

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE
KYČELNÍHO KLOUBU

Bakalářská práce

Author práce: Marcela Pavlišová

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Hodačová, Ph. D.

2007

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

QUALITY OF LIFE PATIENT WITH TOTAL HIP REPLACEMENT

Bachelor's thesis

Author: Marcela Pavlišová

Supervisor: MUDr. Lenka Hodačová, Ph. D.

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Na tomto místě bych chtěla poděkovat za odborné konzultace, ochotu při vedení bakalářské práce a zapůjčení studijních materiálů MUDr. L. Hodačové, Ph. D. Také sestrám a pacientům lázeňského zařízení Lázně Bohdaneč za ochotu a spolupráci při získávání dat pro empirickou část práce.

OBSAH:

ÚVOD.....	6
CÍL PRÁCE.....	7
1. TOTÁLNÍ NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU.....	8
1.1. HISTORIE TEP.....	8
1.2. INDIKACE TEP.....	8
1.3. KONTRAINDIKACE TEP.....	9
1.4. TYPY NÁHRAD KYČELNÍHO KLOUBU.....	10
1.5. OPERAČNÍ PŘÍSTUPY A TECHNIKY.....	11
1.6. KOMPLIKACE.....	12
1.7. VÝBĚR PACIENTA A PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	14
1.8. POOPERAČNÍ PÉČE.....	17
1.9. LÁZEŇSKÁ LÉČBA.....	22
1.10. REVIZNÍ OPERACE KYČELNÍCH NÁHRAD.....	22
2. KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ VÝZNAM PRO MEDICÍNU A ZDRAVOTNICTVÍ.....	23
3. EMPIRICKÝ VÝZKUM.....	27
3.1. ÚVOD.....	27
3.2. CÍLE VÝZKUMU.....	27
3.3. METODIKA VÝZKUMU.....	27
3.4. PŘEDVÝZKUM.....	28
3.5. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	29
3.6. DISKUSE.....	40
ZÁVĚR.....	43
ANOTACE.....	44
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	45
SEZNAM PŘÍLOH.....	47
PŘÍLOHY.....	48

ÚVOD

Pracuji jako zdravotní sestra na ortopedickém oddělení, proto jsem si ke zpracování mé bakalářské práce vybrala téma „Kvalita života pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu“.

Na tomto oddělení sestry pečují o pacienty po totální náhradě kyčelního kloubu. Pokud pooperační průběh u těchto pacientů probíhá bez komplikací je jejich pobyt na ortopedickém oddělení krátký, většinou 8 – 12 dní a poté následuje další péče na rehabilitačním pracovišti.

Proto jsem empirickou část zaměřila na pacienty hospitalizované již na rehabilitačním pracovišti, abych zjistila do jaké míry došlo ke zlepšení jejich kvality života po náhradě kyčelního kloubu a jaké faktory pacientovu kvalitu života ovlivňují.

V teoretické části popisují typy endoprotéz, důvody k indikaci a kontraindikaci založení totální endoprotézy (dále jen TEP), operační přístupy, komplikace, předoperační a pooperační péči o pacienta.

Náhrada kyčelního kloubu totální endoprotézou, nejčastěji pro koxartrozu, je velkým zásahem do života, a proto je nutné, aby klient získal dostatečné množství informací a dovedností, které mu pomohou zapojit se do dalšího společenského, rodinného a pracovního života bez bolesti.

CÍL PRÁCE

V teoretické části bylo cílem mé práce:

- charakterizovat totální endoprotézu kyčelního kloubu (definice, historie TEP, typy endoprotéz)
- popsat možné komplikace operačního zákroku
- popsat předoperační a pooperační průběh a následnou rehabilitaci po založení TEP kyčelního kloubu
- charakterizovat pojem kvalita života
- popsat a analyzovat pojetí kvality života a způsoby jejího zjišťování.

V empirické části bylo cílem mé práce:

- zjistit změnu funkčnosti kyčelního kloubu před a po operaci
- zjistit potíže pacienta před operací a výši jejich změn po operaci
- zjistit stav soběstačnosti pacienta před a po operaci
- zjistit do jaké míry se zlepšila kvalita života pacienta po založení TEP kyčelního kloubu.

1. TOTÁLNÍ NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU

Totální náhrada kyčelního kloubu (dále jen TEP) je dnes nejrozšířenější a nejpropracovanější aloplastikou. Zakládá se při těžkém postižení kyčelního kloubu, kdy se nahrazují obě části kloubu, tj. jamka i hlavice. K dispozici je široká škála domácích i zahraničních implantátů, které jsou vhodné pro různé typy nemocných i různé anatomické situace (Sosna a kol., 2001; Stehlík, 2005).

1.1. HISTORIE TEP

Do historie aloplastiky se u nás zapsal profesor Chlumský kolem roku 1900. Roku 1960 John Charnley sestavil totální endoprotézu založenou na principu – náhrada s nízkým třením. Šlo o cementovaný typ totální náhrady. O rozvoj aloplastiky se nejvíce u nás zasloužil profesor Čech, který ve spolupráci s Poldi Kladno roku 1970 vyvinul cementovanou totální endoprotézu kyčelního kloubu včetně instrumentária. Také stanovil indikace k aloplastice kyčelního kloubu, zpracoval operační postup a upozornil na komplikace.

V 80. letech 20. století se začaly používat tzv. necementované endoprotézy, které měly vyloučit negativní vliv kostního cementu. Jedna z prvních vznikla podle profesora Zweymüllera (Koudela, 2004; Dungal, 2005).

1.2. INDIKACE TEP

V pokročilém věku člověka dochází k opotřebení a narušení velkých, výrazně zatěžovaných kloubů (klouby kyčelní, kolenní, obratlů), tj. k osteoartróze. Je postižena hladká vrstva chrupavky, která za normálních okolností pokrývá a promazává kloubní mechanismus. Destrukce chrupavky omezuje funkci kloubu. Objevují se bolesti, které se stupňují. Při těžkém poškození je tento stav řešen operačně umělou náhradou kyčelního kloubu (Hořejší, 1992; Vokurka, 2000) (viz. příloha 1).

TEP je indikována u bolestivých stavů po vyčerpání konzervativní léčby. Jedná se zejména o tyto stavy:

1. primární koxartroza
2. sekundární koxartroza
3. revmatická onemocnění, dále:

4. zánětlivé a pozánětlivé stavy
5. stavy po rekonstrukčních a paliativních operacích v oblasti kyčelního kloubu
6. poúrazové stavy (např. zlomeniny acetabula)
7. artrodezy a ankylozy kyčelního kloubu
8. kostní nádory

(Koudela, 2004; Karpaš, 2004; Dungal, 2005)

U implantace totální endoprotézy záleží na mnoha faktorech: na celkovém a místním stavu pacienta, zkušenostech a znalostech operátora, možnostech pracoviště. U některých je indikace pro TEP snazší, např. stavy pokročilé koxartrozy, jiné, např. záněty a pozánětlivé stavy jsou jednotlivými operátory řešeny různě (Čech, 1983).

1.3. KONTRAINDIKACE TEP

Kontraindikace, které omezují indikaci k totální náhradě kyčelního kloubu dělíme na zásadní a relativní:

ZÁSADNÍ KONTRAINDIKACE:

- závažná interní onemocnění (např. pokročilý nekompenzovaný diabetes mellitus, pokročilá celková osteoporóza, varixy s pokročilými trofickými změnami kůže, vysoká hmotnost,)
- u nemocných, kde se nepředpokládá aktivní spolupráce na rehabilitaci

RELATIVNÍ KONTRAINDIKACE:

- chronické, neléčené infekce kdekoli v organismu (např. recidivující chronické flebitidy s postižením hlubokého žilního systému, infekce močových cest, ...)
- vrozená vysoká luxace kyčelního kloubu
- zadní traumatická luxace kyčelního kloubu s defektem zadní třetiny acetabula, s rozsáhlými osifikacemi
- stavy po mnohočetných operacích kyčelního kloubu, s poškozením svalstva, aj.

