

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita života pacienta před a po totální
endoprotéze kyčelního kloubu**

bakalářská práce

Autor práce: Lucie Rosová

Vedoucí práce: Mgr. Simona Hájková

Jihlava 2021



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Lucie Rosová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života pacienta před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu
Cíl práce:	Zmapovat kvalitu života pacientů před a po provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Mgr. Simona Hájková
vedoucí bakalářské práce

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

Abstrakt

Bakalářská práce mapuje kvalitu života pacienta před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Současný stav problematiky se zabývá anatomií kyčelního kloubu, diagnostikou, indikací a typy totální endoprotézy kyčelního kloubu. Zahrnuje edukaci pacienta, ošetrovatelskou a rehabilitační péči po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Věnuje se kvalitě života, ovlivňujícím faktorům a popisuje hodnocení kvality života. Výzkumné šetření je realizováno kvantitativní formou výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Kyčelní kloub; náhrada kyčelního kloubu; endoprotézy; edukace; rehabilitace

Abstract

The bachelor thesis maps the quality of life of a patient before and after total hip arthroplasty. The current state of the issues deals with the anatomy of the hip joint, diagnostics, indications and types of total hip arthroplasty. Includes patient education, nursing and rehabilitation care after total hip arthroplasty. It deals with the quality of life, influencing factors and describes the evaluation of the quality of life. The research survey is carried out in a quantitative form of research through a questionnaire survey.

Key words

Hip joint; hip replacement; endoprotheses; education; rehabilitation

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“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

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

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 [Klikněte nebo klepněte sem](#) a zadejte datum.

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Mé poděkování patří zejména vedoucí bakalářské práce Mgr. Simoně Hájkové, za cenné rady, vstřícné jednání, odborné vedení. Dále velké díky patří všem respondentům za jejich pomoc ve výzkumné části. A poslední díky patří rodině a přátelům za jejich ochotu a motivaci při psaní bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	13
1 Současný stav problematiky	15
1.1 Kvalita života	15
1.2.1 Historie kvality života.....	16
1.2.2 Lidské potřeby v nemoci.....	16
1.2.3 Hodnocení kvality života	17
1.2 Anatomie kloubů.....	17
1.2.4 Kyčelní kloub.....	18
1.2.5 Pletence dolní končetiny	19
1.2.6 Stehenní kost.....	20
1.2.7 Vazivový aparát kyčelní kloub	21
1.2.8 Svaly upínající kyčelní kloub	21
1.2.9 Pohyby v kloubu	22
1.3 Totální endoprotéza kyčelního kloubu.....	22
1.3.1 Typy totálních endoprotéz kyčle.....	23
1.3.2 Indikace.....	25
1.3.3 Kontraindikace.....	26
1.4 Předoperační příprava	26
1.4.1 Dlouhodobá předoperační příprava	26
1.4.2 Krátkodobá předoperační příprava	27
1.4.3 Bezprostřední předoperační příprava.....	28
1.5 Ošetrovatelský proces v pooperační péči.....	28
1.6 Komplikace	29
1.6.1 Peroperační komplikace.....	29
1.6.2 Časně komplikace	30
1.6.3 Pozdní komplikace.....	30
1.7 Soběstačnost.....	31
1.8 Sebepečce.....	31
1.9 Edukace	31
1.9.1 Předoperační edukace	31
1.9.2 Pooperační edukace	32
1.10 Rehabilitace po totální endoprotéze kyčelního kloubu	32
1.10.1 Předoperační rehabilitace.....	33
1.10.2 Pooperační rehabilitace.....	34
1.10.3 Následná rehabilitace	35

1.11	Režimové opatření	35
1.12	Komunikace	36
2	Výzkumná část	37
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	37
2.2	Metodika výzkumu	37
2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	38
2.4	Popis a průběh výzkumu	38
2.5	Zpracování získaných dat	38
2.6	Výsledky výzkumného šetření	38
3	Diskuze	67
	Návrh řešení a doporučení pro praxi	72
	Závěr	73
	Seznam použité literatury	74
	Přílohy	80

Seznam grafů

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: Pracovní stav

Graf č. 4: Uplynulá doba od operace

Graf č. 5: Posouzení zdravotního stavu před a po operaci

Graf č. 6: Kvalita spánku

Graf č. 7: Strach/ úzkost před operačním výkonem

Graf č. 8: Strach/ úzkost v posledních 4 týdnech

Graf č. 9: Obavy z návratu do běžného života před operací

Graf č. 10: Únava/ vyčerpanost před operačním výkonem

Graf č. 11: Únava/ vyčerpanost v posledních 4 týdnech

Graf č. 12: Psychický stav před a po operaci

Graf č. 13: Míra bolesti před operací

Graf č. 14: Míra bolesti v posledních 4 týdnech

Graf č. 15: Užívání analgetik před operací

Graf č. 16: Užívání analgetik v posledních 4 týdnech

Graf č. 17: Společenský život v posledních 4 týdnech

Graf č. 18: Pracovní život v posledních 4 týdnech

Graf č. 19: Míra omezení v běžných denních činnostech před operací

Graf č. 20: Míra omezení v běžných denních činnostech v posledních 4 týdnech

Graf č. 21: Vykonávání sportů/ koníčků před operací

Graf č. 22: Vykonávání sportů/ koníčků v posledních 4 týdnech

Graf č. 23: Forma sběru informací

Graf č. 24: Režimové opatření

Graf č. 25: Získání informací

Graf č. 26: Hodnocení informovanosti

Graf č. 27: Délka dodržování režimových opatření

Graf č. 28: Užívané pomůcky

Seznam použitých zkratek

WHO	Světová zdravotnická organizace
HRQL	health related quality of life
TEP	úplná náhrada
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
RTG	rentgen
TEN	tromboembolická nemoc
EKG	elektrokardiografie
CRP	c-reaktivní protein
ASA	american society of anesthesiologist
JIP	jednotka intenzivní péče
ADL	activities of daily living
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	periferní žilní katetr
WC	toaleta
Os.	kosti
Mm	milimetry
Cm	centimetry
M.	musculus/ svaly
Lig.	ligamentum/ vazy
g/l	gramy na litr
°	stupeň

°C stupeň celsia

Tzv. takzvaně

Tj. to je

Apod. a podobně

Např. například

USA Spojené státy americké

Úvod

Bakalářská práce se zabývá o nemocné, kteří prodělali totální endoprotézu kyčle. V současné době přibývá počet nemocných s tímto postižením, hlavním důvodem uskutečnění operace jsou onemocnění spojené s pohybovým aparátem. Onemocnění se projevuje intenzivní bolestí. Jedinou možnou léčbou je operativní zákrok, kdy je kyčelní kloub nahrazen umělým implantátem. Činnost sester spočívá v pečlivé ošetrovatelské péči, která napomáhá k rekonvalescenci a zabraňuje vznik komplikací. Jedná se o jednu z větších ortopedických operací, proto je důležité zaměřit se na předoperační přípravu, a to na fyzickou a psychickou stránku.

Bakalářská práce se rozděluje na dvě hlavní části, na část teoretickou a praktickou. Současný stav problematiky pojednává o smyslu kvality života. Dále navazuje na anatomickou složku pohybového aparátu, zejména na kyčelní kloub a napomáhající spojení mezi kyčelním kloubem. Hlavní složka tvoří postižení neboli operace TEP kyčle. Problematika se zaměřuje na obecnou část a pojednává o ošetrovatelském procesu rehabilitaci, následným opatřením a edukaci.

Z části teoretické přechází na část výzkumnou, která hodnotí stav nemocných, kteří si operací prošli a jsou v době rekonvalescence či po ní. Praktická část zjišťuje vliv psychiky a omezení vůči prodělané operaci. Zda respondenti pocítují rozdíly či nikoliv. A čím to může být ovlivněno. Pro výzkum byly, zvoleny 3 výzkumné otázky, za pomoci nich se zjišťoval daný cíl práce.

Motivace

Hlavním důvodem, proč jsem si téma zvolila, byla dlouhodobá praxe na ortopedickém oddělení. Následnou prací jsem vyzorovala možné komplikace, rizikové faktory, rehabilitaci a péči o pacienty, kteří přicházeli do nemocničního zařízení. Druhým důvodem sepsání tématu byla zkušenost příbuzných, kteří mi napomohli vnímání onemocnění nejenom z obecnější části, ale i ze speciální, například, co to obnáší, čeho všeho se člověk musí zbavit, postupy, které musí dodržovat a pochyby které je doprovázeli.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zaznamenat kvalitu života před implantací TEP kyčle a po operaci TEP kyčle.

1 Současný stav problematiky

1.1 Kvalita života

Pojem kvalita života se nejenom spojuje s medicínou, ošetrovatelstvím, ale také se socioekonomickými faktory společnosti a politologií. Kvalitu života popisuje každý autor svým pohledem na danou problematiku. Z tohoto můžeme uvést, že není žádná jednotně akceptovaná definice. A stává se předmětem interpretací bez schody výsledků. Avšak hlavními oblastmi jsou celková spokojenost s životem, s dílčími oblastmi života jako je rodina, práce, bydlení a vztahy a v poslední řadě hledání faktorů, které podmiňují vznik subjektivního pocitu a kvalitního života (Heřmanová, 2012; Gurková, 2011).

Z čehož vyplývá, že kvalita života se zabývá nejenom zdravím jedince, ale i jeho emocemi, duševní a sociální stránkou. Světová zdravotnická organizace WHO popsala zdraví jako:

„Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being).“ (Heřmanová, 2012, p. 32)

Tato definice ukazuje na zdraví z pohledu fyzické stránky a rovněž poukazuje na sociální a subjektivní schopnost uspokojení potřeb (Heřmanová, 2012).

S pojmem kvality života se setkáváme s podobnými synonymy, jako je pocit pohody, pocit sociální jistoty, individuální pocit pohody a životní úroveň. Ovšem ani u těchto pojmů se nevyskytuje jednotná definice (Heřmanová, 2012).

Kvalitou života sledujeme dopad onemocnění na jedince, na jeho fyzický či psychický stav, způsob života a pocit uspokojení. Definice vychází z Maslowovy teorie potřeb. Podstata kvality života vyjadřuje míru ovlivnění léčby na dopad pacientových schopností a žití života, který on sám chce. Subjektivní pocity pacientů jsou rozdílné, záleží na schopnosti adaptace a charakteristiky osobnosti, tyto faktory ovlivní konečný výsledek. Cílem kvality života v ošetrovatelství je vrátit jedince do běžného života. Existuje mnoho nástrojů, které hodnotí kvalitu života, jeden z nejčastěji používaných nástrojů je dotazník SF-36, který využívá index HRQL (Health Related quality of Life). Položky se zabývají fyzickým omezením, vitalitou člověka, sociálním fungováním ve společnosti, duševním zdravím, tělesnou bolestí, všeobecným zdravím, emočními problémy. Dotazník je vyhotoven se srovnáním jednoho roku (Živčicová & Masárová, 2012; Gurková, 2011).

1.2.1 Historie kvality života

Pojem kvalita života se objevoval již v řeckořímské mytologii. První zmínka o kvalitě života byla ve 20. letech 20. století, a to díky úvahám o ekonomickém vývoji. V tomto období byla kvalita života považována hlavně v důsledku materiální úrovně ve společnosti. Až v 30. letech 20. století je pojem zaveden do psychologie (Heřmanová, 2012).

Z politického hlediska začlenil úvahu americký prezident J. F. Kennedy roku 1963. Jednalo se o protiváhu na masovou spotřebu a konzumní život obyvatelů v USA. Taktéž zde byly vyhotoveny první výzkumy týkající se kvality života (Živčicová & Masárová, 2012).

Dříve lidé považovali pojem jako myšlenku o spravedlnosti a naplnění života, doložením teorie se zasloužil Lerner (1980), který předpokládal, že lidé mají potřebu věřit úvaze, že dostanou, co si zaslouží a zaslouží si, co dostanou (Živčicová & Masárová, 2012).

V medicíně a zdravotnictví se termín uplatnil od 70. let. Zkoumaná oblast se týkala fyzického zdraví a psychosomatického zdraví. To ukazuje, že zájem lékařů má být i ze strany kvality životů pacientů, trpící onemocněním (Radová, 2016).

1.2.2 Lidské potřeby v nemoci

Lidské potřeby člověka napomáhají k rovnováze organismu homeostázy, tudíž souvisí s kvalitou života. Potřeby vychází z nedostatku nebo přebytku, jde o uspokojování potřeb biologických, sociálních, psychických a duchovních. Lidské potřeby v nemoci se zejména zabývají pochopením jednice s nemocí a léčbou, hledání pochopení a přizpůsobení se k nemoci a posílení edukace spojené s nemocí. Celkové hledisko potřeb popsal roku 1943 Abraham Harold Maslow, který tvrdil, že pokud člověk uspokojí všechny své potřeby, dostane se do bodu, kterému se říká sebenaplnění. Autor vytvořil pyramidu potřeb, začínající základními, primárními potřebami až po potřeby nejvyšší, potřeba seberealizace. Nejprve člověk musí uspokojovat nižší potřeby, aby dosáhl těch vyšších. Zdravý člověk je schopen potřeby splňovat a dosáhnout naplnění, naopak nemocný člověk potřeby zužuje a není schopen dosáhnout všech potřeb. V nemocnici jedinci napomáháme k uspokojení potřeb naší pomocí v denních činnostech (Šamánková, 2011).

1.2.3 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality bývá častým indikátorem pro ošetrovatelskou péči. Z toho lze uvést, že úzce souvisí s kvalitou života a dohromady se prolínají. Hlavními působícími faktory, které ovlivňují chod hodnocení, jsou vlivy působící na jedince ať už z okolí nebo zevnitřku samotné osoby. Měření kvality se zabývá analýzou a vyhodnocení určité oblasti. Z časového hlediska hodnocení trvá několik let a závisí na chápání pojmu kvality života. Nejběžnější hodnotící složka je osobní život jedince, skupiny anebo populace, jelikož obsahuje jevy působící na živý organismus. I přestože vyhodnocení ukazuje rozdílné údaje, jsou nedílnou součástí pro lékaře i pro pacienty (Gurková, 2011; Heřmanová, 2012).

Kvalitu života lze hodnotit ze subjektivního i objektivního pohledu. Avšak v potaz dáváme na subjektivní výsledky z pohledu pacienta. Subjektivní hodnocení má zájem o pacientovo sociální prostředí, zdravotní stav a schopnost uplatnění se. Objektivní pohled se přiklání k naplnění požadavků jedince, týkající se fyzického zdraví, materiálních a sociálních podmínek. Objektivní podmínky značně ovlivňují lidský rozvoj a určují status člověka. Tato složka je brána z ekonomického a prostorového vidění. Zdravotní personál posuzuje dopad onemocnění na jedince a na základě toho vyhotovuje intervence (Živčicová & Masárová, 2012; Gurková, 2011).

Dotazníky je forma získávání dat pro kvalitu života, způsob získávání je generický či specifický. Generické dotazníky směřují k všeobecnému zhodnocení celkového stavu bez určení onemocnění, věku či pohlaví. Generické dotazníky umožňují srovnávání všech skupin populace. Nevýhodou je pozdní podchycení na daný symptom. Specifické dotazníky se zaměřují na danou oblast problematiky, které ovlivnily kvalitu života.

Pomocí těchto dotazníků lze zjistit dopad nemoci na určitou obtíž (Gurková, 2011; Feyers & David, 2016; Koukolíková, 2017).

1.2 Anatomie kloubů

Kloub (articulation, articulus) je spojení dvou nebo více kostí. Skládají se z kloubního pouzdra, kloubních konců spojených z kostí a nitrokloubních chrupavčitých destiček. Kloubní spojení se objevuje v končetinových spojích.

Kloubní pouzdro (capsula articularis) je bohatě krevně zásobené a senzitivně intervované proto při poranění část kloubu výrazně bolí. Skládá se ze dvou vrstev, vazivové a synoviální. Vnější obal tvoří vazivová vrstva, v níž se upíná kolagenní vlákna, jinak řečeno vazy (ligamenta), která brání rozvolnění. Synoviální vrstva (nitroblána kloubní) má tenčí blanku než vazivová vrstva, nalezneme ji v kloubní dutině, hlavní funkcí je zvlhčování tekutinou synovií. Synovie se tvoří v krevní plazmě, skládá se z vody, buněk a bílkovin, vystýlá třecí plochu kloubních konců a živí chrupavku kloubní.

Kloubní hlavice a jamka tvoří styčné plochy, které pokrývají hyalinní chrupavky. Výživa do chrupavky se dostává přes synoviální tekutinu (Dylevský, 2011).

Klouby dělíme dle počtu spojených kostí, dle rozsahu pohybu a tvaru styčných ploch. Do spojení kostí řadíme jednoduché spojení, spojení dvou a více kostí např. kyčelní kloub nebo ramenní kloub, složené spojení, spojení tří a více kostí např. loketní kloub a složité spojení kloubů, jehož obsah se skládá z diskus nebo meniskus např. kolenní kloub, kloub zápěstí, čelistní kloub. Podle tvaru styčných ploch rozlišujeme kloub kulovitý, tj. kloub ramenní či kyčelní, díky tvaru kloub zvládá pohyb do všech směrů. Kloub elipsoidní, který vytváří pohyby pomocí hlavní osy, například kloub atlantookcipitální. Kloub sedlový se vyznačuje sedlovým tvarem, kloub umožňuje pohyb ve dvou směrech současně, jedná se o klouby palce ruky. Kloub válcový zvládá pohyby natažení a ohnutí např. kloub vřetenoloketní. Kloub kladkový tvoří vodivou rýhu a hranu, kloub pažněloketní, kloub dvojhrbolovitý. Kloub plochý je kloub rovný, při pohybu má kluzkou strukturu, tj. klouby meziobratlové a klouby krční páteře. Dále klouby rozlišujeme dle pohybů, a to na pohyby tuhé a pohyblivé. Z tuhými pohyby kloubu jedinec minimálně pohybuje, nebo neumožní pohyb, řadíme mezi ně spojení kyčelní kosti s kostí křížovou (Rychlíková, 2019).

1.2.4 Kyčelní kloub

Kyčelní kloub (articulation coxae) jedná se o druhý největší kloub v lidském těle, hned po kloubu kolenním. Svým postavením připojuje dolní končetinu k pánevním kostem. Je spojen dvěma částmi, jamkou kyčelního kloubu (acetabulum) a hlavicí kosti stehenní (caput femoris). Řadí se mezi klouby kulovitého tvaru s omezeným pohybem. Hlavní funkcí kloubu je rovnováha a pohyb dolních končetin (Křivánková, 2019).

Kyčelní kloub svým řazením do kulovitých kloubů, zvládá velký rozsah pohybů, ale kvůli tloušťce vazů kloub limituje na pohyb všemi směry (Kachlík, 2018).

Stavba jamky acetabula má dutý tvar polokoule, na nichž se upínají tři pánevní kosti. Z kraniální strany kyčelní kost (os. illium), dorsokaudálně sedací kost (os. ischii) a stydká kost (os. pubis) ventrokaudálně. Je vyplněna tukovým polštářem, který chrání před nárazy. Průměr jamky je okolo 2,5 cm. Samotný acetabulum se nachází v horním okraji a je nakloněn zevně dopředu a dolů, postavení je individuální, závisí na pohlaví jedince. Jamku pokrývá hyalinní chrupavka o velikosti 3 mm. Kloubní hlavici tvoří kost stehenní (os. femoris). Kloubní pouzdro začíná na okrajích acetabula, zadní část se připíná na krček kosti stehenní (collum femoris), přední část se upíná na chocholíky, v nichž vazy sílí a dorůstají do objemu až 10 mm (Dylevský, 2019).

1.2.5 Pletence dolní končetiny

Pletence dolní končetiny je tvořena kosti pánevní, kterou pojí kost křížová nepohyblivým tuhým kloubem. Pletenec pánve tvoří kosti kyčelní, sedací a stydká. Od útlého věku kosti jsou samostatné, s dospíváním se spojují ke kyčelní kosti (Orel, 2019).

Pánevní kost (os. coxae) vytváří pletenec ohraničující pánevní prostor. Připojuje se ke křížové kosti. Z přední části je spojena k stydké sponě. Ze zevní strany připojuje kloubní jamka kyčelní kloub. Hlavní funkce je opora a obal pro část orgánů břišních a pánevních orgánů. Pánevní prostor zaujímá tvar přesýpacích hodin. Kostra pánve u mužů je vyšší a má ostrý úhel. Ženská pánev je širší a úhel má tupý. Širší pánev umožňuje ženám porod. Velká pánev se nachází na horní části pánve, chrání slepé střevo s červovitým přívěskem a esovitý tračník. Dolní užší část obsazuje malá pánev pro porodní cesty, ženské, mužské pohlavní orgány, močový měchýř a konečník (Kachlík, 2018).

Kost kyčelní (os. illium) tvoří vrchní část kosti pánevní a přechází v stydkou kost. Skládá se z těla, ploché lopatky, hřebene kyčelního a trnů kyčelní kosti. Ploché lopatky s ostrým horním okrajem můžeme nahmatat pod kůží. Hřeben dosahuje do předního trnu kyčelní kosti. Přední trn horní se zadním trnem horním se setkávají v kyčelním hřebenu. Kaudálně od trnů leží přední a zadní trny dolní. Zevní stranu lopatky vyhlubuje jamka kyčelního kloubu, její dno vznikne spojením a osifikací pánevních kostí (Dylevský, 2019).

Stydká kost (os pubis) tvoří dolní část pánve. Nalezneme ji v přední části od jamky kyčelního kloubu. Stydké kosti se spojují stydkou sponou, vytvořené z chrupavčité ploténky a vaziva. Stejně jako kost sedací vytváří ucpaný oblouk (foramen obturatum). Oblouk vyplňuje svaly a vazy (Dylevský, 2019; Křivánková, 2019).

Kost sedací (os ischii) se nachází v dolní okraji pánve, řadí se mezi párové kosti. Kost tvoří dvě ramena, která se scházejí v sedacím hrbolu, společně tvoří písmeno L. Tělo sedací kosti začíná v jamce kyčelního kloubu a tvoří oblouk, na jejímž přehybu je sedací hrbol (Dylevský, 2019; Orel, 2019).

