 váhy, po 14 dnech na ½ váhy, a po 6 měsících chodit bez berlí, na delší trasy venku s vycházkovou holí. Pro správné sezení po operaci je vhodné, aby nemocní používali vysokou židli a jejich koleno by mělo být níž než kyčelní kloub, aby operovaná kyčel nebyla ohnuta více než 70-90°. Dále nemocný nesmí min. 3 měsíce křížit končetiny,

ležet a spát na operovaném boku, chodit po mokrém a namrzlém terénu a musí nosit vhodnou obuv nejlépe s pružnou podrážkou, vleže nebo při posazování vkládat klín mezi stehna, častěji měnit polohy, sedět na obou půlkách hýždí. Obvyklá délka pracovní neschopnosti je okolo 3-4 měsíců. Sportovní aktivity je možné zařazovat od 6. měsíce po operaci. Domů se nemocný propouští podle nácviku chůze a soběstačnosti 7. až 10. pooperační den. V návaznosti je dále nemocnému objednán pobyt na rehabilitačním oddělení nejlépe ihned po propuštění a také lázeňská léčba. (Taliánová, 2009, s. 77)

6.3 Důležitá doporučení k zapamatování

- Dodržujte doporučenou zátěž na končetinu, pomozte si stoupnutím na váhu a jejím zatížením na požadovanou zátěž.
- Při chůzi s berlemi nejdříve předsuňte obě berle před sebe, potom operovanou končetinou vykročte mezi berle a přisuňte neoperovanou končetinu a přeneste na ni zátěž.
- Při chůzi do schodů zvedněte zdravou končetinu na schod a přeneste na ni váhu, poté přisuňte operovanou a nakonec předsuňte obě berle.
- Při chůzi ze schodů nejdříve dejte obě berle na dolní schod a přisuňte operovanou končetinu, potom spusťte a přeneste váhu na neoperovanou končetinu.
- Neprovádějte rovný předklon. Neshýbejte se pro spadlé věci, použijte podavač.
- Neotáčejte prudce trupem.
- Připravte si přikrývku na lůžku tak, abyste se pro ni nemuseli předklánět.
- Používejte nástavec na WC.
- Ležte na neoperované straně a vkládejte si mezi stehna polštářek.
- Nesedejte si do měkkého a nízkého křesla.
- Nedávejte jednu nohu přes druhou.
- Používejte obuv s pevnou patou.
- Odstraňte předložky a koberečky, na kterých byste mohli uklouznout.
- Pravidelně kontrolujte stav berlí.

- Při oblékání ponožek používejte oblékač ponožek, při obouvání bot, dlouhou lžíci.
- Nenoste těžká břemena.
- Pokud se objeví bolest, zarudnutí, sekrece z jizvy, zkrátí se vám končetina, budete pociťovat omezení v pohybu nebo dostanete horečku, ihned vyhledejte lékaře.

(Kačinetzová, 2003, s. 82-84)

Činnosti, kterým by se všichni po tak náročném zákroku měli vyvarovat, jsou:

-Dlouhodobá chůze v členitém terénu.

-Různé sporty, které zatěžují nosné klouby prudšími pohyby při běhu, skocích, rychlých změnách směru nebo zastavování, např. jízda na sjezdových lyžích, košíková.

-Činnosti, při kterých je nebezpečí úrazů, či pádů.

-Dlouhodobá práce na zahradě v předklonu, nošení těžkých břemen při zalévání.

-Dlouhodobé sezení u počítačů a další. (Matouš et al., 2005, s. 74)

Rehabilitace viz brožurka: Rehabilitace, aneb, správná cesta, jak nemít pooperační komplikace

7 POJEM EDUKACE A JEHO VÝZNAM V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pojem edukace je odvozen z lat. slova educo, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat.

Definice tohoto pojmu zní: Jde o proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Jde tedy o výchovu a vzdělávání jedince. (Juřeníková, 2010, s. 9)

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně. Příkladem edukačního procesu může být osvojení si mateřského jazyka dítětem.

Edukantem je subjekt učení bez rozdílu na věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji pacienti. Také jím ale může být zdravotník, který si prohlubuje v rámci celoživotního vzdělávání vědomosti a dovednosti.

Edukátor je aktér edukační aktivity. Nejčastěji jím bývá lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut nebo nutriční terapeut. (Juřeníková, 2010, s. 10)

Edukace je nedílnou součástí sekundární prevence. Cílem sekundární prevence je přispět k vyléčení onemocnění a zamezit případnému dalšímu rozvoji komplikací. Smyslem edukace je systematické vedení pacienta k osvojení si odpovídajících dovedností. Lékař nebo také zdravotní sestra může pomoci pacientovi vybudovat nové stereotypy. Efektivní výchova a vzdělávání pacientů přináší snížení nákladů na zdravotní péči: edukovaný pacient má zpravidla aktivnější přístup k léčbě a lze předpokládat, že léčba bude úspěšnější a rekonvalescence kratší. (Svěráková, 2012, s. 23-29)

Existují tři stádia edukace

Fáze 1. stádia

- Pacient si musí uvědomit potřebu změny chování, důležitá je motivace.
- Pacient si uvědomuje problém, je seznámen s metodami jeho řešení.
- Pacient se identifikuje s problémem nebo jej odmítá.

Fáze 2. stádia

- Plánování a uskutečňování změny.
- Stimulace prostředí.

- Podpora všech aktérů procesu.

Fáze 3. stádia

- Postupná stabilizace vyvolaných změn.
- Zařazení změn do vlastního systému hodnoty a životního stylu.

(Svěráková, 2012, s. 30,31)

7.1 Edukační proces

7.1.1 Posouzení pacienta

Sestra, která bude provádět edukaci, si musí zjistit všechny důležité informace o pacientovi. Rozhovorem zjišťuje jeho názory na hodnotu vlastního zdraví, jeho připravenost a ochotu spolupracovat a učit se, jaká je jeho motivace, společensko-ekonomické faktory, věk a úroveň vzdělání pacienta. (Svěráková, 2012, s. 33)

7.1.2 Určení edukačních témat

Na základě ošetřovatelské diagnózy je potřeba přesně definovat, jaký druh edukace bude probíhat. Záleží, jestli jde o pacienta s nově diagnostikovaným onemocněním, nebo např. pacient, který se opakovaně dopouští chyb v dodržování léčebného režimu. (Svěráková, 2012, s. 34)

7.1.3 Vyhodnocování výsledků edukace

Sestra průběžně během edukace provádí hodnocení úrovně dosažených výsledků. Musí provést také závěrečné hodnocení a ujistit se, že pacient pochopil cíle edukace, osvojil si nové znalosti či dovednosti, uzpůsobil svůj denní režim a je schopen uskutečňovat jej po propuštění z nemocnice. K ověření účinnosti edukace můžeme využít: písemný test znalostí, kladení kontrolních otázek během edukace nebo provedení konkrétního ošetřovatelského výkonu. Nebo to mohou být také laboratorní a jiní objektivní ukazatelé: snížení hladiny cholesterolu, úprava jídelníčku, snížení tělesné hmotnosti, zlepšení pohyblivosti ochrnuté končetiny apod.) Důležité je povzbuzování pacienta, nešetřit pochvalou při sebemenším zlepšení stavu. (Svěráková, 2012, s. 35)

7.2 Typy edukace

7.2.1 Základní edukace

Provádí se při nově diagnostikovaném onemocnění, v případech, kdy pacient není vůbec o problematice informován. (Svěráková, 2012, s. 34)

7.2.2 Komplexní edukace

Edukační kurzy pro určité diagnózy, postihující pacienta celoživotně a zasahující do stravovacích zvyklostí, do pohybového režimu, zahrnuje i některé ošetřovatelské výkony. (Svěráková, 2012, s. 34)

7.2.3 Reedukace

Pokračující, rozvíjející a napravující. Navazuje na předcházející znalosti, opakuje a aktualizuje je, eventuálně poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám. (Svěráková, 2012, s. 34)

Zásady, kterými by se měla sestra oři edukaci řídit:

- Individuální přístup k pacientovi, trpělivost, takt a empatie.
- Ohled na aktuální zdravotní stav.
- Délka a čas výuky se řídí potřebou pacienta.
- Úprava učebního plánu dle aktuálních potřeb.
- Odstranění rušivých elementů při edukaci.
- Využití učebních pomůcek.

(Svěráková, 2012, s. 34)

7.3 Bariéry v edukaci

7.3.1 Překážky ze strany zdravotnického systému

Absence lidského přístupu ošetřovatelského personálu, ignorování potřeb pacienta, nevhodná komunikace s pacientem, negativní vliv prostředí, nedostatek času, spěch, rychlé propuštění pacienta z nemocnice, neschopnost týmové spolupráce. (Svěráková, 2012, s. 37,38)

7.3.2 Překážky ze strany pacienta, rodiny

Stres v akutním i chronickém stadiu nemoci, osobnostní rysy pacienta, nízká motivace, špatná adaptace pacienta na nemoc, popření potřeby edukace, neschopnost nést zodpovědnost, bolest, emoce, věk, celkový stav, jazykové, kulturní a etnické bariéry. (Svěráková, 2012, s. 37,38)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 CÍLE PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY

Cíl č. 1

Zjistit, jak jsou klienti před implantací kyčelního kloubu informováni o výkonu.

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že více jak 80 % respondentů, zná pojem totální endoprotéza.

Cíl č. 2

Zjistit, zda klienti znají možné komplikace, související s TEP kyčelního kloubu.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že více jak 90 % klientů bylo informováno o možných komplikacích po TEP kyčle.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že nejméně 60 % klientů, zná komplikace po tomto výkonu a nejméně 85 % klientů ví, jak jim předcházet.

Cíl č. 3

Zjistit, jaká je informovanost klientů o pooperačním režimu po TEP kyčelního kloubu.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že více jak 80 % klientů, zná chůzi o berlích po rovině.

Hypotéza č. 5

Předpokládám, že více jak 70 % klientů, ví, jakým pohybům se má po operaci kyčle vyhýbat.

9 METODIKA PRŮZKUMU

Pro zpracování tohoto průzkumu, jsem si vybrala metodu dotazníkového šetření.

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu. Mezi hlavní zásady dotazníku patří: musí zahrnovat všechny podstatné problémy, na něž jeho prostřednictvím hledáme odpověď. Do dotazníku je třeba zahrnout celou šíři problematiky a konstrukce by měla být taková, aby respondenta přitahovala. Formulace otázek musí být jednoznačná a formulace by měla být obvykle vyzkoušena na základě předvýzkumu. (Kutnohorská, 2009, s. 41)

9.1 Výhody a nevýhody dotazníkové techniky

Výhody: Jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného. Možnost hromadného počítačového zpracování. Možnost většího počtu respondentů.