(Sosna a kol., 2001)

1.4. TYPY NÁHRAD KYČELNÍHO KLOUBU

Z materiálů se uplatňují různé kovy a jejich slitiny, plasty a keramika nebo jejich kombinace. Endoprotézy se dělí podle způsobu fixace v kostním lůžku na cementované, necementované, hybridní náhrady a hip resurfacing (Sosna a kol., 2001). Jednotlivé typy jsou zobrazeny v příloze 2.

Necementovaná náhrada – nazývaná též jako press-fitová, kdy jednotlivé komponenty jsou fixovány do kosti bez cementové mezivrstvy. Aplikuje se od roku 1977. Ke své fixaci využívá dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Existují tři typy necementovaných jamek se zhrubělým nebo makroporózně upraveným povrchem a řada různých tvarů dříků u stehenních komponent endoprotéz. Buď je umělá jamka opatřena závity a do kloubního lůžka je zašroubována, nebo je speciálním postupem do kosti vtlačena proti stěně kostního lůžka. Typ endoprotézy se řídí anatomickými poměry operovaného kloubu. Konstruovány jsou tak, aby mohly být implantovány bez použití cementu. Kost vrůstá do upravovaného povrchu kovového implantátu, do titanové slitiny, po opracování stehenní kosti (Sosna a kol., 2001; Kačínětzová, 2003; Dungal, 2005).

Cementovaná endoprotéza – Poprvé ji použil v roce 1962 Sir John Charnley. Implantát je zakotven prostřednictvím kostního cementu (tmelu na bázi polymetylmakrylátu). Musí se dodržovat směr a postavení jamky, protože kloub po náhradě endoprotézou je zpočátku stabilizován proti luxaci pouze kolemkloubním svalstvem. Dřík endoprotézy je upevněn pomocí kostního cementu do proximální části stehenní kosti zbavené spongiozy. Je spojen s hlavici, nebo zakončen kuželovým konusem, na který se hlavice nasazuje. Je zhotoven z kovu nebo korozivzdorné oceli. Hlavice jsou zhotovovány nejčastěji z kovu nebo keramiky v různých velikostech. Jejich povrch musí být dokonale hladký, protože každá nerovnost zvyšuje ořez artikulační části jamky a může dojít až k pozdějšímu uvolnění implantátu (Sosna a kol., 2001; Stehlík, 2005).

Hybridní náhrada – tzn. když jedna část je připevněna bez cementu, nejčastěji jamka a druhá je připevněna cementem, nejčastěji dřík (Stehlík, 2005).

Cementované implantáty mohou být zatěžovány od druhého pooperačního týdne, necementované se zatěžují později. Zátěž dovolujeme většinou po třech měsících. Cementované a hybridní implantáty se častěji užívají u starších nemocných, neboť dovolují časnou zatěžování a výkon je technicky jednodušší, kratší. U mladších a aktivních pacientů dáváme přednost necementované náhradě. Předpokládá se zde delší životnost, lepší možnost

výměny, její dobrá integrace. Životnost cementovaných implantátů je zhruba patnáct let, u necementovaných předpokládáme delší (Sosna a kol., 2001; Stehlík, 2005).

Hip resurfacing

Od ledna 2005 se u indikovaných pacientů provádí nová operační metoda řešení koxartrozy – Hip resurfacing. Konstrukce implantátu maximálně napodobuje fyziologii kyčle. Předpokládá se lepší funkce po operaci. Indikace Hip resurfacingu se provádí u pacientů, kde nejsou velké anatomické změny v oblasti kyčelního kloubu a u pacientů, kde vzhledem k věku a úrovni pohybové aktivity implantace dřívkové náhrady je problematická, nebo je předpoklad předčasného mechanického selhání. Očekává se zde dlouhá – doživotní funkce. Pokud by došlo k mechanickému uvolnění, je možné jej řešit implantací klasické endoprotézy (Orthes, 2007).

1.5. OPERAČNÍ PŘÍSTUPY A TECHNIKY

Při **standardních postupech** se pro operaci umělé náhrady kyčelního kloubu provádí kožní řez dlouhý 25 až 30 cm, kde se protínají nebo uvolňují důležité svaly.

Zde se používají tyto operační techniky:

- 1. anterolaterální přístup** ke kyčelnímu kloubu bez odnětí velkého trochanteru (viz. příloha 3)
 - pacient je uložen na operační stůl v poloze na zádech, operovaný bok přečnává přes okraj operačního stolu, druhý bok je založen opěrkami, aby bylo možné při operaci pacienta se stolem naklonit
 - provádí se rovný kožní řez v podélné ose femuru asi 15 cm, u obézních o něco delší
 - je vhodný i pro aplikaci cervikokapitální endoprotézy (Sosna a kol., 2005)
- 2. laterální přístup** ke kyčelnímu kloubu s odnětím velkého trochanteru (viz. příloha 4)
 - užívá se u pacientů, u kterých se aplikuje TEP po více operacích, zejména při výměně TEP, kde je anterolaterální přístup nedostatečný (Sosna a kol., 2005)

V dnešní době se pro umělou náhradu kyčelního kloubu nově na některých ortopedických pracovištích ČR používá **miniinvazivní operační přístup**. Kožní řez je krátký (5 – 8 cm). Opracování a náhrada kyčelního kloubu se provádí mezi rozhrnutými svaly. Tkáně jsou minimálně poškozeny, což znamená menší bolest, otok, krevní ztráty a nižší riziko

infekce. Znamená to i časnou mobilizaci pacienta po výkonu. Jsou tak snížena rizika tromboembolických a plicních komplikací. Tento typ operace je možný použít u většiny pacientů. Provádí se pouze jeden kožní řez, bez opakovaných rtg snímků během operace. Snižuje se tím radiační riziko pro pacienta a sálový personál. Výhodou je, že v případě nutnosti během výkonu, může být operace po mírném rozšíření rány dokončena klasickým způsobem. Není nutné složité technické vybavení nebo nové a drahé implantáty. Jednou z dalších výhod je, že šetří finanční náklady v oblasti krevních transfúzí, analgetik, opiátů a léků podávaných proti riziku tromboembolických komplikací. Krátí se doba hospitalizace a pacienti se do běžného pracovního života vrací dříve (Stehlík, 2005).

1.6. KOMPLIKACE

Každá operace s sebou nese určitá rizika. Moderní metody jako např. svodná anestezie, autotransfúze, profylaxe antibiotiky a prevence tromboembolie možná rizika minimalizují. Po výkonu operovanou končetinu ihned polohujeme, používáme elastickou bandáž, začíná se s cvičením a pacienta co nejdříve mobilizujeme (Stehlík, 2005).

Komplikace TEP můžeme dělit na peroperační, časně a pozdní:

Komplikace peroperační:

- k těmto komplikacím může dojít při operaci, mohou se dostavit okamžitě nebo později
- patří sem např.:
 - zlomenina v oblasti Adamsova oblouku (při nesprávné technice)
 - poranění velkých cév (arteria a venae femoralis) a masivní krvácení
 - poranění nervů (nervus femoralis, nervus fibularis communis; poranění nervus ischiadici v celém rozsahu je vzácné)
 - zlomeniny stehenní kosti
 - distorze kolenního kloubu (při pokusu o luxaci nedostatečně uvolněného kyčelního kloubu)
 - perforace dna acetabula nebo diafyzы stehenní kosti, nejčastěji když se provádí „kotevní“ otvory na nesprávném místě, nebo při prohlubování mělkého dna acetabula
 - mors in tabula, je vzácná komplikace, vzniklá působením toxického monomeru, který pronikl do krevního oběhu. Dochází zde k úmrtí zástavou srdeční činnosti (Koudela, 2004).