1.2.6 Stehenní kost

Stehenní kost (os. femur) se řadí mezi nejmohutnější kosti v lidském těle. Jedná se o párovou kost, která má velkou nosnost. Kost stehenní vytváří hlavice, krček a tělo. Kloubní hlavicí zapadá do kloubní jamky kosti kyčelní. Hlavice měří okolo 4,5 cm. Na hlavici nalezneme kloubní plochu. Na vrcholu najdeme ligamentum capitis femoris pro úpon jamky hlavice. Krček stehenní kosti uzavírá společně s tělem úhel až 125°, při zmenšení či zvětšení úhlu nastává porucha a vzniká vrozené vykloubení kyčelního kloubu. Je uložen uvnitř kyčelního pouzdra. Krček vystýlá synoviální výstelka a společně s tepenným zásobením vyživují krček. Na těle stehenní kosti rozeznáváme velký chocholík (trochanter major) a malý chocholík (trochanter minor). Velký chocholík je uložen nad krčkem laterokraniálně a jeho funkce je úpon pro svaly hýžd'ový střední (m. gluteus medius), hýžd'ový malý (m. gluteus minimus) a hruškový (m. piriformis). Malý chocholík je dorsomediálně a upíná sval bedrokyčelní (m. iliopsoas). Malým chocholíkem začíná tělo stehenní kosti. Chocholíky slouží pro úpon svalů nejčastěji hýžd'ových (Dylevský, 2019; Orel, 2019).

Konec stehenní kosti tvoří 2 kloubní hrboly condylus medialis et lateralis, tvořící hlavici kolenního kloubu. Ze zadní části condyly odděluje fossa intercondylaris, z přední části condyly spojuje faciespatellaris. Condyly mají odlišené postavení a obvod. Slouží především pro funkci kolenního kloubu. Condyla medialis je užší a delší než condyla lateralis, kloubní plocha je zavínutá a má nižší tvar stoupavosti. Condyla lateralis je širší a kratší. Kloubní plocha je více rozvinutá a má tvar vyšší stoupavosti (Dylevský, 2019; Grim & Druga, 2019).

1.2.7 Vazivový aparát kyčelní kloub

Vazivový aparát kyčelnímu kloubu udržuje rovnováhu a pohyb trupu s dolní končetinou. Upíná se od začátku acetabula až do části krčku stehenní kosti. Díky vazům a svalům upínající kyčelní kloub z mála dochází k vykloubení kloubu.

Ligamentum iliofemorale jedná se o nejsilnější vaz. Začíná na spina iliaca anterior inferior a upíná se na velký trochanter. Slabší rameno vede po střední straně pouzdra a končí v blízkosti malého trochanteru. Ramena mají tvar obráceného písmene Y, šířka je až 1,5 cm. Vaz ukončuje extenzi a brání záklonu trupu.

Ligamentum pubofemorale omezuje abdukci a zevní rotaci v kyčelním kloubu. Vystupuje od okraje stydké kosti a sahá k stehenní kosti

Ligamentum ischiofemorale jde od acetabula po zadní ploše pouzdra k ramenu iliofemorálního vaz. Vaz je krátký a omezuje addukci a vnitřní rotaci v kloubu.

Zóna orbicularis je prstencový vaz, dosahuje velikosti 5-7 mm. Vaz obtáčením zachycuje femur, ale není s ním spojen. Prstenec tvoří vazy lig. ischiofemorale a lig. pubofemorale (Čihák, 2011).

1.2.8 Svaly upínající kyčelní kloub

Pohyby svalů zajišťují svaly hýžděové a stehenní. Rozdělují se na dvě skupiny vnitřní m. iliopsoas a zevní m. gluteus maximus, medius a minimus, m. obturatorius, m. gamelli, m. quadratus femoris, m. tensor fasciae latae. Hlavní funkcí svalů v kloubu je pohyb. Svaly nám umožňují flexi, extenzi, addukci, abdukci a zevní a vnitřní rotaci.

Přednožení (flexi) provádí sval bedrokyčlostehenní (m. iliopsoas), jedná se o mohutný sval spojený z bedrostehenního svalu a kyčlostehenního svalu, dále přímý sval stehenní (m. rectus femoris) a hřebenový sval (m. pectineus), sval se nachází mezi bedrokyčlostehenním svalem a dlouhým adduktorem. Rozsah flexe je okolo 140 °.

Zanožení (extenzi) tvoří sval velký hýžděový (m. gluteus maximus), jedná se o nejhlavnější sval s hrubými snopci, je hlavní pro sedání a vstávání, sval dvojhlavý stehenní (m. biceps femoris), na zadní straně stehna, pološlašitý sval (m. semitendinosus) se nachází na zadní straně stehna a sval poloblanitý (m. semimembranosus) s úponovou šlachou se nachází na stehenní straně. Rozsah je až 25 °.

Unožení (abdukci) provádí sval hýžd'ový (m. gluteus medius), z části je pokrytý velkým hýžd'ovým svalem. Aktivuje se při stoji na jedné končetině. Rozsah abdukce je do 60 °.

Přinožení (addukci) provádí velký přitahovač (m. adductor magnus), dlouhý přitahovač (m. adductor longus), krátký přitahovač (m. adductor brevis) a útlý sval (m. gracilis). Pohyby dosahují do 30 °. Většina svalů je plochých, nachází na zadní straně stehna.

Zevní rotaci v kyčelním kloubu provádí čtyřhlavý plochý sval stehenní (m. quadratus femoris), plochý sval hruškovitý (m. piriformis), dvojsečný sval plochý (m. gemelli) a vnitřní ucpávače (m. obturatorius internus et externus) Zevní rotace dosahuje do 50-70 °.

Vnitřní rotaci řídí sval malý hýžd'ový (m. gluteus minimus) a napínač stehenní povázky (m. tensor fasciae latae). Vnitřní rozsah rotace je do 20-35 °. Rotační pohyby jsou individuální, avšak pohyby musí být symetrické (Rychlíková, 2019; Čihák, 2011).

1.2.9 Pohyby v kloubu

Mezi základní pohyby v kyčelním kloubu patří flexe (přednožení), extenze (zanožení), abdukce (unožení) a addukce (přinožení). Flexi provádí sval bedrokyčlostehenní (m. iliopsoas). Z vnitřní plochy začíná od bederní páteře a upíná se na lopatku kyčelní kosti, z vnější pak na kyčelní kloub a konec stehenní kosti na malý chocholík. Sval nahmatáme v předním pólu kosti kyčelní. Napomáhá k bederní lordóze. Extenzi řídí velký sval hýžd'ový. Začíná lopatkou kyčelní kosti, přechází do křížové kosti a kostrče a končí ve stehenní kosti. Pohyb tlumí ochabnutí svalu. Abdukce začíná z vnější strany lopatky kosti kyčelní, dostává se z boční strany do kyčle a končí ve velkém chocholíku stehenní kosti. Addukce je přitažení jedné končetiny k druhé. Kyčelní kloub zvládá vnější rotaci, vytočení kosti stehenní (Tichý, 2017).

1.3 Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Jedná se o úplnou náhradu kyčelního kloubu za pomoci umělé hlavice kosti stehenní a jamky kosti pánevní. Dle rozsahu postižení lékař rozhoduje o náhradě hlavice nebo i kloubní jamky (Dung, 2014).

V dnešní době existují různé tvary náhrad, ale i materiálů a operačních přístupů. Z prvních zmínek o onemocnění spojených s náhradou kyčelních kloubů medicína neuměla léčit. Lidé zůstávali připoutáni na vozičku, až po druhé světové válce se

medicína v tomto směru začala rozvíjet. První zmínka o pokus výroby náhrady se mapuje k roku 1925, kdy bostonský chirurg M.N. Smith Petersen uvedl na trh hlavici ze skla, mezi další materiály, které zkoušel byl plast, ocel a kobalt chromová slitina. Startem pro endoprotetiku kyčelního kloubu přinesl SICOT v roce 1966 s osobami J. Charnleye, G.M. McKee a M. E. Müllera, kteří přinesli postup při léčbě totálních endoprotézách kyčle, jejich přínos byl přijat jako standardní postup při léčení u pacientů nad 65 let. První operaci provedl Sir Hon Charnley v roce 1963, až v roce 1969 se technika objevuje v Československé republice. Roku 1972 Kladenská huť Poldi ve spolupráci s M. E. Müllera začala vyrábět tuzemské protézy s názvem Poldi-Čech (Dung, 2014; Landor, et al., 2012).

Umělá kloubní náhrada (TEP) je pokládána za jednu z nejpřesnějších a nejspolehlivějších metod léčby. Komplikace pro kyčelní klouby způsobuje degenerativní onemocnění a další onemocnění kyčelního kloubu. Alopastika kyčelního kloubu je operační výkon, který uměle nahrazuje hlavici kosti stehenní a jamky kosti pánevní. Cílem náhrady je tišení a úplná ztráta bolesti, chůze a postoj bez omezení, obnovení pohybu kloubu a stabilizace (Landor, et al., 2012).

1.3.1 Typy totálních endoprotéz kyčle

Endoprotézy kyčelního kloubu můžeme dělit z pohledu rozsahu náhrady na cervikokapilární endoprotézy a totální náhrady. Cervikokapilární náhrady nahrazují proximální část femuru, totální náhrady nahrazují celou část včetně acetabula. Dále dělíme dle fixace na cementové, necementované a hybridní modely. Endoprotézy se skládají z dříku, který vede do kanálku kosti stehenní, na krčku dříku je usazena hlavice. Dříky jsou vyrobeny z kovových slitin s velkou pevností, hlavice bývají stejného materiálu jako dříky nebo ze speciální keramiky. U hlavic platí, čím větší hladkost povrchu, tím odolnější vůči poškození. Další částí je jamka, jamka nahrazuje povrch kyčelního kloubu. Jamky mohou být polokulovité, kuželovité, jako ostatní části se liší materiálem a úpravou (Dung, 2014).

Cementové endoprotézy

Cementové endoprotézy byly zpracovány v roce 1951 v New Yorku, bratry Judetovými, do České republiky se dostaly v roce 1989. Z počátku vývoje se opracovala dutina dřevěná, poté byl přikládán cement prsty. Do 80 let se obrušováním odstraňovala

spongiózní kost z dřevné dutiny, dřevná dutina se uzavřela polyethynelem nebo částmi, ze spongiózní kosti, poté se přikládá cement. V poslední části byla snaha o důkladné promíchání pod tlakem pro vymezení vzduchových bublin a následné usazení do středu kosti. Nyní cementové endoprotézy řadíme mezi pevné fixační materiály, vyplňující vrstvu mezi vnitřní kortikální kostí a dřívkem endoprotézy. Druh endoprotéz je vyroben z polymethylmetakrylátovým cementem. Tvary cementových endoprotéz jsou oválné a kulaté bez ostrých hran, směrem k hrotu dřívku bývají užší (Dung, 2014; Landor, et al., 2012).

Fáze přípravy cementových endoprotéz

Kostní cement je dodáván ve sterilních obalech a připraven k výrobě. Balení obsahuje práškový polymer a tekutý monomer, smícháním složek vzniká tzv. polymerizační reakce, čímž z malých molekul vznikají vysokomolekulární látky. Dalším obsahem balení je barvivo, chlorofyl, který umožňuje viditelnost na RTG snímku. Příprava obsahu balení je za sterilních podmínek na operačním sále ve čtyřech fázích. První fáze zahrnuje promíchání tekuté a práškové složky, k zamezení vzduchových bublin a pevnosti se používá vakuové míchání. Po smíchání složek čekáme, dokud cement nedosáhne správné viskozity. Další fází se aplikuje přípravek a čeká se do ztuhnutí.

Výhodou cementové endoprotézy je rychlá stabilita. Nevýhodou je opotřebení do 10-15 let, není vhodná pro aktivní jedince. Mezi další nevýhody je riziko kardiopulmonárních komplikací při cementování, toxické působení cementu, poškození okolí (Dung, 2014; Sosna, 2014).

Necementované endoprotézy kyčelního kloubu

Necementované endoprotézy jsou upevňovány do kosti bez použití cementu. Endoprotézy drží díky tvaru a povrchu endoprotézy. Oproti cementovým endoprotézám drží déle, a proto jsou vhodné pro aktivní jedince. Do kosti se upevňují díky prorůstání. Umožňují jednodušší reimplantaci, bez použití cementových přípravků. Tento způsob byl představen v USA v roce 1977. U necementovaných dřívků je nutností, aby dřív byl zdrsněn, a to technikou pískování či tryskání, způsob zapříčiní lepší stabilitu jedince (Dung, 2014; Sosna, 2014).

Hybridní endoprotézy kyčelního kloubu

Hybridní endoprotézy využívají kombinace předchozích způsobů. Častěji se užívá kombinace ukotvení dřívku s cementem a jamky bez cementu (Dung, 2014; Sosna, 2014).

Životnost a hojení endoprotézy je dána fixací ke kosti a samotnému prorůstání. Tyto děje se rozčleňují na tři mezníky primární, sekundární a terciální. Primární stabilita se vymezuje mezi 3 až 6 měsíc bezprostředně po implantaci, jedná se o ukotvení endoprotézy. Čas ukotvení závisí na typu zpracování a desingu. Do sekundární stability řadíme vrůstání kostních trámců do vnější struktury. Čas se vymezuje od 3 měsíců až několik let. Ve fázi je důležité odlehčování endoprotézy pro správnou osteointegraci. V terciální stabilitě dochází k přestavbě biomechaniky ve stehenní kosti, doba trvání je několik let (Dung, 2014).

1.3.2 Indikace

Mezi hlavními mezníky, kdy indikujeme operaci TEP kyčle je dlouhotrvající bolest v oblasti kyčelního kloubu nereagující na konzervativní léčbu. Lze říct, že dochází k neschopnosti pohybu a celkovému omezení. Nejčastější indikovanými lidmi jsou dospělí jedinci nad 60 let.

Indikace TEP kyčle:

Zlomeniny– zlomeniny krčku stehenní kosti, poúrazové destrukce kloubů.

Záněty–revmatoidní artritida, ankylozující spondylóza, systémový lupus erythematosus.

Infekce – Septická artritida, tuberkulóza, osteomyelitida, brucelóza.

Degenerativní onemocnění–artróza kyčelního kloubu, artritida kyčelního kloubu, osteoporóza kyčelního kloubu.

Jiné – onkologické příčiny, vrozené vady kyčelních kloubů, alkoholismus, kortikosteroidy, aseptické kostní nekrózy (Parvizi & Klatt, 2013).

Hlavními mezníky, kdy uskutečíme operaci je koxantróza kyčelního kloubu v pokročilém stádiu. Artróza neboli koxantróza, postihuje jeden nebo oba kyčelní klouby. Jedná se o degenerativní onemocnění, charakterizované opotřebením kloubních struktur a chrupavky. Primárními faktory ovlivňující jsou genetické vlivy, sekundární vzniká společně s jiným onemocněním, jedná se o vrozené dysplazie kyčelních kloubů, Perthesova choroba, úrazy, záněty. Na rozvoj působí obezita, životní styl, sporty.

Koxantróza se zprvu projevuje mírnou bolestí při zátěži, v pozdějším stádiu se projeví bolestí při chůzi, v klidu, ztuhlostí končetin, otokem (Levitová & Hošková, 2015; Ryba, et al., 2018).

1.3.3 Kontraindikace

Kontraindikace se dělí na relativní a absolutní.

Mezi relativní kontraindikace řadíme zdravotní stav jedince, jeho věk, nadváhu, onemocnění, nespolupráci. Dále mezi závažné kontraindikace patří infekce. Jedná se o relativní kontraindikace, které by znemožňovaly spolupráci před a po operaci. Nadváha se nepočítá mezi kontraindikace, ale je zde vyšší riziko komplikací.

K absolutní kontraindikacím řadíme ischemickou chorobu dolních končetin, bércevé vředy, infekce v lokaci kloubu, opakované záněty žil či kardiopulmonální onemocnění (Dung, 2014; Landor, et al., 2012).

1.4 Předoperační příprava

Před plánovaným výkonem hraje velkou roli psychická a fyzická stránka pacienta, k tomu nám dopomůže dostatečná edukace před operací i po ní. Před plánovaným výkonem a nástupem do nemocnice je nutné vyplnit předoperační vyšetření s internistou. Jestliže zdravotní stav dovolí je indikovaná autotransfuze.

Předoperační vyšetření je soubor vyšetření, které pacient před operací musí podstoupit. Předoperační vyšetření usnadňuje práci všem, kteří se podílejí na operaci a následné péči. Pacient, aby mohl nastoupit na operaci musí mít jasný důvod k operaci. Získání docílí tím, že dostane od lékaře doporučení k operaci s diagnózou, konáním operace a druhem výkonu. První vyšetření, které pacient podstupuje je vyšetření interním lékařem, jedná se zejména o praktického lékaře (Kotlík, 2012).

1.4.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá předoperační příprava začíná, u interního lékaře ten se zaměřuje na fyzikální vyšetření, celkovou laboratoř, jedná se zejména o odběry krve na sedimentaci, krevní obraz a diferenciál, jaterní soubory, ledvinné soubory, glykémii, CRP a na testy srážlivosti krve. Rovněž je odebraný močový sediment a moč na kultivaci. Další nutností

je EKG vyšetření s křivkou na porovnání stavu EKG před operací a u operace, RTG srdce a plic a další dle postižení jedince. Určité pracoviště požadují zubní vyšetření pro vymezení zubního infektu. Vyšetření by neměla být starší 14 dní před plánovanou operací, další vyšetření je indikováno dle dalších chorob jedince (Landor, et al., 2012; Schneiderová, 2014).

Při předoperačním vyšetření kloubů, lékař se zaměřuje na 5 vyšetření, vyšetření pohledem, pohmatem, vyšetření aktivních pohybů, vyšetření pohybů proti odporu, pasivních pohybů a vyšetření kloubní vůle. Vyšetření pohledem (aspekci), lékař pozoruje, chůzi, držení těla, postavení trupu k dolním končetinám, všímá si postavení kloubu a okolí, zaměřuje se zejména na barvu kůže, deformace a tvar. Vyšetření pohmatem (palpací) zjišťuje kožní teplotu nad kloubem a v okolí, turgor kůže, palpační bolestivost. Vyšetření aktivních pohybů se zakládá na rozsahu pohyblivosti kloubů i omezení. Při vyšetření se sledují nedostatky. Vyšetření pohybů proti odporu se zaměřuje, čím je omezení způsobeno a odkud přichází. Vyšetření pasivních pohybů ukazuje pasivní fyziologické pohyby, jejich rozsah, zmenšení či zvětšení. Vyšetření kloubní vůle vyšetřuje oddálení kloubních plošek v kloubu, rotační pohyby, úhly a posuny (Rychlíková, 2019).

Během výkonu může dojít k větším krevním ztrátám krve, proto je doporučená autotransfuze. Jedná se o použití vlastní krve. Autotransfuze není nutná, ale nese výhody. Eliminuje přenos infekce, lze užít okamžitě při operaci, nedochází k transfuzní reakci. Odběr krevní transfuze je indikován v předstihu a uložení je až 42 dní. Odběry by neměly být kratší než v intervalech 7 dnů, poslední odběr by měl být odebrán nejméně 5 dní před operací. Před odběry je vhodné užívat vitamín C a železo. Pokud pacient z různých důvodů nemůže podstoupit autotransfuzi krev je pořizovaná z krevní banky. Jedná se o krev darovaná dárce. (Řeháček & Masopust, 2013).

1.4.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava probíhá 24 hodin před operačním výkonem. Před operací je pacient poučen o přípravách, jelikož se jedná především o plánovaný zákrok, je potřeba aby si pacient obstaral jednotlivé pomůcky k domácímu použití. Po příchodu na ortopedické oddělení, pacient vyplňuje anamnézu, projeví souhlas s operací,

vysvětluje svá rizika operace, dodává současnou medikaci a opakuje se fyzikální vyšetření na kontrolu a stanovení komplikací (Novotná & Holubová, 2013).

Součástí krátkodobé předoperační přípravy je příprava anesteziologem. Anesteziolog určuje druh anestezie a jejich rizika neboli ASA I-V. Při přípravě lékař podrobně prostuduje dokumentaci operovaného a přikládá dotazník společně s informovaným souhlasem a předepíše medikaci před výkonem. Doporučí hypnotika na klidný spánek, protože je předpokládáno, že pacient má strach z výkonu. Nejčastěji se jedná o léky k perorálnímu užití. 30-60 min před plánovaným výkonem je mu podána premedikace. (Jindrová, et al., 2016).

Den před operací je pacient edukován o nemožnosti přijímat potravu, tekutiny, od půlnoci rovněž nekouřit. Na vyprázdnění gastrointestinálního traktu je podán glycerínový čípek. V den operace je pacient oholen, poučen o hygieně, natřen dezinfekčním prostředkem včetně dezinfekce pupku (Novotná & Holubová, 2013; Janíková & Zeleníková, 2013).

1.4.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava je příprava 2 hodiny před operací. Příprava spočívá v kontrole vitálních funkcí pacienta, operačního pole, zavedení katétrů (PMK, PŽK), podání léků dle určení lékaře. Příkladují se elastické bandáže proti tromboembolickým nemocím a pacient odloží všechny nepotřebné kovy, vyjme si zubní protézu a přikládá se empír. Na vyzvu anesteziologa se podá premedikace a pacient je přeložen na operační sál společně s dokumentací (Novotná & Holubová, 2013; Janíková & Zeleníková, 2013).

1.5 Ošetrovatelský proces v pooperační péči

Po operačním výkonu je pacient přeložen na ortopedickou JIP, kde setrvá 1-2 dny dle stavu dále se přeloží na standardní oddělení. Pacient je poučen o pooperačním režimu. Sestry společně s lékařem sledují fyziologické funkce. Jedná se o monitorování krevního tlaku, vědomí, dechové frekvence, pulsu, tělesnou teplotu ale i diurézu a saturace kyslíkem. Zjišťování hodnot se provádí v časových intervalech. Důležitou součástí je zaměření se na ránu, odpady a jejího okolí. Při výskytu otoku jsou vhodné ledové polštářky. Pacient po celou dobu zaujímá polohu na zádech s extenzí a vnitřní rotací, mezi nohy je vložen abdukční klín, proti luxaci. Sestra se rovněž zaměřuje na hodnotící škály, funkčnost katetrů, příjem potravin či vyprazdňování.