Nevýhody: Při neporozumění otázce nelze nic opravit, doplnit nebo zpřesnit. Riziko nenavrácení dotazníků. Velká rozsáhlost dotazníků, odrazuje respondenta od příznivého dojmu.

(Kutnohorská, 2009, s. 42)

Při sestavování dotazníku, jsem vycházela z předem vytvořených cílů. Stanovila jsem si celkově 3 cíle, na které byly vytvořeny určité typy otázek, vztahující se ke každému cíli. Dotazník obsahoval celkem 20 položek, zaměřených na oblast sociální, další část zaměřená na příčinu provedení operace a čekací dobu na výměnu TEP kyčle. Hlavním tématem dotazníku byly otázky na režim po výkonu a znalost komplikací, které mohou po výkonu nastat.

Dotazník byl anonymní a obsahoval otázky uzavřené, otevřené i polootevřené.

První tři otázky se týkaly sociální oblasti a zjišťovala jsem: pohlaví, povolání a věk respondentů. V položkách 4-8 jsem se dotazovala na různé oblasti: příčiny operace, znalost pojmu endoprotéza, doba čekání na operaci a další otázky související s výkonem operace. Položky 9-11 a položka č. 20, byly zaměřeny na znalost komplikací po výkonu. Další oblastí byl režim po operaci, na který byly kladeny otázky č. 12-19.

10 ORGANIZACE PRŮZKUMU

Průzkum probíhal na dvou pracovištích, kde po dohodě s náměstkyněmi pro ošetřovatelskou péči bylo zahájeno dotazníkové šetření. Před samotným dotazníkovým šetřením, jsem provedla jako první pilotní šetření, které bylo pro mě velmi pozitivní. Nezjistila jsem žádné nedostatky, s kterými by měli respondenti problém.

Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků, určených pro pacienty ženského i mužského pohlaví na ortopedických odděleních Vsetínské nemocnice a.s. a Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Respondenti byli buď před výkonem, nebo po výkonu implantované TEP kyčelního kloubu. Na každém oddělení bylo rozdáno 50 dotazníků. Z tohoto celkového počtu se mi vrátilo z každého oddělení 39 dotazníků. Průzkum probíhal od prosince do poloviny března roku 2013. S distribucí dotazníků mi velmi pomohly sestřičky na oddělení, které byly ochotné, a spolupráce s nimi byla bez problému. Oddělení, které jsem si pro tento průzkum zvolila, budu na konci práce srovnávat a hledat zásadní rozdíly v informovanosti pacientů.

Pro vyhodnocení dotazníků jsem použila počítačový program Microsoft Office Excel 2007.

Výsledky šetření jsem zpracovala do tabulek pomocí absolutní a relativní četnosti.

11 ZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK DOTAZNÍKU

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	24	62 %	25	64 %
Muž	15	38 %	14	36 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 1 udává počet mužů a žen na jednotlivých odděleních. Celkem se účastnilo 78 respondentů, což je 100 %. Na každém oddělení 39 respondentů, z nichž v KNTB bylo 24 žen (62 %) a 15 mužů (38 %). Ve Vsetínské nemocnici odpovídalo na dotazníky 25 žen (64 %) a 14 mužů (36 %).

2. Jaké je Vaše povolání?

Tabulka 2: Povolání respondentů

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Povolání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Důchodce	20	51 %	27	69 %
Jiné	19	49 %	12	31 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 2 dokumentuje povolání respondentů. V KNTB je z celkového počtu dvacet důchodců (51 %) a menší polovinu tvoří lidé se zaměstnáním, jako je např.: dělník, programátor, zámečník, elektrikář, státní úřednice, zdravotní sestra nebo řidič. Ve Vsetínské nemocnici bylo o 7 důchodců více než v KNTB. Což bylo 69 % z celkového počtu. Další povolání, které tvořily druhou část dotazovaných, byli dělníci, právník, starosta, strážný, pokladní nebo servírka.

3. Kolik je Vám let?

Tabulka 3: Věk respondentů

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
45-55 let	4	10 %	7	18 %
56-65 let	8	21 %	10	26 %
66-75 let	21	54 %	18	46 %
76 a více	6	15 %	4	10 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 3 zobrazuje 4 věkové kategorie respondentů. V KNTB i ve Vsetínské nemocnici bylo nejvíce pacientů, kterým byla provedena TEP kyčle ve věku od 66-75 let. Jako druhá věková kategorie byli pacienti v obou nemocnicích od 56-65 let. Ve věku 45-55 let byli v KNTB operováni 4 pacienti z 39 a ve Vsetínské nemocnici 7 pacientů. Nejméně pacientů ve Vsetínské nemocnici bylo operováno ve věku 76 let (10 %) a více, a to pouze 4 pacienti z 39 a v KNTB to bylo pouze o 2 pacienty více (15 %).

4. Jaká byla příčina provedení operace kyčelního kloubu?

Tabulka 4: Příčiny TEP kyčle v KNTB

Ortopedie KNTB Zlín		
Příčiny	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poškození kyčelního kloubu úrazem	9	23 %
Revmatické onemocnění	0	0 %
Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu-koxartróza	29	74 %
Vrozená vada kyčle	1	3 %
Nádorové onemocnění horního konce kosti stehenní	0	0 %
Pokud je příčina jiná, napište ji prosím	0	0 %
Celkový počet	39	100 %

Tabulka č. 4 jasně ukazuje, která příčina je u TEP kyčle nejčastější. Celkem 29 respondentů označilo jako důvod k implantaci TEP degenerativní onemocnění kyčelního kloubu. Jako další méně častá příčina byl úraz, který mělo 9 klientů (23 %) z 39. A na posledním místě měl 1 pacient vrozenou vadu kyčle. Jiné příčiny nebyly uvedeny.

Tabulka 5: Příčiny TEP kyčle Vsetín

Ortopedie Vsetín		
Příčiny	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poškození kyčelního kloubu úrazem	10	26 %
Revmatické onemocnění	1	3 %
Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu-koxartróza	25	64 %
Vrozená vada kyčle	3	8 %
Nádorové onemocnění horního konce kosti stehenní	0	0 %
Pokud je příčina jiná, napište ji pro-sím	0	0 %
Celkový počet	39	100 %

Tabulka č. 5 ukazuje, že z celkového počtu 39 respondentů, bylo degenerativní onemocnění hlavní příčinou k implantaci, a to u 25 pacientů (64 %). Další nejčastější příčinou byl úraz kloubu u 10 pacientů (26 %) a nejméně byly zastoupeny vrozené vady kyčle (8 %) a u jednoho respondenta šlo o revmatické onemocnění.

5. Znáte význam pojmu totální endoprotéza?

Tabulka 6: Pojem totální endoprotéza

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	95 %	37	95 %
Ne	2	5 %	2	5 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 6 dokumentuje znalost pojmu totální endoprotéza. Při srovnání obou oddělení jsou výsledky úplně stejné. Z celkového počtu obou oddělení, což je 78 pacientů, pouze 4 neznali význam tohoto pojmu.

6. Jak dlouho jste musel/a čekat na operaci, než Vás přijali k hospitalizaci?

Tabulka 7: Doba čekání na operaci

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Doba čekání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-2 měsíce	1	3 %	5	13 %
3 měsíce	9	23 %	5	13 %
Jiná odpověď	30	77 %	29	74 %
Celkem	39	100 %	39	100%

Tabulka č. 7 ukazuje, že doba čekání na operaci byla velmi různá. Největší zastoupení měly úplně jiné odpovědi, než byly očekávány. V KNTB bylo z celkového počtu nejvíce 9 respondentů (23%) čekajících 3 měsíce a jeden čekající 1-2 měsíce. Další odpovědi byly např. 1-3 dny u sedmi pacientů, čtyři pacienti čekali 6 měsíců, 8 pacientů čekalo 1 rok až 1,5 roku a další např.: týden, 4-7 měsíce, ¾ roku nebo 2,5 roku.

Výsledky z Vsetínské nemocnice také ukazují, že doba čekání byla jiná, než jsme přepokládali. Předpokládané 3 měsíce byly pouze u 5 pacientů (13%) a 1-2 měsíce byly také u 5 pacientů. Další odpovědi byly např.: u 17 pacientů byla čekací doba 6 měsíců až rok a půl, 5 pacientů čekalo 2

roky a jiní pouze 1-2 dny. U pacientů, kteří čekali tak krátkou dobu, bylo příčinou implantace nebo reimplantace úraz kyčelního kloubu.

7. Kolik času Vám věnoval lékař, když Vás informoval o výkonu?

Tabulka 8: Příprava k výkonu KNTB

Ortopedie KNTB Zlín		
Informovanost o výkonu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dostatek času i s ohledem na mé dotazy.	31	79 %
Dostatek času, ale neměl/a jsem prostor pro mé dotazy.	8	21 %
Edukace byla pro mě nedostatečná i nyní nemám o výkonu dostatečné informace.	0	0 %
Celkem	39	100 %

Tabulka č. 8 ukazuje, že 31 respondentům (79 %) lékař věnoval dostatek času i s ohledem na jejich dotazy. 8 respondentů (21 %) tvrdilo, že jim lékař věnoval dostatek času, ale už neměli prostor na dotazy a žádný respondent netvrdil, že by byla pro něj edukace o výkonu nedostatečná.

Tabulka 9: Příprava k výkonu Vsetín

Ortopedie Vsetín		
Informovanost o výkonu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dostatek času i s ohledem na mé dotazy.	34	87 %
Dostatek času, ale neměl/a sem prostor pro mé dotazy.	4	10 %
Edukace byla pro mě nedostatečná i nyní nemám o výkonu dostatečné informace	1	3 %
Celkem	39	100 %

Tabulka č. 9 ukazuje, že 34 respondentů (87 %) bylo spokojeno s edukací od lékaře, 4 respondenti (10 %), neměli dostatek času na své dotazy a pouze pro jednoho byla edukace nedostatečná.

8. Dodržoval/a jste nějaká opatření, která se doporučují před výkonem? Pokud ano, tak jaká?

Tabulka 10: Doporučená opatření

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Doporučení před výkonem	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	59 %	26	67 %
Ne	16	41 %	13	33 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 10 dokumentuje, kolik respondentů dodržovalo určitá doporučení před operací, ke snížení vzniku rizik a komplikací po operaci. V KNTB 23 respondentů (59 %) z celkového počtu 39, dodržovalo např. tato doporučení: nejčastější odpověď respondentů bylo užívání analgetik, klidový režim, snížení váhy, cvičení, rehabilitace nebo omezení pohybu. Menší polovina (41 %) nedodržovala žádná doporučení a to buď z neznalosti těchto doporučení, nebo když byla operace provedena ihned, kvůli úrazu nebo vykloubení kyčle.