Komplikace časně:

- vznikají bezprostředně po operačním výkonu. Mohou ohrozit výsledek operace i život pacienta. Proto je třeba pacientovi v prvních dnech věnovat zvýšenou pozornost.
- patří sem např.:
 - **krvácení**, zvýšené krvácení v operační ráně, které se projeví zvýšeným odsáváním Redonových drénů. Krevní ztráty jsou následně hrazeny krevními konzervami.
 - **luxace** endoprotézy se projeví bolestí a patologickým postavením končetiny. Příčinou je křížení nohou a zevní rotace operované končetiny.
 - **tuková embolie**
 - **tromboembolická nemoc** – patří mezi nejčastější komplikace. Trombus (krevní sraženina) uzavírá zcela nebo částečně průsvit cévy (nejčastěji hluboké žíly dolních končetin a pánve). Příčinou vzniku bývá dlouhodobé upoutání na lůžko kdy se zpomaluje tok krve v žilách. Prevencí je časná rehabilitace, chůze a cvičení. Trombus se může uvolnit do krevního oběhu a dostat až do plicního řečiště, vzniká plicní embolie. Uvolněný trombus se nazývá embolus. Plicní embolie je akutní, život ohrožující stav, který musí být včas a správně léčen (Kačinetzová, 2003; Koudela, 2004).

Komplikace pozdní

- je to důležité období z hlediska hojení operační rány i pacientova celkového stavu. Nepříznivý vývoj může oddálit rekonvalescenci i rehabilitaci, ovlivněna je i psychika pacienta.
- nejčastější komplikace jsou:
 - **dehiscence** (rozestup) rány na podkladě nekrozy kůže
 - **pozdní hematomy**, příčina bývá v antikoagulační léčbě
 - **infekce** - povrchová, hluboká. Povrchová infekce vzniká na základě rozestupu rány, zasahuje do podkoží. Při nesprávné léčbě může vzniknout hluboká infekce, která ohrožuje výsledek aloplastiky.
 - **nedostatečná funkce** může být způsobena:
 - špatnou svalovou funkcí
 - rozsáhlými kalcifikacemi
 - bolestí při pohybu v kyčelním kloubu a při zatížení končetiny
 - aplikací TEP s příliš dlouhým krčkem nebo nedostatečně zkráceným krčkem

- femuru
- aplikací TEP jen na jedné končetině, kdy na druhé končetině je artrodeza nebo omezená hybnost kyčelního kloubu (např. artrozou, revmatismem, traumatem, aj.)
 - technicky nesprávně zavedenou TEP
 - **uvolnění a migrace TEP** je jedna z nejdůležitějších komplikací. Příčinou uvolnění může být, např. špatná konstrukce nebo implantace TEP, vznik kostních nekroz, předčasné nebo nadměrné zatěžování končetiny nebo trauma, pokročilá osteoporóza, aj. Uvolněná endoprotéza se pak projeví bolestí, zkrácením končetiny a kulháním. Nemocný chodí o holi.
 - **zlomeniny femuru a pánve** po aplikaci TEP. Dochází k nim během operace při manipulacích s končetinou, v pooperačním období jako následek traumatu nebo jako únavové zlomeniny (Kačinetzová, 2003; Koudela, 2004; Dungal, 2005).

1.7. VÝBĚR PACIENTA A PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Výběr pacienta

Pacienti, u kterých se rozhoduje pro TEP kyčelního kloubu, je důležitá nejen diagnostika poškozeného kyčelního kloubu dle rtg nálezu, ale i další hlediska jako je věk pacienta, jeho celkový zdravotní stav, základní diagnóza a místní nález, charakter zaměstnání, důležitý je i jeho psychický stav. Vždy záleží na základním onemocnění.

Optimální věk pro aplikaci TEP je 55. – 60. rok života. Lékaři se rozhodují různě u pacientů s oboustranným postižením, u Bechtěrevovy nemoci nebo progresivní polyartritidy, i u oboustranné koxartrozy primární i sekundární. V případě nutnosti se věková hranice snižuje. Posuzuje se také biologický věk; úspěšně může být operován sedmdesátiletý i starší pacient, naopak někteří pacienti jsou už ve věku 60 let „biologicky staří“ a výkon by byl pro ně rizikem. Před definitivním rozhodnutím pro operaci musí lékař znát celkový zdravotní stav pacienta. Provádí se předoperační interní vyšetření. Speciální předoperační příprava se provádí např. u diabetiků, kardiaků apod., kteří jsou nadále i na ortopedickém oddělení sledováni internistou (Kačinetzová, 2003).

Předoperační příprava

Náhrada kyčelního kloubu je plánovaný ortopedický výkon, na který je nutné pacienta připravit.

Před každou operací TEP je nutné:

- pacientovi vysvětlit možnosti, rizika i očekávaný výsledek operace
- provést nácvik hlubokého dýchání – dechová gymnastika
- v rámci pooperační rehabilitace naučit pacienta zapínat jednotlivé svalové skupiny (izometrické kontrakce gluteálních svalů a m. quadriceps femori)
- nácvik obrátů z lehu na zádech na břicho pomocí polohovacích polštářů
- nácvik sedu a chůze o berlích (francouzské hole /dále jen FH/, event. podpažní berle /dále jen PB/)
- u obézních snížit hmotnost
- v některých případech provést dlouhodobou interní přípravu

(Sosna a kol., 2001; Dungal, 2005)

Každý pacient, který jde na operaci, musí mít **interní předoperační vyšetření**. Na jeho základě se posoudí zda je pacient schopen výkonu v celkové anestezii, tzn. že interní lékař uznal pacienta schopným podstoupit operaci bez rizika zhoršení celkového zdravotního stavu pacienta a nepředpokládá ohrožení života. Do základního předoperačního vyšetření patří celková prohlídka lékařem, fyzikální vyšetření (tj. funkční stav srdce, plic, jater, ledvin atd.), EKG záznam, hematologické a biochemické vyšetření krve a moče, mikrobiologické vyšetření moče a výtěrů z nosu a krku. Protože během operace dochází ke krevním ztrátám, dostávají se pacienti v dostatečně dlouhé době před výkonem k odběru krve pro přípravu autotransfúzí, které jsou následně použity během výkonu nebo těsně poté. Je zde vyloučeno riziko komplikací, které přichází v úvahu při podání transfúzí od jiných dárců. Pacienti také přichází s rtg snímky postiženého kloubu, nejlépe pořízeným den před nástupem na ortopedické oddělení (Kačinetzová, 2003).

U kardiaků, diabetiků a jiných rizikových pacientů se volí **speciální intravenózní předoperační příprava**. Souběžně jsou sledovány jejich laboratorní hodnoty v krvi a moči. U starších pacientů také hodnotíme schopnost aktivní spolupráce v pooperačním období (Čech, 1983).

Důležitá je **spolupráce** s internistou, revmatologem, rehabilitačními pracovníky, i s pacientem, kterému musí být vysvětlena důležitost předoperační přípravy. Před operací musí být pacient upozorněn, že se musí po operaci šetřit, a že nemůže plně zatěžovat končetinu. Nemocný tomu musí přizpůsobit i svůj další život (Čech, 1983).