Již po operaci bez známek nevolnosti či zvracení je pacientovi podána večeře dle příslušné diety. V časových intervalech jsou prováděny pravidelné odběry krve pro zjištění krevních ztrát a infekce. Rovněž sestra sleduje a tlumí bolest, podává léčiva předepsané doktorem a v rámci TEN onemocnění přikládá elastické bandáže a aplikuje antikoagulační léčbu. Předpokládaná doba hospitalizace se předpokládá na 7-10 dní, poté pacient odchází domů, lázeňské terapie nebo rehabilitačního oddělení a překládá se do ortopedické ambulance. Dle hojení se desátý den odstraňují stehy (Kociánková, 2016).

1.6 Komplikace

Operace není bez rizika, avšak zůstává malá četnost komplikací. Předoperační péče napomáhá předcházet pozdějším komplikacím, a proto je nutné se na ni zaměřit. Nejenom předoperační příprava předchází komplikacím, ale i operační technika, aseptický přístup, zdravotní stav operovaného ale i zdravotní personál a jejich dovednosti. Nutností je uvědomit si, že umělá endoprotéza není součástí biologické stavby lidského těla, proto je důležité mít na paměti riziko infekce v operované části, dalším rizikem, které je nutné podotknout je fakt, že endoprotéza nedrží věčně a po určité době se opotřebí. Následkem opotřebení je indikována reimplantace. Která je indikována i v případě vykloubení kyčelního kloubu. Komplikace lze rozdělit dle jejich působení na peroperační, během operace a bezprostředně v pooperačním období, časné do 6-8 týdnů a pozdní. Peroperační komplikace se řeší již na operačním sále či bezprostředně po operaci. Časné komplikace bývají v důsledku nedodržení léčebného režimu (Dung, 2014).

1.6.1 Peroperační komplikace

Poranění periferních nervů – mezi závažné komplikace je poranění periferních nervů při operaci. Vzniká u 3 % lidí ze 100 %. Následkem poranění vzniká ztráta nervového vedení. Nervy se mohou obnovit, ale nemusí. Jedná se o nervy inervující dolní končetinu o nervus ischiadicus a nervus femoralis. Mezi příčiny vznikajícího poranění je stavba epidurální tkáně, místo manipulace, pohyblivost nervů a doba trvání. Předcházení spočívá v operačním postupu a přístupu operátora.

Cévní poranění – Cévní poranění je jeden z méně častých komplikací. Mezi faktory ovlivňující poranění je cévní onemocnění. Častěji postihuje ženy, kvůli anatomickému postavení. Nejčastější forma poranění je penetrace při vytlačování cementu a tržná rána.

Poranění projevující se krvácením a poklesem krevního tlaku a vzestupu pulsu. Nutností je sledovat vzhled rány, prosáknutí rány, odchod krve do drénu a celkový stav pacienta. Lékař při nutnosti podává transfuzní přípravek. Krvácení lze zjistit i snížením hemoglobinu v krvi pod 90 g/l (Abdel & Valle, 2017).

Infekce v oblasti endoprotézy-jedná se o jednu z nejzávažnějších komplikací, kvůli ohrožení funkce endoprotézy. Při infekci lékař okamžitě stanovuje revizi rány, drenáž či laváž společně s antibiotickou léčbou. Původcem je nejčastěji infekce *Staphylococcus aureus* či *epidermis*. Důvodem může být i snížená obranyschopnost jedince či ložisko infekce, jako je močová infekce, zubní váček, gynekologické záněty (Dung, 2014).

Periproteická zlomenina – týkající se stehenní kosti. U většiny případů je nutná operace a výměna implantátu. Důvodem zlomenin je uvolnění endoprotézy (Abdel & Valle, 2017).

1.6.2 Časná komplikace

TEN – Cílem léčení TEN nemocí je předejít plicní embolii. Riziko vzniku je až 40-60 %. Účinnou prevencí, se zamezuje vzniku. Proti vzniku aplikujeme léky na úpravu srážlivosti krve, po dobu 6 týdnů. Další prevencí je přiložení elastických bandáží na dolní končetiny od konečku prstů nad kolena (Dung, 2014).

Luxace – vykloubení kyčle nastává je-li pacient neklidný či nezvládá mobilizaci. Pro zjištění provedeme RTG, při potvrzení nastává repozice. V tomto případě klademe důraz na následné dodržování léčebného režimu. Projevuje se bolestí, zkrácením končetiny a omezením pohybu v kyčelním kloubu. Luxace může být dvěma směry (Dung, 2014; Abdel & Valle, 2017).

1.6.3 Pozdní komplikace

Zlomenina endoprotézy-nejčastěji týkající se stehenními komponenty, rozlomenými v lůžku. Nastávají při zátěži, nejčastěji se jedná o uvolnění kostního lůžka. Vzniká při odvápnění v okolí endoprotézy. Častějšími komponenty jsou cementové náhrady, při kterém jde značně vidět posun. Léčba spočívá ve výměně (Abdel & Valle, 2017; Dung, 2014).

1.7 Soběstačnost

Po operační době hospitalizace pacienta vedeme k soběstačnosti. Cílem je docílit nejkvalitnější soběstačnosti ve všech směrech denních činností a docílení pocitu pohody. Od začátku hospitalizace vedeme ADL záznam, taktéž záznam denních činností. Maximální a minimální počet bodů je 0-100, při čemž 100 bodů ukazuje soběstačnost v rámci všech činností. Pacienti dosahující méně než 40 bodů, potřebují pomoc druhých, u těchto pacientů se objevují nedostatky v základní péči a rozvíjí se imobilizační syndrom (Beharková & Soldánová, 2019).

1.8 Sebepečce

Sebepečce v ošetrovatelství je chápána jako péče o sebe sama a jeho zvládání. Při nemožnosti sebepečce vyžaduje pomoc druhé osoby. Sebepečce klasifikuje dle škály M. Gordon. Dle 6 stupňů, kdy 0 vyznačuje nezávislost a soběstačnost, 1 ukazuje na minimální pomoc, ale při většině vše zvládá sám, 2 ukazuje další stupeň, při kterém je důležité dohlížení, 3 stupeň vyžaduje až 75 % pomoci po ostatních či přístroje. Ve 4 stupni je pacient zcela závislý na druhé osobě a dohledu. Poslední stupeň je řazen jako absolutní deficit sebepečce, kdy poškozený nezvládá žádnou aktivitu, a musí se zajistit komplexní péči. Faktory ovlivňující sebepečce vychází z celku sama sebe, věku, pohlaví, nemoci, působících vlivů, zvládání bolesti apod. Po hodnocení kvality soběstačnosti i sebepečce, lze stanovit ošetrovateľské diagnózy a jejich intervence (Halmo, 2014; Beharková & Soldánová, 2019).

1.9 Edukace

Edukace pacienta s diagnózou TEP kyčelního kloubu provádí zdravotnický tým skládající se z lékařů, sester, fyzioterapeutů, nutričních terapeutů. Cílem ošetrovateľského týmu je zlepšit kvalitu života a navrátit pacienta do normálního života bez bolesti a pohybového omezení. Úspěšnost návratu závisí na přístupu jedince a jeho využití poznatků (Svěráková, 2012).

1.9.1 Předoperační edukace

Před operací TEP kyčle je pacient edukován o předoperační přípravě, pooperačnímu období, cvičení a pomůckách, které si zajistí před operací do domácího prostředí. Jedná

se o ortopedickou obuv, sedačku do vany, protiskluzové podložky do vany, madla do koupelny a WC, nástavec na WC, francouzské berle, chladící polštářky, nazouvací lžíce, abdukční polštářek, navlékač ponožek, ruční podavač a elastické bandáže či ponožky. Dále je pacient edukován o věcech potřebných k dennímu fungování, průkazech totožnosti a výsledcích předoperačního vyšetření. V rámci předoperační edukace fyzioterapeut nacvičuje chůzi a cviky, které pacienta budou doprovázeny po celou dobu hospitalizace. Při zvýšené tělesné hmotnosti se doporučí redukce, aby se přeshlo hrozícím komplikacím (Novotná, 2014).

1.9.2 Pooperační edukace

Edukace po výkonu je stejně důležitá jako před výkonem. Zdravotnický tým edukuje o pooperačním období, rehabilitaci, režimovém opatření a následné péči. Hlavními úkoly sester v tomto období je neustálé opakování postupů a sledování celkového stavu. Upozorňování na nedostatky a chyby a jejich opravování. Po operačním výkonu není nastolena žádná dietní opatření (Novotná, 2014).

1.10 Rehabilitace po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Důležitou součástí péče o pacienty s TEP kyčle je důkladná rehabilitace. Rehabilitace se snaží zmírňovat důsledky postižení. Snahou rehabilitace je dosáhnout stavu před vzniknutí onemocnění, úrazu (Švestková, et al., 2017).

Rehabilitační léčba kyčle souvisí s oblastí pánve, svaly a bederní páteře. Rehabilitace vyžaduje vhodně zvolené kompenzační cvičení na uvolnění, protahování a posilování. Rehabilitační forma by měla být prováděná uceleně se spoluprací léčebné rehabilitace, pracovní rehabilitace, sociální rehabilitace, psychologické a pedagogické rehabilitace (Levitová & Hošková, 2015; Kubíček, et al., 2018).

Z časového hlediska rehabilitaci rozdělujeme na předoperační, pooperační a následnou. Pro ucelení rehabilitace je potřeba si předem připravit individuální rehabilitační plán, založený z anamnestického vyšetření, klinického vyšetření, ergoterapeutického vyšetření a kineziologického vyšetření (Buchtelová, 2014).

Cílem rehabilitační péče po totální endoprotéze kyčle je nácvik chůze s berlemi, vertikalizace a edukace o vyvarování se nesprávných pohybů. Po celou dobu

hospitalizace fyzioterapeut provádí rehabilitaci dle individuálního plánu lišící se dle oddělení. Rehabilitace je individuálně určena dle stavu pacienta, operatéra a rentgenovým nálezem (Dung, 2014; Vytejšková, 2011).

1.10.1 Předoperační rehabilitace

Předoperační období zahrnuje péči o klouby před implantací TEP. Cílem je dosáhnout zlepšení stavu pacienta a jeho odbornost, vysvětlení a nácvik pohybu. Tato příprava zahrnuje rehabilitaci fyzikální a léčebně tělesnou. Léčebně tělesná rehabilitace spočívá v uvolnění zkrácených svalů, chůzi s berlemi, nácviku zanožení, cévní a dechovou rehabilitaci, psychoterapii a instruktáží sebeobsluhy. Fyzikální terapie se skládá z elektroterapie, termoterapie, hydroterapie a fototerapie (Horelica, et al., 2017).

Elektroterapie

Elektroterapie je léčba za pomoci elektrické energie, stimuluje nervy a svaly elektrickým proudem, který se během procesu střídá. Podporuje procesy ve tkáních, tlumí bolest, uvolňuje svalstvo a otoky. Svým působením má vliv na krevní oběh a látkovou výměnu. Může být využita během lázeňské léčby. Elektroléčba zprostředkovává ultrazvuk, laser, diadynamické proudy, interfrekvenční proudy (Horelica, et al., 2014).

Termoterapie

Termoterapie se zabývá léčbou pomocí tepla a chladu aplikací na tělo. Při indikaci implantace se používá pozitivní termoterapie. Na nichž se přivádí teplé a horké podněty. Terapie účinkuje na cévní systém, uvolňuje křeč a svalstvo, zlepšuje činnost orgánů, tlumí bolest. Teplota vzduchu při terapii se pohybuje od 24-29 °C a voda o 10°C více. Aplikace se provádí formou celkové nebo lokální aplikace. Celková termoterapie aplikuje vodní a parní lázně, saunu nebo peloidní (přírodní) koupel či zábal. Lokální aplikuje parapeloidné zábaly či obklady, parafín, peloid a Heuffeho koupel (Horelica, et al., 2015).

Hydroterapie

Léčba pomocí střídání studené a teplé vody, zlepšující pohyb a svaly. Účinkuje na hospodářství tepla, nervový systém, látkovou výměnu, krevní oběh a kůži. Metoda využívá 6 typů vodoléčby včetně cvičení v bazénu. Do vodoléčby patří perličková koupel, vířivá masáž, vířivá koupel, podvodní masáž, skotské stříky minerální koupele, uhličitě koupele. Lze využít různé druhy přísad pro vyšší účinek (Horelica, et al., 2015).

Fototerapie

Fototerapie je léčba světelnými paprsky s pomocí infračerveného záření. Infračervené záření působí prospěšně na tkáně, svaly a klouby. Fototerapie je ovlivněna délkou záření, frekvencí a absorbcí. Využití našla především v léčbě chronické bolesti v oblasti pohybového aparátu (Ettler, 2014; Praško, et al., 2011).

1.10.2 Pooperační rehabilitace

O rehabilitačním režimu pacienta poučí fyzioterapeutka, již před operací přichází za pacientem a představuje rehabilitaci. Cílem pooperační péče je včasná rehabilitace bez zátěže operované končetiny společně s nácvikem sebepéče a soběstačnosti (Kociánková, 2016).

Rehabilitace se uplatňuje již v den operace s pomocí kompenzačních pomůcek.

0. Den - Pacient leží na zádech, má omezený pohyb, mezi kolenními klouby je vložen abdukční klín proti luxaci.
1. Den po operaci - Fyzioterapeut posuzuje pacienta dle tzv. kineziologického vyšetření. Pacient začíná s dechovým cvičením, a cévní gymnastikou. Rovněž aktivně cvičí hlezenní klouby a prsty na nohách. Ze svalů se zaměřuje na m. quadriceps a m. maximus gluteí. Dle zhodnocení lékaře může být využita motorová dlaha.
2. Den po operaci - Druhý den opakuje cvičení z prvního dne, zvolna se přidává kondiční cvičení, posilují se horní končetiny a zdravá dolní končetina. Pacient poprvé sedá z postele. Připojuje se aktivní cvičení kyčelního kloubu flexe do 90° a abdukce.
3. Den po operaci - Třetí den je snaha o postoj a nácvik chůze s pomocí dvou francouzských berlí. V tento moment pacient drží všechnu váhu na horních končetinách.
- 4-7. den po operaci - Další dny se zvyšuje intenzita cvičení. Pacient cvičí na břiše, v sedě, nacvičuje sed na zvýšenou židli, prodlužuje se vzdálenost chůze. Samostatně se rozvíjí sebepéče a soběstačnost v rámci oddělení. 7. den po operaci lze pacienta přeložit na jiné zdravotní zařízení.

8-14. den po operaci - Poslední dny hospitalizace je snaha o chůzi po schodech. Všechny uvedené cviky se opakují každý den hospitalizace.

Pohybový režim pacienta je za pomoci francouzských berlí. Klade se důraz na správnost chůze. Při chůzi pacient nejprve položí berle, poté se pohybuje nemocná končetina, nakonec zdravá, chůze je vzpřímená a kroky jsou stejně dlouhé. Pata se pokládá dříve jak špička. Při chůzi po schodech přikládáme obě berle operovanou končetinu, a nakonec neoperovanou končetinu. Do schodů jde nejdříve zdravá končetina, dále přikládáme operovanou a nakonec berle.

Edukace ze strany fyzioterapeuta spočívá v pravidelném cvičení, při kterém každý cvik opakujeme 5x-10x. Po každé cvičné fázi následuje uvolnění, při kterém lze aplikovat dechové cviky (Buchtelová , 2014; Dung, 2014).

1.10.3 Následná rehabilitace

Následnou rehabilitaci pacient provádí samostatně bez pomoci. Před propuštěním pacient dostává edukační leták o správné rehabilitaci, dle které se řídí (Kociánková, 2016).

Vlivem nezájmu může docházet k chybám při cvičení až k patologiím. Problém lze eliminovat lázeňským pobytem, nebo pobytem na rehabilitačním oddělení. Při čemž pacient rovněž navštěvuje ambulantní rehabilitační provoz při dohledu personálu. Po 3 měsících pacient postupně odkládá berle, do půl roku se vrací do každodenního života (Dung, 2014; Buchtelová , 2014).

1.11 Režimové opatření

Režimové opatření po TEP kyčelního kloubu usnadňují návrat do běžného života, eliminují komplikace. Na režimovém opatření se podílí celý ošetrovatelský tým. Opatření zahrnují antiluxační zásady, chůzi, péči o jizvu, kompenzační pomůcky, sebeobsahu, prevenci tromboembolických onemocnění a základní cviky. Délka dodržení opatření závisí na jedinci, operačním přístupu a hodnocení operátora. Část opatření se musí dodržovat celoživotně.

Antiluxační zásady je nutné dodržovat nejméně 3 měsíce od operace. Jde o opatření k zamezení překřížení nohou. K tomuto pomáhá abdukční klín, molitanové vložky, polštáře. V poloze na zádech. Zákazem je vytáčení končetiny zevně, hluboké předklony,

sedání na hluboké, nízké židli, WC. Kyčel musí být vždy výše než koleno. Chůze po operaci je vždy s berlemi, berle odstavuje operující lékař. Dohlíží se na vzestup hmotnosti, popřípadě je indikována redukce. Nedoporučuje se zvedat těžká břemena. Operační ránu je nutné udržovat v čistotě, pravidelně promašťovat a masírovat jizvu směrem k jizvě. Z operační rány nestrhávat strup a omezit sluneční záření společně se saunou a využívání solárií. Pro usnadnění života lze využívat kompenzační pomůcky. Kompenzační pomůcky jsou částečně či plně hrazené zdravotní pojišťovnou. Základy sebeobsluhy jde zajistit pomocí pomůcek. Protože implantace umožňuje plnohodnotný život lze i po ní aktivně provádět sporty, avšak s 6 měsíčním odstupem a pomalým zatěžováním. Z oblasti sexu platí stejné omezení jak při sportu. Neřídít automobil po dobu 6 týdnů od operace, jízda jako spolujezdce lze, vstupování do automobilu z boční strany s nataženou operovanou DK. Preventivně po dobu 6 týdnů od operace se přikládají kompresivní punčochy či pružná obinadla. Obinadla se motají až po kolena za pomoci druhé osoby. Preventivně se předchází tromboembolickým nemocím (Novotná, 2014).

1.12 Komunikace

Správná komunikace mezi zdravotníky a nemocným napomáhá k porozumění nemoci a léčby. V komunikaci bychom měli navodit povzbuzení, projevovat a reagovat na emoce, a především umět navodit uvolnění. Důležitým aspektem je správné používání neverbální projevů, mluvit srozumitelně a navázat oční kontakt. Z cílené komunikace získáváme otázky, z nichž vyvozujeme závěry. Při nesprávné komunikaci v jedinci můžeme navodit pocity strachu, zátěže, ale také somatické potíže jako je porucha stravy, spánku nebo vyprazdňování (Šamánková, 2011).

V nemocničním zařízení komunikace slouží především k předávání informací, instruktáži, k motivaci pacientů, a určení osobnosti. Zdravotní personál vždy dává prostor posluchačovi na případné dotazy, aby nedošlo k dezinformacím. Komunikační proces je individuální a odvíjí se od věku a zdravotního stavu jedince (Zacharová, 2016).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života před a po totální endoprotéze kyčle. Cílem bakalářské práce je zmapovat kvalitu respondentů před a po operačním výkonu. Pro tento cíl byly určeny 3 výzkumné otázky.

1. Jak se u pacientů změnila psychosociální oblast ve srovnání se stavem před operací?
2. Jak pacienti hodnotí běžné denní činnosti, pracovní a společenský život ve srovnání se stavem před operací?
3. Jak pacienti dodržují režimové opatření?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou metodu jsem zvolila kvantitativní výzkum, za účelem oslovit více respondentů. Jedná se o nestandardizovaný dotazník (viz. příloha 1), obsahuje 28 otázek, z nichž je 23 otázek uzavřených, 4 polouzavřené a 1 otevřená. Dotazník obsahoval stručné představení tématu a seznámení s účelem výzkumu, ujištění, že se jedná o dotazník anonymní, poděkování respondentů a vysvětlení způsobu vyplnění. Dotazník byl sestaven tak aby, jednotlivé položky v dotazníku po vyplnění odpovíděly na výzkumné otázky a stanovený cíl.

V dotazníku se vyskytují, čtyři otázky k zjišťování sociodemografických údajů. K první výzkumné otázce: „Jak se u pacientů změnila psychosociální oblast ve srovnání se stavem před operací?“ byla vyčleněna čísla otázek: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12. K druhé výzkumné otázce: „Jak pacienti hodnotí běžné denní činnosti, pracovní a společenský život ve srovnání se stavem před operací?“ byla vyčleněna čísla otázek: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22. K třetí výzkumné otázce: „Jak pacienti hodnotí běžné denní činnosti, pracovní a společenský život ve srovnání se stavem před operací?“ byla vyčleněna čísla otázek: 23, 24, 25, 26, 27 a 28.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazník byl určen pro respondenty, kteří prodělali operaci TEP kyčle. Pro oslovení byl vytvořen internetový dotazník. Pro výzkum bylo vyplněno 102 dotazníků, z čehož 2 dotazníky byly odstraněny pro nesplnění kritérií. Celková návratnost činí 100 (100 %) respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 51 (51 %) žen a 49 (49 %) mužů. Průměrný věk respondentů byl od 56 let až 65 let. Respondenti museli splnit nastavené, kritéria, minimální rozmezí 3 měsíců od operace TEP kyčle.

2.4 Popis a průběh výzkumu

Dotazník byl vytvořen v elektronické podobě a rozeslán respondentům po prodělané operaci TEP kyčle ve spolupráci a souhlasem hlavní sestry a primáře ortopedického oddělení Nemocnice svaté Zdislavy (viz. příloha 2). Výzkumná část byla prováděna od února 2021 do dubna 2021. Pro výzkum bylo odesláno 102 dotazníků, pro nesplnění kritérií byly 2 dotazníky odstraněny. Výzkum byl proveden bez komplikací.

