VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života pacientů po totální endoprotéze ramenního kloubu

bakalářská práce

Autor práce: Lucie Voňavková

Vedoucí práce: Mgr. Lada Razimová

Jihlava 2021

Vysoká škola polytechnická Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	**Lucie Voňavková**
Studijní program:	Ošetřovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	**Kvalita života pacientů po totální endoprotéze ramenního kloubu**
Cíl práce:	1. Zjistit kvalitu života pacientů před TEP ramenního kloubu v oblasti soběstačnosti a sebepéče.2. Zjistit kvalitu života pacientů po TEP ramenního kloubu v oblasti soběstačnosti a sebepéče.

Mgr. Lada Razimová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce diskutuje téma „Kvalita života pacientů po TEP ramenního kloubu“. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na sebepéči a soběstačnost pacienta po totální endoprotéze ramenního kloubu a na kvalitu jeho života. Popisuje anatomii ramenního kloubu, totální endoprotézu ramenního kloubu, operační přístupy a indikaci k TEP ramenního kloubu. Soustředí se také na ošetřovatelský proces v předoperační a pooperační péči a rehabilitaci. V části praktické jsou zpracovány a interpretovány výsledky získané pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo provedeno v ortopedické ambulanci Oblastní nemocnice Kolín s pacienty, kteří jsou před a po operaci TEP ramenního kloubu. Cílem předkládané práce bylo zjistit kvalitu života pacientů před a po TEP ramenního kloubu v oblasti sebepéče a soběstačnosti. V závěru práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky a formulována možná doporučení pro praxi.

Klíčová slova: kvalita života, ramenní kloub, totální endoprotéza

Abstract

The bachelor thesis is focused on the topic "Quality of life of patients after TEP of the shoulder joint". The work consists of a theoretical and practical part. The theoretical part is focused on self-care and self-sufficiency of a patient after a total endoprosthesis of the shoulder joint and on his quality of life. It describes the anatomy of the shoulder joint, total endoprosthesis of the shoulder joint, surgical approaches, and indication for the TEP of the shoulder joint. Nursing process in preoperative and postoperative care and rehabilitation are also in the center of focus. In the practical part, the results obtained by means of a qualitative research survey are processed. The research was performed in an orthopedic clinic of Oblastní nemocnice Kolín with patients who underwent the TEP of the shoulder joint. The aim of the study was to determine the quality of life of patients after the TEP of the shoulder joint in the area of self-care and self-sufficiency. At the end of the thesis, research questions are answered and possible recommendations for practice are formulated.

Keywords: life quality, shoulder joint, total arthroplasty

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 4. srpna 2021

…….

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Ladě Razimové, za její čas, cenné rady, ochotu a trpělivost, které mi poskytla při psaní této bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat mé vrchní sestře Mgr. Monice Krutské a staniční sestře Bc. Janě Barešové a také respondentům z ortopedické ambulance. Obrovský dík patří také mé rodině a příteli, kteří mě po celou dobu mého studia velice podporovali.

Obsah

Úvod 7
1 Současný stav problematiky 9
1.1 Anatomie ramenního kloubu 9
1.2 Indikace k TEP ramene a onemocnění ramenního kloubu 10
1.3 Totální endoprotéza ramene 13
1.3.1 Typy endoprotéz a operační přístupy 13
1.3.2 Komplikace TEP 14
1.4 Ošetřovatelská péče u pacientů s TEP ramene 15
1.4.1 Předoperační příprava 16
1.4.2 Pooperační péče 17
1.4.3 Rehabilitační péče 18
1.5 Kvalita života 19
2 Praktická část 20
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky 20
2.2 Metodika výzkumu 20
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného šetření 20
2.4 Průběh výzkumu 21
2.5 Zpracování získaných dat 21
2.6 Výsledky výzkumu 21
2.7 Názorná analýza výsledků 30
2.8 Diskuze 36
2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi 39
Seznam použité literatury 41
Seznam použitých zkratek 44
Seznam tabulek 45
Seznam příloh 46

Úvod

Totální endoprotéza ramenního kloubu zatím není tak častou operací jako jsou náhrady kyčelního či kolenního kloubu, ale i přesto jde o standardní operaci v mnoha nemocnicích. Hlavním důvodem je, že rameno není nosný kloub, a proto i degenerativní změny probíhají později a ne v takové míře jako v kloubech dolních končetin. Ramenní kloub je nejpohyblivějším kloubem v celém těle. Totální endoprotéza ramenního kloubu si pomalu buduje nezastupitelné místo v léčbě poruch ramenního pletence. V dnešní době je využívána k řešení komplikovaných zlomenin proximálního humeru, u pacientů s artrózou, revmatoidní artritidou nebo u pacientů s postiženou rotátorovou manžetou. K implantaci totální náhrady ramenního kloubu jsou indikováni pacienti, kteří trpí bolestmi a mají omezený rozsah pohybu v ramenním kloubu (Čihák, 2011). Operace ramenního kloubu pro pacienty znamená brzký návrat do běžného života. Ovšem jako každý operační výkon, tak i tento s sebou nese i určitá rizika. V pooperačním období nastávají pro pacienta určitá omezení v podobě režimových opatření, které by měl pacient dodržovat po určitou dobu. Dále by měl pacient podstoupit rehabilitační léčbu, která se ve velké míře podílí na úspěšném návratu do běžného života (Pilný, 2011). Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena anatomii ramenního kloubu, operaci totální endoprotézy jako takovou, operační přístupy, indikaci k totální endoprotéze ramene, komplikace, předoperační a pooperační péči z hlediska sestry a rehabilitaci. Dále je zaměřena na pojem kvalita života a jeho hodnocení. Praktická část je zaměřena na rozhovory s pacienty, kteří jsou před a po operaci totální endoprotézy ramenního kloubu. Cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu života pacientů po TEP ramenního kloubu v oblasti soběstačnosti a sebepéče.

Motivace

K výběru tématu bakalářské práce mě vedl zájem zjistit, jaká je kvalita života pacientů po totální endoprotéze ramene. Téma jsem si vybrala z toho důvodu, že od svého nástupu do nemocnice pracuji jako praktická sestra na ortopedickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín. Práce na zmíněném oddělení mě zaujala, protože se jedná o péči o pacienty všech věkových kategorií. Jelikož implantace totální endoprotézy ramenního kloubu na našem oddělení není tak častá jako implantace totální endoprotézy kolenního či kyčelního kloubu, chtěla jsem se o této problematice a specifikách ošetřovatelské péče s ní spojených dozvědět co nejvíce. Ráda bych díky svému výzkumnému šetření zjistila, zda je možné zlepšit kvalitu života pacienta v rámci ošetřovatelské péče za hospitalizace a následně po jeho propuštění.

Cíle práce

1. Zjistit kvalitu života pacientů před TEP ramenního kloubu v oblasti soběstačnosti a sebepéče.
2. Zjistit kvalitu života pacientů po TEP ramenního kloubu v oblasti soběstačnosti a sebepéče.

1 Současný stav problematiky

Bolesti ramene ale i celého ramenního pletence jsou časté a nemocného nejen obtěžují, ale i omezují v rozsahu pohybu a sebepéči. Totální endoprotéza ramenního kloubu je posledním řešením jak nemocnému ulevit. V dnešní době se operační výkon TEP ramenního kloubu provádí na řadě pracovištích. S rozvojem medicíny se stává častým způsobem léčby nejen u složitých fraktur proximálního humeru. Typy implantátů se vybírají dle druhu, poškození ramenního kloubu, anatomických poměrů, způsobu opotřebení, nároků a stáří nemocného. Endoprotézy lze dělit podle tvaru a použitého materiálu na plastové, keramické, kovové nebo jejich kombinace. V posledních letech se využívají endoprotézy modulární, s vyměnitelnými dříky, jamkami a hlavicemi (Čihák, 2011).

1.1 Anatomie ramenního kloubu

Kloubní plochu ramenního kloubu tvoří hlavice humeru a jamka lopatky, která tvoří jen 25-30% kloubní plochy hlavice humeru, což kloubu umožní maximální pohyblivost. Hlavice pažní kosti je oddělena anatomickým krátkým krčkem od ostatní části humeru a je místem pro úpon kloubního pouzdra. Na přední straně pod hlavicí se nachází dva hrbolky, malý a velký, které slouží pro úpon svalů. Zúžení humeru pod malým a velkým hrbolkem se nazývá chirurgický krček, který je místem nejčastějších zlomenin (Čihák, 2011). Mezi malým a velkým hrbolkem je žlábek, kterým je vedena šlacha dlouhé hlavy bicepsu. Hlavice pažní kosti je na svém povrchu kryta kloubní chrupavkou, která uprostřed plochy dosahuje tloušťky 2 milimetry a na periferii se zúžuje až na 1 milimetr. Rameno se skládá ze čtyř kloubů - kloub akromioklavikulární, kloub sternoklavikulární, kloub glenohumerální a kloub skapulotorakální. Ramenní kloub se nachází mezi vypouklou hlavicí pažní kosti a mělkou kloubní jamkou lopatky. Z důvodu nepoměru kloubních plošek je ramenní kloub kloubem volným kulovitým. Kloubní jamka na zevním okraji lopatky je o něco menší svým obvodem oproti hlavici pažní kosti a je hlavně spíše plochá. Z výše uvedeného důvodu je ramenní kloub velmi nestabilní, a vyžaduje pevné spojení pomocí vazů a svalového aparátu. Jelikož je plocha kloubní jamky menší, doplňuje ji po obvodu chrupavčitý lem (labrum glenoidale), který má za úkol co nejvíce rozšířit plochy a zvýšit stabilitu ramenního kloubu. Kloubní pouzdro je silné a prostorné a ve své dolní části zasahuje až k anatomickému krčku kosti

pažní (Dungl, 2014). Po celém obvodu kloubu je kloubní pouzdro posíleno o několik pevných vazů a svalů. Nejdůležitějším a hlavním svalem, který udržuje svým napětím hlavici humeru v ramenním kloubu je musculus deltoideus (deltový sval). Mezi důležité svaly, které napomáhají správné funkci ramenního kloubu patří sval nadhřebenový (musculus supraspinatus), který zajišťuje odtažení a zevní rotaci ramenního kloubu a fixuje hlavici humeru v kloubu. Dále se uplatňuje sval podhřebenový (musculus infraspinatus) a malý oblý sval (musculus teres minor), který má také svůj vliv na udržení hlavice humeru v kloubním pouzdře a ovlivňuje zevní rotaci horní končetiny. Velký oblý sval (musculus teres major) ovlivňuje vnitřní rotaci a přitažení horní končetiny. Malý oblý sval má stejnou funkci jako sval podhřebenový. (Grim, Naňka, 2014). Pohyb horní končetiny v ramenním kloubu je možný kolem tří os, a to díky volnému kulovitému kloubu. Mezi základní pohyby ramenního kloubu patří dorzální flexe (zapažení) do 40 stupňů, ventrální flexe (předpažení) v rozsahu 90 stupňů, abdukce (upažení) a addukce (připažení) obojí v rozsahu 90 stupňů a také vnitřní a zevní rotace v rozsahu 90 stupňů. Elevace (zdvihání) je volným pokračováním abdukce nad horizontálu, jedná se o kombinovaný a fázový pohyb, na kterém se podílí lopatka, která rotuje po hrudní stěně tak, že dojde k vyrotování kloubní jamky horizontálně. V kloubní dutině se fyziologicky nachází 10-15 mililitrů kloubní tekutiny (Dungl, 2014, Honová, 2018).