Před nástupem na operaci je dobré **upravit si domácnost**, což po operaci ulehčí mobilitu pacienta. Pacienti si mohou například opatřit madla na WC, k vaně nebo sedátko na vanu, nástavec na WC, dostatečně vysoké křeslo nebo další pomůcky, které ulehčují období po operaci (dlouhá lžice na boty, oblékač ponožek). Tyto pomůcky lze zakoupit v prodejnách zdravotnických potřeb. Některé může i lékař předepsat. Na oddělení jsou pacienti informováni o možnosti uložení si cenností do trezoru (je praktické nechat je doma). Jsou také informováni o neomezených návštěvních hodinách. Nutné je také pamatovat na **oblečení, osobní toaletní potřeby a vhodnou obuv** s plnou špičkou a uzavřenou patou. Pantofle a boty na podpatku mohou způsobit pád (Kačinetzová, 2003).

Na našem oddělení je pacient přijat na ortopedické oddělení dva dny před výkonem pro možná dovyšetření a zajištění speciální interní přípravy před výkonem. Je uložen na pokoji, seznámen s chodem oddělení a právy pacienta. Pacient podepisuje **souhlas s operačním výkonem** a možnými riziky. Dle vlastního rozhodnutí podepisuje i **souhlas s uchováním kostního štěpu**, u kterého po výkonu následuje laboratorní vyšetření krve (viz. příloha 5). Před výkonem anesteziolog definitivně uzná pacienta schopným k výkonu v celkové anestezii, pak informuje pacienta o způsobu narkózy a rozepíše **premedikaci**. Pacient je sestrou poučen dle zvyklosti oddělení i o předoperační přípravě a pobytu na oddělení jednotky intenzivní péče (dále jen JIP).

1.8. POOPERAČNÍ PÉČE

Po operacích jsou pacienti uloženi na oddělení JIP (1 – 2 dny), poté jsou překládáni na standardní ortopedické oddělení.

Ihned po operaci je pacient poučen o správném držení operované končetiny. Je důležité nekřížit nohu přes nohu a nevytáčet špičky zevně, aby nedošlo k vykloubení endoprotézy, proto se v lehké abdukci přikládá na operovanou končetinu antirotací bota. Ta zajišťuje pozici obou částí náhrady ve správném postavení. Mírnému roznožení napomáhá polohovací klín mezi dolními končetinami. Také se sleduje a zaznamenává množství hematomu odsátého Redonovými drény. Je-li odsáváno velké množství krve, drény uzavřeme tlačkou nebo peánem a každou půl hodinu na několik minut uvolníme, aby se neucpaly. Množství odsáté krve je nahrazováno další transfúzí. Redonovy drény se odstraňují za 48 hodin po výkonu, výjimečně se ponechají déle. Bolesti jsou tlumeny analgetiky. Pacient je již v den výkonu permanentně zacévkován. Interní péče o kardiaky, diabetiky, revmatiky apod. nadále v prvních pooperačních dnech pokračuje intravenózně. Pak se postupně přechází na perorální aplikaci. Kontrolují se laboratorní hodnoty. Krátkodobě se jako prevence podávají intravenózně antibiotika v dostatečné dávce (Lincomycin, Gentamicin, Cefazolin). Subkutánně se podává antikoagulační léčba, jako prevence zánětu žil a možných tromboembolických komplikací. Tuto prevenci též podporuje bandáž operované končetiny elastickými obinadly. Pravidelně sledujeme krevní srážlivost a často kontrolujeme operační ránu a jiné krvácivé projevy.

Od prvního dne se provádí i dechová gymnastika a procvičuje se svalstvo horních i dolních končetin. Již první den po výkonu, dle stavu pacienta, se jej snažíme posazovat a poté postavit o FH se správným postupem vstávání z lůžka a ulehnutí zpět na lůžko. Po vertikalizaci pacient začíná s chůzí bez zatížení operované dolní končetiny o FH. Jde o tzv. stínování (lehké pokládání operované končetiny na zem). U miniinvazivního zákroku cementované endoprotézy pacient plně zatěžuje operovanou končetinu od prvního dne, u necementované endoprotézy je zátěž na operovanou končetinu 50% tělesné hmotnosti (Sosna a kol., 2001; Kačinetzová, 2003).

Každý pacient je na našem oddělení poučen o správném postupu vstávání z lůžka a správné chůzi, který se stává z následujících kroků:

Správný postup vstávání z lůžka:

- posunout se na okraj lůžka (pro menší nárok na ohnutí v kyčli)
- spustit neoperovanou dolní končetinu na zem
- opírat se rukama o lůžko
- pomalu položit operovanou dolní končetinu na zem
- chvíli setrvat v sedě – prevence závratě
- postavit se na neoperovanou dolní končetinu s pomocí FH.

Pokud se dostaví závratě, slabost, je nutné si lehnout, aby došlo k prokrvení mozku. Časné vstávání spolu s bandáží dolních končetin elastickými obinadly je nejlepší prevence tromboembolické nemoci (dále jen TEN). Po zmírnění otoku se nasazují protiembolické punčochy. Jako prevence zánětu žil se také v prvních dnech provádí přístrojová masáž, pneuven, tj. speciální nohavice plněná vzduchem.

Pacient je poučen o udržování končetiny v lehké abdukci a vnitřní rotaci, při sedu i při vstávání, abychom předešli možné luxaci TEP.

Od druhého dne pokračuje v chůzi. Nejprve pár kroků kolem lůžka, po pokoji, v dalších dnech se pacient dle svých fyzických sil a zdravotního stavu vydává na chodbu. Zhruba **pátý den** se vydává na cvičební místnost, dle svého stavu sám nebo v doprovodu rehabilitační sestry.

Při nácviku chůze zdůrazňujeme správný stereotyp chůze, kde je nutné odlehčovat operovanou dolní končetinu. Po týdnu je u cementované i necementované endoprotézy maximální zátěž na operovanou končetinu 1/3 váhy pacienta, vždy ji ale určuje lékař. K odlehčování se používají francouzské hole, event. podpažní berle, v některých případech, většinou starší pacienti, začínají nacvičovat chůzi v chodítku.

Důležité je správné nastavení FH:

- délka holí musí být přiměřená tělesné výšce
- při stoji jsou horní končetiny v lokti lehce pokrčené (asi 30°)
- předloktí se lehce dotýkají objímek holí.

PB se při stožení dotýkají podpažních jamek, pacient se k nim nesmí sklánět nebo na nich viset. Nutná je vhodná obuv, aby nepadala, s pevnou patou.

Zásady chůze, které pacienta učíme jsou:

- nohu pokládat na zem nejdříve patou, následuje došlápnutí
- nejdříve zvedat patu, poté špičku nohy
- snažit se dělat stejně dlouhé kroky operovanou i zdravou končetinou
- po zvládnutí chůze se dívat před sebe, ne na zem na nohy
- nechodit uprostřed chodby nebo schodiště, pro možnost opření se v případě potřeby (zábradlí)
- chodit pomalu v přirozeném rytmu
- dávat pozor na kluzký a nerovný terén.

Ve spolupráci s rehabilitačními sestrami jsme na našem oddělení vytvořily pro pacienty **manuál správného nácviku chůze.**

Postup při chůzi po rovině:

BERLE - OPEROVANÁ - ZDRAVÁ DOLNÍ KONČETINA

Nejprve předsunout obě berle před sebe na vzdálenost krátkého kroku. Pacient se vzepré na berlích a vykročí operovanou dolní končetinou (nesmí překročit berle), následuje končetina neoperovaná, zdravá.

Postup při chůzi po schodech:

Dolů: BERLE - OPEROVANÁ - ZDRAVÁ DOLNÍ KONČETINA

Při chůzi ze schodů pacient předsune nejprve obě berle o jeden schod níže, potom mezi ně vkročí operovanou dolní končetinu a nakonec přisouvá zdravou.