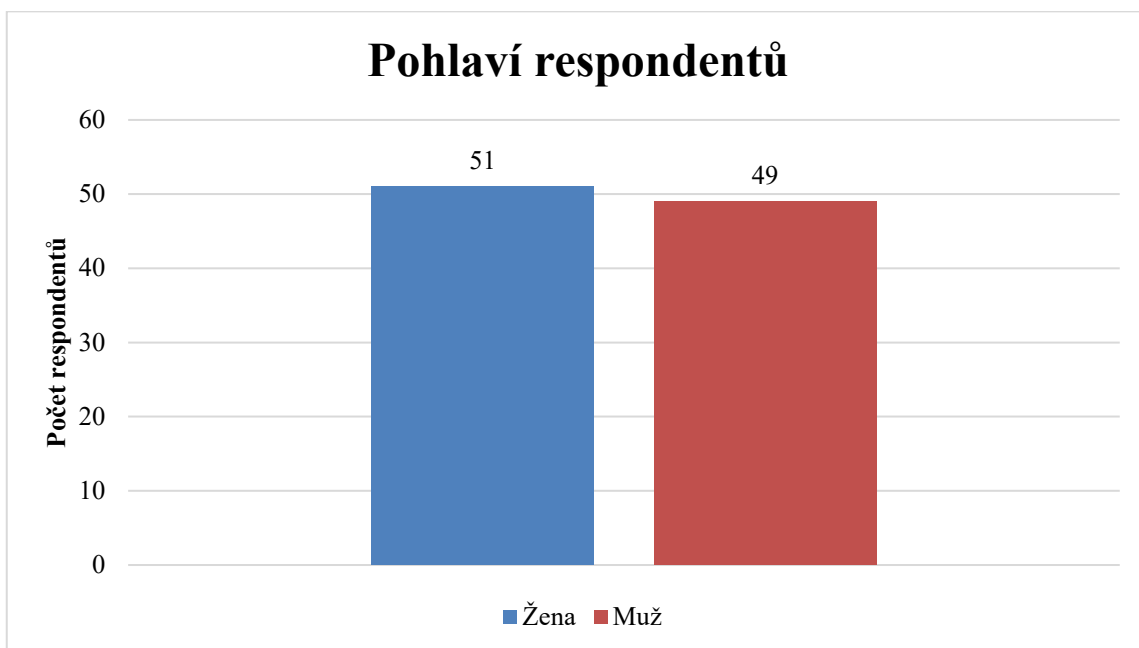
2.5 Zpracování získaných dat

Dotazník byl zpracován do elektronické podoby v programu Survival.com. Data z dotazníku byly vloženy do programu Microsoft Office Excel pro tvorbu grafů. K přepisování a shrnutí byl použit program Microsoft Office Word.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

Kapitola se věnuje grafickému zpracování jednotlivých otázek v dotazníku.

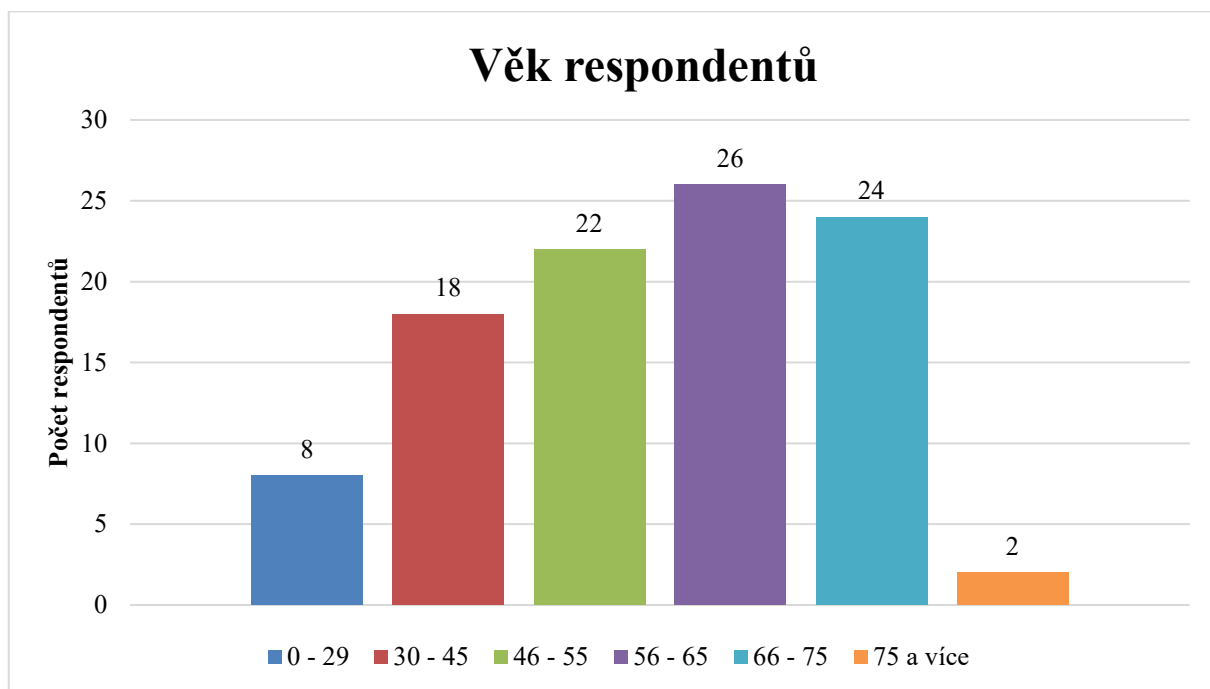
Otázka č. 1: Pohlaví



Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) bylo 51 (51 %) žen a 49 (49 %) mužů.

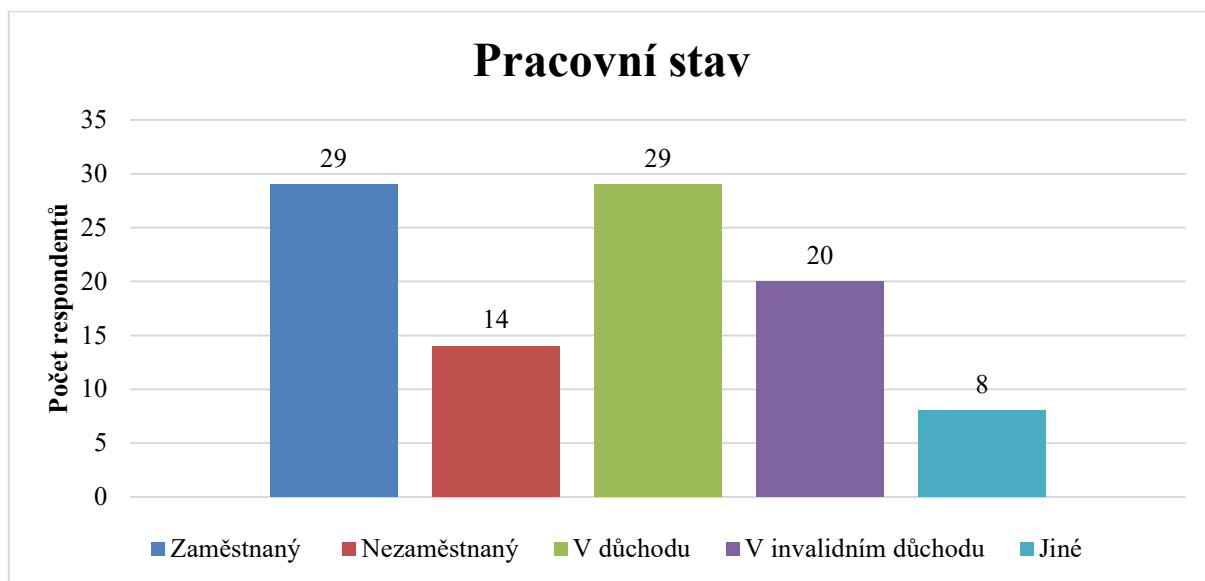
Otázka č. 2: Váš věk?



Graf 2 Věk respondentů

Graf 2 ukazuje průměrný věk respondentů ze 100 (100 %) dotazovaných bylo 8 (8 %) ve věku 0–29 let, dále 18 (18 %) respondentů je ve věku 30–45 let, 22 (22 %) respondentů je ve věku 46–55 let, 26 (26 %) je ve věku od 56–65 let, tedy nejvíce, 24 (24 %) dotázaných je ve věku 66–75 let a 2 (2 %) jsou respondenti ve věku 75 a více let.

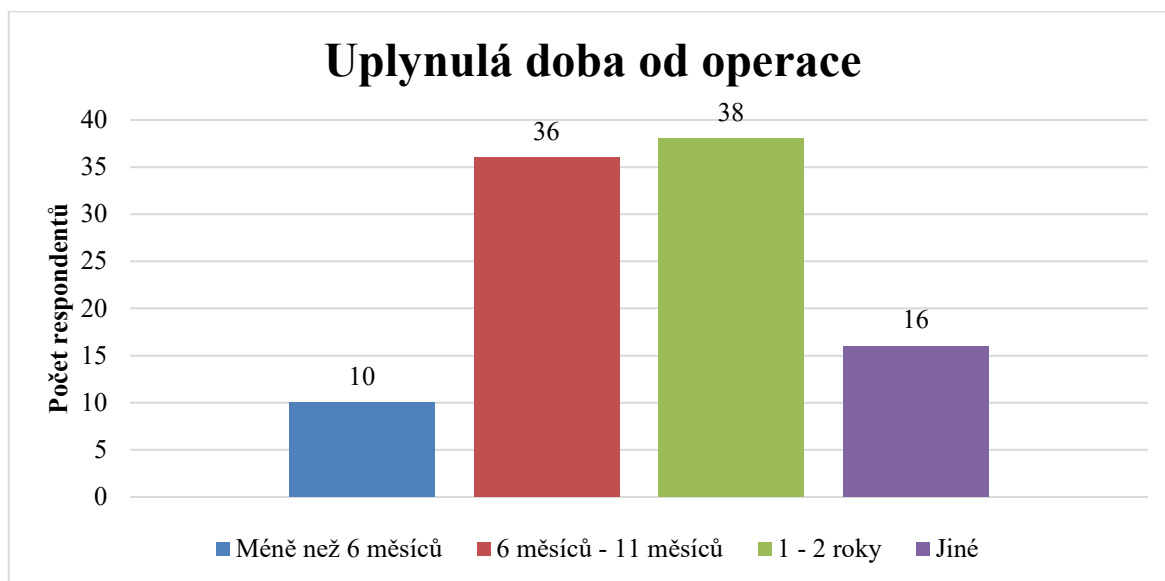
Otázka č. 3: Pracovní stav?



Graf 3 Pracovní stav

V grafu 3 je znázorněný stav 100 (100 %) respondentů k práci. 29 (29 %) respondentů označilo svůj pracovní stav jako zaměstnaný, pouze 14 (14 %) respondentů uvedlo nezaměstnanost, v důchodu pobývá 29 (29 %) respondentů, k invalidním důchodu se hlásí 20 (20 %) respondentů, zbylých 8 (8 %) respondentů uvádí pracovní stav jako jiné, jedná se o studenty a osoby výdělečně činné.

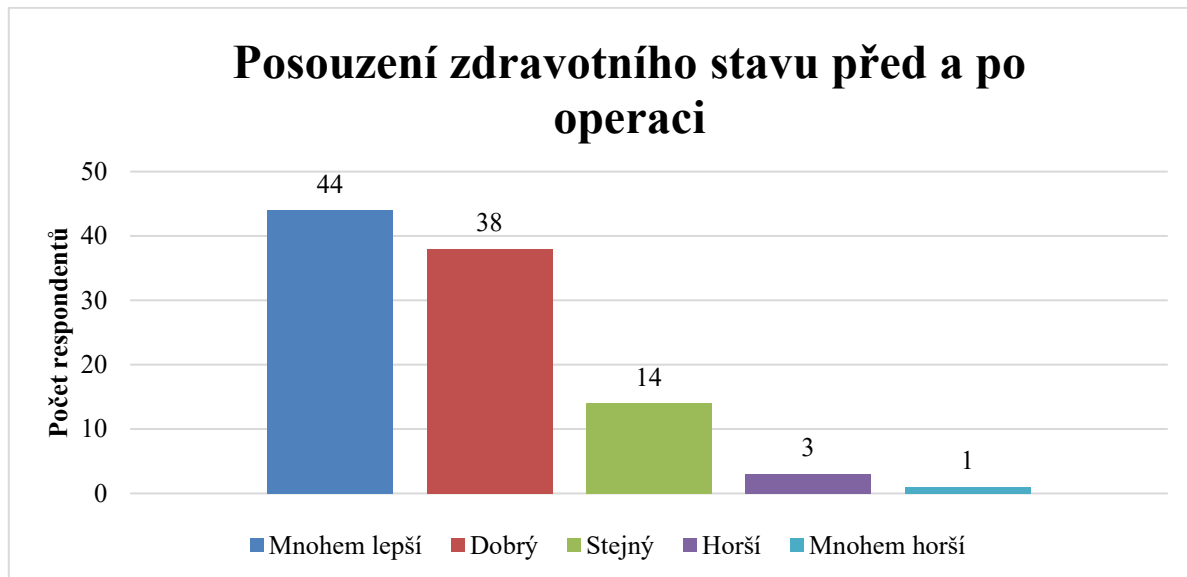
Otázka č. 4: Uplynulá doba od operace?



Graf 4 Uplynulá doba od operace

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných uvedlo 10 (10 %) odpovídajících, že jejich délka od operace je méně než 6 měsíců, 36 (36 %) označilo dobu nad 6 měsíců až 11 měsíců, 38 (38 %) uvedlo 1–2 roky od operace a 16 (16 %) uvedlo odpověď jiné, odpovědi byly od 3 roků až po 7 let.

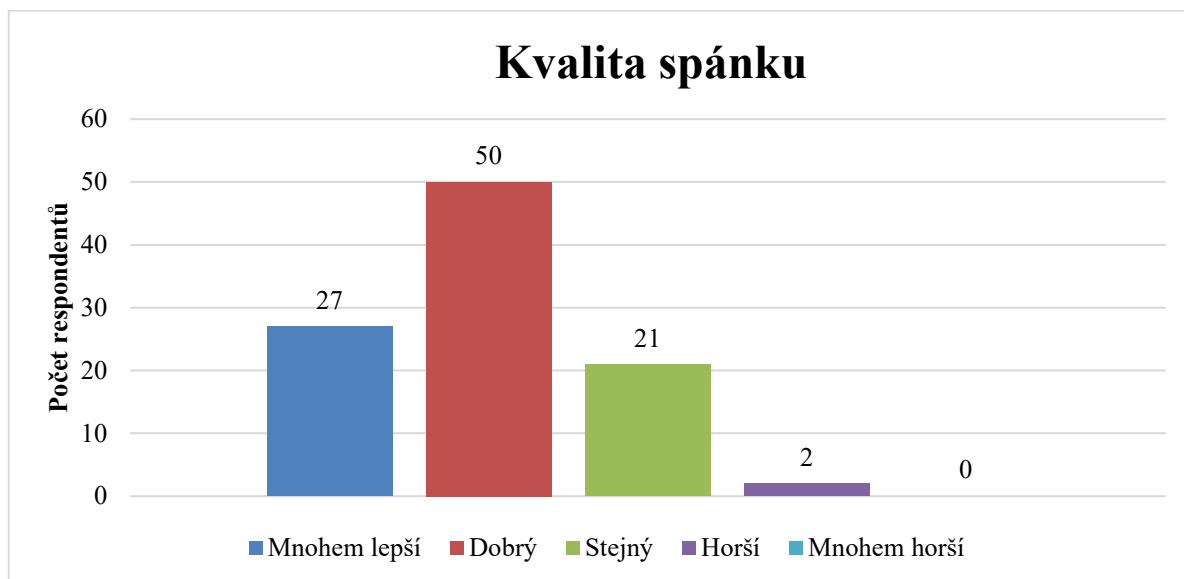
Otázka č. 5: Jak hodnotíte Váš současný zdravotní stav ve srovnání se stavem před operací?



Graf 5 Posouzení zdravotního stavu před a po operaci

Graf 5 znázorňuje změnu zdravotního stavu ve srovnání před a po operaci. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů, 44 (44 %) označilo odpověď, že se cítí mnohem lépe, dobře se cítí 38 (38 %) respondentů, stejné pocity má 14 (14 %) respondentů, hůře se cítí 3 (3 %) respondentů a 1 (1 %) se cítí mnohem hůře.

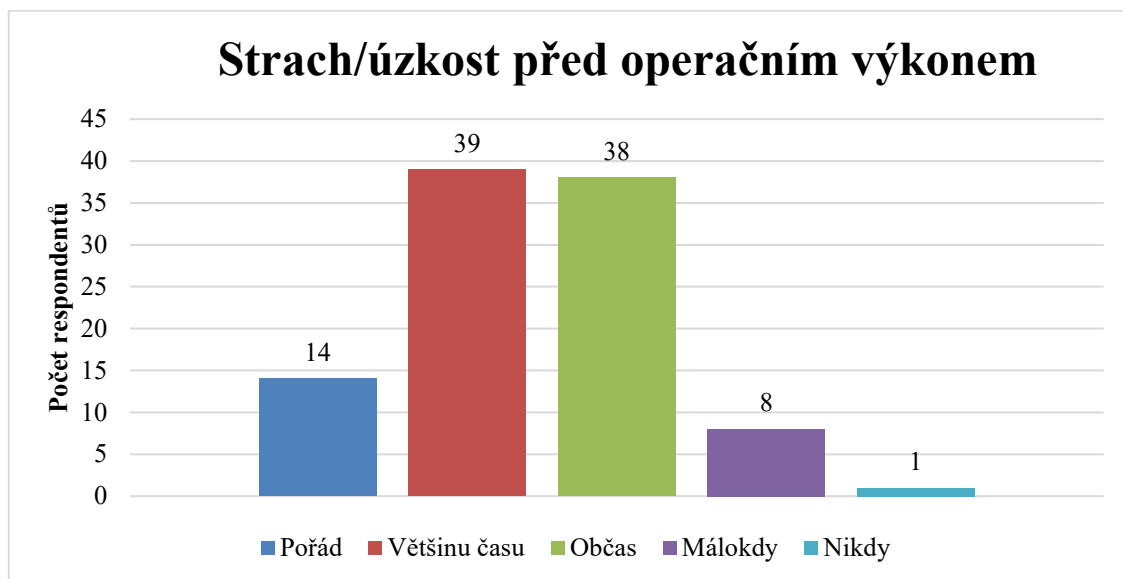
Otázka č. 6: Jak hodnotíte kvalitu spánku v posledních týdnech se stavem před operací?



Graf 6 Kvalita spánku

Graf 6 znázorňuje kvalitu spánku ve srovnání před operací a v posledních týdnech. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů, 27 (27 %) vybrali odpověď mnohem lepší, 50 (50 %) respondentů uvádí spánek, jako dobrý, 21 (21 %) respondentů má stejnou kvalitu spánku, jako před operací 2 (2 %) respondenti označili odpověď horší a 0 (0 %) respondentů neuvádí kvalitu spánku mnohem horší.

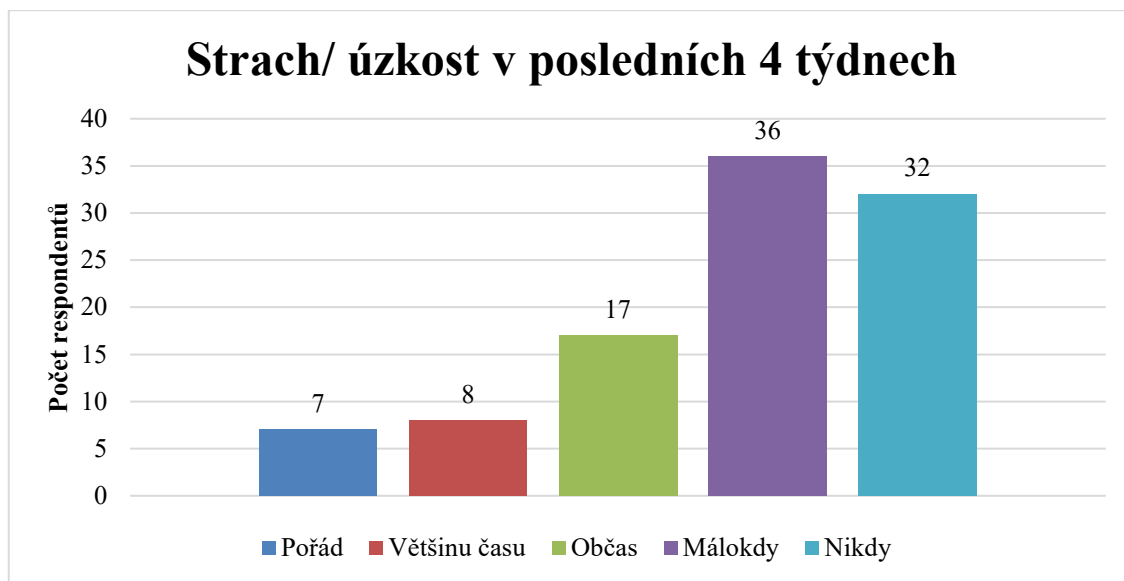
Otázka č.7: Pociťoval/a jste obavy, strach nebo úzkost v souvislosti s operačním výkonem?



Graf 7 Strach / úzkost před operačním výkonem

Z grafu 7 vyplývá, že z celkového počtu 100 (100 %) respondentů, mělo 14 (14 %) respondentů neustálou úzkost a strach z operačního výkonu, 39 (39 %) respondentů uvádí, že strach měli většinu času, 38 (38 %) respondentů pociťovalo strach občas, málokdy strach / úzkost mělo 8 (8 %) respondentů a 1 (1 %) respondent neměl nikdy strach/ úzkost z operace.