Ve Vsetínské nemocnici byly výsledky podobné. Z celkového počtu větší polovina 26 respondentů (67 %) dodržovalo doporučení a 16 (33 %) žádná doporučení nedodržovalo. Nejčastější odpovědi byly velmi podobné jako v KNTB : omezení pohybu, dieta, snížení váhy, snížení krevního tlaku, omezení léků, analgetika, cvičení, odlehčování končetiny, chůze o berlích.

9. Byl/a jste seznámen/a s možnými komplikacemi, které s výkonem souvisí?

10. Vyjmenujte alespoň 3 možné komplikace.

Tabulka 11: Edukace o komplikacích

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Edukace o komplikacích	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	32	82 %	30	77 %
Ne	7	18 %	9	23 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 11 popisuje, že většina respondentů byla seznámena s možnými komplikacemi, které s výkonem souvisí. V obou nemocnicích jde v průměru o 80 % respondentů, což je 62 klientů z celkového počtu obou oddělení 78 klientů (100 %). I když byli seznámeni s komplikacemi, tak výsledek druhé otázky, jestli vyjmenují alespoň 3 možné komplikace, už nebyl tak úspěšný. Velká většina dotazníků byla v této otázce bez odpovědí. Některé dotazníky měly v této otázce vyplněný pouze jeden bod, jiné žádný, ale některé všechny body, kde klienti vpisovali své vlastní odpovědi. Odpovědi byly na obou odděleních velmi podobné. Klienti na ortopedickém odd. v KNTB uváděli nejčastěji, a to v 18cti případech odpovědí vykloubení kyčelního kloubu a 10 klientů uvedlo trombózu. Mezi jiné odpovědi patřilo např.: zánět, sepse, embolie, krvácení, bolest, omezení pohybu nebo zkrácení končetiny. Na ortopedii v nemocnici Vsetín uvedlo pouze 6 klientů luxaci kyčle, 5 klientů plicní embolii, 4 klienti trombózu a mezi méně časté odpovědi patřilo např.: zkrácení končetiny, špatné hojení rány, zánět, varixy, smrt, zlomenina, krvácení, omezení, pád nebo proleženiny.

11. Víte, jak můžete komplikacím předcházet?

Tabulka 12: Prevence komplikací

Ortopedie Zlín KNTB			Ortopedie Vsetín	
Předcházení komplikacím	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Užívání léků, které upravují srážlivost krve.	34	87 %	27	69 %
Elastická bandáž DK…	33	85 %	35	90 %
Dostatečný příjem tekutin…	29	74 %	26	67 %
Dodržování zásad pooperačního režimu…	35	90 %	30	77 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 12, zobrazuje znalost pacientů o tom, jak předcházet komplikacím po operaci. Největší počet respondentů v KNTB ví, že musí dodržovat zásady pooperačního pohybového režimu, a to 35 (90 %) z celkového počtu 39 respondentů (100 %). Z výsledku této tabulky je zřejmé, že skoro všichni klienti vědí, jak předcházet komplikacím. Ve Vsetínské nemocnici byl největší výskyt odpovědí u nutnosti nošení elastických bandáží na dolních končetinách od špiček prstů až po koleno nebo použití zdravotních punčoch. Tuto odpověď uvedlo 35 respondentů (90 %) z 39 respondentů (100 %). O něco méně odpovědí bylo zaznamenáno u dalších otázek. V průměru v nemocnici KNTB jde o 84 % respondentů a v nemocnici Vsetín se jedná v průměru o 75, 75 % respondentů.

12. Které pohyby se nesmí provádět po operaci kyčelního kloubu?

Tabulka 13: Režim po operaci

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Pooperační pohybový režim	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Překřížení dolních končetin …	38	97 %	36	92 %
Leh na zdravém boku s polštářem mezi koleny	2	5 %	8	21 %
Sed v hlubokém křesle.	36	92 %	33	85 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 13 dokumentuje nepatrný rozdíl mezi výsledky obou oddělení. 97 % respondentů z ortopedického odd. KNTB ví, že mezi „zakázané“ pohyby v pooperačním pohybovém režimu patří to, že nesmí překřižovat dolní končetiny přes sebe a vytáčet špičky zevně. Ve Vsetínské nemocnici je to 92 % klientů, což je 36 z celkového počtu 39 respondentů. Jedna z možností byl sed v hlubokém křesle, tuto možnost vybralo dohromady na obou odd. 69 klientů z celkového počtu 78 (100 %). Leh na zdravém boku s polštářem mezi koleny označili v KNTB pouze 2 klienti (5 %) a v nemocnici Vsetín 8 klientů (21 %). I v tak malém množství respondentů se jedná o větší rozdíl ve znalosti této důležité pooperační pohybové zásady.

13. Jaký je správný postup při chůzi o berlích po rovině?

Tabulka 14: Chůze po rovině KNTB

Ortopedie KNTB Zlín		
Chůze po rovině	Absolutní četnost	Relativní četnost
Operovaná končetina, berle, neoperovaná končetina.	4	10 %
Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina.	36	92 %
Neoperovaná končetina, berle, operovaná končetina.	1	3 %
Celkem	39	100%

Tabulka 15: Chůze po rovině Vsetín

Ortopedie Vsetín		
Chůze po rovině	Absolutní četnost	Relativní četnost
Operovaná končetina, berle, neoperovaná končetina.	3	8 %
Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina.	33	85 %
Neoperovaná končetina, berle, operovaná končetina.	3	8 %
Celkem	39	100 %

Tabulka č. 14 a 15 ukazují, jak jsou pacienti poučeni o používání berlí po operaci. Důležitý je nácvik již před operací, když jsou klienti schopni spolupracovat a nezbraňuje jim v tom bolest nebo jiná překážka. Ukázalo se, že téměř všichni respondenti věděli, jak chodit o berlích po rovině. V KNTB tuto možnost vybralo 36 respondentů (92 %) a pouze o 3 respondenty méně bylo tomu stejně ve Vsetínské nemocnici. Nesprávné možnosti vybrali na každém odd. v průměru 3 respondenti.

14. Jaký je správný postup při chůzi o berlích do schodů?

Tabulka 16: Chůze do schodů KNTB

Ortopedie KNTB Zlín		
Chůze do schodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neoperovaná končetina, operovaná končetina, obě berle.	30	77 %
Operovaná končetina, obě berle, neoperovaná končetina.	5	13 %
Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina.	4	10 %
Celkem	39	100 %

Tabulka 17: Chůze do schodů Vsetín

Ortopedie Vsetín		
Chůze do schodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neoperovaná končetina, operovaná končetina, obě berle.	29	74 %
Operovaná končetina, obě berle, neoperovaná končetina.	5	13 %
Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina.	5	13 %
Celkem	39	100 %

Tabulka č. 16 a 17 zobrazují, že v obou nemocnicích respondenti odpovídali ve velké míře správně. Na obou odděleních ortopedie si v průměru celkově 60 klientů ze 78 vybralo správnou odpověď. Jinou odpověď zvolilo zbylých cca. 20 klientů.

15. Jaký je správný postup při chůzi o berlích ze schodů?

Tabulka 18: Chůze ze schodů KNTB

Ortopedie KNTB Zlín		
Chůze ze schodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Operovaná končetina, berle, neoperovaná končetina.	2	5 %
Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina.	29	74 %
Obě berle, neoperovaná končetina, operovaná končetina.	7	18 %
Celkem	39	100 %

Tabulka 19: Chůze ze schodů Vsetín

Ortopedie Vsetín		
Chůze ze schodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Operovaná končetina, berle, neoperovaná končetina.	0	0 %
Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina.	27	69 %
Obě berle, neoperovaná končetina, operovaná končetina.	12	31 %
Celkem	39	100 %

Tabulka č. 18 a 19 ukazují, že z celkového počtu 39 respondentů, na odd. Ortopedie, KNTB, odpovědělo 29 klientů správně (74 %), ve Vsetínské nemocnici to bylo jen o 2 respondenty méně. Další odpovědi, které nebyly správné, si vybralo dohromady z obou odd. 21 klientů.

16. Kterým aktivitám se budete po operaci vyhýbat?

Tabulka 20: Nevhodné aktivity

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Nevhodné aktivity	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prudší běh a skok	39	100 %	38	97 %
Plavání, chůze	2	5 %	3	8 %
Jízda na koni	32	82 %	27	69 %
Sjezdové lyžování	34	87 %	28	72 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 20 ukazuje, že na obou odděleních skoro všichni respondenti vědí, kterým sportovním aktivitám se mají po operaci vyhýbat. Na ortopedii v KNTB všech 39 klientů vybralo jako nevhodnou aktivitu prudší běh a skok, ve Vsetínské nemocnici to bylo jen o 1 klienta méně (97 %). Plavání a chůzi, která se neřadí mezi nevhodné aktivity, zvolili v KNTB 2 klienti (5 %) a v nemocnici Vsetín 3 (8 %) z celkového počtu 39 respondentů. Aktivity jako je jízda na koni a sjezdové lyžování zvolilo v průměru 30 klientů na každém oddělení.

17. Byla Vám před výkonem sdělena informace o následné rehabilitační a lázeňské léčbě?

Tabulka 21: Lázeňská péče

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Lázeňská a rehabilitační péče	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	36	92 %	39	100 %
Ne	3	8 %	0	0 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 21 dokumentuje, zda byli klienti před operací informováni o následné rehabilitační a lázeňské péči. Na obou odděleních dohromady, zvolilo možnost: ano, celkově 75 respondentů (96 %) z celkových 78 respondentů (100 %). Pouze 3, a to na ortopedii v KNTB označilo odpověď: ne.

18. Je Vaše domácí prostředí vhodně upraveno pro bezpečný pohyb a pohodlí?

Tabulka 22: Domácí prostředí

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Domácí prostředí	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	95 %	34	87 %
Ne	2	5 %	5	13 %
Celkem	39	100%	39	100 %

Tabulka č. 22 ukazuje, že většina respondentů, má vhodně upraveno domácí prostředí pro bezpečný pohyb. Mezi nejčastější úpravy patřilo např.: koupení nástavce na WC, madla na WC a do koupelny, protiskluzové podložky do vany, sprchového koutu, nové, vyšší židle a křesla, kompenzační pomůcky a další nutné úpravy. V KNTB neměli pouze 2 respondenti (5 %), z celkového počtu 39 (100 %), vhodně upravenou domácnost, což bylo způsobeno tím, že operace byla neplánovaná. Ve Vsetínské nemocnici zvolilo odpověď: ne, 5 respondentů (13 %) z celkového počtu 39 (100 %).