Nahoru: ZDRAVÁ DOLNÍ KONČETINA - OPEROVANÁ - BERLE

První vykročí zdravá dolní končetina o schod výš, pacient se vzepré na berlích a přisune k ní operovanou dolní končetinu a nakonec berle.

Manuál správného postupu vstávání z lůžka a nácviku chůze pacient dostane první den po operaci od rehabilitační sestry.

Chůze s odlehčením vyžaduje 10 – 12 týdnů od operace. Velikost zatížení určuje operatér při pravidelných kontrolách. Pokud lékař dovolí zátěž na více jak ½ tělesné hmotnosti pacienta nebo jen malé odlehčení operované dolní končetiny, může pacient použít jen jednu francouzskou hůl nebo vycházkovou hůl, kterou nosí na straně u zdravé dolní končetiny! Vždy předsune hůl společně s operovanou dolní končetinou, pak následuje zdravá (Sosna a kol., 2005).

Z dalších zásad, které pacient musí dodržovat po dobu 3 – 6 měsíců, pro správnou funkci kloubní náhrady a vyloučení komplikací, jsou:

- neprovádět rovný předklon. Pacient se pro spadlé věci na zem neshýbá, použije podavač, nebo zavolá o pomoc.
- při oblékání ponožek požádá o pomoc, při obouvání bot užívá dlouhou lžici – nepředklání se, nedělá dřepy – tyto pohyby vedou k flexi nad 90°
- příkrývku má vždy na lůžku připravenou tak, aby se pro ni nemusel předklánět
- při poloze na boku, leží na neoperované straně, mezi kolena je vložen polštář, stehna jsou vodorovně a kolena od sebe 10 – 15 cm
- pacient spí na pevném a rovném lůžku
- na WC usedá tak, aby byla operovaná končetina vedle prkénka, používá nástavec na WC, kyčelní kloub nesmí být ohnutý víc než do pravého úhlu, při posazování předsune končetinu před sebe do natažení
- pacient nemá sedat do měkkého a nízkého křesla. Vždy sedá na vyšší židli, ale tak aby obě chodidla spočívala na zemi celou ploškou, kolena mírně od sebe, nepřehazuje si nohu přes nohu
- při jízdě autem může sedět na zadním sedadle s operovanou končetinou nataženou na sedadle, nebo na předním sedadle, které si posune co nejdále. Řídit auto může pacient sám nejdříve tři měsíce po operaci.
- kontrolujeme stav berlí, zda nejsou uvolněny, zda dobře drží protiskluzové podložky
- nenosit předměty těžší než 5 kg
- nepřetěžovat jednostranně operovanou končetinu
- nedoskakovat na operovanou končetinu
- u infekčních onemocnění a drobných chirurgických výkonů je nutné preventivní užívání antibiotik
- každá endoprotéza má určitou životnost a při každém pohybu dochází i k minimálnímu opotřebení. Pacient nesmí nosit těžká břemena nebo provozovat vytrvalostní chůzi.

Rotoped užívá vždy bez zátěže, aby nedocházelo k zatěžování kloubu. Kloub se tak udržuje v pohybu, protahují se svaly stehna a udržuje pružnost měkkých tkání.

- Pokud se objeví v oblasti kyčelního kloubu bolest, zarudnutí, sekrece z jizvy, dojde ke zkrácení končetiny, omezení pohybu nebo se objeví horečka, co nejdříve musí vyhledat lékaře!
- protiebolické punčochy by měli pacienti užívat nejméně 2 měsíce po operaci. Během prvního měsíce je používat ve dne i v noci a od druhého měsíce se jejich používání v noci může vyloučit

(Kačinetzová, 2003; Dungal, 2005) (viz. příloha 6).

Z našeho ortopedického oddělení pacienti většinou odchází 8. až 12. den po výkonu. V této době se naučí chodit o FH a flexe v kyčelním kloubu dosahuje 70 – 80°. U těchto pacientů další rehabilitace není nutná. Ale u nemocných, kde nácvik chůze je obtížný a je omezena hybnost kyčelního kloubu zajišťujeme další rehabilitační léčbu v ústavním i jiném rehabilitačním nebo lázeňském zařízení. Zde se pokračuje v další rehabilitaci pro kvalitní vstup do dalšího života s TEP kyčelního kloubu.

Po propuštění jsou také pacienti zváni na kontroly k operatérovi a k odstranění stehů (11. den po výkonu). Poté je možné asi za dva dny ránu sprchovat, je-li dobře zhojená. Nedoporučuje se však, aby se pacient koupal ve vaně.

Po zahojení rány se doporučuje jizvu masírovat, což zlepšuje výživu hojící se tkáně a zabrání se tak stažení a nerovnému zhojení jizvy. Pro masáž se doporučuje např. měsíčková mast, infadolan mast, nebo také vepřové sádlo.

V dalším období po operaci se doporučují vhodné sportovní rekreační aktivity: procházky, jízda na kole především po rovině, plavání, lyžování je vcelku bezpečné, ale je třeba se vyvarovat pádům, mírná fyzická námaha.

Rozdíl délek končetin, pokud je, je vyrovnávána vhodnou obuví nebo podpatěnkou. Pacienti pravidelně dochází na kontroly k ortopedovi. Snaží se vyvarovat nadváhy.

U každého pacienta je třeba individuálního přístupu v závislosti ke všem okolnostem (Kačinetzová, 2003; Dungal, 2005).

1.9. LÁZEŇSKÁ LÉČBA

Léčebné lázně Bohdaneč slouží k léčbě pohybového aparátu. Dobrých výsledků dosahují právě v oblasti rehabilitace totálních endoprotéz. Lázně zajišťují nejen léčbu, ale i prevenci, relaxaci a odpočinek. Léčebný program je individuální. Záleží na zdravotním stavu pacienta a na doporučení lékaře. Pacientovi je vytvořen rehabilitační program a na doporučení lékaře si může dokoupit další proceduru. Z léčebných procedur jsou zde používány koupele, rehabilitace, bazén, elektroléčba, masáže, procedury, kde se využívá teplo a chlad (parafín, kryoterapie, slatinné obklady), speciální techniky (manuální a přístrojová lymfodrenáž, aj.) a další. Profesionální péči zajišťuje tým zdravotnického personálu (lékař, fyzioterapeut, zdravotní sestra, laborantka, nutriční terapeutka, masér, sanitářka) (Léčebné lázně Bohdaneč, 2007) (viz. příloha 7).

1.10. REVIZNÍ OPERACE KYČELNÍCH NÁHRAD

Všechny typy umělých kloubních náhrad se dříve nebo později uvolní. Doba, po které dojde k uvolnění, závisí na řadě faktorů, na anatomických poměrech v době implantace, na hmotnosti pacienta, stupni zátěže i kvalitě kosti. Stále stoupá počet pacientů, kteří musí na revizní, výměnnou operaci kloubu. Nejčastějším důvodem uvolnění implantátu z kosti je opotřebení z dlouhé doby užívání náhrady.

Velikost operace závisí na tom zda je uvolněna jedna nebo obě části protézy nebo zda musí být obnoven kostní defekt. Zde se užívají kostní štěpy, od vlastního pacienta nebo z kostní banky. Revizní operace jsou obtížnější než primární výkon, ani výsledky nejsou tak dobré. Revize vyžaduje delší dobu, jsou zde větší krevní ztráty, vyšší výskyt infektů, tromboembolické nemoci, luxací, neurologických i periprotetických fraktur, vyšší výskyt komplikací a nižší životnost revizní TEP. Nejčastější indikací revizní operace je bolest, ztráty kosti, deformace nebo neúplné i úplné zlomeniny dřívku, opakující se subluxace nebo luxace endoprotézy, infikovaná TEP (Dungl, 2005; Stehlík, 2005).

2. KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ VÝZNAM PRO MEDICÍNU A ZDRAVOTNICTVÍ

„Nejen obohatit život o léta, ale i obohatit léta o život.“

Mezinárodní gerontologická společnost

„Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“

Aristoteles

Vymezení pojmu a jeho vývoj

Otázkou kvality života se lidé zabývali odedávna, ale termín „kvalita života“ byl poprvé zmíněn ve 20. letech v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji státu. Nejvíce šlo o státní dotace, které měli zkvalitnit život chudých lidí. Tento termín se opět objevil v 60. letech v USA, kdy tehdejší americký prezident Johnson ve svém projevu prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není kvantita spotřebovaného zboží, ale to jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. V 70. letech i německý politik Willy Brandt postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Tento termín také zdomácněl v sociologii, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života. V této době se také udává první použití termínu „kvalita života“ pro výzkumné účely (Křivohlavý, 2002; Hnilicová, 2005).

Studium kvality života prodělává především v posledních deseti letech svůj „boom“. Tomuto tématu se věnují celé výzkumné týmy na různých pracovištích světa. Studium kvality života v současnosti znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Důvodem pro studium kvality života a jeho cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou užít (Hnilicová, 2005).

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Především je to psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína.

Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji v rámci určité populace i mezikulturně. Hledají faktory, které ji nejvíce vymezují.

Psychologové se zaměřují hlavně na subjektivní pohodu jednotlivců a pokouší se ji různými metodami měřit.

Ve **zdravotnictví** se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče a jednotlivé zdravotnické programy (Hnilicová, 2005).

Kvalita života je těžko definovatelný termín. Existují řady **definic** kvality života. Kvalita života je chápána jako důsledek vzájemného působení různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní a ekonomické podmínky, které na sebe vzájemně působí a ovlivňují tak lidský rozvoj jednotlivce i celé společnosti. Lze konstatovat, že kvalita života má dva rozměry, a to objektivní a subjektivní. **Subjektivní** se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. **Objektivní** charakterizuje splnění požadavků na sociální a materiální podmínky života, sociální stav a fyzické zdraví. Stále je otázkou, jak tyto dvě úrovně spolu souvisejí.

V medicíně a zdravotnictví existují definice, které se opírají o pojetí zdraví WHO (Světové zdravotnické organizace), kdy zdraví není chápáno jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Mnohé definice o „zdraví“ a „kvalitě života“ jsou často spojovány, neboť zdůrazňují komponenty štěstí a spokojenosti se životem. Kvalitou života je tedy to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v souvislosti kultury a hodnotových systémů, v nichž žije ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Fayers, Machin, 2000; Hnilicová, 2005).

Podobně popisuje kvalitu života Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu: „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života“ (Hnilicová, 2005, s. 208).

Pojetí kvality života z **psychologického hlediska** se snaží vystihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým.

V psychologii se tedy pod pojmem kvalita života skrývá:

- spokojenost se životem, která zahrnuje otázky co činí lidi spokojenými, jaké faktory ke spokojenosti přispívají a jak jednotlivé společnosti ovlivňují spokojenost lidí. A kdy je člověk spokojen? Odpověď je jasná: když se mu daří dosahovat cílů, které si předsevzal.

- prožívání subjektivní pohody a tato životní pohoda zahrnuje všeobecné hodnocení kvality života jako takového (Křivohlavý, 2002).

Ze **sociologického hlediska** jsou pro pojem kvalita života typické znaky sociální úspěšnosti, kam patří stav, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Jejich vztah ke kvalitě života je definován jako subjektivní životní pocit. Sociologická organizace Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies) popisuje kvalitu života jako „produkt souhry sociálních, zdravotních a ekonomických podmínek, ovlivňující rozvoj lidí.“ Důležitá je pak „životní úroveň“, která měří kvalitu a kvantitu zboží a služeb, které jsou lidem k dispozici (Hnilicová, 2005).

Termín kvalita života je užíván v medicíně od 70. let a v průběhu 80. let se začíná užívat i v klinických studiích. Přesto je kvalita života ve zdravotnictví stále poměrně novou problematikou. V dnešní době již lékaře musí zajímat kvalita života pacientů s různými nemocemi a dopad zvolené léčby na jejich kvalitu života. V medicíně se zkoumání kvality života zaměřuje na oblast psychosomatického a fyzického zdraví. Znamená to, že vedle klinických ukazatelů úspěšné nebo neúspěšné léčby se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, např. přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, schopnost sebezpečí, intenzita únavy, míra úzkosti a napětí, typ emocí (Hnilicová, 2005).

Je mnoho důvodů proč měřit kvalitu života. Zdravotníkům **měření kvality života** přináší důležité informace, které se při běžné klinické praxi u pacientů nezjišťují. K jejímu měření byla vyvinuta řada instrumentů dotazníkového typu.

Jedním ze základních je dotazník **SF – 36** (36 – Item Health Survey), který má obecné zaměření a doporučuje se ke zjišťování dopadu farmakoterapie na kvalitu života pacientů (Hnilicová, 2005).

Z dalších metodik zjišťování kvality života je možné použít metodu **SEIQoL** (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života). Základem je strukturovaný rozhovor založený na výpovědi dané osoby, kdy pojetí kvality života závisí na jejím vlastním systému hodnot. Zjišťují se nejdůležitější aspekty kvality života pro nemocného (např. rodina, manželství, zdraví, duševní pohoda, sport, kultura atd.) (Křivohlavý, 2001).

Pro hodnocení výsledků artroplastiky kyčelního kloubu se od roku 1969 užívá dotazník **Harris Hip Score**. Harris se v hodnocení snaží spojit funkci s rozsahem pohybu, kdy největší váhu mají subjektivní údaje pacienta, které se týkají bolesti, kulhání, používání hole a výdrže při chůzi. Objektivní údaje, získané měřením, jako je deformita a hybnost, jsou pro celkový výsledek hodnocení méně významné. RTG výsledek nehraje v hodnocení žádnou roli. Dotazník obsahuje různě ohodnocené čtyři kategorie s celkovým počtem 100 bodů: bolest – 44 bodů, funkce – 47 bodů, absence deformity – 4 body, rozsah pohybu – 5 bodů. Pohyblivost kloubu je významná jen tehdy, ovlivňuje-li funkci. Při bodovém ohodnocení rozsahu pohybu se vychází ze skutečnosti, že ne každý pohyb v kyčli má pro funkci stejný význam (Dungl, 2005) (viz. příloha 8).

Existují i metodiky zaměřené na zjišťování kvality života lidí trpících určitou nemocí (např. pro onkologické pacienty, duševně nemocné, pro nemocné v terminálním stadiu v paliativní péči apod.). Například pro psychiatricky nemocné pacienty byl vytvořen dotazník **SQUALA**, který je podle autora možné použít i pro běžnou populaci. Dotazník byl i u nás valorizován v letech 1995-6 (Hnilicová, 2005).

Metoda, která se snaží vystihnout celkový stav pacienta fyziologickými a patofyziologickými kritérii a tímto způsobem měřit vážnost nemoci, se nazývá Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – **APACHE II** (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Metoda vychází z předpokladu, že na vážnost onemocnění je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od normálního stavu. Metoda APACHE II se často užívá ve Velké Británii, především na jednotkách intenzivní péče (Křivohlavý, 2002).

Studium kvality života je nesporně pro vědu užitečným přínosem. Výsledky výzkumů v oblasti kvality života přispívají k lepšímu pochopení důležitých věcí člověka a k pochopení podstaty jeho lidské existence. Ve zdravotnictví má svůj význam v péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví (Hnilicová, 2005).