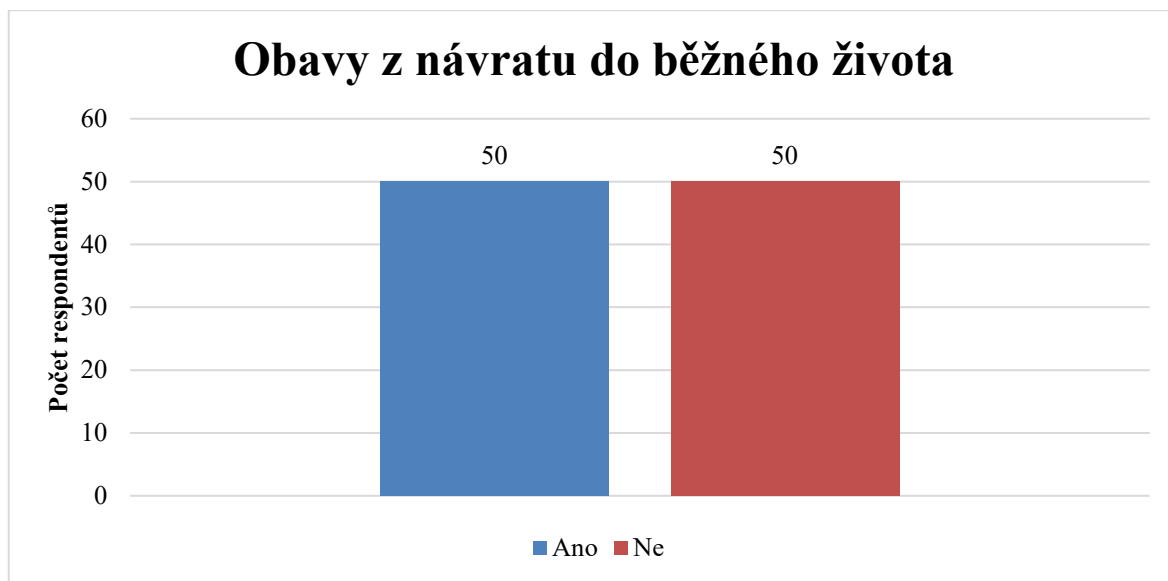
Otázka č. 8: Pociťoval/a jste v posledních 4 týdnech obavy, strach nebo úzkost?



Graf 8 Strach/úzkost v posledních 4 týdnech

Z grafu 8 vyplývají pocity strachu a úzkosti v posledních 4 týdnech. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvedlo 7 (7 %) pořád pociťují obavy. Dále 8 (8 %) respondentů uvádí většinu času, občas 17 (17 %) respondentů, 36 (36 %) respondentů pocity mají málokdy a zbylých 32 (32 %) nepociťují strach a úzkost.

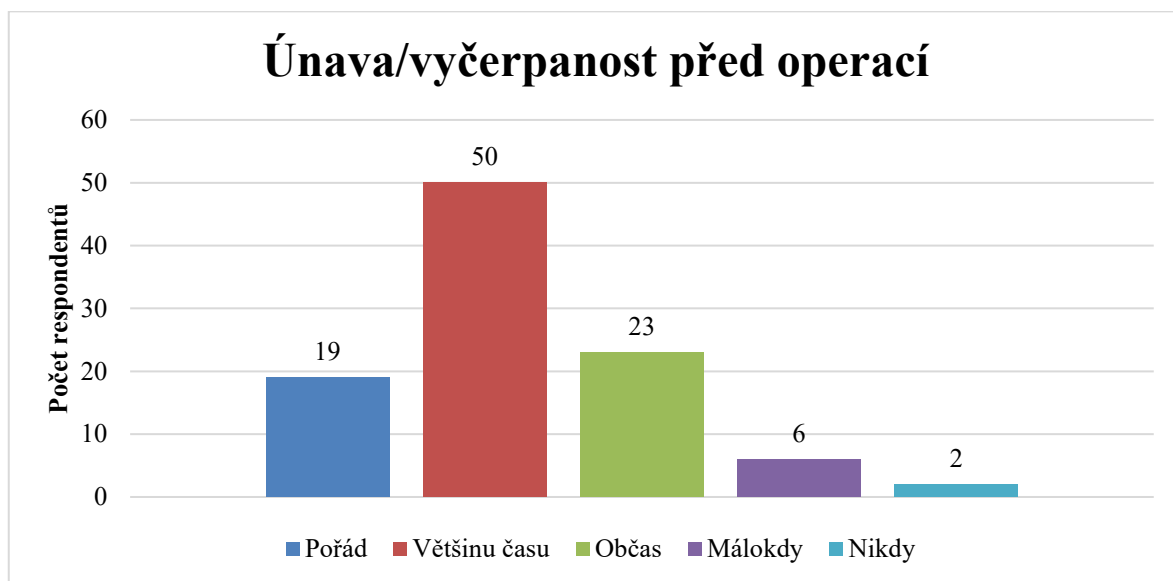
Otázka č. 9: Pociťoval/a jste před operací obavy z návratu do běžného života?



Graf 9 Obavy z návratu do běžného života

Z grafu 9 vyplývá četnost obav z návratu do běžného života. Otázka byla polouzavřená, při odpovědi ano respondenti odpovídali, z jakých oblastí měli obavy. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů odpovědělo 50 (50 %) respondentů ano, druhá polovina 50 (50 %) respondentů nemají obavy z návratu. Pod otázkou ano se vyskytovaly obavy z oblasti práce, společnosti, pohybů, sportů a obavy z návratu k běžným denním činnostem.

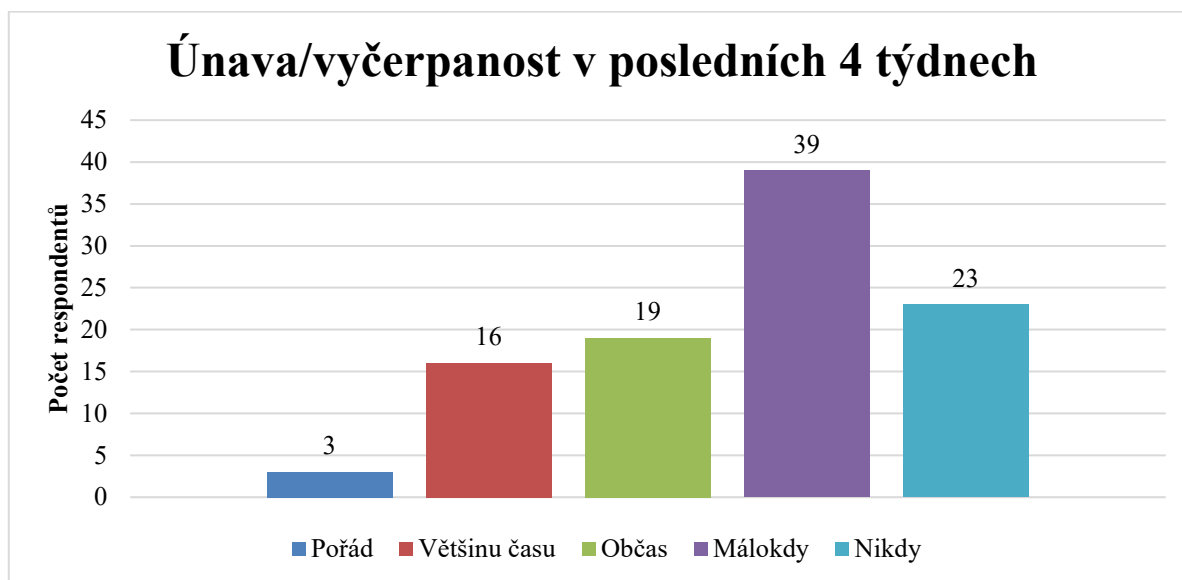
Otázka č. 10: Pociťoval/a jste únavu nebo vyčerpanost před operací?



Graf 10 Únava/ vyčerpanost před operačním výkonem

Graf 10 se věnuje únavě/ vyčerpanosti před operací. Celkový počet 100 (100 %) respondentů se rozčlenil do 5 odpovědí. Únavu a vyčerpanost pociťovalo 19 (19 %) respondentů pořád, většinu času 50 (50 %) respondentů, 23 (23 %) respondentů občas, málokdy pociťovalo 6 (6 %) respondentů a zbylí 2 (2 %) respondenti nikdy.

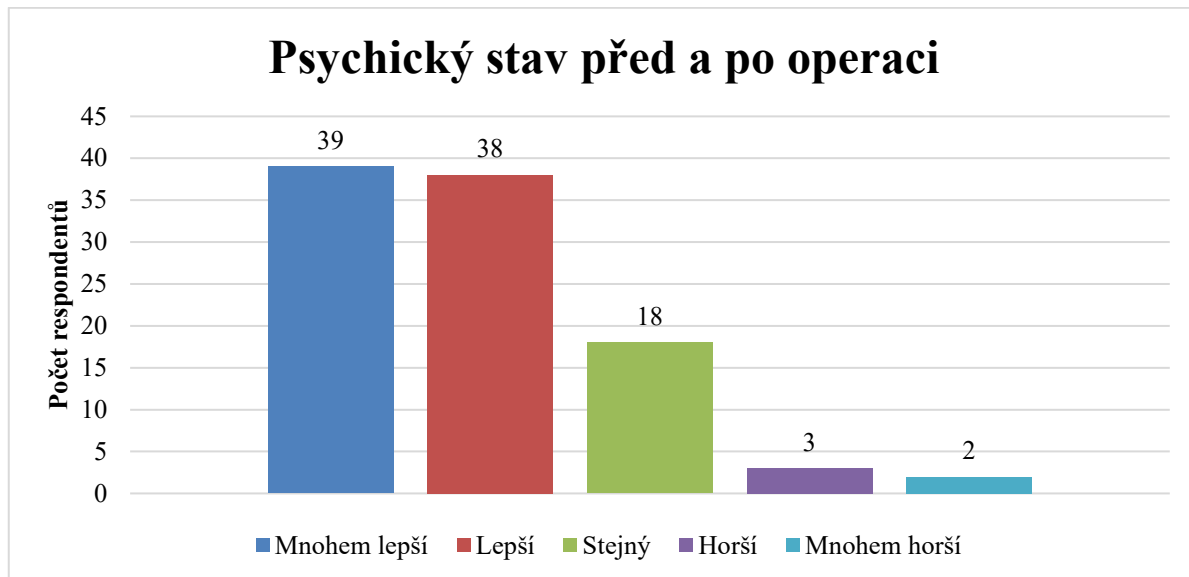
Otázka č. 11: Pociťoval/a jste únavu nebo vyčerpanost v posledních 4 týdnech?



Graf 11 Únava/ vyčerpanost v posledních 4 týdnech

Graf 11 znázorňuje únavu a vyčerpanost v posledních 4 týdnech. Z počtu 100 (100 %) respondentů, pořád pociťují 3 (3 %) respondenti, většinu času 16 (16 %) respondentů, občas 19 (19 %) respondentů. Dalších 39 (39 %) respondentů stav málokdy pociťuje a nikdy tento stav nepociťuje 23 (23 %) respondentů.

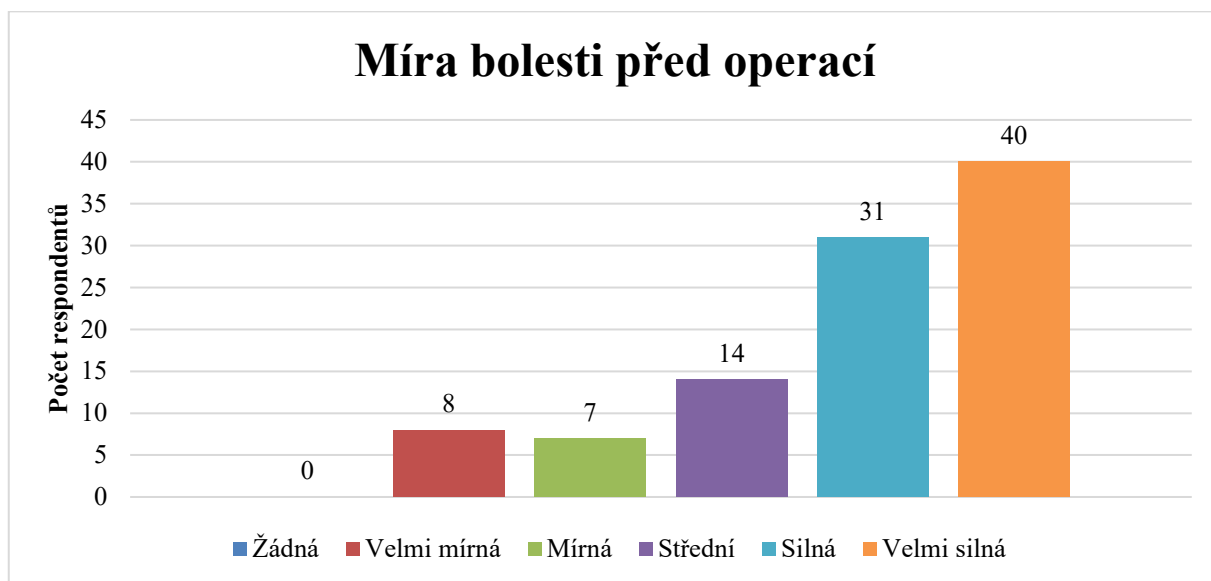
Otázka č. 12: Jak hodnotíte Váš současný psychický stav (vyrovnanost) ve srovnání se stavem před operací?



Graf 12 Psychický stav před operačním výkonem a po operačním výkonu

Graf 12 znázorňuje psychický stav 100 (100 %) respondentů před a po operačním výkonu. 39 (39 %) respondentů se cítí mnohem lépe, 38 (38 %) hodnotí psychický stav jako lepší. Dále 18 (18 %) respondentů pociťují stejný psychický stav, 3 (3 %) respondenti hodnotí stav jako horší, 2 (2 %) respondenti pociťují stav mnohem hůře.

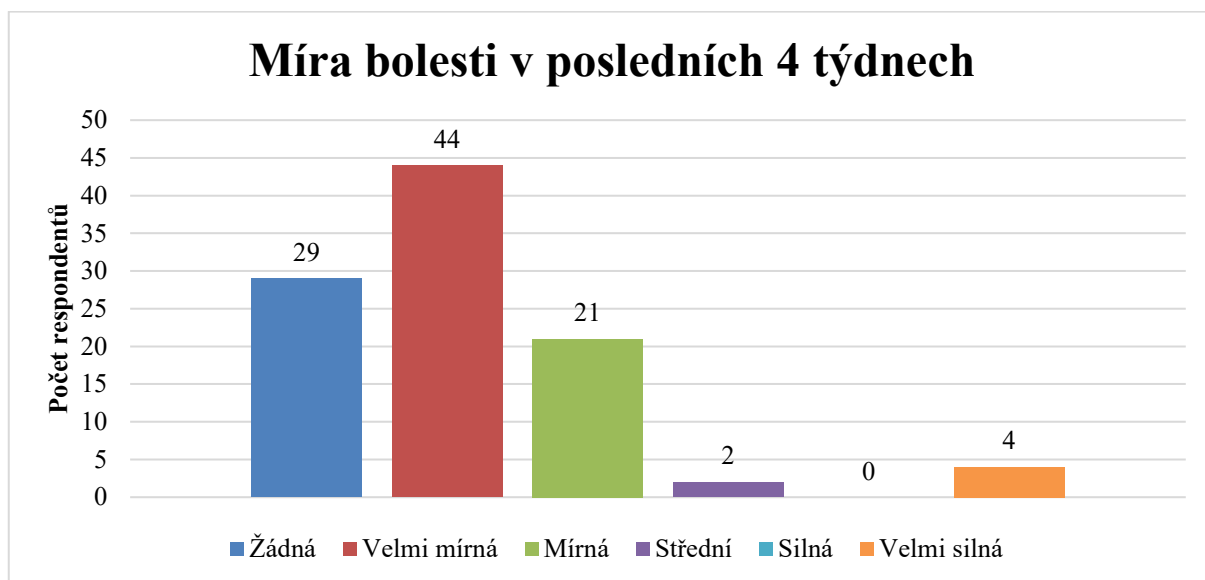
Otázka č. 13: Jak byste hodnotil/a bolest před operací?



Graf 13 Míra bolesti před operací

Ze 100 (100 %) respondentů uvedlo 0 (0 %) respondentů žádnou bolest, velmi mírnou bolest uvádí 8 (8 %) respondentů, 7 (7 %) respondentů uvádí bolest jako mírnou. Dále 14 (14 %) respondentů střední bolest, 31 (31 %) respondentů cítilo bolest silně a velmi silně pocíťovalo bolest 40 (40 %) respondentů.

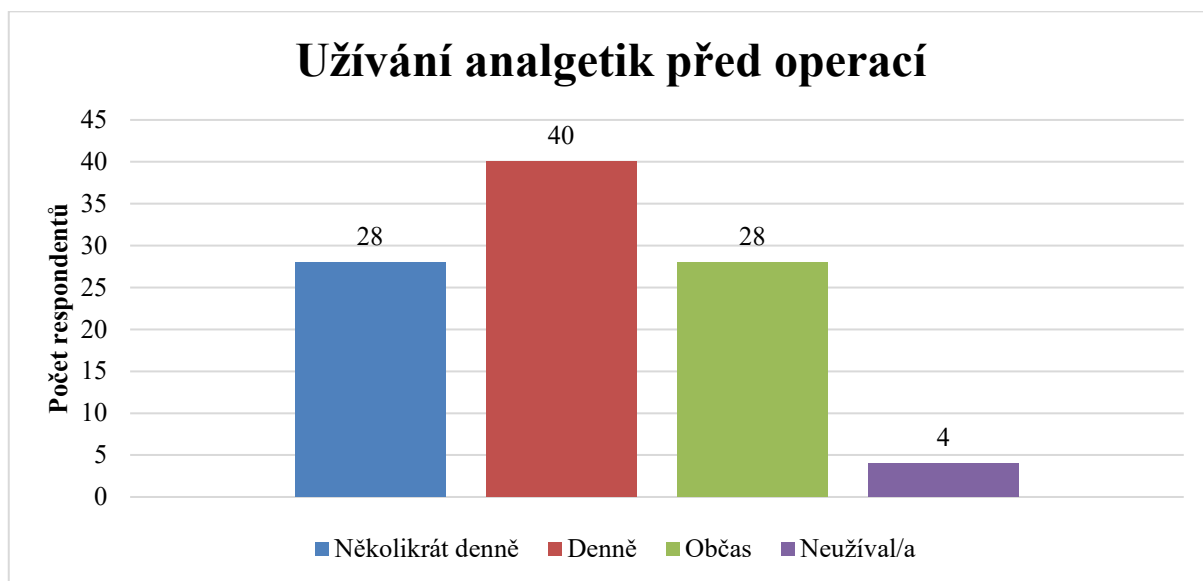
Otázka č. 14: Jak byste hodnotil/a bolest v posledních 4 týdnech



Graf 14 Míra bolesti v posledních 4 týdnech

Graf 14 se zabývá hodnocením bolesti v posledních 4 týdnech. Z počtu 100 (100 %) respondentů 29 (29 %) nepocítuje žádnou bolest, velmi mírnou bolest cítí 44 (44 %) respondentů, mírnou 21 (21 %) respondentů. Dále 2 (2 %) respondenti cítí střední bolest, silnou bolest nepocítuje žádný respondent a zbylí 4 (4 %) respondenti popisují bolest jako velmi silnou.

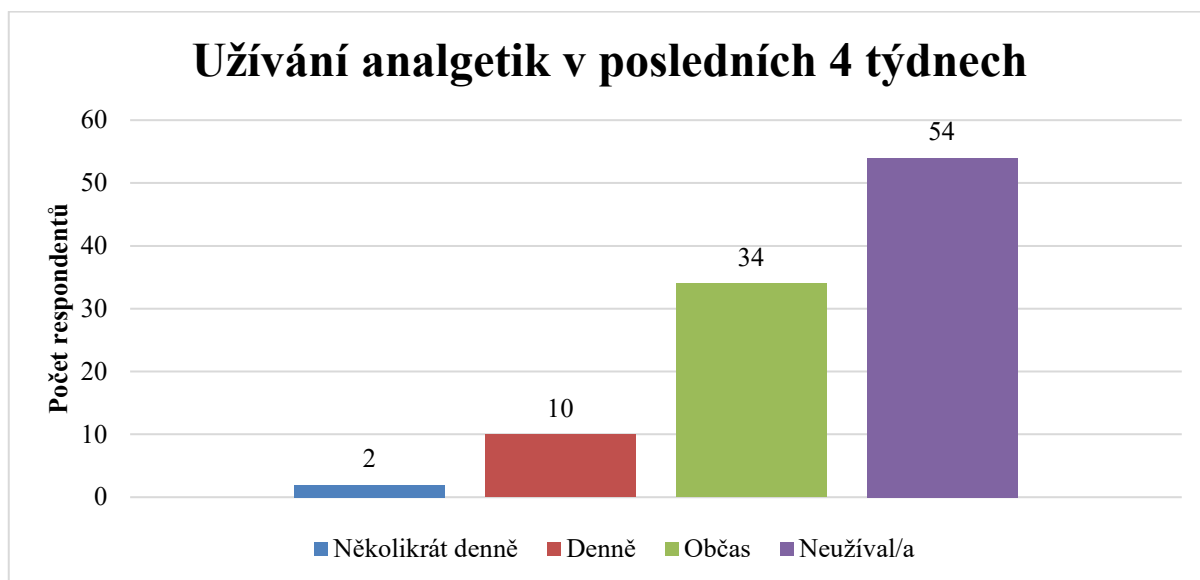
Otázka č. 15: Jak často jste užíval/a analgetika před operací?



Graf 15 Užívání analgetik před operací

Graf 15 znázorňuje užívání analgetik před operačním výkonem. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvádí, že 28 (28 %) respondentů analgetika užívalo několikrát denně, 40 (40 %) respondentů denně. Dále občas analgetika užívalo 28 (28 %) respondentů a 4 (4 %) respondenti analgetika před operací neužívali.