19. Které z těchto pohybů, mohou způsobit vykloubení kyčelního kloubu?

Tabulka 23: Nevhodné pohyby KNTB

Ortopedie KNTB Zlín		
Nevhodné pohyby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ohnutí kyčelního kloubu více jak 90 stupňů.	36	92 %
Hluboký předklon	32	82 %
Prudké otáčení trupem	29	74 %
Sed s nohou přes nohu	38	97 %
Celkem	39	100 %

Tabulka 24: Nevhodné pohyby Vsetín

Ortopedie Vsetín		
Nevhodné pohyby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ohnutí kyčelního kloubu více jak 90 stupňů.	30	77 %
Hluboký předklon	29	74 %
Prudké otáčení trupem	28	72 %
Sed s nohou přes nohu	37	95 %
Celkem	39	100 %

Tabulka č. 23 a 24 ukazují, že na obou odděleních nejvíce respondentů označilo jako nevhodnou polohu, nebo pohyb: sed s nohou přes nohu. V KNTB to bylo 38 respondentů (97 %) z 39 (100 %) a ve Vsetínské nemocnici 37 respondentů (95 %) z celkového počtu 39 respondentů. Jako další nejčastější odpověď bylo: ohnutí kyčelního kloubu více jak 90 stupňů, hluboký předklon a prudké otáčení trupem.

20. Jak se projevuje vykloubení kyčelního kloubu?

Tabulka 25: Luxace kyčle

Ortopedie KNTB Zlín			Ortopedie Vsetín	
Luxace kyčle	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výrazná, náhle vzniklá bolest	37	95 %	38	97 %
Zkrácení končetiny	22	56 %	13	33 %
Omezení pohybu v kyčelním kloubu	32	82 %	24	62 %
Celkem	39	100 %	39	100 %

Tabulka č. 25 dokumentuje, jak si respondenti představují vykloubení kyčelního kloubu, nebo mají vlastní zkušenost a ví, jaké jsou příznaky při takové komplikaci. V KNTB má většina klientů správnou představu, i když se s touto nepříjemnou komplikací mnozí nesetkali. Z celkového počtu 39 respondentů (100 %) si 37 myslí, že hlavním příznakem je výrazná, náhle vzniklá bolest, jako další příznak uvedli omezení pohybu v kloubu a na třetí místo uvedli zkrácení končetiny, a to 22 respondentů (56 %). Ve Vsetínské nemocnici byly výsledky velmi podobné. Stejně jako v KNTB byla na 1. místě výrazná, náhle vzniklá bolest, kterou označilo 38 respondentů (97 %). Jako další bylo omezení pohybu v kloubu a 13 respondentů (33 %) označilo jako méně časté zkrácení končetiny.

DISKUZE

Bakalářská práce na téma: Rozsah znalostí pacientů o výkonu, komplikacích a režimu po totální endoprotéze kyčelního kloubu byla zpracována s cílem zjistit, jak dostatečná je edukace před výkonem a zda se vyplní mé očekávané výsledky. Práce byla zpracována kvantitativní metodou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány na dvou ortopedických odděleních. Celkový počet dotazníků byl 100. Na každém oddělení jsem rozdala 50 kusů. Návratnost dotazníků z každého oddělení bylo 39 kusů. Nízká návratnost byla nejen z důvodu neúplně vyplněných otázek, ale také kvůli menšímu počtu provedených operací v období, kdy jsem šetření prováděla (prosinec- polovina března 2013). Zvolila jsem pro svůj průzkum nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a nemocnici Vsetín a. s. Díky této práci jsem chtěla také zjistit, jestli jsou nějaké zásadní rozdíly v informovanosti pacientů související s tímto výkonem. Pomocí stanovených hypotéz ke každému cíli, jsem zpracované výsledky porovnala a zjistila, zda se mi ověřily nebo ne. Na základě těchto hodnocení, po zjištění nedostatků informovanosti v určitých oblastech, jsem vytvořila informační brožurku na dané téma. Hlavní neznalost souvisela s komplikacemi a pohybovým režimem po operaci. Název brožurky pro pacienty, kteří podstoupí tento velký operační zákrok, je: Rehabilitace, aneb, správná cesta, jak nemít pooperační komplikace.

Dotazník byl určen pro pacienty ženského i mužského pohlaví před nebo po výkonu TEP kyčle. S distribucí dotazníků mi pomáhaly sestřičky na oddělení, ale také jsem docházela na oddělení osobně a pomáhala jsem pacientům s vyplňováním.

Položky v dotazníku byly zaměřeny na nejdůležitější oblasti, k získání potřebných informací, které znázorní, jak dobře jsou pacienti edukováni. Většina otázek byla cíleně zaměřena na hlavní cíle mé práce. Jiné otázky zjišťovaly např. věk, pohlaví, příčiny, dobu čekání na operaci a další jiné oblasti. První tři otázky dotazníku byly zaměřeny na sociální oblast.

V otázce č. 1, jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Na ortopedii v KNTB bylo 24 žen (62 %) a 15 mužů (38 %). Ve Vsetínské nemocnici odpovídalo na dotazníky 25 žen (64 %) a 14 mužů (36 %).

Otázka č. 2 byla zaměřená na povolání. V KNTB je z celkového počtu dvacet důchodců (51 %) a menší polovinu tvoří lidé se zaměstnáním, jako je např.: dělník, programátor, zámečník, elektrikář, státní úřednice, zdravotní sestra nebo řidič. Ve Vsetínské nemocnici bylo o 7 důchodců více než v KNTB. Což bylo 69 % z celkového počtu 39 respondentů.

Další povolání, které tvořily druhou část dotazovaných, byli dělníci, právník, starosta, strážný, pokladní nebo servírka.

Otázka č. 3 dokumentovala věkové rozmezí respondentů. V KNTB i ve Vsetínské nemocnici bylo nejvíce pacientů, kterým byla provedena TEP kyčle ve věku od 66-75 let. Jako druhá věková kategorie byli pacienti v obou nemocnicích od 56-65 let. Ve věku 45-55 let byli v KNTB operováni 4 pacienti z 39 a ve Vsetínské nemocnici 7 pacientů. Nejméně pacientů ve Vsetínské nemocnici bylo operováno ve věku 76 let a více, a to pouze 4 pacienti z 39 a v KNTB to bylo pouze o 2 pacienty více.

Otázka č. 4 zkoumala, jaká byla příčina provedení operace. V KNTB celkem 29 respondentů označilo jako důvod k implantaci TEP degenerativní onemocnění kyčelního kloubu. Jako další méně častá příčina byl úraz, který mělo 9 klientů (23 %) z 39. A na posledním místě měl 1 pacient vrozenou vadu kyčle. Jiné příčiny nebyly uvedeny. Ve Vsetínské nemocnici se ukázalo, že z celkového počtu 39 respondentů, bylo degenerativní onemocnění hlavní příčinou k implantaci, a to u 25 pacientů (64 %). Další nejčastější příčinou byl úraz kloubu u 10 pacientů (26 %) a nejméně byly zastoupeny vrozené vady kyčle (8 %) a u jednoho respondenta šlo o revmatické onemocnění.

Cílem č. 1 bylo zjistit, jaká je informovanost pacientů o výkonu. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza č. 1. Předpokládala jsem, že více jak 80 % respondentů, zná pojem totální endoprotéza. **Tato hypotéza se mi potvrdila** s těmito výsledky v otázce č. 5. Při srovnání obou oddělení jsou výsledky úplně stejné. Z celkového počtu obou oddělení, což je 78 pacientů, pouze 4 neznali význam tohoto pojmu.

Otázka č. 6 dokumentuje, jak dlouho museli pacienti čekat, než byli hospitalizováni k operaci. Největší zastoupení měly úplně jiné odpovědi, než byly očekávány. V KNTB bylo z celkového počtu nejvíce 9 respondentů (23 %) čekajících 3 měsíce a jeden čekající 1-2 měsíce. Další odpovědi byly např. 1-3 dny u sedmi pacientů, čtyři pacienti čekali 6 měsíců, 8 pacientů čekalo 1 rok až 1,5 roku a další např.: týden, 4-7 měsíce, ¾ roku nebo 2,5 roku.

Výsledky z Vsetínské nemocnice také ukazují, že doba čekání byla jiná, než jsme přepokládali. Předpokládané 3 měsíce byly pouze u 5 pacientů (13 %) a 1-2 měsíce byly také u 5 pacientů. Další odpovědi byly např.: u 17cti pacientů byla čekací doba 6 měsíců až rok a půl, 5 pacientů čekalo 2 roky a jiní pouze 1-2 dny. U pacientů, kteří čekali tak krátkou dobu, bylo příčinou implantace nebo reimplantace úraz kyčelního kloubu.

Další položka dotazníku, otázka č. 7 ukazuje, že v KNTB Zlín 31 respondentům (79 %) lékař věnoval dostatek času i s ohledem na jejich dotazy. 8 respondentů (21 %) tvrdilo, že jim lékař věnoval dostatek času, ale už neměli prostor na dotazy a žádný respondent netvrdil, že by byla pro něj edukace o výkonu nedostatečná. Ve Vsetínské nemocnici se výsledky lišily jen nepatrně. 34 respondentů (87 %) bylo spokojeno s edukací od lékaře, 4 respondenti, neměli dostatek času na své dotazy a pouze pro jednoho byla edukace nedostatečná.

Otázka č. 8 dokumentuje, kolik respondentů dodržovalo určitá doporučení před operací, ke snížení vzniku rizik a komplikací po operaci. V KNTB 23 respondentů (59 %) z celkového počtu 39, dodržovalo např. tato doporučení: nejčastější odpověď respondentů bylo užívání analgetik, klidový režim, snížení váhy, cvičení, rehabilitace nebo omezení pohybu. Menší polovina nedodržovala žádná doporučení a to buď z neznalosti těchto doporučení, nebo když byla operace provedena ihned, kvůli úrazu nebo vykloubení kyčle.

Ve Vsetínské nemocnici byly výsledky podobné. Z celkového počtu větší polovina 26 respondentů (67 %) dodržovalo doporučení a 16 (33 %) žádná doporučení nedodržovalo. Nejčastější odpovědi byly velmi podobné jako v KNTB : omezení pohybu, dieta, snížení váhy, snížení krevního tlaku, omezení léků, analgetika, cvičení, odlehčování končetiny, chůze o berlích.