3. EMPIRICKÝ VÝZKUM

3.1. ÚVOD

Aplikace totální náhrady kyčelního kloubu je závažnou operací, která stále prochází rozvojem operačních metod i operační techniky. Úspěšnost operace a následné péče se odráží na kvalitě života pacienta ve všech jeho oblastech života (v oblasti fyzické, duchovní, sociální).

Každý člověk je neopakovatelná bytost, má své hodnoty, postoje, nároky, které mohou ovlivnit další průběh léčby a tím následně jeho kvalitu života.

3.2. CÍLE VÝZKUMU

V empirické části práce jsem stanovila následující cíle:

- a) zjistit změnu funkčnosti kyčelního kloubu před a po operaci
- b) zjistit potíže pacienta před operací a výši jejich změn po operaci
- c) zjistit stav soběstačnosti pacienta před a po operaci
- d) zjistit zda došlo ke zlepšení kvality života a v jaké míře v důsledku operace

3.3. METODIKA VÝZKUMU

Výzkum byl proveden v Léčebných lázních Bohdaneč. Jednalo se o pacienty po totální náhradě kyčelního kloubu, u nichž indikací byla koxartroza kyčelního kloubu. V rámci tohoto výzkumu jsem v dotazníku v otázce číslo 5 použila modifikovaný Harrisův dotazník, který umožňuje hodnotit funkci kyčelního kloubu před a po výkonu. Dotazník se skládá z několika částí. Pro svůj výzkum jsem z tohoto dotazníku použila pouze kategorie I. bolest, II. funkce a aktivita. Kategorie III. absence deformity a IV. rozsah pohybu jsou pro lékaře, proto jsem je při tomto šetření vynechala. Dotazník jsem doplnila o otázky č. 1, 2, 3 pro získání základních údajů o pacientovi a otázky č. 4, 6, 7, 8 pro zjištění jeho kvality života před a po výkonu a otázku č. 9, kde pacient má prostor sdělit jak si představuje svůj další život s totální náhradou kyčelního kloubu. U některých otázek měli pacienti možnost výběru, mohli zvolit i více odpovědí a u jiných se mohli i sami dále vyjádřit nebo je doplnit o jiné údaje.

Původní Harrisův dotazník zahrnuje 7 otázek. U každé otázky je možnost více odpovědí a ke každé odpovědi je přiřazen určitý počet bodů. Každá oblast zachovává původní Harrisovo ohodnocení. Protože pacient by nebyl schopen sám vyplnit kategorii III. absence deformit a IV. rozsah pohybu, je závěrečné hodnocení o tyto body sníženo. V původním Harrisově dotazníku je nejvyšší počet bodů 100 (100%), od 70 bodů (70%) níže jde o špatný výsledek. V upraveném dotazníku o kategorii I. bolest a II. funkce a aktivita je nejvyšší počet bodů 80 (100%) a od 70 bodů níže se výsledek stává horším (Dungl, 2005; Švarcová, 2006).

Dotazník vyplňovali muži i ženy. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Anonymita byla zajištěna vhozením vyplněného dotazníku do speciální uzavřené schránky na oddělení. Celkový počet dotazníků byl 125, navrátilo se jich 100. Návratnost činí 80 %. Šetření proběhlo během listopadu a prosince 2006. Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze 9.

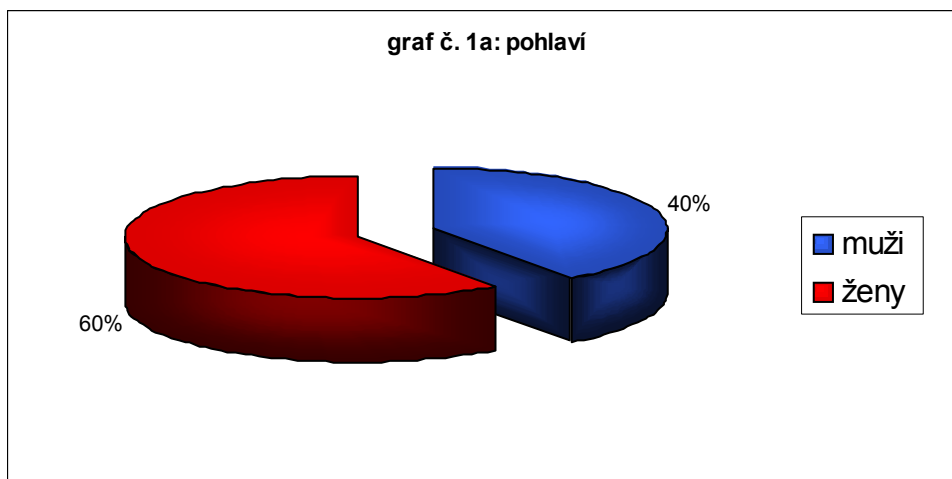
3.4. PŘEDVÝZKUM

Před vlastním šetřením byl nejprve proveden předvýzkum, a to u 10 respondentů – mužů i žen na našem ortopedickém oddělení. Cílem bylo zjistit srozumitelnost jednotlivých otázek, eventuální problémy při vyplňování dotazníku a vhodnost zvolených otázek. U všech 10 respondentů jsem byla přítomna. Zjistila jsem, že všem položeným otázkám všichni respondenti předvýzkumu správně porozuměli a neměli žádné problémy při jeho vyplňování. Proto jsem zmíněný dotazník v nezměněné formě použila i pro další výzkum.

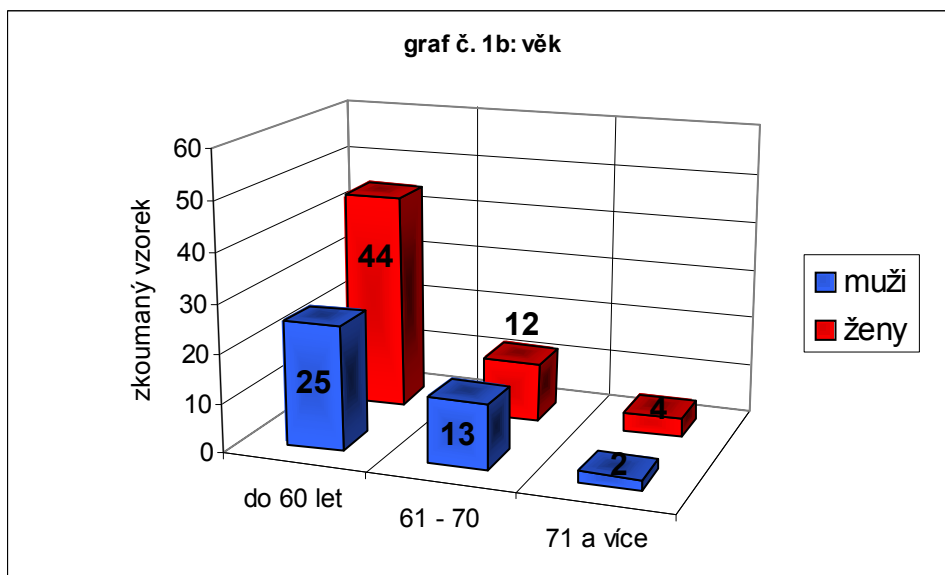
3.5. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky šetření jsou v grafech uváděny v absolutních číslech a popis jednotlivých grafů je vyjádřen v procentech.