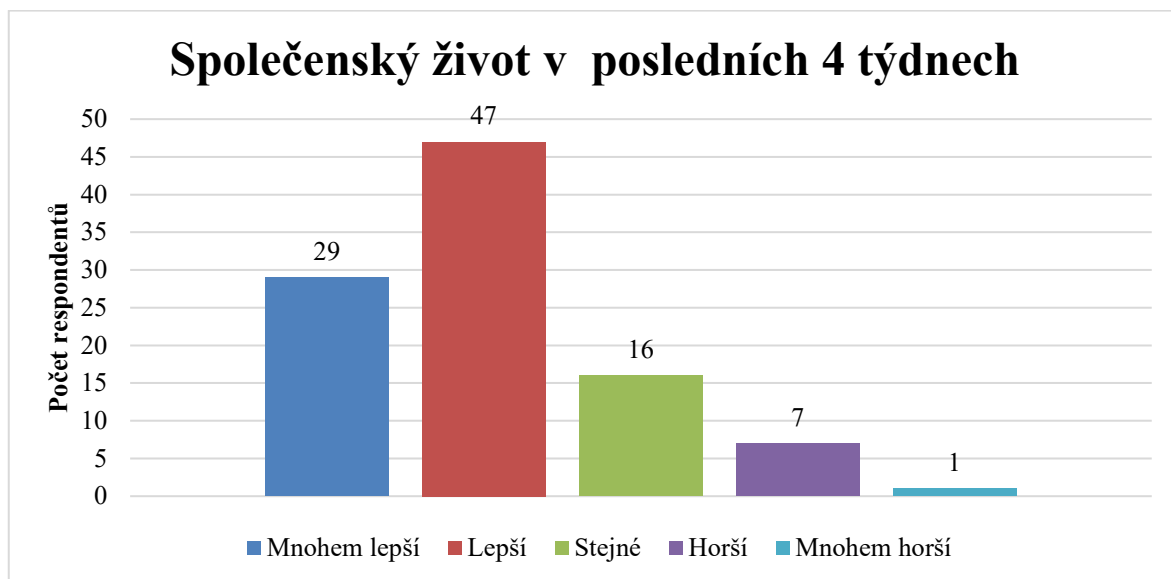
Otázka č. 16: Jak často jste užíval/a analgetika v posledních 4 týdnech?



Graf 16 Užívání analgetik v posledních 4 týdnech

Graf 16 znázorňuje užívání analgetik v posledních 4 týdnech. Ze 100 (100 %) respondentů 2 (2 %) respondentů užívá analgetika několikrát denně, denně 10 (10 %) respondentů. Dále odpověď občas označilo 34 (34 %) respondentů a zbylých 54 (54 %) respondentů analgetika neužívá.

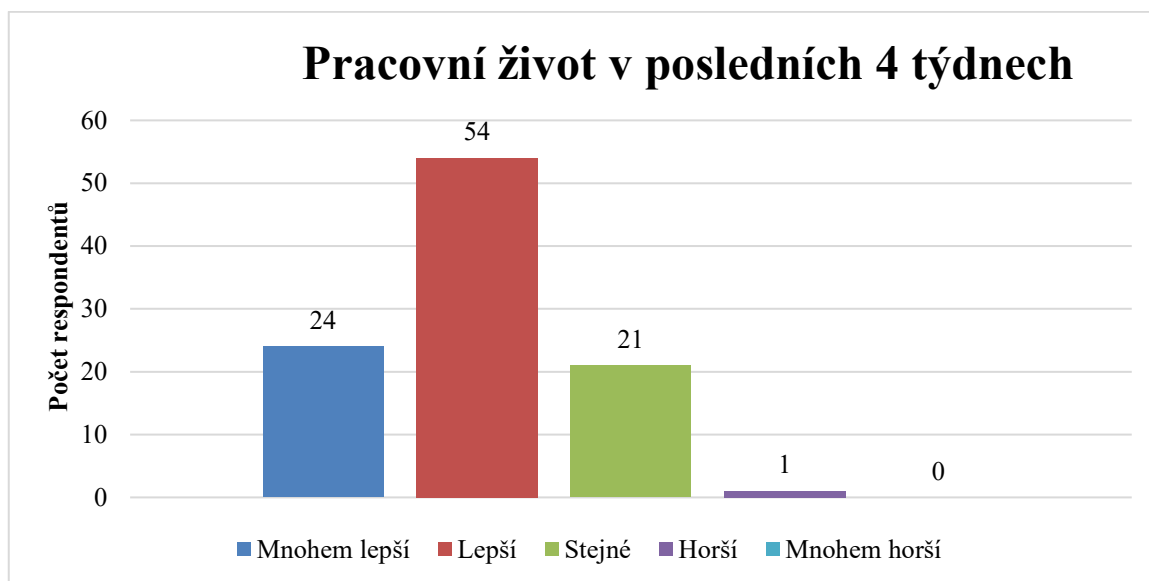
Otázka č. 17: Jak hodnotíte Váš společenský život v posledních 4 týdnech (rodina, přátelé, aktivity) ve srovnání se stavem před operací?



Graf 17 Společenský život v posledních 4 týdnech

Graf 17 znázorňuje hodnocení společenského života ve srovnání před operačním výkonem a v posledních 4 týdnech. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvádí 29 (29 %) respondentů mnohem lepší hodnocení, k lepšímu se srovnává 47 (47 %) respondentů, stejně označilo 16 (16 %) respondentů. Dále odpověď horší označilo 7 (7 %) respondentů a 1 (1 %) respondent označil mnohem horší.

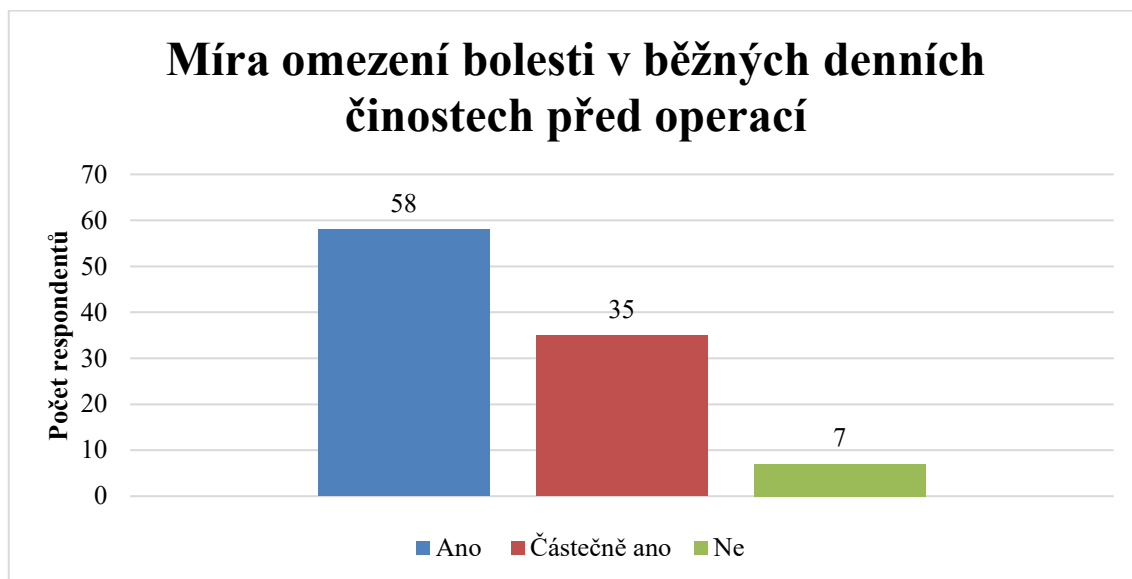
Otázka č. 18: Jak hodnotíte Váš pracovní život v posledních 4 týdnech (zaměstnání, koníčky, hlídání vnoučat, práce na zahradě apod.) ve srovnání se stavem před operací?



Graf 18 Pracovního život v posledních 4 týdnech

Graf 18 uvádí hodnocení pracovního života ve srovnalosti před operací a v posledních 4 týdnech. Celkově se zaznamenalo 100 (100 %) respondentů. Pracovní stav 24(24 %) respondentů hodnotí mnohem lépe, 54 (54 %) respondentů hodnotí stav jako lepší, stejně odpovědělo 21 (21 %) respondentů. Dále horší stav pocítuje 1 (1 %) respondent a 0 (0 %) respondentů neuvádí stav mnohem horší.

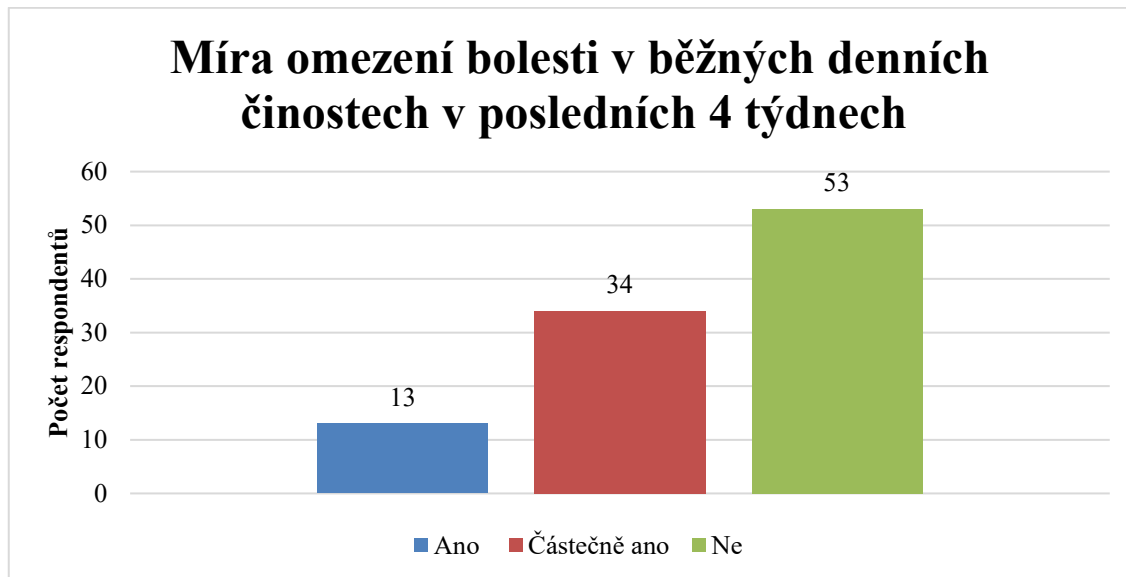
Otázka č. 19: Omezovala Vás bolest v běžných denních činnostech před operací (hygiena, oblékání, vaření, nákup, úklid)?



Graf 19 Míra omezení v běžných denních činnostech před operací

Graf 19 ukazuje ovlivnění bolesti v běžných denních činnostech před operačním zákrokem. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvádí ano 58 (58 %) respondentů. Odpověď částečně ano 35 (35 %) respondentů a 7 (7 %) respondentů bolest neomezuje.

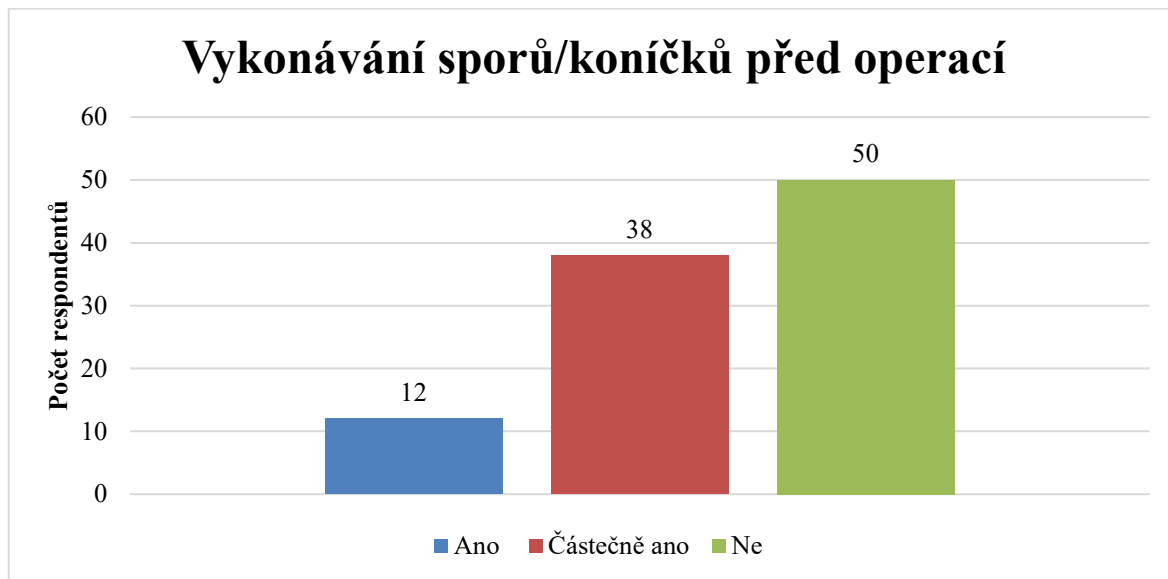
Otázka č. 20: Omezovala Vás bolest v běžných denních činnostech v posledních 4 týdnech (hygiena, oblékání, vaření, nákup, úklid)?



Graf 20 Míra omezení v běžných denních činnostech v posledních 4 týdnech

Graf 20 uvádí ovlivnění bolesti v běžných denních činnostech v posledních 4 týdnech. Z počtu 100 (100 %) respondentů ovlivňuje bolest 13 (13 %) respondentů, 34 (34 %) respondentů ovlivňuje částečně a zbylých 53 (53 %) respondentů bolest neovlivňuje.

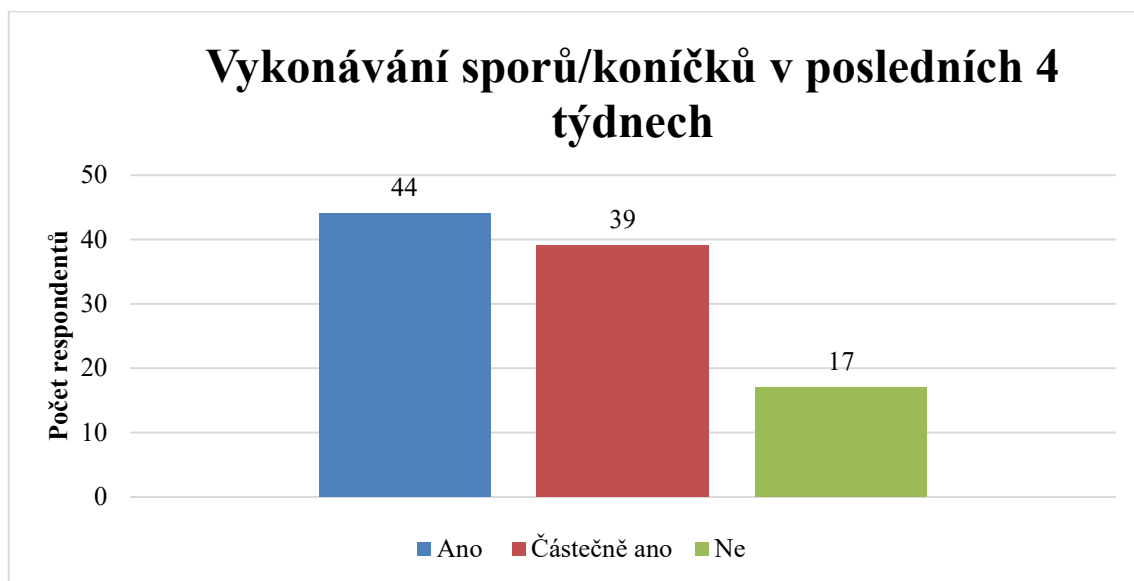
Otázka č. 21: Byl/a jste schopný/á vykonávat sport/ koníčky ve srovnání před operačním výkonem?



Graf 21 Vykonávat sport/ koníčky před operací

Graf 21 hodnotí vykonávání sportů a koníčků před operačním výkonem. Ze 100 (100 %) respondentů. 12 (12 %) respondentů bylo schopno činnosti vykonávat, částečně mohlo vykonávat 38 (38 %) respondentů a 50 (50 %) respondentů nemohlo vykonávat sport a koníčky.

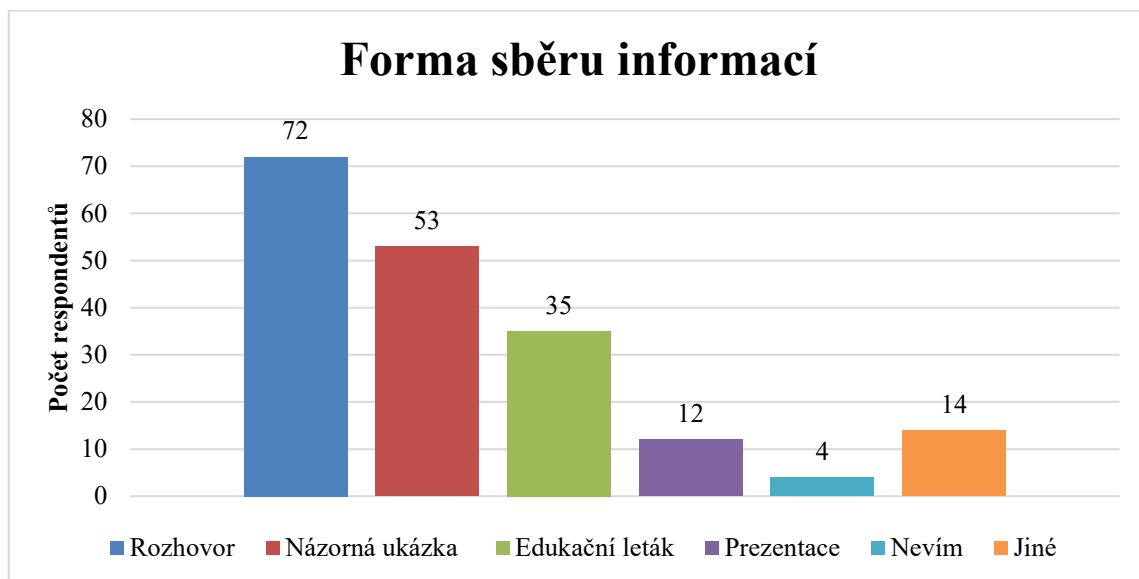
Otázka č. 22: Byl/a jste schopný/á vykonávat sport/ koníčky v posledních 4 týdnech?



Graf 22 Vykonávat sport/koníčky v posledních 4 týdnech

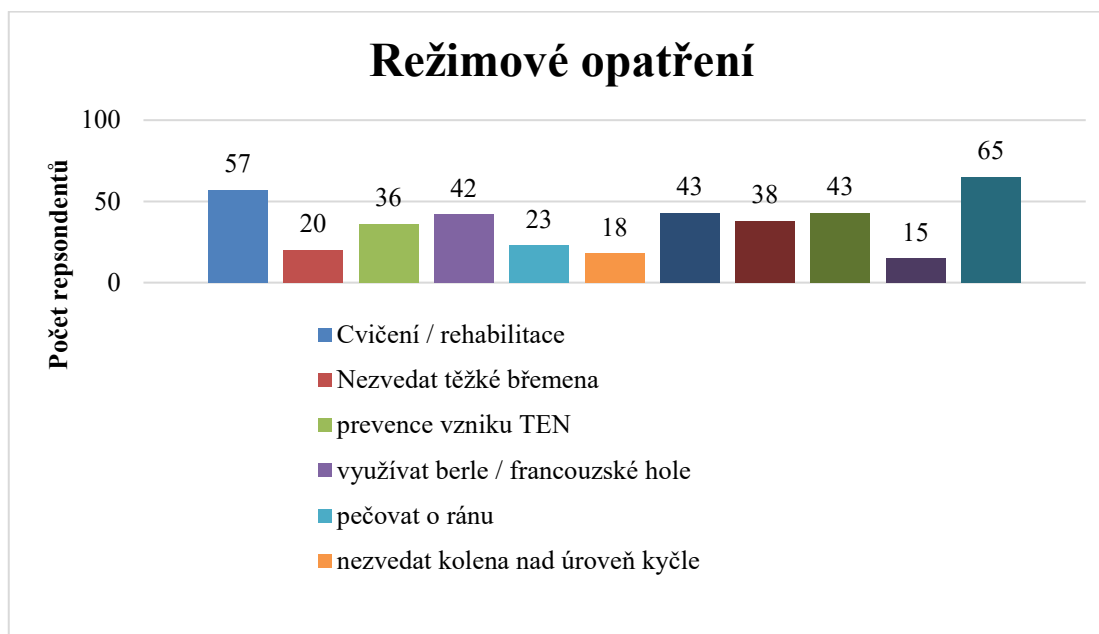
Graf 22 hodnotí vykonávání sportů a koníčků v posledních 4 týdnech. Z počtu 100 (100 %) respondentů, uvádí 44 (44 %) respondentů ano, částečně ano 39 (39 %) respondentů a ne označilo 17 (17 %) respondentů.

Otázka č. 23: Jakou formou jste byl/a informován/a o režimových opatřeních spojených s totální endoprotézou kyčelního kloubu?