1.2 Indikace k TEP ramene a onemocnění ramenního kloubu

Pacienta k lékaři přivádí hlavně bolest a omezení pohybu v ramenním kloubu. To má za následek zhoršení kvality ve všech sférách. Jedním z hlavních důvodů pro implantaci totální endoprotézy nebo hemiartroplastiky je snížení bolesti a zvýšení pohyblivosti v rameni, u onkologických pacientů je důvodem náhrada defektu po radikální resekci nádorové tkáně. Hlavními indikacemi pro provedení aloplastiky ramene jsou: revmatoidní artritida, omartróza, komplikované zlomeniny proximálního humeru, aseptická nekróza hlavice humeru, onkologické indikace. Revmatoidní artritida je systémové zánětlivé autoimunitní onemocnění, které vede k chronickému zánětu synoviální tkáně, což má za důsledek nevratné poškození chrupavek a kostí kloubů. Revmatoidní artritida je onemocnění, které postihuje glenohumerální kloub. Poškození chrupavky se obvykle vyskytuje jak na hlavě humeru, tak i na glenoidu (Dungl,2014).

Pacienti, u kterých se potvrdilo revmatoidní onemocnění, mají současně i sníženou kostní denzitu. Tento faktor zvyšuje riziko vzniku peroperačních zlomenin, riziko se ještě více zvyšuje, pokud k fixaci není použita fixace cementovaná. Mnoho pacientů s revmatoidní artritidou trpí i poškozením rotátorové manžety, což může snížit svalovou sílu a omezit rozsah pohybu do abdukce (Skála, 2010). Revmatoidní artritida často ovlivňuje i další spojení v ramenním pletenci. Vliv může mít na krční páteř, loket, ruku i zápěstí. U revmatoidní artritidy je největší ztuhlost ráno po probuzení, po rozcvičení zase ustupuje. Rehabilitační péče u pacientů s tímto onemocněním je lehce odlišná od ostatních, protože díky postižení rotátorové manžety je nutné dbát na zvýšené opatrnosti při obnovování zevní rotace. A proto nelze spoléhat na samostatnou rehabilitaci, vždy ji musí provádět fyzioterapeut ve spolupráci s lékařem (Opavský, 2011).

Omartróza se vyskytuje při ztrátě chrupavky, která obvykle postihuje hlavici humeru i glenoidu. Na rentgenovém snímku může lékař vidět zúženou kloubní štěrbinu nebo osteofyty na pomezí mezi hlavicí a krčkem humeru. Šlachy rotátorové manžety jsou u omartrózy obvykle neporušené, pokud se objeví patologie tak by měla být při operaci korigována (Skála, 2010). Fyzikální vyšetření u pacienta obvykle objeví bolesti glenohumerálního kloubu při pohybu, kde jsou i často slyšitelné krepitace. Pro omartrózu je typické omezení zevní rotace. Mezi krajní indikace pro operaci totální endoprotézy se řadí defekt rotátorové manžety s artropatií a revizní operace původní aloplastiky (Pokorný, 2015).

Další indikací k provedení totální endoprotézy může být zlomenina proximálního humeru. Tato diagnóza byla dříve často indikovaná k hemiartroplastice ramenního kloubu. Původně široké indikace k hemiatroplastice se s nástupem nových úhlově stabilních osteosyntetických implantátů hodně zúžily. Nové implantáty, které jsou dnes k dispozici umožňují bezpečnou fixaci i osteoporotických úlomků, a proto je možné provést osteosyntézu i u starších pacientů. Jasnými indikacemi pro aloplastiku jsou: stavy peroperačního selhání osteosyntézy, stavy po pozdním selhání osteosyntézy a fraktury hlavice humeru s větší destrukcí kloubního povrchu. Další indikací může být aseptická nekróza hlavice humeru, která může být způsobena například traumatem nutritivních cév, alkoholismem, chronickým užíváním kortikoidů nebo nějaké systémové onemocnění, ale přesná příčina není jasná (Opavský, 2011). Destrukce hlavice humeru je spojena s omezením pohybu v ramenním kloubu a s výraznou bolestí, jako nejlepší řešení se nabízí nahrazení hlavice hemiartroplastikou nebo totální

endoprotézou. Pro dobrý výsledek, je nutná akutní operace, protože odložení výkonu s sebou přináší riziko nejen dalšího rozpadu hlavice, ale i vznik bolestivých kontraktur (Classen, 2011). Jedním z nejčastějších onemocnění ramenního kloubu je nestabilita ramene. U nestability není možné udržet hlavici v centrovaném postavení, tím dochází k opakovaným luxacím hlavice. Může vzniknout akutně při úrazu a progredovat do chronicity. Glenohumerální artróza je onemocnění, které způsobuje změny na chondrální a subchondrální vrstvě v dorzální části, ventrální část zůstává dlouho nezasažena. Ve střední části hlavice vznikají největší eroze a rychle se objevují osteofyty. Pokud je důvodem degenerace zánětlivý proces, chrupavka je zničená v celém rozsahu. Idiopatická degenerativní změna je vzácná, protože při této změně nedochází ke statické zátěži kloubu. Mezi častější onemocnění se řadí akromioklavikulární artróza, která se objevuje hlavně po úrazu. Intraartikulární disk je postižen jako první, poté následuje degenerace na obou kloubních koncích, kloubním pouzdře a vznik osteofytů. Nejčastěji se projeví při elevaci a abdukci ramenního kloubu. Dalším typem onemocnění je impingement syndrom. Tento bolestivý syndrom je nejčastějším postižením ramenního kloubu, při kterém dochází k zúžení subakromiálního prostoru patologickými procesy, poté jsou tkáně rotátorové manžety a burzy prosáklé a překrvené. Existují dva typy impingement syndromu, non-outlet je způsobený deformitou humeru, kalcifikací pouzdra a burzy, luxací nebo patologií šlachy musculus biceps brachii a outlet je zapříčiněný tvarovými a degenerativními změnami akromiu. Jedním z častějších onemocnění je ruptura rotátorové manžety. Ta vzniká při dlouhodobém a opakovaném přetěžování svalů a šlach rotátorové manžety v místě nedostatečného cévního zásobení a má za následek dystrofické a degenerativní změny. Může se rozvinout i z impingement syndromu jako následek úrazu (Dungl, 2014). Mezi další časté onemocnění spadá syndrom ztuhlého ramene. Vznik ztuhlého, nebo také zmrzlého ramene není zřejmý, uvažuje se o reflexním stažení svalstva, zánětu subakromiální burzy, traumatech či srůstech. V případě, že jsou přítomny fibrózní změny je voleno chirurgické řešení (subakromiální dekomprese). Konzervativní léčba je zaměřena na analgezii, obstřiky kloubu a rehabilitaci (Dylevský, 2011).

1.3 Totální endoprotéza ramene

Velký přelom v pohledu na význam aloplastiky ramenního kloubu nastal zásluhou Charlese S. Neera, který v roce 1953 zhotovil implantát (dřík), který se podobal současným modernizovaným implantátům. První náhradu provedl J.E.Peán roku 1893 na pacientovi, který měl tuberkulózu proximálního humeru. V 70. a 80. letech vznikla celá řada implantátů, které měli různý vzhled (Dungl, 2014). O totální endoprotéze ramene se hovoří, když se nahradí oba artikulační komponenty glenohumerálního kloubu, při nahrazení pouze hlavice humeru se jedná o hemiartroplastiku V dnešní době se rozlišují jednotlivé implantáty podle určitých parametrů. Dělí se podle způsobu fixace do kostního lůžka na cementované a necementové. Dále se dělí dle modularity implantátů. Dle modularity implantátů z pohledu anatomických rozměrů se dělí do tří generací: První generace zahrnuje implantáty, které jsou jednotné velikosti a hlavice tvoří pevnou součást dříku. Druhá generace představuje implantáty, které umožňují díky modularitě hlavic uzpůsobit velikost i výšku užité hlavice určité anatomické situaci. Třetí generace poskytuje nejen výběr odlišných rozměrů hlavice, ale i různé seřízení sklonu a posunu hlavice oproti dříku, a to díky modularitě krčku (Frič, 2015).

1.3.1 Typy endoprotéz a operační přístupy

Jedním z mnoha typů endoprotéz jsou anatomické implantáty. Ty jsou tvořeny dříkem, který zasahuje do lopatky, a na který nasedá hlavice v pažní kosti. Jamka je většinou vyrobena z polyetylenu s možností ukotvení do kosti dvěma způsoby. Jedním ze způsobů je ukotvení komponentu do kosti, kde se může využít metylmetakrylátový cement nebo i fixace necementovaná (Pokorný, 2015). Dalším typem ramenních endoprotéz jsou reverzní náhrady. Tyto typy implantátu obrací anatomický princip kloubu. Jamka je součástí humeru a hlavice se kotví do glenoidu. Příčinou pro využití této náhrady je hlavně insuficience rotátorové manžety (Javůrková, 2010). Reverzní implantát se může využít při revizních operacích nebo u posttraumatické a revmatoidní artritidy. Při řešení nevýhod anatomických implantátů vznikly implantáty bipolární. Jde o typ, u kterého je na dřík nasazen speciální typ hlavice, která se skládá ze dvou navzájem mobilních, ale ztištěných hlavic. Dále existují implantáty pro řešení tumorózních situací, ale konstrukce těchto implantátu je zcela specifickou problematikou. Důležitou roli při jejich konstrukci hraje možnost náhrady různých částí humeru a reinzerce svalových úponů. Výroba těchto tumorózních implantátů probíhá

individuálně (Pokorný, 2015). Operace totální endoprotézy ramene představuje pro nemocného obvykle nový zážitek. Mění se nejen jeho tělo, ale i jeho psychika. U nemocného se může objevit řada psychických příznaků, jako je strach, úzkost či nervozita. Pacient se může zbavit strachu pomocí správné informovanosti od lékaře i zdravotní sestry. Lékař nemocnému může dopředu popsat průběh operace (Slezáková, 2014). Pro úspěšnou operaci je zásadním krokem optimální poloha pacienta na operačním stole tak, aby operovaná končetina přesahovala přes okraje stolu a umožňovala tak dobrou manipulaci s horní končetinou. Při náhradě ramenního kloubu je nejčastěji využívaný deltopektorální přístup. Ke snadnému přístupu k ramennímu kloubu se volí cesta mezi musculus pectoralis major a musculus deltoideus, řez by měl být dlouhý 10-15 cm (Zůna, 2012). Další přístup se může zvolit superiorní transdeltoideální, zde jde o horní přístup k ramennímu kloubu a využívá se hlavně u insuficientní rotátorové manžety, tedy u reverzních implantátů. Tento operační přístup zahrnuje oddálení přední porce deltoideu od acrominu. Distální řez nesmí být delší než 5 cm, jinak by hrozilo poškození axilárního nervu. Tento přístup má však mnoho nevýhod, jedna z nich je již zmiňované poškození nervu a další může být omezený přístup k zadní části pouzdra, kde tím pádem dojde k nemožnosti jeho uvolnění. Další přístup, který operatér může zvolit, ale využívá se jen za zvláštních okolností je přístup anteromediální. Hlavní indikací pro tento přístup je revmatoidní artritida s těžkou osteoporózou. Tento přístup by měl zabránit riziku peroperačních zlomenin. Jedná se o prodloužený deltopektorální přístup, u kterého se oddělí deltový sval od klíční kosti, akromionu a lopatky. Tento přístup je dobře tolerován, jen pokud dojde k přesnému uchycení svalů zpět ke kostem. Posledním přístupem, který lze při operaci zvolit, ale dnes se již nevyužívá je přístup transakromiální. Dnes se nevyužívá pro vysoké riziko následného vzniku sekundární dysfunkce m. deltoideus a pro vyšší riziko vzniku pakloubu akromionu (Pilný, 2011).