Cílem č. 2 jsem chtěla zjistit, jaká je informovanost pacientů o komplikacích, které s výkonem souvisí. K tomuto cíli byly stanoveny celkově 2 hypotézy a souvisely s nimi 3 otázky. Otázka č. 9, 10, 11. U hypotézy č. 2 jsem přepokládala, že více jak 90 % klientů bylo informováno o možných komplikacích po TEP kyčle. S touto hypotézou byla vytvořena otázka č. 9. Většina respondentů byla seznámena s možnými komplikacemi, které s výkonem souvisí. V obou nemocnicích jde v průměru o 80 % respondentů, což je 62 klientů z celkového počtu obou oddělení 78 klientů (100 %). **Hypotéza, kterou jsem si stanovila, byla procentuálně dost vysoká a tak se nepotvrdila.**

Hypotéza č. 3, v které jsem předpokládala, že nejméně 60 % klientů, zná komplikace po tomto výkonu a nejméně 85 % klientů ví, jak jim předcházet **se mi také nepotvrdila.** K této hypotéze jsem vytvořila otázky č. 10 a 11. V otázce č. 10 jsem vyzkoumala, že i když byli ve většině případů seznámeni s komplikacemi, tak na otázku, jestli vyjmenují alespoň 3 možné komplikace, už málo z nich znalo odpověď. Velká většina dotazníků byla v této otázce bez odpovědí. Některé dotazníky měly v této otázce vyplněný pouze jeden

bod, jiné žádný, ale některé všechny body, kde klienti vpisovali své vlastní odpovědi. Odpovědi byly na obou odděleních velmi podobné. Klienti na ortopedickém odd. v KNTB uváděli nejčastěji, a to v 18cti případech odpovědí vykloubení kyčelního kloubu a 10 klientů uvedlo trombózu. Mezi jiné odpovědi patřilo např.: zánět, sepse, embolie, krvácení, bolest, omezení pohybu nebo zkrácení končetiny. Na ortopedii v nemocnici Vsetín uvedlo pouze 6 klientů luxaci kyčle, 5 klientů plicní embolii, 4 klienti trombózu a mezi méně časté odpovědi patřilo např.: zkrácení končetiny, špatné hojení rány, zánět, varixy, smrt, zlomenina, krvácení, omezení, pád nebo proleženiny.

V otázce č. 11 jsem zkoumala, zda pacienti vědí, jak předcházet pooperačním komplikacím. Největší počet respondentů v KNTB ví, že musí dodržovat zásady pooperačního pohybového režimu, a to 35 (90 %) z celkového počtu 39 respondentů (100 %). Z výsledku této tabulky je zřejmé, že skoro všichni klienti vědí, jak předcházet komplikacím. Ve Vsetínské nemocnici byl největší výskyt odpovědí u nutnosti nošení elastických bandáží na dolních končetinách od špiček prstů až po koleno nebo použití zdravotních punčoch. Tuto odpověď uvedlo 35 respondentů (90 %) z 39 respondentů (100 %). O něco méně odpovědí bylo zaznamenáno u dalších otázek. V průměru v nemocnici KNTB, jde o 84 % respondentů a v nemocnici Vsetín se jedná v průměru o 75, 75 % respondentů.

Posledním cílem jsem chtěla zjistit, jaká je informovanost o pooperačním pohybovém režimu. K tomuto cíli byly stanoveny dvě hypotézy a souvisely s nimi, otázka č. 13 a 19. V hypotéze č. 4 jsem předpokládala, že více jak 80 % klientů, zná chůzi o berlích po rovině.

K této hypotéze byla vytvořena otázka č. 13, která zjišťovala, jak jsou pacienti obeznámeni s chůzí o berlích po rovině. Ukázalo se, že téměř všichni respondenti věděli, jak chodit o berlích po rovině. V KNTB tuto možnost vybralo 36 respondentů (92 %) a pouze o 3 respondenty méně bylo tomu stejně ve Vsetínské nemocnici. Nesprávné možnosti vybrali na každém odd. v průměru 3 respondenti. **Tato hypotéza se mi potvrdila.**

V poslední hypotéze č. 5, jsem předpokládala, že více jak 70 % klientů, ví, jakým pohybům se má po operaci kyčle vyhýbat. K této hypotéze jsem vytvořila otázku č. 19, která dokumentuje, že na obou odděleních nejvíce respondentů označilo jako nevhodnou polohu, nebo pohyb: sed s nohou přes nohu. V KNTB to bylo 38 respondentů (97 %) z 39 (100 %) a ve Vsetínské nemocnici 37 respondentů (95 %) z celkového počtu 39 respondentů na jednotli-

vých odděleních. Jako další nejčastější odpověď bylo: ohnutí kyčelního kloubu více jak 90 stupňů, hluboký předklon a prudké otáčení trupem.

Otázka č. 14 měla zjistit, jak jsou pacienti seznámeni se správným postupem při chůzi o berlích do schodů. V obou nemocnicích respondenti odpovídali ve velké míře správně. Na obou odděleních ortopedie si v průměru celkově 60 klientů ze 78 vybralo správnou odpověď. Jinou odpověď zvolilo zbylých cca. 20 klientů.

Další otázka byla podobná, jen se jednalo o chůzi ze schodů. Z celkového počtu 39 respondentů, na oddělení ortopedie, KNTB, odpovědělo 29 klientů správně (74 %), ve Vsetínské nemocnici to bylo jen o 2 respondenty méně. Další odpovědi, které nebyly správné, si vybralo dohromady z obou odd. 21 klientů.

Otázka č. 16 zjišťovala, zda pacienti vědí, kterým aktivitám se budou muset po operaci vyhýbat. Na obou odděleních skoro všichni respondenti vědí, kterým sportovním aktivitám se mají po operaci vyhýbat. Na ortopedii v KNTB všech 39 klientů vybralo jako nevhodnou aktivitu prudší běh a skok, ve Vsetínské nemocnici to bylo jen o 1 klienta méně. Plavání a chůzi, která se neřadí mezi nevhodné aktivity, zvolili v KNTB 2 klienti a v nemocnici Vsetín 3 (8 %) z celkového počtu 39 respondentů. Aktivity jako je jízda na koni a sjezdové lyžování zvolilo v průměru 30 klientů na každém oddělení.

Otázka č. 17 měla za úkol zjistit, zda byla pacientům sdělena informace o následné rehabilitační a lázeňské péči. Na obou odděleních dohromady, zvolilo možnost: ano, celkově 75 respondentů (96 %) z celkových 78 respondentů (100 %). Pouze 3, a to na ortopedii v KNTB označilo odpověď: ne.

Otázka č. 18 zkoumala, jestli je domácnost, ve které pacient žije, dostatečně bezpečná a pohodlná pro pohyb a běžný život po TEP kyčle. Většina respondentů, má vhodně upraveno domácí prostředí pro bezpečný pohyb. Mezi nejčastější úpravy patřilo např.: koupení nástavce na WC, madla na WC a do koupelny, protiskluzové podložky do vany, sprchového koutu, nové, vyšší židle a křesla, kompenzační pomůcky a další nutné úpravy. V KNTB neměli pouze 2 respondenti (5 %), z celkového počtu 39 (100 %), vhodně upravenou domácnost, což bylo způsobeno tím, že operace byla neplánovaná. Ve Vsetínské nemocnici zvolilo odpověď: ne, 5 respondentů (13 %) z celkového počtu 39 (100 %).

Otázka č. 20 dokumentuje, zda pacienti vědí, jak se projevuje vykloubení kyčelního kloubu. V KNTB má většina klientů správnou představu, i když se s touto nepříjemnou komplikací

mnozí nesetkali. Z celkového počtu 39 respondentů (100 %) si 37 myslí, že hlavním příznakem je výrazná, náhle vzniklá bolest, jako další příznak uvedli omezení pohybu v kloubu a na třetí místo uvedli zkrácení končetiny, a to 22 respondentů (56 %). Ve Vsetínské nemocnici byly výsledky velmi podobné. Stejně jako v KNTB byla na 1. místě výrazná, náhle vzniklá bolest, kterou označilo 38 respondentů (97 %). Jako další bylo omezení pohybu v kloubu a 13 respondentů (33 %) označilo jako méně časté zkrácení končetiny.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou pacienti informovaní o výkonu, komplikacích a režimu po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Tento výkon, který je nutný pro zlepšení kvality života pacienta, je velmi zatěžující, a proto je důležitá edukace zejména v oblastech pooperačního pohybového režimu a o komplikacích, které s výkonem souvisí. Pacient by měl být se vším seznámen již před operací, aby jeho následná snaha o zařazení se do běžného života byla jednodušší. Dostatečná edukace je základem dobré pooperační spolupráce a rehabilitačního režimu po operaci.

Tato práce obsahuje část teoretickou a část praktickou. Teoretická část nás informuje o daném onemocnění kyčelního kloubu a v druhé části popisuji problematiku, která souvisí s ošetřovatelskou péčí po výkonu. Obsahem první části teorie je také historie a vývoj endoprotéz kyčelního kloubu, anatomie kyčelního kloubu, jaké jsou příčiny, kontraindikace, typy endoprotéz kyčle. Další důležitou kapitolou jsou rizika a komplikace související s tímto zatěžujícím výkonem. V druhé části teorie je rozdělena ošetřovatelská péče na předoperační přípravu, operační techniku a pooperační péči. Dalším důležitým bodem je rehabilitace, která má za cíl znovu zmobilizovat pacienta a obnovit funkci a rozsah hybnosti v kyčelním kloubu. Nácvik chůze o berlích a časné vstávání z lůžka, je dobrým předpokladem pro brzké zařazení se do běžného života. Posledním bodem teoretické části práce je edukace. Popisuji zde, kdo je to edukátor, edukant, jaké máme typy edukace, co je to edukační proces nebo jaké mohou nastat bariéry v edukaci.

Výstupem mé praktické části, byl průzkum, díky dotazníkovému šetření, pomocí kterého jsem zjišťovala, jaká je informovanost pacientů o výkonu, komplikacích a režimu po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Průzkum probíhal současně ve dvou nemocnicích. Dotazníky byly rozdány na ortopedických odděleních v nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a ve Vsetínské nemocnici a.s. Průzkumu se zúčastnilo celkově na obou odděleních 78 respondentů, z plánovaných 100 respondentů. Dotazník obsahoval celkem 20 položek. Otázky byly směřované hlavně ke znalosti komplikací a k pohybovému režimu po operaci.

Po vyhodnocení dotazníků, byly na základě stanovených hypotéz, ověřeny předpokládané výsledky průzkumu.