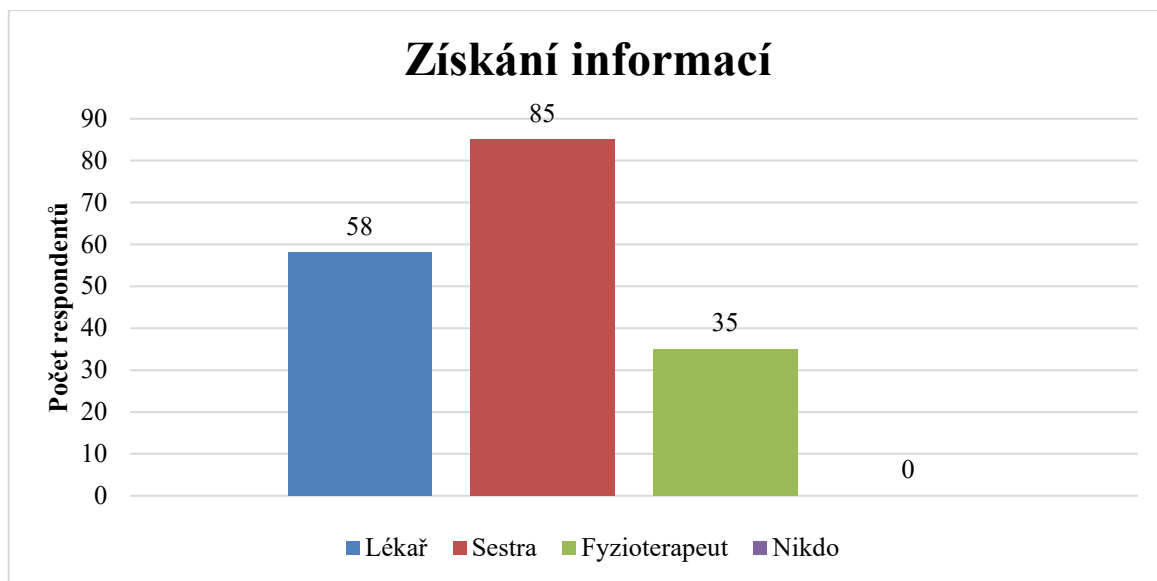
Graf 23 Forma sběru informací

Graf 23 uvádí formu sběru informací. Na otázku byl výběr z více možností, celkově bylo zaznamenáno 190 odpovědí z celkového počtu 100 (100 %) respondentů. 72 (72 %) respondentů informace pobrali formou rozhovoru, názornou ukázkou 53 (53 %) respondentů a 35 (35 %) respondentů pomocí edukačního letáku. Dále 12 (12 %) respondentů pomocí prezentace, 4 (4 %) respondenti neví odpověď a zbylých 14 (14 %) respondentů informace vyhledali pomocí internetu.

Otázka č. 24: Vyjmenujte minimálně 5 režimových opatření**Graf 24 Režimové opatření**

Graf 24 vyjmenovává režimová opatření po operaci, tato otázka byla otevřená, celkový počet odpovědí bylo 400 ze 100 (100 %) respondentů. 57 (57 %) respondentů uvádí, že je potřeba cvičit a rehabilitovat, 20 (20 %) respondentů uvedlo nezvedat těžká břemena, 36 (36 %) respondentů vypsali režimové opatření proti TEN, jednalo se o aplikaci léčiv a nošení bandáží, 42 (42 %) respondentů uvádí využívání berlí či francouzských holí, 23 (23 %) si vzpomnělo na pečování o ránu, 18 (18 %) respondentů uvádí nezvedat kolena na vyšší úroveň, než je kyčel. Dále 43 (43 %) respondentů nezapomnělo na rotaci nohy a křížení, nesedat do hloubky uvedlo 38 (38 %) respondentů. 43 (43 %) respondentů odpovědělo vyvarovat se nesprávných pohybů, jednalo se o klekání, dřepy a dále o hluboké předklony. 15 (15 %) odpovědělo využívat pomůcky k tomu určené, jednalo se o ortopedickou obuv, madla do koupelen, protiskluzové podložky, apod. 65 (65 %) se jednalo o vyvarování se určitým režimovým opatřením, jednalo se o nasedání do auta, řízení auta, prevenci pádu, sexuální aktivitu, apod.

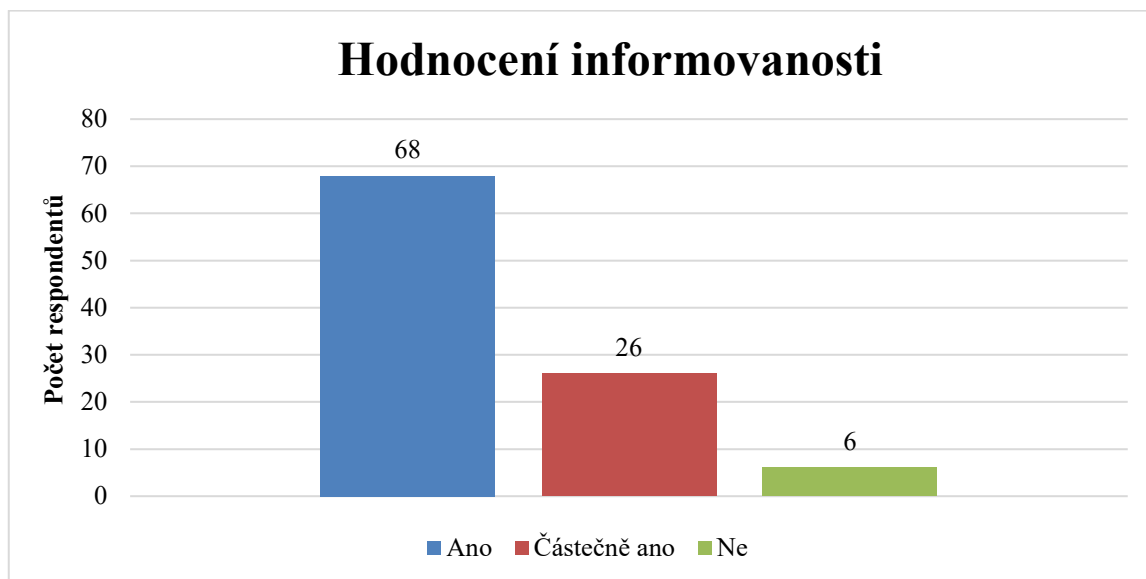
Otázka č. 25: Kdo Vás informoval o režimových opatřeních?



Graf 25 Získání informací

Graf 25 se zabývá formou získání informací o režimových opatření, výběr byl z více možností. Zaznamenalo se 178 odpovědí z celkového počtu 100 (100 %) respondentů. 58 (58 %) respondentů získalo informace od lékaře, 85 (85 %) získalo informace od sestry. Dále 35 (35 %) respondentů informací má od fyzioterapeuta a žádný respondent neuvádí odpověď nikdo.

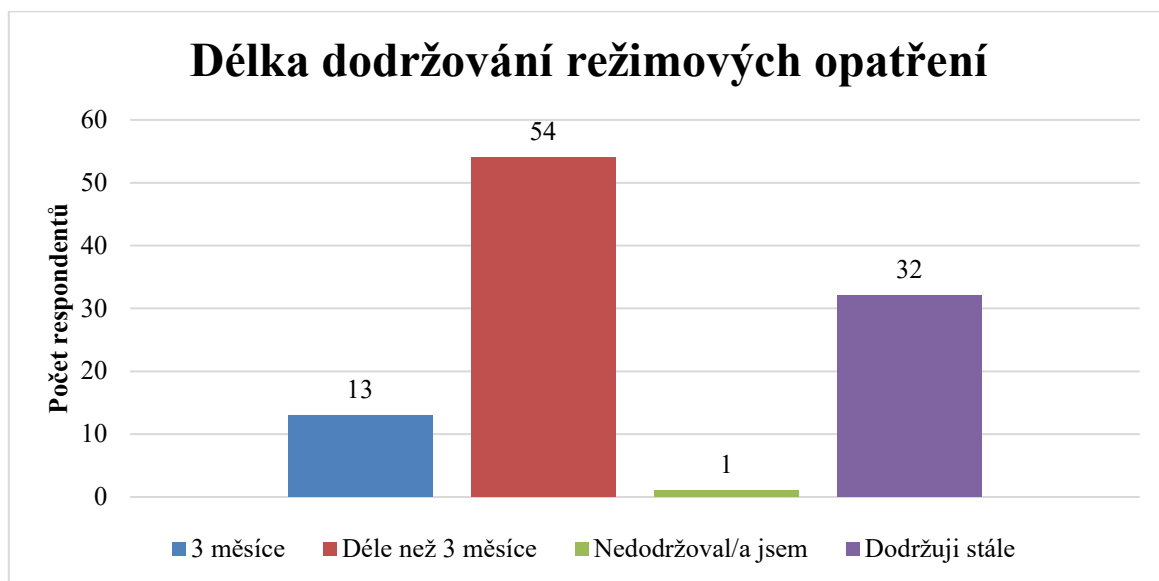
Otázka č. 26: Myslíte si, že jste byl/a dostatečně informován/a o režimových opatřeních?



Graf 26 Hodnocení informovanosti

Graf 26 se zabývá hodnocením informovanosti o režimových opatření. Z počtu 100 (100 %) respondentů 68 (68 %) respondentů si myslí, že byli dostatečně informováni, částečně byli informováni 26 (26 %) respondentů a zbylých 6 (6 %) respondentů si myslí, že nebyli řádně seznámeni.

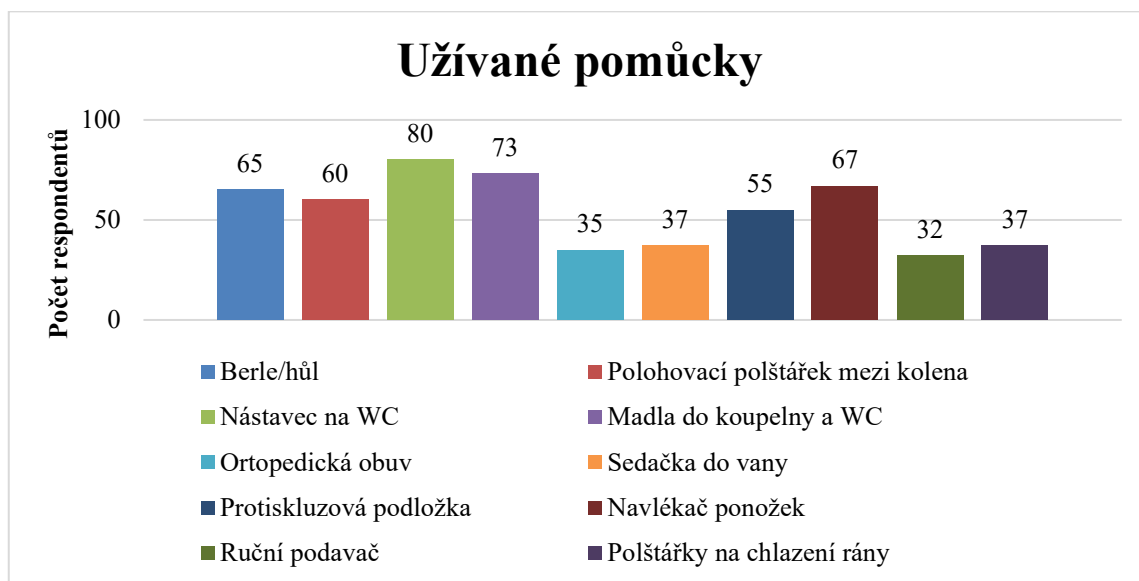
Otázka č. 27: Jak dlouho jste dodržoval/a režimová opatření?



Graf 27 Délka dodržování režimových opatření

Graf 27 se zabývá dodržování režimových opatření. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů 13 (13 %) respondentů dodržovalo režimová opatření 3 měsíce, déle než 3 měsíce dodržovalo 54 (54 %) respondentů. Dále 1 (1 %) respondent nedodržoval režimové opatření a stále dodržuje 32 (32 %) respondentů.

Otázka č. 28: Jaké kompenzační pomůcky používáte? (výběr z více možností)



Graf 28 Užívané pomůcky

Graf 28 ukazuje počet respondentů a jejich užívání pomůcek. Na otázku byl výběr z více možností, bylo zaznamenáno 541 odpovědí ze 100 (100 %) respondentů. 65 (65 %) respondentů užívá berle, 60 (60 %) respondentů užívá polohovací polštářek mezi kolena, 80 (80 %) respondentů používá nástavec na WC, 73 (73 %) používá madla do koupelen a WC, ortopedickou obuv nosí 35 (35 %) respondentů. Dále 37 (37 %) respondentů používá sedačku do vany, protiskluzovou podložku používá 55 (55 %) respondentů, 67 (67 %) respondentů používá navlékač ponožek, ruční podavač využívá 32 (32 %) respondentů a 37 (37 %) respondentů používá polštářky na chlazení nohy.

3 Diskuze

Pro bakalářskou práci věnující se „Kvalitou života před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu“ byl zvolen jeden cíl. Cílem práce je zmapování kvality života respondentů před provedením operačního zákroku a po něm. Výzkumné otázky se věnují oblasti psychosociální, pracovní, společenské, domácím aktivitám a režimovým opatřením po výkonu. V návaznosti na cíl byly vytvořeny 3 výzkumné otázky. Celkem bylo vyplněno 100 dotazníků. Ze sociodemografických otázek lze uvést, že operace postihuje jak ženy 51 (51 %) a muže 49 (49 %) ve stejném měřítku. Z výzkumu je zřejmé, že oblast se týká spíše starší věkové kategorie nad 56 let, a respondentů, kteří jsou bez zaměstnání či pobírají důchod, tento fakt je ovlivněn věkovou kategorií.

Výzkumná otázka č. 1: Jak se u pacientů změnila psychosociální oblast ve srovnání se stavem před operací?

K zodpovězení této otázky bylo položeno 8 otázek, jednalo se o otázky čísla: 5–12. Otázky se týkají psychosociální oblasti a jejího zvládnutí. Je známo, že pokud se jedná, o operační výkon, tak poté pacienti znejistí a pochybují hlavně v této oblasti. Z výsledků je zřejmé, že psychosociální oblast se poměrně změnila v porovnání se stavem před operací a v posledních týdnech.

Otázka č. 5 se věnuje oblasti zdravotního stavu, před a po operačním výkonu, tato otázka zodpovídá na základní informaci v psychosociální oblasti. Ze získaných dat je zřejmé, že 44 respondentů se po operačním výkonu cítí zdravotně lépe než před stavem operace, 38 respondentů se cítí lépe než před operací a zbylých 18 respondentů oblast hodnotí jako stejnou či horší. Lze uvést, že se celkový zdravotní stav zlepšil. Důvodem, může být fakt, že pacienti dlouhodobě bolest omezuje v činnostech, při čemž dlouhodobě čekají na uvedený zákrok. Podobný průzkum uvedla Obertová (2011) ve své bakalářské práci, která potvrzuje zásadní rozdíly. Dále je nutné podotknout, že tato otázka byla myšlená obecně a pro respondenty může být zavádějící, k popisování přidružených onemocnění. Pomocí otázky č. 6 byl porovnáván spánek se stavem před operací a po něm. 27 respondentů uvedlo celkové zlepšení, 50 respondentů se přiklání k lepšímu spánku. Stejný spánek před operací a v posledních týdnech uvedlo 21 respondentů a 2 respondenti uvádí horší kvalitu spánku. V případě bezprostřední analýzy po zákroku by se hodnoty mohly lišit, a to díky přísným režimovým opatřením. Otázky číslo 7 a 8 hodnotí úzkost a strach a jejich srovnání před operací a po ní. Z celkového propočtu před operačním výkonem mělo

neustálé úzkosti 14 respondentů, 39 respondentů pociťovalo tento proces velmi často, k výrazu občas se řadí 38 respondentů, zbylých 9 respondentů na operaci pomýšleli málokdy, a z toho jeden respondent neuváděl obavy. Po výkonu se analýza výrazně změnila, neustálé úzkosti mělo 7 respondentů, velmi častý strach popisuje 8 respondentů, 17 respondentů cítí nátlak jen občas. Dalších 36 respondentů pociťují obavy málokdy, u zbylých 32 respondentů vymizel strach a úzkost. Z uvedených dat je zřejmé, že operace výrazně ovlivňuje obavy. Lednická (2018) ve své práci uvádí, že častěji se operace zúčastňují pacienti v seniorském věku, což prokazuje i výše uvedený průzkum, autorka dále zmiňuje, že tyto lidé vlivem stáří doprovází pocity úzkosti, deprese ale to je podmíněno z jiného důvodu, než je operace kyčle. K výroku autorky se přikláním a dodávám, že lidé v seniorském období více pomýšlí na zdraví druhých než na svoje a soustředí se na mnohdy pro nichž důležitější téma. Výsledky ze zodpovězené 9 otázky, ukazují dopad psychiky na dané onemocnění, zda respondenti hodnotí například vzhled rány. Dle dat je zřejmé, že tato oblast respondenty netrápí, zaměřují se více na vnitřní oblast psychiky, respondenti se obávají z návratu do práce, společnosti a běžných denních činnostech. Za pomoci otázek č. 10, 11 bylo zodpovězeno hodnocení únavy a vyčerpanosti ve srovnalosti před a po operačním výkonu. Již bez analýz bylo zřejmé, že respondenti budou uvádět zlepšení. Dle mého úsudku je to zapříčiněné omezenou fyzickou aktivitou a tím se prodlužuje čas na vykonávání potřeb. Před operačním výkonem bylo neustále unaveno 19 respondentů, po operačním výkonu jen 3 respondenti. Před výkonem uvádí 50 respondentů únavu většinu času, v posledních týdnech tvrzení uvádí 16 respondentů. Občasnou vyčerpanost pociťovalo 23 respondentů před zákrokem a v posledních týdnech 19 respondentů. Před operací označuje po součtu 8 respondentů vyčerpanost málokdy a nikdy. A v posledních týdnech únavu málokdy pociťuje 39 respondentů a u 23 respondentů vyčerpanost vymizela. Otázka č. 12 se věnuje psychickému stavu v rozmezí před operací a v posledních 4 týdnech. Kdy, mnohem lépe po psychické stránce se cítí 39 respondentů, lépe se cítí 38 respondentů, 18 respondentů se cítí stejně a další 3 respondenti se cítí, hůře zbylí 2 respondenti se necítí vůbec dobře. Z celkového hodnocení psychosociální oblasti, se respondenti výrazně zlepšili, data ukazují zlepšení ve všech uvedených oblastech.

Výzkumná otázka č. 2: Jak pacienti hodnotí běžné denní činnosti, pracovní a společenský život ve srovnání se stavem před operací?

K výzkumné otázce číslo 2 bylo směřováno 10 otázek, jednalo se o otázky čísla: 13–22. Otázky směřovaly na běžné denní činnosti, pracovní život a společenský život. V potaz dávám i věkovou kategorii respondentů, která značně ovlivňuje život i bez operace. A dále velkým mezníkem je uplynulá doba od operace.

Otázky č. 13,14 hodnotí bolest ve srovnalosti před operací a po operaci. Při operačních výkonech jako je i totální endoprotéza kyčle, se objevuje různá intenzita bolesti. Je dána individuálními faktory jedince a jejich předchozími zkušenostmi. Míru bolesti popisuje z celkového počtu 100 respondentů následovně. Před operací žádný respondent neudal nulovou bolest, velmi mírnou bolest udalo 8 respondentů, 7 respondentů označilo mírnou bolest, střední bolest označilo 14 respondentů a 31 respondentů označilo bolest jako silnou. Velmi silné podmínky k bolesti mělo 40 respondentů. Po operačním období výsledky byly následovné, 29 respondentů po operačním období uvádělo nulovou bolest, velmi mírnou bolest uvádělo 44 respondentů, mírnou bolest označilo 21 respondentů. Dále střední bolest uvedli 2 respondenti a nesnesitelnou bolest uvádí 4 respondenti. Havlín (2020) se ve své práci zaměřil na bolest bezprostředně po operaci, kde respondenti uvedli postupnou bolest v pooperační dny, autor uvádí, že bolest se odstupem zmírňuje, avšak nevymizela, což může potvrdit i výzkum provádějící u jiných respondentů. Za pomoci otázek 15, 16 se zjišťovala konzumace léků proti bolesti ve srovnalosti před a v posledních týdnech po implantaci. Tato otázka je ovlivněna předešlou otázkou a jejich mírou bolesti, proto by se měla lišit stejně jako míra bolesti. Před zahájením operace užívalo 28 respondentů léky několikrát za den, v porovnání po operaci pouze 2 respondenti. Každý den před operací léky užívalo 40 respondentů, po implantaci pouze 10 respondentů. Před operací občas léky užívalo 28 respondentů a následně po operaci konzumovalo léky 34 respondentů. 4 respondenti před operací neužívali analgetika a po operaci už neužívalo léky 54 respondentů. Zacharová (2017) uvádí, že nejenom je důležitá farmakologická léčba ale také nefarmakologická léčba, která zahrnuje především komunikaci, chlazení operační rány a přiměřenou úlevovou polohu. Díky otázce č. 18 se dozvídáme stav k práci v posledních týdnech, kdy 24 respondentů cítí velké zlepšení a ve srovnalosti před operací mohou vykonávat více pracovních povinností, 54 respondentů uvedlo zlepšení, 21 respondentů v porovnání uvádí pracovní činnosti stejně jako před operací. A pouze 1 respondent uvedl zhoršení. Za pomoci otázek č. 19, 20 se zjišťovala

míra omezení v běžných denních činnostech, a to zejména v oblasti hygieny, oblékání, soběstačnosti apod. Před operačním výkonem uvedlo 58 respondentů velké omezení, částečné omezení udávalo 35 respondentů a žádné omezení 7 respondentů. Ve srovnání po operaci velké omezení uvedlo 13 respondentů, částečné omezení označilo 34 respondentů a žádné omezení 53 respondentů. Otázky č. 21, 22 se věnují sporů a koníčků a jejich vykonávání před operací a v posledních týdnech. Otázka může být ovlivněna s ohledem na věk respondentů. Avšak v porovnání před a po operaci uvádí 12 respondentů zjištění, že nemohli před operačním zákrokem vykonávat svoje koníčky, částečně mohlo sport vykonávat 38 respondentů a 50 respondentů činnosti spojené se sportem nemohli vykonávat. V porovnání po operaci v posledních týdnech se u 44 respondentů ukazuje, že již svoje koníčky mohou vykonávat, částečně může sportovat 39 respondentů a neschopnost vykonávat koníčky a sport omezuje 17 respondentů. Z analýz je tedy zřejmé, že respondenty zejména trápí bolest, která je výrazně omezuje, po odeznění bolesti respondenti cítí úlevu a mnohdy jim usnadní život.

Výzkumná otázka č. 3: Jak pacienti dodržují režimové opatření?