1.3.2 Komplikace TEP

Přestože se výsledky po operačních zákrocích, kdy se implantuje totální endoprotéza ramenního kloubu neustále zlepšují, dochází stále ke vzniku komplikací. Mezi nejčastější faktory, které ovlivňují vznik komplikací patří nespolupracující pacient, nerespektování kontraindikací k operaci, chyba v operačním postupu, nesprávně vedená rehabilitace, typ defektu na ramenním kloubu před aloplastikou (Zugner, 2017).

Nejčastějšími komplikacemi jsou uvolnění implantátu, periprotetické zlomeniny, infekce, instabilita komponentu, poranění nervových struktur a dysfunkce deltového svalu, heterotopické osifikace nebo ruptura rotátorové manžety. Mezi méně časté komplikace patří fraktrury akromionu a kalcifikace měkkých tkání. Je prokázána souvislost mezi uvolňováním glenoidní složky a glenohumerální nestabilitou. Na rentgenovém snímku je vidět migrace komponentu, což znamená jeho posun nebo naklonění oproti pooperačnímu snímku (Pilný, 2011). Častou komplikací jsou periprotetické fraktury, které nejčastěji vznikají jako důsledek pádu na operovanou končetinu. Léčba periprotetické fraktury záleží na umístění a průběhu linie lomu fraktury. U starších a polymorbidních pacientů se preferuje léčba konzervativní, ale ve většině případů se léčí operativně (Zugner, 2017). Mezi další častou komplikaci patří infekce, která se objeví v glenohumerálním kloubu po aloplastickém výkonu a má devastující následky. Pozdní i časné infekce se léčí antibiotiky, pečlivým debridementem, průplachovou laváží a revizí. Revize se provádí ale jen v případě, pokud se podaří lékaři provést diagnóza a léčba do jednoho až dvou týdnů od počátku příznaků. Jinak je nutné implantát vyjmout, a to ve stejné době, při které se provádí odstranění nekrotických a infikovaných tkání (debridement), odstranění cementu i endoprotézy a současně se reimplantuje nový komponent během jedné operace. Poslední komplikací je instabilita komponentu. Instabilita komponentu zastupuje asi 35% ze všech komplikací, které postihují TEP ramene (Pilný, 2011).

1.4 Ošetřovatelská péče u pacientů s TEP ramene

Kvalitní ošetřovatelská péče je hlavním a základním cílem současného ošetřovatelství. Ošetřovatelské standardy určují kvalitu ošetřovatelské péče a současně určují její měřitelná kritéria. Ošetřovatelská péče je komplexní odborná zdravotní péče, systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, ve kterém žijí, a který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o svou duševní, psychickou pohodu a své zdraví. Ošetřovatelská péče se zabývá udržením a podporou zdraví, navrácením zdraví, rozvojem soběstačnosti, zmírněním utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištěním klidného umírání a smrti (Burda, Šolcová, 2016).

1.4.1 Předoperační příprava

Cílem předoperační přípravy je snížení komplikací během operace a v pooperačním období. U plánovaných operací předoperační vyšetření provádí praktický lékař. Pacienti, kteří trpí řadou přidružených chorob musí v rámci předoperačního vyšetření zhodnotit jejich celkový stav i interní lékař, a v individuálních případech jsou pacienti doporučeni ke specialistům například kardiologovi. Předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dlouhodobá předoperační příprava spočívá v tom, že je pacient odeslán lékařem k internímu předoperačnímu vyšetření, které nesmí být starší více než 14 dnů. V rámci dlouhodobé předoperační přípravy pacient podstoupí fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, medikamentózní přípravu, předanesteziologické vyšetření a psychickou přípravu. Interní lékař vyšetří pacienta pomocí anamnézy, kde zkontroluje váhu a výšku pacienta, fyziologické funkce: krevní tlak, puls, saturace kyslíku. Sestra provede odběr krve na laboratorní vyšetření: krevní obraz, základní biochemické vyšetření, aPPT, Quickův test, krevní skupinu + Rh faktor, screeningové vyšetření moče – moč + močový sediment, kultivace + citlivost, dále rentgenové vyšetření srdce a plic a EKG vyšetření. Krátkodobá předoperační příprava hraje roli v přípravě psychické, fyzické a anesteziologické. Psychická příprava spočívá ve spolupráci lékaře a sestry. Ti pacientovi poskytují informace o průběhu operace a pooperační péči, dle svých kompetencí. Fyzická příprava je zaměřena na edukaci o příjmu tekutin a výživě, kdy je pacient informován o tom, že musí být lačný (doba lačnění se odvíjí od ordinace anesteziologa), což znamená, že nesmí nic jíst, pít ani kouřit. Dále sestra informuje pacienta o vylučování (před operací je imobilním pacientům zaveden permanentní močový katétr), hygienické péči, odpočinku a spánku, prevenci tromboembolické nemoci a přípravě operačního pole (Slezáková, 2014). Anesteziologické vyšetření u plánovaného výkonu probíhá v anesteziologické ambulanci, kdy je doporučen nejvhodnější způsob vedení anestezie a forma premedikace. Pokud se jedná o akutní výkon, jsou tato vyšetření prováděna za hospitalizace. Vždy je provedena edukace pacienta o anestezii, jejíž součástí jsou informace o rizicích anestezie a zároveň zajištění podpisu informovaného souhlasu s anestezií. Po posouzení všech rizik spojených s anestézií je pacient anesteziologem zařazen do ASA skóre (Janíková, Zeleníková, 2011). Bezprostřední předoperační příprava probíhá asi 2 hodiny před operací. Spočívá v kontrole dokumentace pacienta, lačnění, přiložení elastických bandáží na obě dolní končetiny, kontrola operačního pole,

vyprázdnění, odstranění všech šperků a případnému vyjmutí umělého chrupu. Postupuje se dle ordinací lékaře (např. zajištění žilního vstupu, zavedení permanentního močového katétru). Následuje podání premedikace na základě ordinací anesteziologa (Slezáková, 2014).

1.4.2 Pooperační péče

Pooperační období začíná, po probuzení pacienta z anestezie. V tomto období se postupně navracejí všechny funkce organismu do předchozího stavu a dochází k nabývání vědomí. O pacienty je pečováno na pooperačním pokoji, kde začínají vnímat okolní podněty a začínají se projevovat první známky pooperační bolesti. Po operaci ramenního kloubu je pacient uložen na jednotku intenzivní péče. Lékař na jednotce intenzivní péče ordinuje pooperační monitoring, což je sledování fyziologických funkcí, aplikaci léčiv (antibiotika, analgetika, chronická medikace), bilanci tekutin, pohybový režim, sledování operační rány a další nezbytné vyšetření (EKG, RTG). Veškeré intervence a naměřené fyziologické funkce sestra zapisuje do dokumentace pacienta. Sestra po návratu pacienta z operačního sálu provede kontrolní odběry krve dle ordinace lékaře (nejčastěji krevní obraz a minerály), podle výsledků může být ordinována transfúze nebo infúze k doplnění objemu tekutin. Sestra provede základní úkony v pooperační ošetřovatelské péči. Velká pozornost je zaměřena na operační ránu, u které může prosakovat obvaz, což je známka krvácení z rány. V operační ráně může být zaveden Redonův drén, u kterého sestra sleduje jeho funkčnost, charakter a množství odpadu. Pacient má většinou po příjezdu z operačního sálu fixovanou končetinu ortézou. Úkolem sestry je sledovat bolesti pacienta, podávat analgetika dle ordinace lékaře a v časovém horizontu sledovat jejich účinek. Po operaci může dojít v souvislosti s anestézií k nauzee a zvracení, což je pro pacienty nepříjemné. Tento stav je možné korigovat antiemetiky. Velmi důležité je sledování bilance tekutin z důvodu orientačního hodnocení vnitřního prostředí vzhledem k perioperačním krevním ztrátám. Pokud se není pacient po operaci schopný vymočit sám, je mu zaveden permanentní močový katétr. Moč je odváděna do močového sáčku, kde se sleduje barva a množství moče. Bezprostředně po operaci je zahájena dechová rehabilitace, která má za cíl aktivovat dýchací cesty a případně odstranit hleny v dýchacích cestách vytvořených během operace. První pooperační den je zahájena mobilizace pacienta, což znamená

chůze v doprovodu fyzioterapeuta nebo sestry (Janíková, Zeleníková, 2011, Slezáková, 2014).