Hypotéza č. 1, ve které jsem předpokládala, že více jak 80 % respondentů, zná pojem totální endoprotéza, **se mi potvrdil.** Z celkového počtu 78 respondentů, celkem 95 % znalo tento pojem.

Hypotéza č. 2, ve které jsem předpokládala, že více jak 90 % klientů bylo informováno o možných komplikacích po TEP kyčle, **se mi nepotvrdil.** Informováno bylo v průměru 80 % respondentů z obou zařízení.

Hypotéza č. 3, ve které jsem předpokládala, že nejméně 60 % klientů, zná komplikace po tomto výkonu a nejméně 85 % klientů ví, jak jim předcházet, **se mi také nepotvrdil.**
V první části hypotézy, kde jsem předpokládala, že většina pacientů zná komplikace po tomto výkonu, jsem byla překvapena neznalostí a nevyplněnými body v této otázce. Míň jak 50 % respondentů z obou pracovišť neznalo komplikace s tímto výkonem. Druhá část hypotézy byla zaměřena na to, zda pacienti vědí, jak předcházet komplikacím. V průměru v nemocnici KNTB jde o 84 % respondentů a v nemocnici Vsetín se jedná v průměru o 75, 75 % respondentů.

Hypotéza č. 4, která byla zaměřená na režim po operaci, a mým očekávaným výsledkem bylo, že více jak 80 % klientů zná chůzi o berlích po rovině, **se mi potvrdil.** Ukázalo se, že téměř všichni respondenti věděli, jak chodit o berlích po rovině. V KNTB tuto možnost vybralo 36 respondentů (92 %) a pouze o 3 respondenty méně ve Vsetínské nemocnici. Nesprávné možnosti vybrali na každém odd. v průměru 3 respondenti.

Hypotéza č. 5, byla také zaměřená na režim po operaci a zkoumala, zda více jak 70 % klientů, ví, jakým pohybům se má po operaci kyčle vyhýbat. Tento očekávaný výsledek se mi také potvrdil. Na obou odděleních nejvíce respondentů označilo jako nevhodnou polohu, nebo pohyb: sed s nohou přes nohu. V KNTB to bylo 38 respondentů (97 %) z 39 (100 %) a ve Vsetínské nemocnici 37 respondentů (95 %) z celkového počtu 39 respondentů. Jako další nejčastější odpověď bylo: ohnutí kyčelního kloubu více jak 90 stupňů, hluboký předklon a prudké otáčení trupem.

Očekávané výsledky, které jsem si stanovila na začátku průzkumu, se mi potvrdily jen z jedné poloviny. Oblast komplikací a režimu po výkonu se mi podle mých hypotéz nepotvrdila. Proto je nutné, klást větší důraz na kvalitní edukaci klientů v období před operací, kvůli zlepšení kvality života pacienta a snížení výskytu komplikací po tak náročném a zatěžujícím výkonu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

[1] ČIHÁK, Radomír, Miloš GRIM a Oldřich FEJFAR, 2011. *Anatomie*.Vyd.3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817-81.

[2] DUNGL, Pavel, 2005. *Ortopedie*, Praha: Grada. ISBN 80-247-0550-8.

[3] DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3240-4.

[4] DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Speciální Kineziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1648-0.

[5] GALLO, Jiří et al. 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2486-6.

[6] JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

[7] KAČINETZOVÁ, Alena, 2003. *Bolesti kyčelních kloubů*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-335-0.

[8] KARPAŠ, Karel, 2004. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-62-3.

[9] MATOUŠ, Milouš et al. 2005. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0886-8.

[10] SOSNA, Antonín et al. 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.

[11] SOSNA, Antonín et al. 2003. *Náhrada kyčelního kloubu: Rehabilitace a režimová opatření*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4.

[12] SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

[13] WIDIMSKÝ, Jiří et al. 2005. *Akutní plicní embolie a žilní trombóza.*Vyd. 2. Praha: Triton. ISBN 80-7254-639-2.

INTERNETOVÉ ZDROJE, ČLÁNKY

[14] HALÁSOVÁ, Marie, PANOŠOVÁ, Věra. Život po endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 10, s. 65-67. ISSN: 1210-0404.

[15] KNÍŽOVÁ, Kateřina. Léčebná tělesná výchova u totální endoprotézy kyčelního a kolenního kloubu. *Florence*. 2008, roč. 4, č. 1, s. 29-30. ISSN 1801-464X.

[16] KUČERA, T. et al. Prevence trombembolické nemoci po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae čechoslovaca*. 2011, roč. 78, č. 2, s. 101-105. Dostupné také z: http:// www.achot.cz/.

[17] MORKESOVÁ, Šárka, URBANCOVÁ, Svatava. Péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy z pohledu fyzioterapeuta. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 38-39. ISSN 1210-0404.

[18] RIZIKA A PREVENCE TROMBEMBOLICKÉ CHOROBY. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2009, roč. 12, č. 11, s. 544-548 [cit. 2013-02-07]. Dostupné z: http://solen.cz/artkey/int-2009

[19] SIGMUNDOVÁ, Alice. Edukace pacienta před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 32-33. ISSN: 1210-0404.

[20] ŠIRŮČKOVÁ, Miluše. Typy totálních endoprotéz - terapie a rehabilitace. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 60-62. ISSN: 1210-0404.

[21] TALIÁNOVÁ, Magda et al., Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 75-77. ISSN 1210-0404.

[22] WEBSTART. *Ikem.cz* [online]. ©2006-2011 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: http://www.ikem.cz/www?docid=1005973.

ZDROJE PŘÍLOH

[23] HIP CLINIC. *Vale Healthcare.cz* [online- dokument PDF]. ©2013 [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: http://www.vale-healthcare.com/hip-clinic/

[24] ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. *Zdravky.cz* [online]. ©2009 [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/lekarske-listy-plus/jak-zvysit-zivotnost-kloubnich-nahrad

[25] TYPY KYČELNÍCH NÁHRAD A ZPŮSOBY JEJICH UPEVNĚNÍ. *Orthes.cz* [online]. ©2001 [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: http://www.orthes.cz/types.htm

[26] AKADEMICÝ BULLETIN. *Abicko.avcr.cz* [online]. ©2011 [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: http://abicko.avcr.cz/2011/05/05/

[27] OPERATIVA. *Operativa.cz* [online]. ©2005 [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=47

[28] INFORMATIONS EMBOLIE PULMONAIRE. *Repli.net* [online]. ©2009 [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: http://repli.net/larticle/informations-pulmonaire-embolie

[29] OPERACE KYČELNÍHO KLOUBU NECEMENTOVANOU ENDOPROTÉZOU. *Ortopedie-fyzioterapie.cz* [online]. ©2007 [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: http://www.ortopedie-fyzioterapie.cz/fotografie-ortopedie/operace-kycelniho-kloubu-bezcementovanou-endoprotezou.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Např.	například
A.s.	akciová společnost
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Prof.	Profesor
MUDr.	Medicinae universae doctor
DrSc.	Doktor věd
Et al.	et alii (kolektiv)
S.	strana
Tzv.	takzvaně
mm.	milimetr
mm/hod	milimetr za hodinu
RTG	rentgen
R.	rok
CCM slitiny	Chrom-Cobalt-Molybden slitina
TEN	trombembolická nemoc
ATB	antibiotika
TEP	totální endoprotéza
Tzn.	to znamená
WC	Water closet
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
Rh faktor	Rhesus faktor
DK	dolní končetina
PMK	permanentní močový katétr
Min.	minimálně

Lat.	latina
Apod.	a podobně
Č.	číslo
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
Odd.	oddělení
ISBN	International Standart Book Numbering
ISSN	International Standart Serial Numbering
JIP	jednotka intenzivní péče
Vyd.	vydání
Cit.	citováno
Roč.	ročník

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů 35
Tabulka 2: Povolání respondentů 35
Tabulka 3: Věk respondentů 36
Tabulka 4: Příčiny TEP kyčle v KNTB 37
Tabulka 5: Příčiny TEP kyčle Vsetín 37
Tabulka 6: Pojem totální endoprotéza 38
Tabulka 7: Doba čekání na operaci 38
Tabulka 8: Příprava k výkonu KNTB 39
Tabulka 9: Příprava k výkonu Vsetín 39
Tabulka 10: Doporučená opatření 40
Tabulka 11: Edukace o komplikacích 41
Tabulka 12: Prevence komplikací 42
Tabulka 13: Režim po operaci 43
Tabulka 14: Chůze po rovině KNTB 44
Tabulka 15: Chůze po rovině Vsetín 44
Tabulka 16: Chůze do schodů KNTB 45
Tabulka 17: Chůze do schodů Vsetín 45
Tabulka 18: Chůze ze schodů KNTB 46
Tabulka 19: Chůze ze schodů Vsetín 46
Tabulka 20: Nevhodné aktivity 47
Tabulka 21: Lázeňská péče 47
Tabulka 22: Domácí prostředí 48
Tabulka 23: Nevhodné pohyby KNTB 49
Tabulka 24: Nevhodné pohyby Vsetín 49
Tabulka 25: Luxace kyčle 50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Příloha č. 2: Typy endoprotéz