Na výzkumnou otázku bylo položeno 6 otázek, jedná se o otázky č. 23-28. Z otázek zjišťujeme dodržení režimových opatření. Otázka č. 23 se vztahuje k formě informovanosti, jakým způsobem respondent získal informace. V nemocničním zařízení se nejčastěji používá rozhovor, praktická ukázka či na upřesnění se přikládá edukační leták. Na otázku byl výběr z více možností, největší četnost se setkala v rozhovoru, a to u 72 respondentů, další velké zastoupení hraje názorná ukázka u 53 respondentů a edukační leták zastoupilo 35 respondentů. 12 respondentů získalo informace pomocí prezentace a 14 respondentů pomocí jiné formy přínosu, zde pacienti odpověděli jednoznačně pomocí internetu, 4 respondenti neumí odpovědět, jakou formu získali informace. Novotná (2012) se ve své práci zaměřila na pooperační komplikace, které nastávají bez dodržení režimového opatření. Autorka se tázala 60 respondentů, z čehož 55 respondentů znalo správnou odpověď na případné komplikace. K tomuto výroku se vztahuje otázka č. 24, kde respondenti slovně prokazují znalost režimových opatření a jejich případné komplikace. Otázka byla otevřená a respondenti mohli volně psát své poznatky. Nejčastější shrnutou odpovědí bylo vyvarování se nesprávným pohybům, například omezit sexuální aktivitu, zákaz po dobu 6 týdnů řídit automobil, ale také správný sed do auta. Dále respondenti znali odpovědi, jak správně pečovat o ránu a jaké zásady musí znát ohledně cvičení, chůze s berlemi, antikoagulační léčbě, sedání, křížení

končetin apod. Z výsledků je zřejmé, že znají část režimových opatření. Pomocí otázky č. 25 byla zjištěna osoba od, které respondent přijímal informace. Z důvodu prolínání byl zvolen způsob výběru z více možností. 85 respondentů informovala sestra, která nese nejdůležitější část v této oblasti. Lékaře zastoupilo 58 respondentů a fyzioterapeuty 35 respondentů. Otázka č. 26 zodpovídá hodnocení dostatečné informovanosti. Dostatečné informace zaznamenalo 68 respondentů, k částečné informovanosti se přiklání 26 respondentů a zbylých 6 respondentů nebylo dle jejich uvážení dostatečně informováno. Důvodem, proč 6 respondentů nebylo dostatečně informováno může být zapříčiněno nedostatkem vědomostí zdravotnického personálu. Otázka č. 27 směřuje na dobu dodržení režimových opatření, jedná se o otázku, která zjišťuje, zda pacient dodržuje režimové opatření a po jakou dobu. Operace TEP kyčle má dlouhou dobu rekonvalescence, proto je vhodné režimové opatření dodržovat co nejdelší čas. Z analýz bylo zaznamenáno 13 respondentů, kteří režimové opatření dodržovali 3 měsíce, tedy dobu nezbytně nutnou, 3 měsíce a déle dodržovalo opatření 54 respondentů a stále režimové opatření dodržuje 32 respondentů, 1 respondent uvedl, že režimové opatření nedodržuje. Při nedodržení režimových opatření nastávají komplikace (Dung, 2014). Otázka č. 28 se zaměřila na využívání kompenzačních pomůcek, zde byl výběr z více možností. Nejčastěji respondenti využívají podstavec na toaletu 80 respondentů, dále 73 respondentům napomáhají madla do koupelny a na toaletu. 67 respondentům pomáhá navlékač ponožek, při kterém zamezují ohýbání se. 65 respondentů využívá berle či francouzské hole a 60 respondentů si mezi kolena vkládá polohovací polštářek, k zamezení překřížení nohou. 55 respondentů využívá protiskluzovou podložku, jako prevenci proti pádu, 37 respondentům napomáhá sedačka do vany a stejný počet respondentů využívají chladicí polštáře. 35 respondentů nosí ortopedickou obuv a 32 respondentů využívá ruční podavač, který nejčastěji slouží k podávání předmětů z podlahy.

Z výsledků je známo, že pacienti jsou dostatečně informováni o režimových opatření, znají omezení, které musí dodržovat, komplikace neberou na lehkou váhu a snaží se jim předcházet, co nejdelší dobu.

Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z důvodu stoupajícího věku je zřejmé, že stoupá zátěž pohybového aparátu a stále častěji se objevují lidé s nedostatkem informací o dané problematice, která vede k nesprávnému zdravotnímu stylu života.

Před operačním výkonem většina respondentů udává psychické rozpoložení, hlavně z důvodu uskutečnění operace. Často se objevují lidé, kteří operaci oddalují, hlavním důvod je ze strachu či postarání se o sebe samotného a tím dochází ke zhoršení. Proto bych doporučila individuální přístup ke každému pacientovi. Lékaři a všeobecné sestry by se měli zaměřit na pečlivou edukaci a komunikaci v předoperační období a v následném pooperačním období.

Dále bych pro praxi doporučila předoperační setkání, kde by pacientovi byl vysvětlen průběh operace, rehabilitace a režimové opatření. Hlavním důvodem by bylo předcházení stereotypů v rehabilitačním ošetřovatelství. Mezi výhody bych zařadila urychlení rekonvalescence a snadnější návrat do běžného života.

Pro pacienty by měl být vymezen individuální čas na ujasnění informací, případně bych doporučila opakování informací a praktickou ukázkou. Předcházení by mohlo zlepšit psychickou stránku respondenta. Po propuštění bych dodávala edukační letáky, které by obsahovaly jednotné informace k následné léčbě, rehabilitaci a režimovým opatřením. Dodala bych kontakt na osobu, která by případné nejasnosti zodpověděla.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá o ortopedické pacienty, kteří prodělali implantaci kyčelního kloubu. Pro práci zabývající se kvalitou života před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu, byl zvolen cíl, zda totální endoprotéza ovlivňuje život nemocných. Uvedený cíl byl zjištěn a splněn.

V kapitole současný stav problematiky je vysvětlen pohybový aparát. Hlavní anatomická složka práce obsahuje údaje o stavbě kyčle, kloubů a spojení s kyčelním kloubem. Dále se v teoretické části nachází totální endoprotéza kyčle, druhy, indikace, kontraindikace, komplikace a ošetrovatelská péče před operačním výkonem i po operačním výkonu. Nedílnou součástí je rehabilitační ošetrovatelství a režimové opatření. Také je zde popsán pojem kvalita života, její hodnocení a lidské potřeby.

Ve výzkumné části popisují metodiku výzkumu, která vede k dosažení cílů bakalářské práci. Šetření bylo prováděno za pomoci anonymního dotazníkového šetření na ortopedickém oddělení u nemocných, kteří prodělali implantaci kyčle. Uvedení respondenti zodpověděli na 28 otázek a poté byl výzkum vyhodnocen a porovnán. Základní otázky výzkumu se týkají psychického vnímání, režimových opatření a zvládání činností v běžném životě. Výzkumná část se zabývá problematikou před provedení a po provedení zákroku. Za pomoci výzkumného šetření byly zjištěny rozdíly, které doprovází respondenty s tímto omezením. Z dotazníku je patrné, že problematika postihuje nemocné ve všech oblastech. Avšak po rekonvalescenci se přiznávají ke zlepšení. První výzkumná otázka se věnuje psychickému vnímání a postojů k onemocnění. Druhá otázka zjišťuje, jak moc, nemocné omezuje postižení kyčle. Poslední výzkumná otázka popisuje postoj k režimovým opatření, zda uvedení respondenti dodržovali režimové opatření, jak dlouho a, co jim k tomu napomohlo.

Z mého vlastního pohledu a po zjištění analýz usuzuji, že uvedení respondenti značně tato problematika postihuje ve všech uváděných oblastech. V práci se vyskytuje návrh a doporučení pro praxi, které by mohly napomoci ke zlepšení kvality života.

Seznam použité literatury

ABDEL, Matthew P a Craig J. Della VALLE. *Complications after Primary Total Hip Arthroplasty*. USA: Springer International Publishing, 2017. ISBN 978-3-319-54911-8.

BEHÁRKOVÁ, Natalia a Dana SOLDÁNOVÁ. *Sebepéče a soběstačnost*. *Muni med* [online]. Masarykova univerzita: Masarykova univerzita, 2019 [cit. 2021-03-01]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/osetrovatelske_postupy/web/pages/03-sobestacnost.html

BUCHTELOVÁ, Eva. *Fyzioterapie v traumatologii a ortopedii*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2014. ISBN 978-80-7414-728-9.

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. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání, 2011. ISBN 9788087419069

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 9788027121113.

ETTLER, Karel. *Fototerapie v dermatologii*. *Dermatologie pro praxi* [online]. Klinika nemocí kožních a pohlavních, 2014, 8 Srpna 2014 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/der/2014/04/05.pdf>

FEYERS, Peter, M a David MACHIN. *Quality of life: the assesment, analysis and reporting of patient: reported outcimes*. Hoboken: Willey Blackwell, 2016. ISBN 978-1-444-33795-2.

GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-418-7.

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

HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4811-5.

HAVLÍN, František. Prožívání bolesti pacienty po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu [online]. České Budějovice, 2020 [cit. 2021-4-4]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/e6ggyd/38254122>. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Doc. PhDr. Marie Trešlová.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

HORELICA, Pavel, Daniel BORNÍK, Pavlína KLOUDOVÁ, Petra POLÁCHOVÁ, Radim POSLEPEK a Petra DROBLÍKOVÁ. Elektroléčba (elektroterapie) – léčebný efekt elektrické energie. *Rehabilitace.info magazín o zdraví* [online]. Rehabilitace.info magazín o zdraví, 2014, 30 duben 2014 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni-zarizeni/elektrolecba-elektroterapie-lecebny-efekt-elektricke-energie/>

HORELICA, Pavel, Daniel BORNÍK, Pavlína KLOUDOVÁ, Petra POLÁCHOVÁ, Radim POSLEPEK a Petra DROBLÍKOVÁ. Totální endoprotéza kyčelního kloubu – rehabilitace. *Rehabilitace.info magazín o zdraví* [online]. Rehabilitace.info magazín o zdraví, 2017, 2 září 2017 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-rehabilitace/>

HORELICA, Pavel, Daniel BORNÍK, Pavlína KLOUDOVÁ, Petra POLÁCHOVÁ, Radim POSLEPEK a Petra DROBLÍKOVÁ. Termoterapie – léčba teplem – přehled procedur. *Rehabilitace.info magazín o zdraví* [online]. Rehabilitace.info magazín o zdraví, 2015, 18 září 2015 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/lazne-lecba/termoterapie-prehled-procedur/>

HORELICA, Pavel, Daniel BORNÍK, Pavlína KLOUDOVÁ, Petra POLÁCHOVÁ, Radim POSLEPEK a Petra DROBLÍKOVÁ. Hydroterapie, vodoléčba, léčba vodou – znáte ji? *Rehabilitace.info magazín o zdraví* [online]. Rehabilitace.info magazín o zdraví,

2015, 21 září 2015 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/lazne-lecba/hydroterapie-vodolecba-lecba-vodou-znate-ji/>

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JINDROVÁ, Barbora, Martin STRÍTESKÝ a Jan KUNSTÝŘ. *Praktické postupy v anestezii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5612-7.

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.

KOCIÁNKOVÁ, Veronika. Ošetrovatelská péče o pacienta po TEP kyčelního kloubu. *Fakultní nemocnice Bulovka* [online]. Fakultní nemocnice Bulovka, 2016 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: http://bulovka.cz/osetrovatelska-pece-o-pacienta-po-tep-kycelnihokloubu/?fbclid=IwAR0af7dGE7eEOyFNI7gGFYczozvSqxrJ4GuVKrQ0P5z_i pmjKN5dEyHROGc

KOTÍK, Luboš. *Předoperační vyšetření dospělých*. Praha: Mladá fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2696-3.

KOUKOLÍKOVÁ, Petra. *Kvalita života pacientů po totální endoprotéze* [online]. Plzeň, 2017 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/27626/1/DP%20Koukolikova%20Petra.pdf>. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni.

KŘIVÁNKOVÁ, Markéta. *Somatologie: pro střední zdravotnické školy*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0695-0.

KUBÍČEK, Miroslav, Dobroslava JANDOVÁ a Irena VESELÁ. *Léčebná rehabilitace v ortopedii a revmatologii*. Raabe, 2018. ISBN 978-80-7496-312-4.

LANDOR, Ivan, Pavel VAVŘÍK, Jiří GALLO a Antonín SOSNA. *Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-254-4.

LEDNICKÁ, Dominika. *Kvalita života nemocných s totální endoprotézou kyčelního kloubu* [online]. Olomouc, 2018 [cit. 2021-4-4]. Dostupné z:

https://theses.cz/id/qlp4rt/Diplomova_prace_Lednicka_Dominika.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

LEVITOVÁ, Andrea a Blanka HOŠKOVÁ. *Zdravotně-kompenzační cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4836-8.

NOVOTNÁ, Aneta. Manuál pro klienty po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Senior zone* [online]. Copyright ©, 2014 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/manual-pro-klienty-po-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubuuniqueidmRRWSbk196FNf8jVUh4ErIHWTr4_CGKjIVJ1EY6bjw/?query=Tot%E1ln%ED%20endoprot%E9za%20ky%E8eln%EDho%20kloubu&serp=1

NOVOTNÁ, Aneta. Ergoterapie u totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Senior zone* [online]. Praha: Copyright ©, 2014, 10 prosince 2014 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/ergoterapie-u-totalni-endoprotezy-kycelniho-kloubu-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKO8Zlo-K8fj8/?query=Tot%E1ln%ED%20endoprot%E9za%20ky%E8le&serp=1

NOVOTNÁ, Jana a Marie HOLUBOVÁ. Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu. *Zdraví.euro.cz* [online]. Copyright ©, 2013, 4 říjen 2013 [cit. 2020-11-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-pred-tep-a-po-tep-kycelnihokloubu472280?fbclid=IwAR2LQpmZM0WQMeBSFOoyhDhkcFiKrVvni027j39DSulmKdHa0oOQ67b2Dys>

NOVOTNÁ, Jana. Edukace pacienta před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu [online]. Pardubice, 2012 [cit. 2021-4-4]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/45998/NovotnaJ_EdukacePacienta_MH_2012.pdf?isAllowed=y&sequence=3. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová.

OBERTO VÁ, Denisa. Kvalita života nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu [online]. Hradec Králové, 2011 [cit. 2021-4-4]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/20713204-Univerzita-karlova-v-praze-lekarska-fakulta-v-hradci-kralove-kvalita-zivota-nemocneho-po-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubu.html>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Jaroslava Pečenková.

OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0531-1.

PARVIZI, Javad a Brian A. KLATT. *Essentials in total hip arthroplasty*. USA: Slack incorporated, 2013. ISBN 978-1-55642-870-8.

PRAŠKO, Ján, Pavel DOUBEK, Klára LÁTALOVÁ, Aleš GRAMBAL, Dana KAMARÁDOVÁ a Anežka TICHÁČKOVÁ. Fototerapie – léčba jasným světlem. *Medicina pro praxi* [online]. Solen medical education, 2011, 11 srpen 2011 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/08.pdf>

RADOVÁ, Lucie Markos. *Kvalita života seniorů s endoprotézou kyčelního kloubu* [online]. Olomouc, 2016 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: https://theses.cz/id/su0dy2/DP_MRKOS_RADOV.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

RYBA, Luděk, Richard CHALOUPKA, Martin REPKO a Iva MARKOVÁ. Možnosti léčby artrózy v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro praxi* [online]. Solen Medical education, 2018, 15 dubna 2018 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med2018040008_Moznosti_lecby_artrozy_v_ordinaci_praktickeho_lekare.php

RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Funkční poruchy kloubů končetin: diagnostika a léčba*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2096-3.

ŘEHÁČEK, Vít a Jiří MASOPUST. *Transfuzní lékařství*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4534-3.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.

SOSNA, Antotín. Totální endoprotéza kyčelního kloubu české kvality. *Beznoska s.r.o.* [online]. Beznoska, 2014, 29 září 2014 [cit. 2021-01-04]. Dostupné z: <http://www.beznoska.cz/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu/>

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 9788072628452.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ, Rastislav DRUGA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788027100842.

TICHÝ, Miroslav. *Funkční diagnostika pohybového aparátu*. 2. vydání. Ilustroval Daniel VYSLOUŽIL. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2017. ISBN 978-80-7553-307-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ŽIVČICOVÁ, Eva a Tatiana MASÁROVÁ. *Meranie kvality života*. Žilina: Georg, 2012. ISBN 978-80-8154-003-5.

Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Souhlas s provedením dotazníkového šetření

Příloha 1: Dotazník

Dotazník pro pacienty po totální endoprotéze kyčle

Dobrý den, jmenuji se Lucie Rosová a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě. Pro bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Kvalita života před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu“. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a slouží pouze pro podklady práce. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď. Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1)Pohlaví?

☐ Žena

☐ Muž

2)Váš věk?

☐ 0–30 let

☐ 30–45 let

☐ 46–55 let

☐ 56–65 let

☐ 66–75 let

☐ 75 a více let

3)Pracovní stav?

☐ Zaměstnaný/á

☐ Nezaměstnaný/á

☐ V důchodu

☐ V invalidním důchodu

☐ Jiné, uveďte

.....

4) Uplynulá doba od operace?

☐ Méně než 6 měsíců

☐ 6 měsíců – 11 měsíců

☐ 1–2 roky

☐ Jiné, uveďte

.....

5) Jak hodnotíte Váš současný zdravotní stav ve srovnání se stavem před operací?

☐ Mnohem lepší

☐ Dobrý

☐ Stejný

☐ Horší

☐ Mnohem horší

6) Jak hodnotíte kvalitu spánku v posledních týdnech s kvalitou spánku před operací?

☐ Mnohem lepší

☐ Lepší

☐ Stejná

☐ Horší

☐ Mnohem horší

7) Pociťoval/a jste obavy, strach nebo úzkost v souvislosti s operačním výkonem?

- ☐ Pořád
- ☐ Většinu času
- ☐ Občas
- ☐ Málokdy
- ☐ Nikdy

8) Pociťoval/a jste v posledních 4 týdnech obavy, strach nebo úzkost?

- ☐ Pořád
- ☐ Většinu času
- ☐ Občas
- ☐ Málokdy
- ☐ Nikdy

9) Pociťoval/a jste před operací obavy z návratu do běžného života?

- ☐ Ne
- ☐ Ano

Pokud ano, kterých oblastí se Vaše obavy týkaly

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

10) Pociťoval/a jste únavu nebo vyčerpanost před operací?

- ☐ Pořád
- ☐ Většinu času
- ☐ Občas

☐ Málokdy

☐ Nikdy

11) Pociťoval/a jste únavu nebo vyčerpanost v posledních 4 týdnech?

☐ Pořád

☐ Většinu času

☐ Občas

☐ Málokdy

☐ Nikdy

12) Jak hodnotíte Váš současný psychický stav (vyrovnanost) ve srovnání se stavem před operací?

☐ Mnohem lepší

☐ Lepší

☐ stejný

☐ horší

☐ mnohem horší

13) Jak byste hodnotil/a bolest před operací?

☐ žádná

☐ velmi mírná

☐ mírná

☐ střední

☐ silná

☐ velmi silná

14) Jak byste hodnotil/a bolest v posledních 4 týdnech?

☐ žádná

☐ velmi mírná

☐ mírná

☐ střední

☐ silná

☐ velmi silná

15) Jak často jste užíval/a analgetika před operaci? (analgetika-léky na tlumení bolesti)

☐ Několikrát denně

☐ Každý den

☐ Občas

☐ Neužíval/a

16) Jak často jste užíval/a analgetika v posledních 4 týdnech? (analgetika-léky na tlumení bolesti)

☐ Několikrát denně

☐ Každý den

☐ Občas

☐ Neužíval/a

17) Jak hodnotíte Váš společenský život v posledních 4 týdnech (rodina, přátelé, aktivity) ve srovnání se stavem před operací?

- ☐ Mnohem lepší
- ☐ Lepší
- ☐ Stejně
- ☐ Horší
- ☐ Mnohem horší

18) Jak hodnotíte Váš pracovní život v posledních 4 týdnech (zaměstnání, koníčky, hlídání vnoučat, práce na zahradě apod.) ve srovnání se stavem před operací?

- ☐ Mnohem lepší
- ☐ Lepší
- ☐ Stejně
- ☐ Horší
- ☐ Mnohem horší

19) Omezovala Vás bolest v běžných denních činnostech před operací (hygiena, oblékání, vaření, nákup, úklid)?

- ☐ Ano
- ☐ Částečně ano
- ☐ Ne

20) Omezovala Vás bolest v běžných denních činnostech v posledních 4 týdnech (hygiena, oblékání, vaření, nákup, úklid)?

- ☐ Ano
- ☐ Částečně ano
- ☐ Ne

21) Byl/a jste schopný/á vykonávat sport/ koníčky ve srovnání před operačním výkonem?

- ☐ Ano
- ☐ Částečně ano
- ☐ Ne

22) Byl/a jste schopný/á vykonávat sport/ koníčky v posledních 4 týdnech?

- ☐ Ano
- ☐ Částečně ano
- ☐ Ne

23) Jakou formou jste byl/a informován/a o režimových opatřeních spojených s totální endoprotézou kyčelního kloubu? (lze označit více možností)

- ☐ Rozhovor
- ☐ Názorná ukázka (nácvik)
- ☐ Edukační leták
- ☐ Prezentace
- ☐ Nevím
- ☐ Jiné

24) Vyjmenujte minimálně 5 režimových opatření

.....

.....

.....

.....

.....

25) Kdo Vás informoval o režimových opatřeních? (lze označit více možností)

- ☐ Lékař
- ☐ Sestra
- ☐ Fyzioterapeut
- ☐ Nikdo

26) Myslíte si, že jste byl/a dostatečně informován/a o režimových opatřeních?

- ☐ Ano
- ☐ Částečně ano
- ☐ Ne

27) Jak dlouho jste dodržoval/a režimová opatření?

- ☐ 3 měsíce
- ☐ Déle než 3 měsíce
- ☐ Nedodržoval/a jsem
- ☐ Dodržuji stále

28) Jaké kompenzační pomůcky používáte? (lze označit více možností)

- ☐ Berle/hůl
- ☐ Nástavce na WC
- ☐ Madla do koupelny a WC
- ☐ Ortopedická obuv
- ☐ Sedačka do vany
- ☐ Protiskluzová podložka

- ☐ Navlékač ponožek
- ☐ Ruční podavač
- ☐ Polštářky na chlazení rány
- ☐ Polohovací polštářek mezi kolena