1.4.3 Rehabilitační péče

Rehabilitace po operaci totální endoprotézy ramenního kloubu hraje velkou roli. Celkové zotavení pacienta po operaci trvá asi 1 až 2 roky a výsledek je hlavně závislý na stavu měkkých tkání. Aby rehabilitace byla vedená správně, musí mít logickou posloupnost, která umožňuje hojení měkkých tkání, zvyšování rozsahu pohybu v kloubu a nakonec posilování svalů. Narušení této posloupnosti může vést k poškození pacienta (Scholz, 2015). Pacient musí být aktivním článkem rehabilitace a musí být informován o průběhu rehabilitace. Vzhledem ke specifické problematice operace totální endoprotézy ramenního kloubu, by měl být ortoped, pacient i fyzioterapeut v neustálém kontaktu, aby mohli hodnotit výsledky rehabilitace. Rehabilitační pooperační program je vždy řízen lékařem – operatérem. Rehabilitace musí probíhat i přes mírnou bolest operovaného kloubu, aby kloub nezatuhnul. Cílený rehabilitační program by měl trvat po dobu 6 měsíců od operace. U totální endoprotézy ramenního kloubu z důvodu fraktury, je rehabilitace zpomalena vzhledem k poranění kosti. Pasivní rehabilitaci provádí fyzioterapeut 5. den až 3. týden od operace. Mezi pasivní rehabilitaci patří abdukce, což je upažení horní končetiny a zevní rotaci, což je vytočení horní končetiny ven do střední polohy. Postupně se zařazuje i aktivní rehabilitace, kterou pacient již může provádět sám. Aktivní rehabilitací se rozumí flexe, což znamená předpažení končetiny. V žádném případě nesmí pacient udělat sám pohyb do vnitřní rotace, což je vtočení horní končetiny dovnitř. Po třech týdnech od operace smí pacient dělat aktivní pohyby ve všech směrech kromě již zmíněné vnitřní rotace. Doporučuje se i cvičení v bazénu. Po šesti týdnech od implantace totální endoprotézy pacient smí plavat, protahovat končetinu do krajních poloh a posilovat s malou zátěží. Aktivity, které pacient může vykonávat jsou - řízení auta po 6 týdnech, plavání po 8 týdnech, golf po 3 měsících, zvedání lehkých předmětů po 6 týdnech, těžké předměty nesmí zvedat po dobu 6 měsíců. Vrátit do práce se smí až po kontrole a konzultaci s operatérem (Malia, 2010).

1.5 Kvalita života

Každá osoba žije svůj vlastní život tak, aby se v něm pokud možno cítil dobře. Tento stav je občas narušován pozitivními, ale i negativními zásahy, které ho více či méně ovlivňují. Výsledkem toho je fakt, že život není pouze neměnný stav, ale naopak velice dynamický proces. Měřením a hodnocením konkrétních aspektů života lze pak hovořit o tzv. kvalitě života. Tento pojem je prodiskutováván již delší dobu v rámci různých oborů, ale zatím nebyla vymyšlená uspokojivá a přesná definice, neboť jde o velmi složitou problematiku. Vzniklo již velké množství definic, které jsou často protichůdné a nedokonalé. I přesto je termín kvality života používaným a měřitelným faktorem. Pojem kvalitní život není univerzální stav, vnímat ho lze subjektivně i objektivně. Každý člověk má jinou představu o určité kvalitě života, který vychází z jeho subjektivního žebříčku hodnot. Při vzniku onemocnění tak může dojít ke zhoršení kvality života například z důvodu snížené sebeobsluhy, ale zároveň může pacient cítit subjektivně kvalitnější život vlivem zvýšené pozornosti či uvědomění si hodnoty vlastního zdraví. V medicíně je pojem kvalita života chápán taktéž jako konstrukt. K hodnocení kvality života se většinou využívá kvalita péče, která je poskytována ve zdravotnických zařízeních. Na kvalitu péče ve zdravotnictví je v dnešní době kladen stále větší a větší důraz. Za nejčastější věc, která se u kvality života hodnotí, je osobní život, protože obsahuje jevy a působení, které jsou charakteristické pro živý organismus. Dále je také možnost posuzovat kvalitu života určité skupiny nebo společnosti. Rozpoznávání kvality života pacienta ve spojení s jeho zdravím, poskytuje rozdílné údaje, které jsou velice důležité nejen pro lékaře, ale také pro pacienta samotného. Tyto způsoby dovolují sledovat kvalitu péče a dokáží i dokonce sdělit mnoho jiných informací, které nám dotazníky nejsou schopny poskytnout. Dotazníky, které se používají při hodnocení kvality života, se dělí na základní dva typy – obecné (generické) a specifické. Obecné (generické) dotazníky hodnotí celkovou kvalitu života zkoumaného jedince a také hodnotí kvalitu zdravotního stavu. Specifické dotazníky usilují o co nejpřesnější označení příznaků, které minimalizují kvalitu života pacientů (Gurková, 2011, Čepelová, 2019).

2 Praktická část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl č.1: Zjistit kvalitu života pacientů před totální endoprotézou ramenního kloubu v oblasti sebepéče.

Výzkumná otázka č.1: Jakým způsobem respondenti vykonávali hygienickou péči a oblékání před operací?

Výzkumná otázka č.2: Jak byli respondenti soběstační v oblasti vaření a nakupování před operací?

Cíl č.2: Zjistit kvalitu života pacientů po totální endoprotéze ramenního kloubu v oblasti sebepéče.

Výzkumná otázka č.3: V jaké oblasti sebepéče došlo ke zlepšení v porovnání se stavem před operací?

Výzkumná otázka č.4: Jak a kým byli respondenti informování o režimových opatřeních po operaci?

2.2 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl realizován pomocí rozhovorů s pacienty (dále označováni jako respondenti výzkumu) po TEP ramenního kloubu. Rozhovory vždy probíhaly anonymně a směřovaly na určité cíle.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného šetření

Rozhovory byly uskutečněny v ortopedické ambulanci v Oblastní nemocnici Kolín. Cílovou skupinu respondentů představovali pacienti, kteří podstoupili operaci TEP ramenního kloubu. Rozhovor byl provedený s 10 respondenty. Pro zařazení do studie nebyl rozhodující věk ani pohlaví pacientů.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno po schválení náměstkyně pro ošetřovatelskou péči (viz příloha 2) v ortopedické ambulanci Oblastní nemocnice Kolín. Rozhovory s respondenty byly provedeny v období duben – červenec 2021. Respondentům z řad pacientů bylo položeno celkem 21 otázek, které se dle svého zaměření týkaly stručné identifikace respondenta a jeho kvality života před zákrokem a kvality života, možných omezení, informovanosti a případného využití rehabilitační navazující péče po zákroku.

2.5 Zpracování získaných dat

Při zpracování byl použit program Microsoft Word 2010.

2.6 Výsledky výzkumu

Respondent 1

Respondentem je muž, kterému je 64 let a který pracoval jako řidič autobusu. Nyní je již v důchodu. Od operace uplynuly 4 roky, respondent tedy podstoupil operaci v 60 letech. Indikací k TEP ramenního kloubu byly dlouhodobé bolesti ramene po zlomenině pažní kosti způsobené pádem ze štaflí. Rozhovor s respondentem byl příjemný a byl veden s odstupem 1 rok po operaci TEP ramenního kloubu. Respondent trpěl před operací signifikantními bolestmi, které dle svých slov mírnil velkými dávkami běžně dostupných medikamentů (Ibalginem nebo Paralenem), avšak bez znatelného vlivu na zmírnění obtíží. Jako hlavní motivaci k zákroku tak uváděl touhu po lepší kvalitě života bez omezujících bolestí. Vnímal omezení hybnosti následkem zlomeniny, a ačkoli následně rameno dle svých slov „*celkem i rozhýbal, […] přišla opět bolest a omezení pohybu“*. Na základě doporučení lékaře, který konstatoval, že bez endoprotézy bude jeho fungování výrazně omezeno, respondent doporučený zákrok podstoupil. Důvodem byl mimo jiné diskomfort způsobený uvedeným zraněním i v dalších oblastech. Sníženou kvalitu života vnímal při běžných denních činnostech jako je hygiena, oblékání, nákupy nebo vaření, ale i řízení nebo oblíbená práce na zahrádce. Hygienu sice s obtížemi, ale zvládal. S oblékáním mu však musela nezřídka asistovat dcera, neboť bez pomoci byl tento proces dle jeho slov „*horor, rameno […] strašně bolelo*. Pomoc musel využívat také pro nakupování potravin a vaření. Všechna tato omezení měla vliv i na psychiku respondenta, neboť mu vadila nesoběstačnost a nutnost

oslovovat rodinu a blízké. Jelikož bydlí sám a oblékání pro něj bylo s bolestivým ramenem bez výše uvedené pomoci dcery dost obtížné, pociťuje respondent, co se sebepéče týká zlepšení zejména v této oblasti. Uvedl také, že před operací nemohl kvůli limitující bolesti téměř vůbec řídit automobil. Kvůli tomu musel taktéž využívat pomoci rodinných příslušníků, což bylo logisticky i časově náročnější. I zde vnímá po operaci pozitivní progresi, stejně jako v hygienické péči. Po zákroku se cítí soběstačný. Změnu zaznamenala i psychika respondenta. To dokazuje následující tvrzení: "*Teď dokážu udělat skoro vše sám a nemusím neustále obtěžovat dceru. Autem si zajedu, kam potřebuji, sám se obléknu, najím a vysprchuji. Jsem rád, že jsem na operaci šel.*". O dodržování režimových pooperačních opatření ho „*hned po operaci ústně informoval […] ošetřující lékař,*" který ho „*upozornil, že rehabilitace musí proběhnout i přes mírnou bolest operovaného kloubu […] a že rehabilitace bude zpomalená vzhledem k poranění kosti, které si způsobil po pádu*". Nezbytná fixace ramenního kloubu mu zezačátku byla při rekonvalescenci dokonce příjemná, neboť omezovala hybnost a tím pádem limitovala bolest plynoucí z pohybu končetiny. Později začal vnímat omezení spojená s hygienou při jejím nošení. Respondentovi byla doporučena lázeňská pooperační péče, kterou využil.

Respondent 2

Respondentem je 69letá žena, která pracovala jako dojička v živočišné výrobě. Nyní je v důchodu. Atmosféra během rozhovoru s respondentkou byla příjemná a rozhovor byl veden s odstupem 2 let po operaci TEP. Operaci podstoupila v 67 letech, tj. před dvěma lety. Důvodem byla deformující omartróza. Ta jí způsobovala bolesti, které se lékaři snažili eliminovat za pomoci obstřiků ramenního kloubu a rehabilitací. Ani jedna z metod však nebyla dlouhodobě účinná a operativní řešení tak bylo nevyhnutelné. Respondentka uvedla, že sníženou hybnost sice pociťovala, ale nijak ji výrazně neomezovala v běžných činnostech. Vzhledem k absenci rodiny či blízkých a imobility manžela byla žena při oblékání a zajišťování hygieny odkázána sama na sebe. Hlavní omezení však pociťovala v oblasti vaření. Využívala proto dovážených jídel z nabídky pečovatelské služby či restaurací. Tato varianta však představovala finanční zátěž. Nákupy pořizovala přes Internet s možností dovozu, malé nákupy o menší váze zajišťovala sama. Omezení v aktivitách nevnímala – jako hlavní aktivitu uvedla péči o manžela, která byla a je nezbytná bez ohledu na její limitaci. Občasnou výpomoc poskytovala již zmíněná pečovatelská služba. Po zákroku se respondentka dle vyjádření

cítila plně soběstačná: *„Už vše zvládám úplně sama. Oblékání, hygienu, prostě celkovou péči o mou osobu i o manžela. Jsem ráda, že tu pro něj můžu být zase v plné síle, a manžel je také rád, že už mě nevidí v bolestech.“* Co se nákupů a vaření týká, tj. oblastí, kde pociťovala největší vliv svého zdravotního omezení na svou a manželovu kvalitu života, využívá pro větší nákupy i nadále objednávání online, menší zajišťuje bez problémů sama. Vaření oproti předoperačnímu stavu zvládá zcela bez omezení. Respondentce fixace ramenního kloubu po operaci vadila z důvodu výrazného (i když dočasného) omezení hybnosti, což mělo dopad na fungování domácnosti. Informovanost o režimových opatřeních po operaci vnímala jako dostatečnou: „*Režimová opatření mi byla ústně vysvětlena fyzioterapeutkou hned po operaci, […] díky ní mám rameno znovu pohyblivé jako před tím. Kladla mi na srdce, že nesmím udělat pohyb do vnitřní rotace, na což jsem občas zapomněla, naštěstí se ale s endoprotézou nic nestalo a teď jsem ráda, že můžu dělat vše a nemusím myslet na to, jaký pohyb můžu a nemůžu udělat.*“ Respondentce byla po operaci doporučena lázeňská léčba, kterou ráda využila a vnímala její pozitivní vliv jak na svůj fyzický, tak psychický stav.