Příloha č. 3: Komponenty endoprotézy

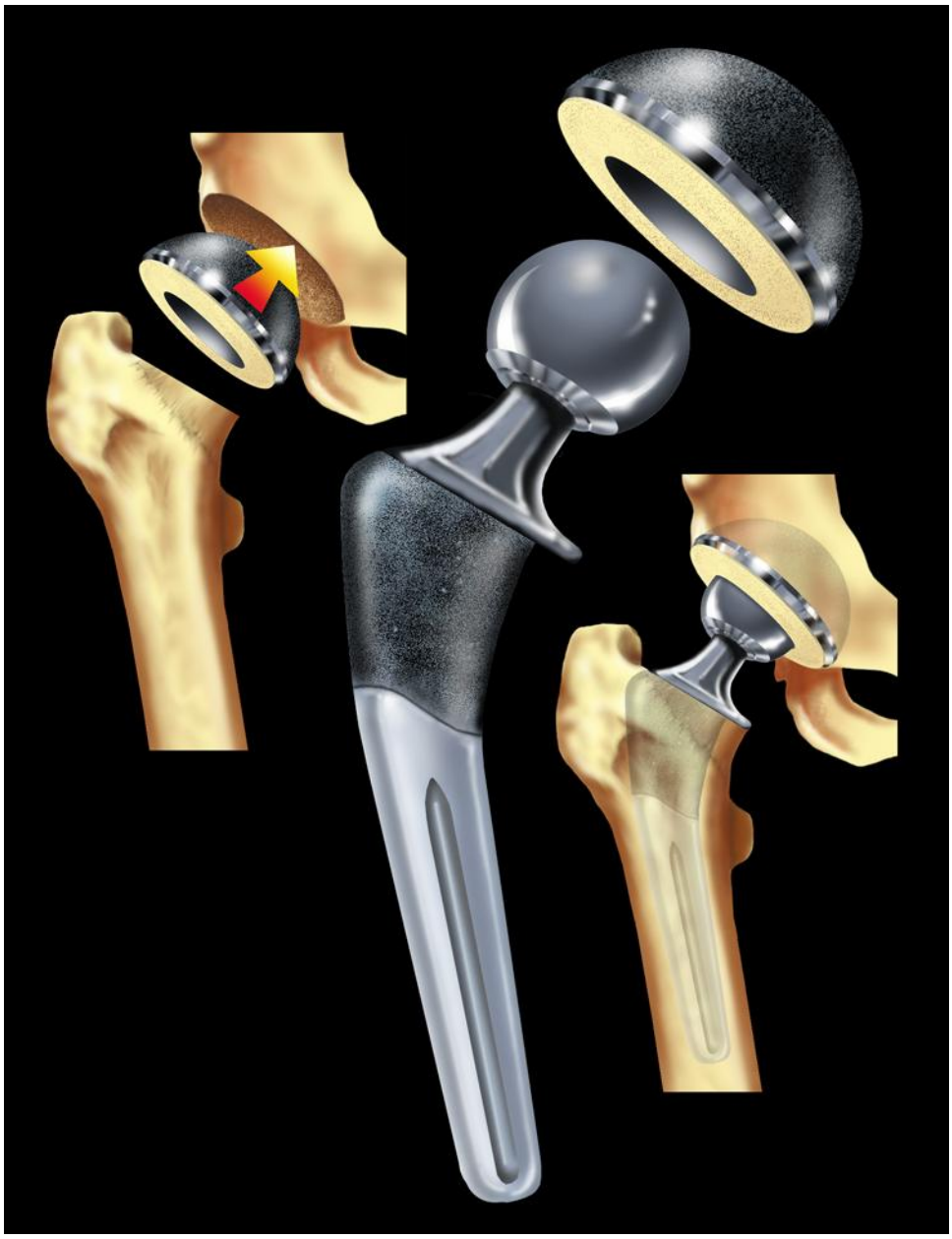
Příloha č. 4: Plicní embolie

Příloha č. 5: Operační technika

Příloha č. 6: Dotazník

Příloha č. 1: Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Převzato z: www.zdravky.cz



Obrázek 1: Totální endoprotéza kyčle

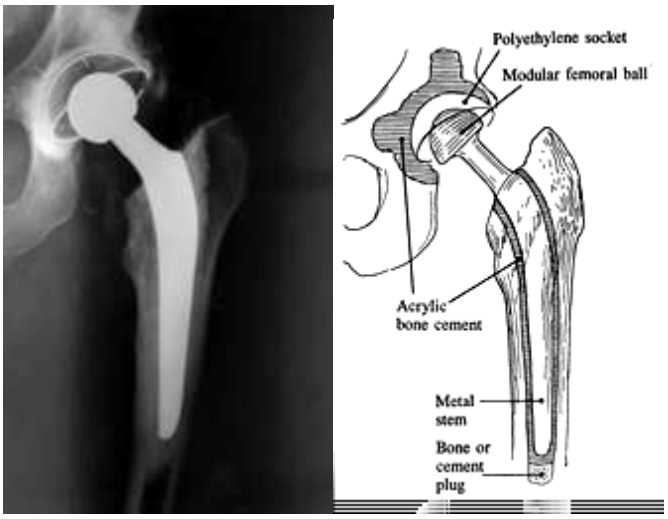
Příloha č. 1: Pokračování

Převzato z: www.vale-healthcare.com

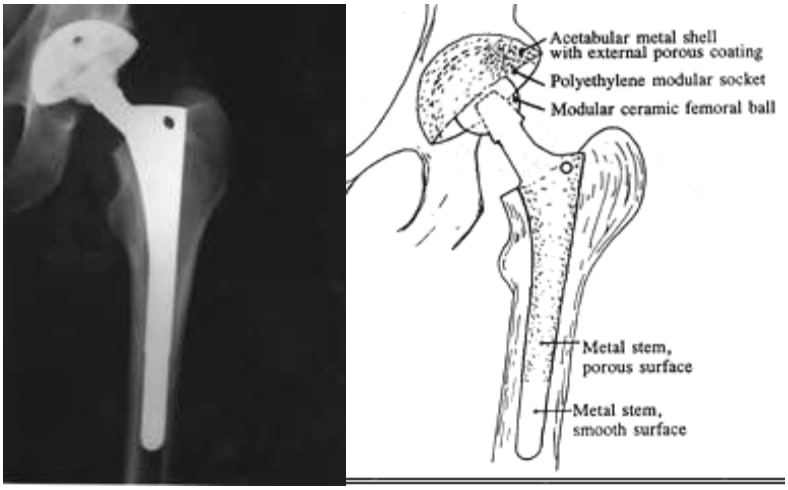
Obrázek 2: Totální endoprotéza kyčle- RTG snímek