Respondent 3

Respondentem je 68letá žena, která pracovala jako operátor ve výrobě. Nyní je v důchodu. Operaci podstoupila před dvěma roky v 66 letech. Důvodem byla omartróza, která byla způsobena opakovanými luxacemi ramenního kloubu. Rozhovor s respondentkou byl milý, byl veden s odstupem 1 roku po operaci. Respondentka uvedla, že před zákrokem trpěla bolestmi, a proto musela podstoupit několik punkcí a obstřiků. Navzdory uvedenému však bolest intenzifikovala. Jak uvedla, bolesti měla výrazné, zátěžové, klidové a chvíli před operací i noční. Omezení hybnosti pociťovala zejména těsně před zákrokem velmi výrazně, což se spolu s bolestí značně projevovalo na kvalitě jejího života. Dle výpovědi „*s tou bolestí nemohla dělat skoro nic“,* což se projevilo na změnách nálad a psychické pohodě. Uvedla totiž, že kvůli bolesti „*neměla na nic náladu*“. Dopad těchto limitů vnímala i v oblasti sebepéče. Na otázku, jak vykonávala hygienu a zvládala oblékání před operací, odpověděla, že před operací si „*sama neoblékla ani bundu*“. Ztížené bylo také vykonávání hygieny, neboť vzhledem k omezení hybnosti a bolestem bylo problematické i pouhé použití sprchy. Nakupování potravin zajišťoval manžel, uvařit dokázala s dopomocí sama. Respondentka uvedla, že po operaci se kvalita jejího života ve zkoumaných oblastech

zlepšila. Zajistit hygienu i oblékání zvládá nyní bez limitace a bolestí zcela sama. Nákupy stále zajišťuje manžel, neboť při nošení těžších břemen stále vnímá omezení. Pozitivní dopad měl zákrok i na schopnost zajišťovat vaření, o které se sama stará již bez dopomoci. Respondentka uvedla, že jí fixace ramenního kloubu po operaci nezpůsobovala diskomfort, jelikož byla zvyklá po punkcích a obstřicích nosit šátkový závěs. Informovanost o režimových pooperačních opatřeních vnímala jako dostačující: „*Informoval mě jak můj ošetřující lékař, který mě informoval pouze ústně, tak i fyzioterapeut, který mi donesl papír, kde byly opatření vypsané*.“ Výhodu vnímala v tom, že na ni při jejich dodržování dohlížela dcera, také fyzioterapeutka. Respondentce byla doporučena lázeňská léčba, kterou využila. Celý zákrok a jeho dopady hodnotí kladně. Vnímá zlepšení kvality života a možnost návratu k oblíbeným činnostem, které před zákrokem nebyla schopna vykonávat.

Respondent 4

Respondentem je žena, 82 let, která před odchodem do důchodu pracovala jako úřednice v bance. Rozhovor s respondentkou byl příjemný, byl vedený s odstupem 1 roku po operaci TEP ramenního kloubu. Operaci TEP ramenního kloubu postoupila před dvěma lety. K operaci ji vedla výrazná omartróza, bolest a nemožnost zevních rotací v ramenním kloubu. Respondentka uvedla, že před operací sice trpěla bolestmi, jejich intenzitu však hodnotí jako snesitelnou, případně korigovatelnou běžně dostupnými medikamenty (Paralenem). Omezení právě v podobě bolesti či hybnosti kloubu pociťovala nejvíce při oblékání, při kterém se kvůli tomu neobešla bez pomoci. Té musela využívat i při vykonávání hygieny – bolest kloubu omezovala její schopnost dostat se do vany. Respondentka si plně uvědomovala negativní vliv svého tehdejšího zdravotního stavu na běžné fungování a soběstačnost: „*Kdybych neměla dceru a vnoučata, kteří bydlí ve stejném domě, tak bych to sama nezvládla.*“ Dcera s rodinou zajišťovala i nákup potravin a přípravu jídel. Respondentka po operaci vykonává hygienu výrazně lépe, a to i díky výměně vany za sprchový kout, který je lépe dostupný a oproti vaně snižuje potřebu opírání o kloub a jeho zvýšené zatěžování. Oblékání taktéž doznalo zlepšení, ačkoliv respondentka přiznává, že s ním má stále občas potíže a musí využít pomoci dcery. Dcera s rodinou také i nadále zajišťuje nákupy a přípravu jídel. Pooperační fixaci ramenního kloubu vnímala jako omezující v soběstačnosti. Informovanost o dodržování režimových opatření po operaci popisovala jako dostatečnou a přístup fyzioterapeutky jako trpělivý: „*Informovala mě ústně paní*

fyzioterapeutka, byla moc milá a měla se mnou strpení.“ Respondentce byla doporučena pooperační lázeňská léčba, kterou využila.

Respondent 5

Respondentem je 70letý muž, který pracoval jako automechanik. Nyní je již v důchodu. Operaci podstoupil před rokem, tedy v 69 letech. Indikací k operačnímu zákroku byla omartróza, která výrazně omezovala jeho hybnost. Respondent byl při rozhovoru velmi příjemný, atmosféra byla klidná a rozhovor byl veden 2 roky od operace. Respondent uvedl, že před operací pociťoval omezenou hybnost kloubu, nicméně netrpěl bolestmi. Zmíněné omezení hybnosti mělo vliv na kvalitu jeho života a běžné fungování v rámci činností, na které byl zvyklý (např. péče o domácí zvířata a vlastní malou farmu, procházky, jízda na kole, plavání apod.). Limity vnímal i při vykonávání hygieny či oblékání, při čemž se neobešel bez pomoci partnerky, případně syna. Pomoci uvedených musel využívat i k zajištění nákupů, vaření či logistice, neboť omezená hybnost negativně ovlivnila i respondentovu schopnost řídit automobil. Zhoršená schopnost soběstačnosti se projevovala také na psychice respondenta, kterého trápila nutnost pomoci, neboť dle svých slov primárně syna, který má náročnou práci, „*nechtěl moc zatěžovat*“. Respondent uvedl, že se po operaci cítí plně soběstačný ve všech činnostech. To se pozitivně projevilo i na jeho psychické pohodě: *„Jsem rád, že už se o mne nemusí nikdo starat a nejsem na nikom závislý.“* Nákupy je již do velké míry schopen zajistit individuálně, pomoc syna využívá pouze pro nošení těžkých břemen. Bez bolestí či snížené hybnosti může nyní vykonávat činnosti, které mu zdravotní indispozice kloubu před operací znemožňovala – plavat, řídit apod. Fixace ramenního kloubu respondentovi nevadila a výrazněji ho neomezovala. Informován o dodržování režimových opatření byl dostatečně svým ošetřujícím lékařem. Respondentovi byla doporučena lázeňská léčba. Tuto nabídku využil.

Respondent 6

Respondentem je muž, kterému je 68 let a který pracoval jako elektrikář. Nyní je již v důchodu. Respondent operaci podstoupil v 66 letech, od zákroku tedy uplynuly dva roky. Rozhovor s respondentem byl příjemný, byl proveden s odstupem 2 let po operaci TEP. K podstoupení zákroku ho vedly bolesti ramene a omezení soběstačnosti z důvodu omartrózy. Před operací trpěl bolestmi, které tlumil silnými analgetiky. Tyto bolesti spolu s omezením hybnosti kloubu respondenta významně omezovaly v běžném

fungování. Na otázku, v jakých konkrétních činnostech ho bolest či omezení hybnosti limitovaly, odpověděl: „S*koro ve všem, já opravdu nebyl schopný vůbec ničeho.“* Oblékání před operací popisoval jako „trest“. Bolest ramene byla limitující v takovém rozsahu, že se respondent nedokázal sám obléci. „*Nebýt mé milované manželky, tak se nedokážu sám ani obléknout.*“ Hygienu zvládal navzdory bolesti a omezení hybnosti sám, pouze s malou dopomocí. Negativní vliv na fungování a kvalitu života měla zdravotní indispozice respondenta také v oblasti zajišťování nákupů a nošení těžkých břemen, přípravy jídel či řízení vozidel. Veškeré tyto aktivity zajišťovala rodina respondenta. Ten také uvedl, že omezená pohyblivost ramenního kloubu mu bránila nejen v běžné denní operativě, ale taktéž při vykonávání koníčků (golf). Nyní, dva roky po operaci, se respondent cítí plně soběstačný a schopný vykonávat všechny úkony běžného fungování, na které byl před zdravotní indispozicí ramenního kloubu zvyklý. Vnímá zlepšení kvality svého života, která byla bolestmi značně ovlivněna. Obezřetný byl v prvních měsících po operaci hlavně při nošení těžkých břemen. Fixaci ramenního kloubu nepovažoval za omezující. Naopak vnímal zafixování operovaného místa a z toho plynoucí eliminaci pooperačních bolestí jako výhodu. Informovanost o dodržování režimových opatření považoval za vynikající: „*O zásadách po operaci mě informoval ústně můj skvělý ortoped, kterému jsem vděčný za to, že mi dal rameno do pořádku.*“ Respondentovi byla po operaci nabídnuta lázeňská péče, kterou rád využil.

Respondent 7

Respondentem je muž, kterému je 67 let a pracuje jako zámečník. Operaci podstoupil v 66 letech, uplynul od ní tedy necelý jeden rok. Atmosféra byla během rozhovoru uvolněná, rozhovor byl veden s odstupem 1 roku od operace TEP ramenního kloubu. Před deseti lety podstoupil TEP i druhého ramenního kloubu. Uvedl, že jedním z důvodů k podstoupení operace byly obrovské bolesti, které ho významně omezovaly v každodenním fungování, a v posledním roce před výkonem také postupné omezení pohybu v rameni v důsledku omartrózy. Bolesti se snažil řešit několika způsoby. Nejprve podstoupil obstřiky, následně i operační zákrok (atroskopii) ramene, ale ani jedna metoda od nich neulevila. Bolesti a limitace hybnosti kloubu byly omezujícím faktorem v mnoha oblastech, primárně ve výkonu práce, ale i při volnočasových aktivitách (práce na zahradě, plavání). Schopnost zajistit svou hygienu před operací popisoval respondent jako dostatečnou, byl soběstačný. Oblékání zvládal s dopomocí. Hlavní limitaci představovalo omezení rozsahu pohybu postiženého kloubu. Limity

vnímal i při zajišťování nákupu potravin a vaření, stejně jako při výkonu oblíbených aktivit. Respondent, který byl před uvedenými problémy aktivní sportovec, také uvedl: *„Nemohl jsem hrát svůj milovaný golf, vlastně celkově jsem nemohl nic moc dělat z mých oblíbených koníčků. Rád jsem chodil běhat, plavat, lyžovat.“* Nyní, téměř rok po druhé operaci, respondent pociťuje bolest jen při změnách počasí a uvádí plnou soběstačnost v oblasti zajištění osobní hygieny. Naopak při oblékání se soběstačný zatím necítí, ačkoli uznává, že i „*s oblékáním je to o něco málo lepší než před operací*“. I zde je tedy znatelná pozitivní progrese. Zajišťování nákupu potravin a vaření zůstalo prakticky beze změn, nicméně také zde už dokáže respondent oproti dřívějšku v případě potřeby fungovat. Zároveň si plně uvědomuje, že od operace uběhla krátká doba, a věří v další postupné zlepšení, které mu umožní co nejkvalitnější návrat ke koníčkům a oblíbeným aktivitám. Pooperační fixace ramenního kloubu ho nijak neomezovala. Informovanost o dodržování režimových opatření po operaci hodnotí neutrálně: *„Myslím, že mě informoval ošetřující lékař, moc si to nepamatuji.“* Ocenil však, že pokyny obdržel také v písemné podobě a měl je tak kdykoli k dispozici. Respondentovi byla po operaci doporučena lázeňská léčba. Tu využil, nicméně výsledné zlepšení nebylo ideální. Čeká ho proto opakování lázeňské léčby.

Respondent 8

Respondentem je žena, které je 52 let a která pracovala jako učitelka. Nyní je v invalidním důchodu, během něhož občas vypomáhá v chráněné dílně. Operaci TEP ramenního kloubu podstoupila před rokem a půl v 51 letech. Indikací k operačnímu zákroku byla bolest způsobená omartrózou a destrukce hlavice pažní kosti (humeru). Respondentka byla během rozhovoru příjemná, rozhovor byl veden s odstupem 2 let od operace. Respondentka uvedla, že před operací trpěla bolestmi, které byly zpočátku občasné a snesitelné, avšak s postupnou intenzifikující tendencí. V případě potřeby tyto bolesti tlumila volně dostupnými medikamenty (Paralenem). Pociťovala také omezenou hybnost kloubu, a to hlavně při oblékání. S tím, na rozdíl od zajišťování osobní hygieny, kdy potřebovala pomoc jen občas, potřebovala asistenci manžela prakticky vždy. Nákupy a vaření zvládala. Jediné větší omezení představovalo sundávání potřebného nádobí z vyšších polic, což kvůli omezené hybnosti kloubu sama nezvládala. Bolesti a omezená hybnost negativně ovlivňovaly schopnost respondentky vykonávat i některé další běžné aktivity a činnosti. Na otázku, jaké aktivity respondentka nemohla před

operací vykonávat, odpověděla: „*Nejvíce mě mrzela jóga, na kterou jsem vždycky chodila ráda, ale bohužel pro bolesti jsem na ni nemohla docházet.“* Některé z aktivit však mohla vykonávat i se zdravotní indispozicí, a to v plném rozsahu či jen s menším omezením: „*Ráda jsem chodila na nákupy se svojí dcerou a aspoň ty jsem mohla dělat. Vždycky, když jsem si zkoušela nový svršek, tak mi ale dcera musela pomoci, jinak bych to nezvládla. S manželem máme společný koníček, a to je sbírání hub, a na ty jsem zvládla chodit bez problémů.*“ Hygienickou péči po operaci zvládá respondentka dle svých slov „*bez dopomoci a obtíží*“ a oblékání již jen s minimálními limitacemi, např. při oblékání bundy. Ve schopnosti zajišťování nákupu potravin není zatím soběstačná. Uvedla: „*Nakupování, to je jediné, co po operaci zatím nezvládám sama. Musí se mnou chodit manžel, protože nic těžšího neunesu*.“ Co se vaření týká, díky zlepšené pooperační hybnosti již nepotřebuje asistenci s podáváním nádobí. Nyní tedy vykonává téměř veškeré běžné denní činnosti bez pomoci druhých. Fixace ramenního kloubu respondentce po operaci vadila, nemohla si na ni zvyknout. O dodržování režimových opatření po operaci se cítila dostatečně informována, a to jak ze strany fyzioterapeutky, tak ošetřujícího lékaře. Oceňovala trpělivý přístup obou zmíněných a možnost využívat jako rehabilitační aktivitu plavání. Respondentce byla doporučena lázeňská léčba, kterou využila.

Respondent 9

Respondentem je 76letá žena, původní profesí prodavačka. Nyní je již v důchodu. První operaci podstoupila v 70 letech. Respondentka byla velice příjemná, rozhovor byl veden s odstupem dvou let od operace. Vedla ji k ní nekróza hlavice humeru a bolestivost. Po roce však musela podstoupit replantaci TEP ramenního kloubu. Indikací k druhému zákroku byla diagnostikovaná luxace TEP ramenního kloubu. Od druhé operace uplynulo 5 let. Respondentka trpěla před zákroky velkými bolestmi, které tlumila silnými perorálními opiáty. Pociťovala také omezenou hybnost kloubu. Ta představovala limitaci v celkové sebepéči a vykonávání domácích prací. Významný negativní dopad měla zdravotní indispozice na zajištění osobní hygieny respondentky, která uvedla, že prakticky „*nedokázala sama udělat vůbec nic“* a musela využívat pomoci dcery, která se k ní nastěhovala. Koupání zvládala s drobnou asistencí, ale v oblékání potřebovala velkou pomoc. Dcera zajišťovala také nákupy potravin a přípravu jídel. Omezení plynoucí z bolesti a limitované hybnosti kloubu vnímala respondentka každodenně a ve všech aktivitách. Po operaci vnímá zřetelné zlepšení

kvality svého života. Uvedla, že provést základní hygienu dokáže již prakticky sama, asistenci potřebuje pouze s mytím vlasů. Oblékání nyní nepředstavuje problém. Soběstačná je již i v oblasti pořizování menších nákupů a vaření. Větší nákupy zajišťuje vzhledem k těžší váze stále dcera. Zlepšení fyzického stavu a z toho plynoucího nárůstu kvality života a soběstačnosti se projevilo i ve zlepšení stavu psychického. Respondentka vnímala pozitiva zákroku již po 3 týdnech, kdy byla schopna zvednout ruku nahoru s výrazně menší bolestivostí než před zákrokem. Zároveň oceňuje, že dokáže „*již skoro vše udělat sama*“ a nebýt tak závislá na pomoci své dcery. Respondentka uvedla, že fixace ramenního kloubu pro ni nepředstavovala žádný diskomfort. Na otázku, jak a kým byla informována o dodržování režimových opatření po operaci, odpověděla: „*O režimu mě informoval fyzioterapeut, donesl mi vypsaný papír s pokyny, byl milý a vše mi dopodrobna vysvětlil*.“ Respondentce byla doporučena lázeňská péče, kterou ráda využila.

Respondent 10

Respondentem je žena, nyní již důchodkyně, které je 76 let, před důchodem pracovala jako skladnice. Operaci podstoupila v 72 letech a uplynuly od ní již 4 roky. Respondentka byla během rozhovoru milá, ten proběhl s odstupem jednoho roku od operace TEP ramenního kloubu. K podstoupení zákroku ji vedly bolesti a omezení hybnosti ramene. Tyto potíže byly způsobeny omartrózou a degenerativními změnami rotátorové manžety. Jak bylo uvedeno, respondentka před operací trpěla bolestmi a pociťovala omezenou hybnost kloubu. Bolesti tlumila volně dostupnými medikamenty, např. Ibalginem, a to i dvakrát denně. Zároveň podstoupila ambulantní terapii, obstřiky a rehabilitace. Navzdory uvedeným metodám následovalo spíše zhoršení potíží. Ty měly negativní dopad na kvalitu jejího života a soběstačnost v oblastech hygieny, oblékání, zajišťování nákupů i vaření. S hygienou musel respondentce pomáhat manžel. Obtížné pro ni bylo využívat vanu, do které by se bez pomoci manžela, který ji musel přidržovat, nedostala. Oblékání zvládala sama, ačkoli s bolestí. Nákup potravin zajišťoval syn respondentky, vaření občas zvládla sama, nicméně při obtížích či bolestech využívala pomoc snachy. Limitujícím bylo postižené místo, jeho omezená hybnost a bolesti i při vykonávání běžných aktivit a koníčků, což se projevilo i na psychické pohodě respondentky. Uvedla, že nejvíce postrádala možnost pracovat na své zahrádce, plavání a péči o vnoučata. Respondentka vnímá po operačním zákroku výrazně vyšší kvalitu života a plnou míru soběstačnosti v oblasti sebepéče. Uvedla, že

nyní vykonává hygienu sama, sama se dokáže i obléknout. Zvládá také lehčí a menší nákupy. Ve snaze nepodcenit rekonvalescenci a předejít tak riziku případné nutnosti opakování zákroku zatím s těžšími břemeny stále pomáhá manžel nebo syn. Vaření zvládá již v plném rozsahu, bez pomoci a asistence. Výše uvedené pooperační změny fyzického zdravotního stavu se pozitivně projevily i v náladě dotazované: „*Jsem ráda, že už nemusím nikoho žádat o pomoc.*“ Respondentka uvedla, že jí pooperační fixace ramenního kloubu způsobovala diskomfort: *„Fixace mi byla dost nepříjemná, nemohla jsem si s jednou rukou sama ani namazat snídani, hygiena v tom taky moc nešla provádět.“* Co se týká informovanosti o režimových opatřeních po operaci, cítila se informována dostatečně: „*Informovala mě ústně má skvělá fyzioterapeutka, ke které jsem chodila na rehabilitace i před operací*.“ Ocenila zároveň psychickou podporu, kterou jí fyzioterapeutka poskytovala. I této respondentce byla po operaci doporučena lázeňská péče. Nabídku využila.

2.7 Názorná analýza výsledků

Přehled výsledků rozčleněných do tabulek dle odpovědí respondentů na jednotlivé výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem respondenti vykonávali hygienickou péči a oblékání před operací?