Příloha č. 2: Typy endoprotéz

Převzato z: www.orthes.cz



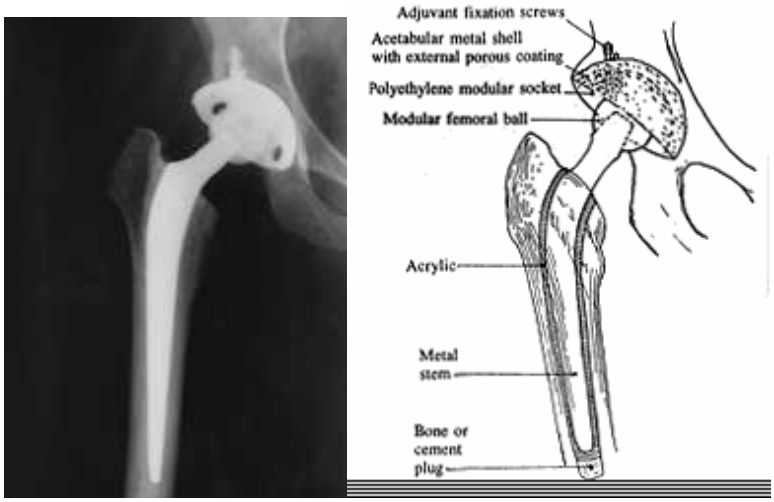
Obrázek 3: Cementovaná náhrada



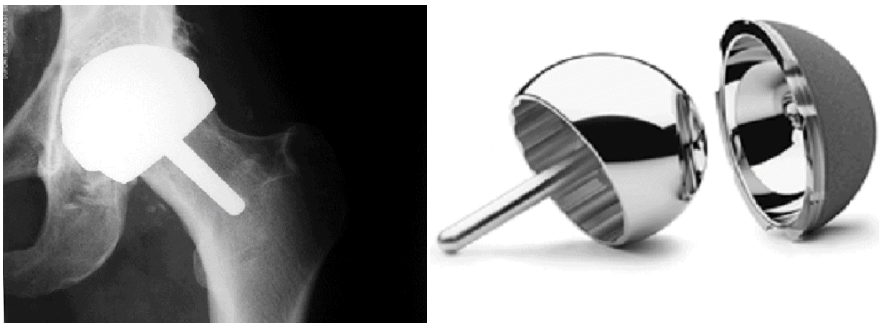
Obrázek 4: Necementovaná náhrada

Příloha č. 2: Pokračování

Převzato z: www.orthes.cz



Obrázek 5: Hybridní náhrada



Obrázek 6: Hip resurfacing

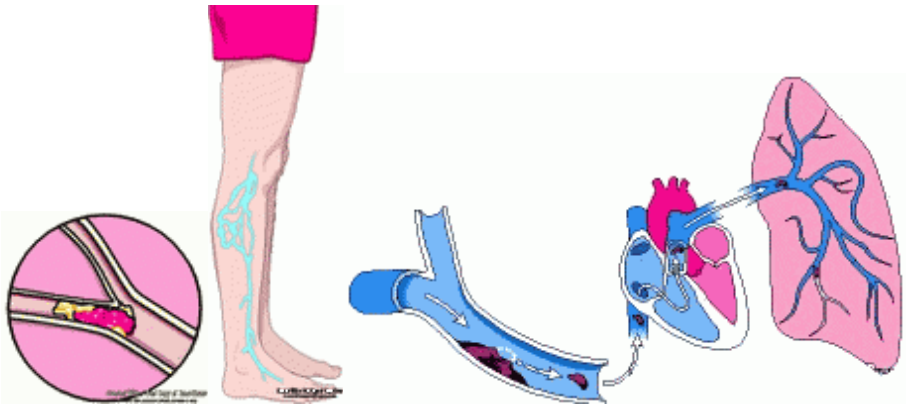
Příloha č. 3: Komponenty endoprotézy

Převzato z: www.abicko.avcr.cz

Obrázek 7: Komponenty endoprotézy

Příloha č. 4: Plicní embolie

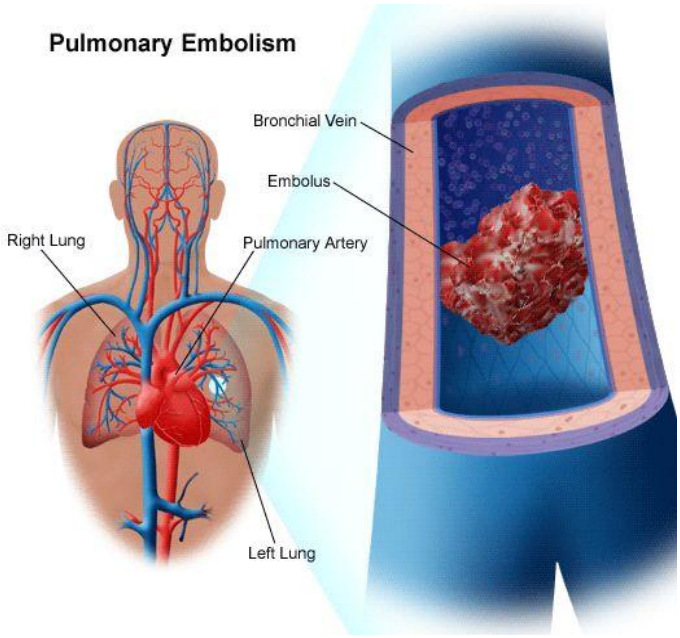
Převzato z: www.operativa.cz



Obrázek 8: Plicní embolie

Příloha č. 4: Pokračování

Převzato z: www.repli.net



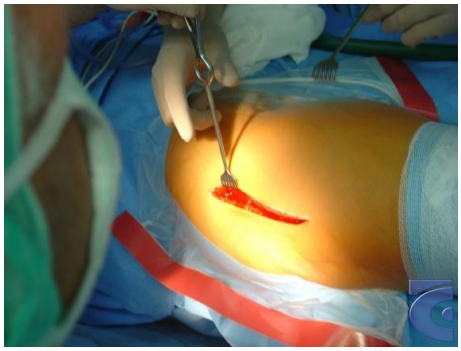
Obrázek 9: Plicní embolie

Příloha č. 5: Operační technika

Převzato z: www.ortopedie-fyzioterapie.cz

Obrázek 10: Operační stůl

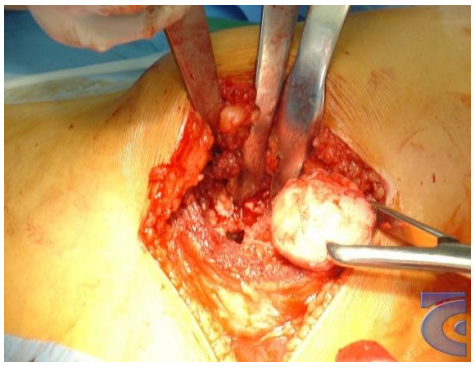
Obrázek 11: Chirurgické nástroje



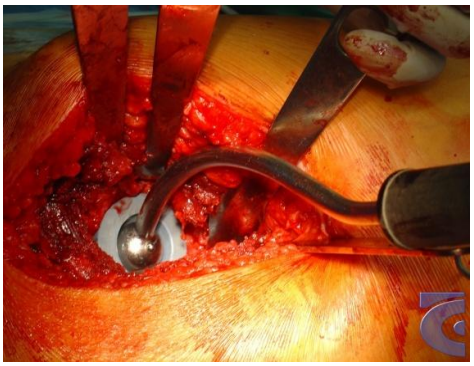
Obrázek 12: Založení 1 háčku

Obrázek 13: Otevření kloubního pouzdra

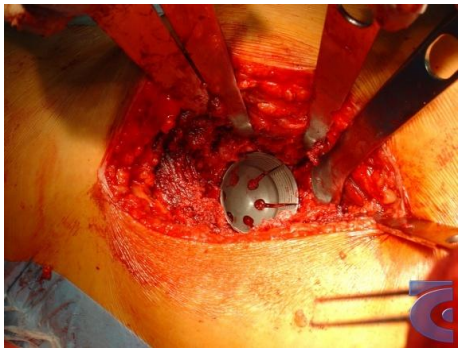
Příloha č. 5: Pokračování



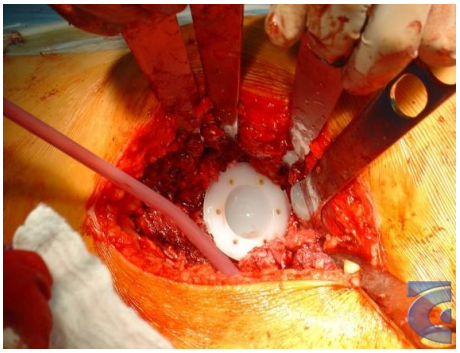
Obrázek 14: Vyjmutí kyčelní hlavice



Obrázek 15: Založení testovací protézy

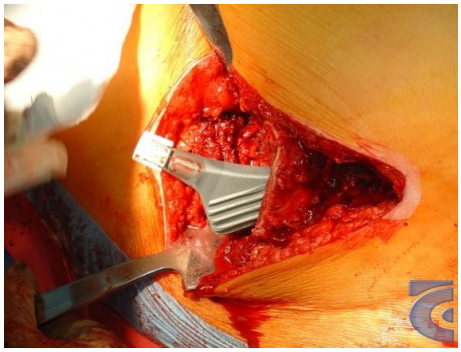


Obrázek 16: Pouzdro jamky

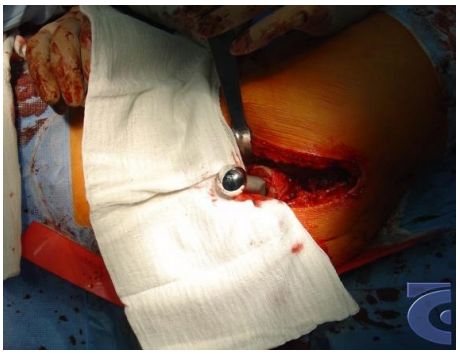


Obrázek 17: Implantát kyčelní jamky

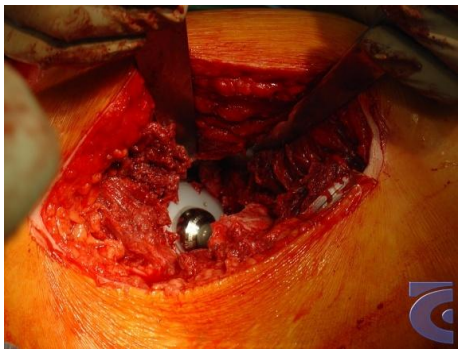
Příloha č. 5: Pokračování



Obrázek 18: Zavedení protézy- dříku

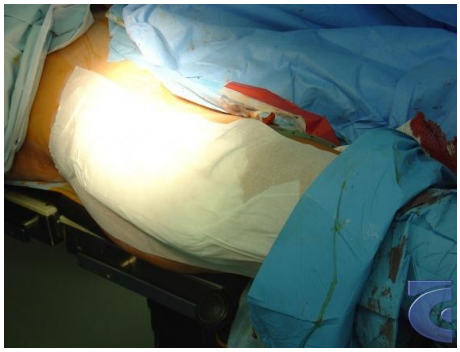


Obrázek 19: Nasazení hlavice



Obrázek 20: Totální náhrada kyčle

Obrázek 21: Zašitá rána



Obrázek 22: Zalepení rány

Příloha č. 6: Dotazník

Vážená paní, vážený pane

jmenuji se Iva Mynarčíková, studuji na Fakultě Humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní program Ošetřovatelství, studijní obor Všeobecná sestra. Nyní jsem ve 3. ročníku.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na rozsah znalostí pacientů o výkonu, komplikacích a režimu po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Součástí průzkumné části je mimo jiné dotazník a já Vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění.

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro účely této práce.

Děkuji Vám za čas a ochotu nad vyplněním dotazníku a přeji Vám hodně úspěchů.

Iva Mynarčíková

DOTAZNÍK

Pokud nebude uvedeno jinak, prosím vypište nebo vyberte a zakroužkujte pouze jednu odpověď, která Vám nejvíce vyhovuje.

1. Jaké je Vaše pohlaví? Žena Muž
2. Jaké je Vaše povolání? ……
3. Kolik je Vám let?
   A) 45-55 let
   B) 56-65 let
   C) 66-75 let
   D) 76 a více
4. Jaká byla příčina provedení operace kyčelního kloubu?
   A) Poškození kyčelního kloubu úrazem
   B) Revmatické onemocnění
   C) Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu-koxartróza
   D) Vrozená vada kyčle
   E) Nádorové onemocnění horního konce kosti stehenní

F) Pokud je příčina jiná, napište ji prosím ……..

5. Znáte význam pojmu totální endoprotéza?
   A) Ano
   B) Ne

6. Jak dlouho jste musel/a čekat na operaci, než Vás přijali k hospitalizaci?
   A) 1-2 měsíce
   B) 3 měsíce
   C) Jiná odpověď ……

7. Kolik času Vám věnoval lékař, když Vás informoval o výkonu?
   A) Dostatek času i s ohledem na mé dotazy
   B) Dostatek času, ale neměl/a sem prostor pro mé dotazy
   C) Edukace byla pro mě nedostatečná i nyní nemám o výkonu dostatečné informace

8. Dodržoval/a jste nějaká opatření, která se doporučují před výkonem?
   A) Ano
   B) Ne

   Pokud ano, tak jaká?

   …….

9. Byl/a jste seznámen/a s možnými komplikacemi, které s výkonem souvisí?
   A) Ano
   B) Ne

10. Vyjmenujte alespoň 3 možné komplikace
    -
    -
    -

11. Víte, jak můžete komplikacím předcházet?
    (možnost více odpovědí)
    A) Užívání léků, které upravují srážlivost krve
    B) Elastická bandáž dolních končetin od špiček prstů až po koleno nebo použití zdravotních punčoch
    C) Dostatečný příjem tekutin a pohybový režim

D) Dodržování zásad pooperačního pohybového režimu

12. Které pohyby se nesmí provádět po operaci kyčelního kloubu?
(možnost více odpovědí)
A) Překřížení dolních končetin a vytočení špiček zevně
B) Leh na zdravém boku s polštářem mezi koleny
C) Sed v hlubokém křesle

13. Jaký je správný postup při chůzi o berlích po rovině?
A) Operovaná končetina, berle, neoperovaná končetina
B) Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina
C) Neoperovaná končetina, berle, operovaná končetina

14. Jaký je správný postup při chůzi o berlích do schodů?
A) Neoperovaná končetina, operovaná končetina, obě berle
B) Operovaná končetina, obě berle, neoperovaná končetina
C) Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina

15. Jaký je správný postup při chůzi o berlích ze schodů?
A) Operovaná končetina, berle, neoperovaná končetina
B) Obě berle, operovaná končetina, neoperovaná končetina
C) Obě berle, neoperovaná končetina, operovaná končetina

16. Kterým aktivitám se budete po operaci vyhýbat?
(možnost více odpovědí)
A) Prudší běh a skok
B) Plavání, chůze
C) Jízda na koni
D) Sjezdové lyžování

17. Byla Vám před výkonem sdělena informace o následné rehabilitační a lázeňské léčbě?
A) Ano
B) Ne

18. Je Vaše domácí prostředí vhodně upraveno pro bezpečný pohyb a pohodlí?
A) Ano
B) Ne

19. Které z těchto pohybů, mohou způsobit vykloubení kyčelního kloubu?
(možnost více odpovědí)
A) Ohnutí kyčelního kloubu více jak 90 stupňů
B) Hluboký předklon
C) Prudké otáčení trupem

D) Sed s nohou přes nohu

20. Jak se projevuje vykloubení kyčelního kloubu?
(možnost více odpovědí)
A) Výrazná, náhle vzniklá bolest
B) Zkrácení končetiny
C) Omezení pohybu v kyčelním kloubu