Tabulka č. 1 Soběstačnost respondentů při vykonávání hygienické péče před operací

	Bez dopomoci	S dopomocí
R1	**X**	
R2	**X**	
R3		**X**

R4		**X**
R5		**X**
R6		**X**
R7	**X**	
R8	**X**	
R9		**X**
R10		**X**

Zdroj-autorka

Tabulka č.2 Soběstačnost respondentů při zvládání oblékání před operací

	Bez dopomoci	**S dopomocí**
R1		**X**
R2	**X**	
R3		**X**
R4		**X**
R5		**X**
R6		**X**

R7		**X**
R8		**X**
R9		**X**
R10	**X**	

Zdroj-autorka

Výzkumná otázka č.2

Jak byli respondenti soběstační v oblasti vaření a nakupování před operací?

Tabulka č. 3 Soběstačnost respondentů ve vykonávání vaření před operací

	Bez dopomoci	**S dopomocí**
R1		**X**
R2		**X**
R3	**X**	
R4		**X**
R5		**X**
R6		**X**
R7		**X**
R8	**X**	

R9		**X**
R10		**X**

Zdroj-autorka

Tabulka č. 4 Soběstačnost respondentů v nakupování potravin před operací

	Bez dopomoci	**S dopomocí**
R1		**X**
R2		**X**
R3		**X**
R4		**X**
R5		**X**
R6		**X**
R7		**X**
R8	**X**	
R9		**X**

R10	**X**	

Zdroj- autorka

Výzkumná otázka č.3

V jaké oblasti sebepéče došlo ke zlepšení v porovnání se stavem před operací?

Tabulka č. 5 Oblast sebepéče, ve které došlo ke zlepšení stavu pacientů po operaci

	Hygiena	**Oblékání**	**Vaření**	**Nakupování**
R1	**X**	**X**		
R2	**X**	**X**	**X**	**X**
R3	**X**	**X**	**X**	
R4				
R5	**X**	**X**		**X**
R6	**X**	**X**		**X**
R7		**X**		
R8	**X**			
R9	**X**	**X**	**X**	**X**
R10	**X**	**X**	**X**	

Zdroj- autorka

Výzkumná otázka č.4

Jak a kým byli respondenti informováni o režimových opatřeních po operaci?

Tabulka č.6 Informovanost respondentů o režimových opatřeních

	Rozhovor	Edukační lis	Lékař	Fyzioterapeut
R1	X		X	
R2	X			X
R3		X	X	X
R4	X			X
R5	X		X	
R6	X		X	
R7		X	X	
R8	X			X
R9		X	X	X
R10	X		X	X

Zdroj-autorka

2.8 Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na téma Kvalita života pacientů po TEP ramenního kloubu. Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit sebepéči a soběstačnost pacientů, kteří podstoupili operaci TEP ramenního kloubu pomocí následujících výzkumných otázek. Jakým způsobem respondenti vykonávali hygienickou péči a oblékání před operací? Jak byli respondenti soběstační v oblasti vaření a nakupování před operací? V jaké oblasti sebepéče došlo ke zlepšení v porovnání se stavem před operací? Jak a kým byli respondenti informováni o režimových opatřeních po operaci?

První výzkumná otázka zní: **Jakým způsobem respondenti vykonávali hygienickou péči a oblékání před operací?**

Na otázky odpovídalo 10 respondentů po operaci TEP ramenního kloubu. 4 respondenti odpověděli, že pomoc při hygienické péči nepotřebovali a co se týče hygieny, vše zvládali sami. Částečnou pomoc při vykonávání hygienické péče potřebovalo 6 respondentů. Nejčastěji respondenti uváděli, že mají doma vanu, nemohou se opřít o ruku a tak nemohou do vany vlézt bez pomoci druhých. Dále měli respondenti problém s umístěním sprchy, která byla moc vysoko a tak si pro ni nemohli sáhnout. Na otázku, jakým způsobem respondenti zvládali oblékání před operací TEP ramenního kloubu a zda potřebovali nebo nepotřebovali pomoc, 2 respondenti odpověděli, že pomoc při oblékání před operací nepotřebovali. Částečnou dopomoc potřebovalo 8 respondentů. Nejčastěji respondenti uváděli, že jim dělalo problém obléknout si bundu, také měli problém s navlékáním ponožek z důvodu bolestí ramene nebo při omezeném pohybu. Z této výzkumné otázky tedy vyplývá, že 4 respondenti nepotřebovali pomoc při vykonávání hygieny či oblékání před operací, 6 respondentů potřebovala pomoc částečnou nebo úplnou.

Pelcová (2015), která napsala svou bakalářskou práci na téma „Hodnocení výsledků ortopedických operací z hlediska soběstačnosti pacientů“, uvedla jako nejčastější ošetřovatelské diagnózy podle NANDA domén po ortopedických operacích „ Deficit sebepéče při koupání a hygieně“ a „Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku“.

Trachtová (2018), která se zabývala soběstačností a sebepéčí pacientů ve své publikaci „Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu“ uvedla, že schopnost člověka pohybovat se a být aktivní je základním kritériem pro posuzování a hodnocení úrovně soběstačnosti a sebepéče. Z toho vyplývá, že soběstačnost v těchto oblastech je považována za jednu z nejzákladnějších potřeb u pacientů.

Druhá výzkumná otázka zní: **Jak byli respondenti soběstační v oblasti vaření a nakupování před operací?**

Na otázku odpovídalo 10 respondentů, kteří jsou po operaci TEP ramenního kloubu. V oblasti vaření před operací byli soběstační pouze 2 respondenti. 8 respondentů zvládalo vaření před operací pouze s dopomocí. S vařením respondentům pomáhala většinou rodina. Nejčastěji uváděli, že zvládali uvařit něco jednoduchého, musel jim rodinný příslušník pomoc něco nakrájet nebo podat nádobí z linky, která byla umístěna moc vysoko. Někteří respondenti využívali rozvoz obědů, některým zase uvařila rodina a poté jim jídlo dodala. Na otázku, jakým způsobem byli pacienti soběstační v oblasti nakupování před operací odpovídalo také 10 respondentů. 2 respondenti byli před operací schopní si zajistit nákup sami. 8 respondentů potřebovalo při nákupu potravin částečnou nebo úplnou pomoc. Nejčastěji respondenti uváděli, že nemohli nosit těžké věci. Někteří respondenti uvedli, že na nákup dojeli, ale těžké tašky jim musel někdo pomoct odnést. Z této výzkumné otázky tedy vyplývá, že 2 respondenti nepotřebovali žádnou pomoct v oblasti vaření či nakupování před operací, 8 respondentů potřebovalo částečnou nebo úplnou pomoc.

Roubalová (2014), která prováděla výzkumné šetření na téma „Zlepšení kvality života u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu“, provedla s 30 respondenty výzkumné šetření, které se týkalo soběstačnosti respondentů při vykonávání běžných denních činností. Zjistila, že 13 respondentů ze 30 mělo problém si zajistit nákup potravin bez pomoci druhých. 15 respondentů z 30 dle Roubalové mělo problém s vařením. Mé výzkumné šetření se s výzkumným šetřením Roubalové tedy shoduje, protože pouze 2 respondenti byli před operací zcela soběstační.

Třetí otázka zní: **V jaké oblasti sebepéče došlo ke zlepšení v porovnání se stavem před operací?**

Na otázku odpovídalo celkem 10 respondentů, kteří podstoupili operaci totální endoprotézy ramenního kloubu. U 8 respondentů došlo po operaci ke zlepšení v oblasti hygieny, kdy někteří respondenti měli před operací problémy s výškou umístěné sprchy a nemohli se pro ni natáhnout. Někteří respondenti se nemohli pro bolest opřít o kraj vany, aby se do ní mohli dostat. 1 respondentka si pořídila sprchový kout, do kterého se lépe dostává. Mezi další oblast sebepéče, ve které došlo ke zlepšení v porovnání se stavem před operací, uvedlo 8 respondentů oblast oblékání. Nyní zvládají oblékání bez obtíží. 4 respondenti uvedli zlepšení v oblasti vaření. 4 respondenti uvedli zlepšení v oblasti nakupování. 1 respondent uvedl, že na nákup autem zajede, ale těžké věci mu

vždy pomůže z auta odnést syn. 1 respondentka uvedla, že u ní nedošlo v porovnání se stavem před operací k žádnému zlepšení. Z této výzkumné otázky vyplývá, že po operačním zákroku došlo u 8 respondentů ke zlepšení sebepéče v porovnání se stavem před operací. Nejvíce v oblasti hygieny a oblékání.

Boušková (2013), která prováděla výzkumné šetření na téma „Hodnocení soběstačnosti u pacientů po totálních endoprotézách“ se zaměřila na otázky v oblasti hygieny a oblékání. Odpovědi získala od 80 respondentů. 30 respondentů odpovědělo, že vnímá zlepšení hlavně v oblasti oblékání. 50 respondentů dle Bouškové vnímá zlepšení i v oblékání a i ve vykonávání hygieny. Zjistila tedy, že u respondentů po totální endoprotéze došlo z hlediska sebepéče ke zlepšení nejen v oblasti hygieny, ale i v oblasti oblékání. Výzkumné šetření Bouškové (2013) se v těchto otázkách shoduje s mým výzkumným šetřením.

Čtvrtá otázka zní: **Jak a kým byli respondenti informováni o režimových opatřeních po operaci?**

Všech 10 respondentů uvedlo, že byli informováni o režimových opatřeních, která budou muset po operačním zákroku dodržovat. Všichni respondenti uvedli, že byli informováni o režimových opatřeních formou rozhovoru nebo edukačním listem. 7 respondentů odpovědělo, že bylo seznámeno s těmito opatřeními formou rozhovoru a 3 respondenti byli informováni pomocí edukačního listu. O režimových opatřeních bylo 5 respondentů informováno lékařem. 5 respondentů bylo informováno o dodržování režimových opatřeních po operaci fyzioterapeutem. 1 respondent byl informován o těchto opatřeních lékařem společně s fyzioterapeutem. Edukace probíhala nejvíce na ortopedickém oddělení.

Dle Juřeníkové (2010), která ve své knize Zásady edukace v ošetřovatelské praxi uvádí, že se edukačního procesu účastní jako edukátor nutriční terapeut, všeobecná sestra, porodní asistentka, lékař a fyzioterapeut, kteří pacienty edukují pomocí edukačních konstruktů, což jsou edukační standardy, edukační materiály a plány, díky kterým je zlepšena kvalita celého edukačního procesu. V mém výzkumném šetření byli respondenti edukováni fyzioterapeutem a lékařem nejčastěji formou rozhovoru a edukačního listu. Tyto odpovědi se tedy se stanoviskem Juřeníkové (2010) shodují.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že podstoupení operace TEP ramenního kloubu směřuje ke zlepšení kvality života jak v oblasti sebepéče, tak i v oblasti soběstačnosti. Velký důraz je nutné klást na dodržování režimových opatřeních po operaci a také na

správnou rehabilitaci. Díky režimovým opatřením a rehabilitaci je návrat pacientů po totální endoprotéze ramenního kloubu do běžného života rychlejší a snazší.

2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Ročně přibývá víc a víc pacientů, kteří podstoupí totální endoprotézu ramenního kloubu. Ať už z důvodu onemocnění pohybového aparátu nebo následkem úrazu. U některých pacientů bývá po vyčerpání konzervativní terapie, jako je např. analgetická nebo rehabilitační léčba, totální endoprotéza posledním řešením ke zlepšení kvality života a i k návratu k běžným každodenním činnostem. Kvalitu života je po operaci TEP ramenního kloubu důležité zlepšit zejména v oblastech soběstačnosti a sebepéče. Z hlediska zlepšení kvality života u pacientů po operaci TEP ramenního kloubu je důležitá zejména rehabilitace po operaci. Myslím si, že je důležité, aby sestra a fyzioterapeut neustále pacientům opakoval správnost a důležitost rehabilitace. Občas se může stát, že si někteří pacienti nezafixují pohybové stereotypy nebo cviky a proto si myslím, že by bylo vhodné, aby pacienti po odchodu z nemocnice nebo z rehabilitačního zařízení obdrželi edukační materiál, kde by měli vypsány správné pohyby a cviky, které můžou provádět. Myslím si, že díky tomuto edukačnímu materiálu by pacienti dodržovali správnost pohybových stereotypů i v domácím prostředí.

Závěr

Problematika nemocí, které jsou spojené s pohybovým aparátem, stále přibývá. Mezi nejčastější onemocnění, kvůli kterému pacienti podstupují operaci TEP ramenního kloubu je omartróza. Omartróza je artrotické postižení ramenního kloubu, přesněji glenohumerálního kloubu. U většiny pacientů, kdy se vyčerpají všechny léčebné metody jako např. analgetická léčba nebo rehabilitace, přijde na řadu totální náhrada postiženého ramenního kloubu, která je tématem mé bakalářské práce.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na kvalitu života pacientů po totální endoprotéze ramenního kloubu. Implantace kloubní náhrady by měla ulevit pacientovi od bolesti a zlepšit funkci ramenního kloubu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji anatomii ramenního kloubu, obecným poznatkům o totální endoprotéze ramenního kloubu, ošetřovatelské a rehabilitační péči. V závěru teoretické části představuji pojem kvalita života.

Praktická část je zaměřena na zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumného šetření. Popisuje metodiku výzkumu, výzkumné prostředí, vzorek respondentů a průběh výzkumného šetření. Výsledky výzkumného šetření jsou pro lepší přehlednost vyhodnoceny v jednotlivých tabulkách. V diskuzi jsou zodpovězeny čtyři výzkumné otázky, který vycházejí ze stanovených cílů práce. Následně bylo zpracováno doporučení pro praxi a návrh na řešení problematiky. Prvním cílem bylo zjistit kvalitu kvalitu života pacientů před totální endoprotézou ramenního kloubu v oblasti sebepéče. Respondenti byli dotazováni, jakým způsobem vykonávali hygienickou péči a oblékání před operací a jak byli soběstační v oblasti nakupování a vaření před operací. Bylo zjištěno, že značná část respondentů potřebovalo před operací s hygienickou péči dopomoct. Ještě větší část respondentů potřebovala před operací dopomoct s oblékáním. V oblasti nakupování a potravin také převládala většina respondentů, kteří tyto činnosti zvládali pouze s dopomocí. První cíl byl tedy splněn. Druhým cílem bylo zjistit kvalitu života pacientů po totální endoprotéze ramenního kloubu v oblasti sebepéče. Respondenti byli dotazováni, v jaké oblasti sebepéče došlo ke zlepšení v porovnání se stavem před operací a jak a kým byli respondenti informováni o dodržování režimových opatřeních po operaci. Z hlediska sebepéče respondenti pociťují zlepšení v porovnání se stavem, který byl před operací zejména v oblasti hygieny a oblékání po operaci. U některých respondentů došlo po operaci ke zlepšení i v oblasti vaření a nakupování potravin. Na druhou otázku více respondentů odpovědělo, že byli edukováni o dodržování režimových opatřeních spíše ústně a informoval je lékař společně s fyzioterapeutem.

Závěrem této bakalářské práce mohu konstatovat , že všechny cíle bakalářské práce byly splněny.

Seznam použité literatury

BOUŠKOVÁ, Jana, 2013. Hodnocení soběstačnosti u pacientů po TEP kolene a kyčle [online]. Pardubice, [cit. 2018-03-14]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/53583/BouskovaJ_HodnoceniSobestacnosti_MH_

CLASSEN, Meinhard. *Diferenciální diagnóza ve schématech*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3596-2.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3817-8.

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Dětský pohybový systém*. Olomouc: Poznání, 2012. ISBN 978-80-87419-18-2.

Frič, V., T. LENA a L. LUŇÁČEK, 2015. Komplikace endoprotéz ramenního kloubu. Ortopedie 9(2). ISSN 1802-1727.

GRIM, Miloš a Ondřej NAŇKA. *Atlas anatomie člověka*. Ilustroval Ivan HELEKAL. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4012-6.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9

HERLE, Petr, ed. *Diferenciální diagnostika v chirurgii*. Praha: Raabe, [2016]. Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-7496-208-0.

HONOVÁ, Kateřina. *Po operaci kolena: domácí cvičení a rehabilitace*. Brno: CPress, 2018. ISBN 978-80-264-2211-2.

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

JAVŮRKOVÁ, M., 2010. *Náhrady ramenních kloubů u revmatických pacientů v rehabilitační praxi.* Sestra 20. ISSN 1210-0404.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

MALIA, Kit. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí – praktická příručka pro každého.* Přeložil Klára ČÍŽKOVÁ. Praha: Cerebrum, 2010. ISBN 978-80-904357-3-5

OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-247-6.

Pelcová, Alena. *Hodnocení výsledků ortopedických operací z hlediska soběstačnosti pacienta*. Liberec, 2010. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií.

PILNÝ, Jaroslav a Roman SLODIČKA. *Chirurgie ruky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3295-4.

POKORNÝ D., A. SOSNA a P. FULÍN et al., 2015 a. *Současné indikační schéma aloplastiky ramene*. Ortopedie 9. ISSN 1802-1727.

ROUBALOVÁ, L. *Zlepšení kvality života u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu „Zpět do života“.* Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

SKÁLA, Bohumil, Petr HERLE a Heřman MANN. *Bolesti pohybového aparátu - mimokloubní revmatismy: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2010. ISBN 978-80-86998-40-4.

SCHOLZ, Gerhard. *Jak překonávat meze po endoprotéze: ... jde to hladce! : život s novým kloubem*. Přeložil Stanislav HUDSKÝ. Praha: Beletris, 2015. ISBN 978-80-7520-019-8.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.

TĚŠINOVÁ, Jolana, Roman ŽĎÁREK a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. V Praze: C.H. Beck, 2011. Beckovy mezioborové učebnice. ISBN 978-80-7400-050-8.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN isbn978-807-0135-907.

ZÜGNER, Roland. *Gait and motion analysis of hip arthroplasty: validity, rehability and longterm results*. Gothernburg, 2017. ISBN 978-91-629-0278-0

ZŮNA, Pavel. *Operační koncepce: přístupy a postupy*. Praha: Powerprint, 2012. ISBN 978-80-87415-68-9.

Seznam použitých zkratek

APTT – Aktivovaný částečný tromboplastinový čas

CM - centimetr

EKG – elektrokardiograf

TEP – totální endoprotéza

Tzv. – takzvaný

RTG – rentgen

Seznam tabulek

Tabulka 1 Soběstačnost respondentů při vykonávání hygienické péče před operací

Tabulka 2 Soběstačnost respondentů při zvládání nakupování před operací

Tabulka 3 Soběstačnost respondentů ve vykonávání vaření před operací

Tabulka 4 Soběstačnost respondentů v nakupování potravin před operací

Tabulka 5 Oblast sebepéče, ve které došlo ke zlepšení stavu pacientů po operaci

Tabulka 6 Jakým způsobem byli respondenti informováni

Tabulka 7 Kdo respondenty informoval

Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k rozhovoru s respondenty

Příloha 2 Schválená žádost o potvrzení výzkumu v Oblastní nemocnici Kolín

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru s respondenty

1. Kolik je Vám let?
2. Jakou práci vykonáváte, nebo jste vykonávala?
3. Co Vás vedlo k podstoupení operace?
4. Trpěl/a jste před operací bolestmi? Pokud ano, jak jste je zmírnil/a?
5. Pociťoval/a jste omezenou hybnost kloubu?
6. V jakých činnostech Vás bolestivost či omezení hybnosti kloubu omezovalo?
7. Jak jste vykonával/a hygienickou péči před operací?
8. Jak jste zvládal/a oblékání před operací?
9. Jak jste zvládal/a nakupování před operací?
10. Jak jste zvládal/a vaření před operací?
11. Jaké aktivity jste nemohl/a vykonávat před operací?
12. Bránila Vám před operací omezená pohyblivost ramenního kloubu při vykonávání koníčků, zájmů?
13. Jak vykonáváte hygienickou péči po operaci?
14. Jak vykonáváte oblékání po operaci?
15. Jak vykonáváte nakupování po operaci?
16. Jak vykonáváte vaření po operaci?
17. Omezovala Vás nějakým způsobem fixace ramenního kloubu po operaci?
18. Kdo Vás informoval o dodržování režimových opatřeních po operaci?
19. Jakým způsobem jste byl/a informován/a o režimových opatřeních?
20. Byla Vám doporučena lázeňská péče?
21. Využil/a jste lázeňskou péči?

Příloha 2 – Schválená žádost o výzkum v Oblastní nemocnici Kolín

Oblastní nemocnice Kolín a.s
Hlavní sestra
Irena Šandová
Žižkova 146
280 02

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření – rozhovor

Vážená paní hlavní sestro,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace průzkumného šetření ve Vašem zařízení.

Jmenuji se Lucie Voňavková a jsem studentkou 3. ročníku na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě, obor Všeobecná sestra. Průzkumné šetření potřebuji ke své bakalářské práci na téma:„Kvalita života pacientů po totální endoprotéze ramenního kloubu“.

Získaná data budou využita pouze pro studijní účely a v případě zájmu poskytnuta Vaší organizaci.

Předem děkuji za ochotu.

Lucie Voňavková

Vyjádření vedení zařízení

☒ Žádost povolena ☐ Žádost zamítnuta

Datum: 14.4.2021

Razítko zařízení

Podpis:

Oblastní nemocnice Kolín, a. s.,
nemocnice Středočeského kraje
Žižkova 146, 280 02 Kolín III, IČO: 272 56 391
-2-