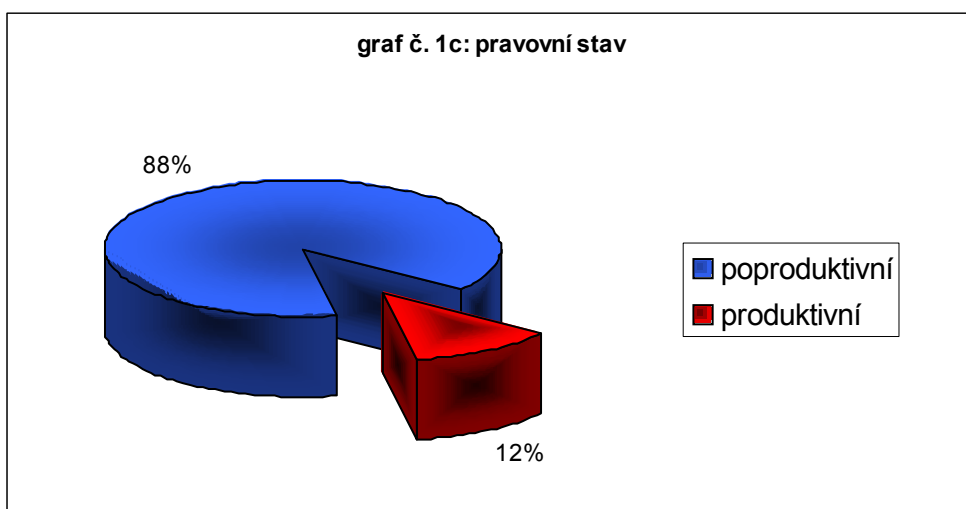
OTÁZKA č. 1: *V první otázce se respondenti vyjádřili ke svému pohlaví, věku a pracovnímu stavu.*



Z celkového počtu 100 dotazovaných = 100%, tvořili muži 40% a ženy 60%.

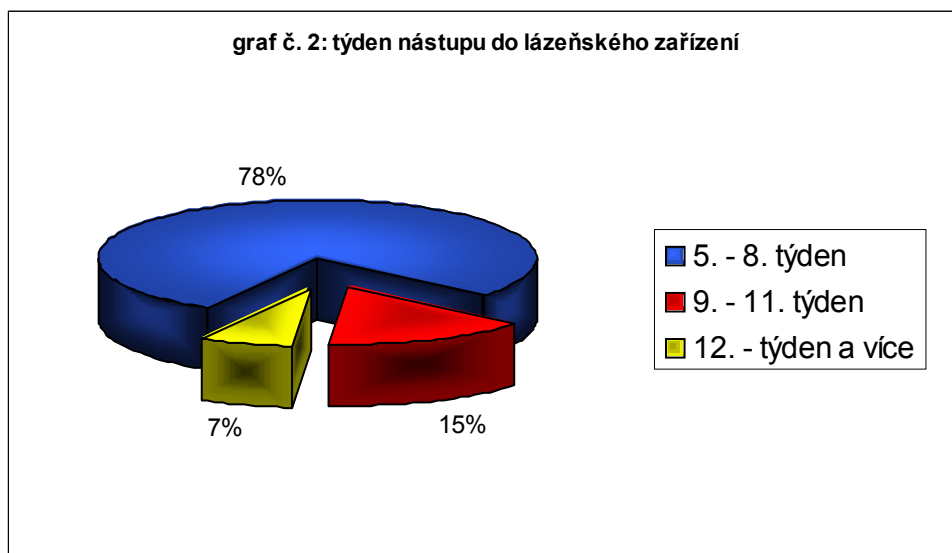


Na alopastiku kyčelního kloubu jsou častěji indikovány ženy i muži ve věkovém rozmezí do 60 let, pak ve věkovém rozmezí 61 – 70 let a nejméně ve věku 71 a více.



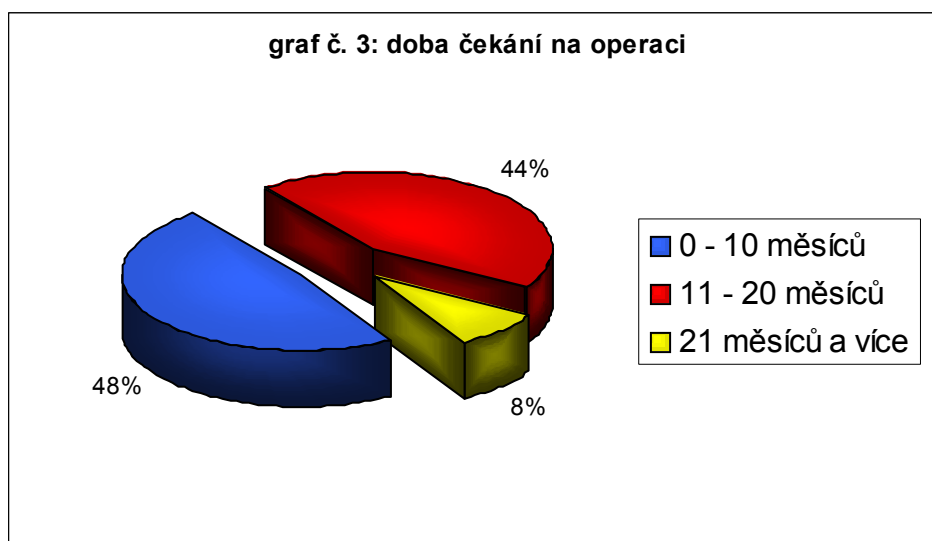
Z celkového počtu 100 dotazovaných, je 88% již v důchodu a 12% je stále v pracovním poměru.

OTÁZKA č. 2: *Uveďte kolikátý týden po výkonu umělé náhrady kyčelního kloubu jste nastoupil do lázeňského zařízení?*



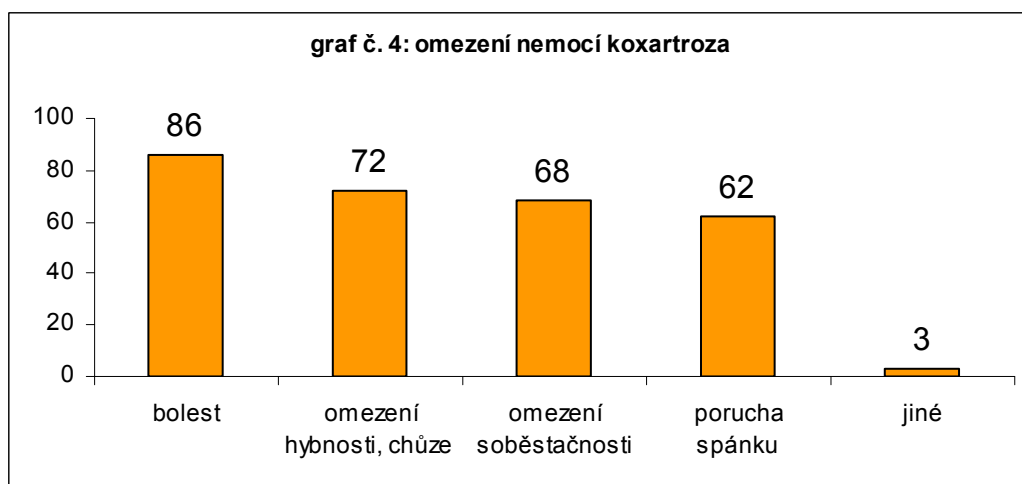
Čas, kdy pacienti začínají další rehabilitaci v lázeňském zařízení je ze 78 % v 5. – 8. týdnu, 15 % pak v 9. – 11. týdnu a 7 % dotazovaných 12. týden a více.

OTÁZKA č. 3: Jak dlouho jste čekal(a) na operaci po indikaci k umělé náhradě kyčelního kloubu?



48 % dotazovaných čekalo na operaci 0 – 10 měsíců, u 44 % dotazovaných byla doba čekání na výkon delší a to v období 11 – 20 měsíců a 8 % dotazovaných čekalo 21 a více měsíců.

OTÁZKA č. 4: Jaká omezení Vám nemoc /koxartroza/ způsobovala?



Pozn.: V této otázce mohli dotazovaní zvolit více odpovědí.

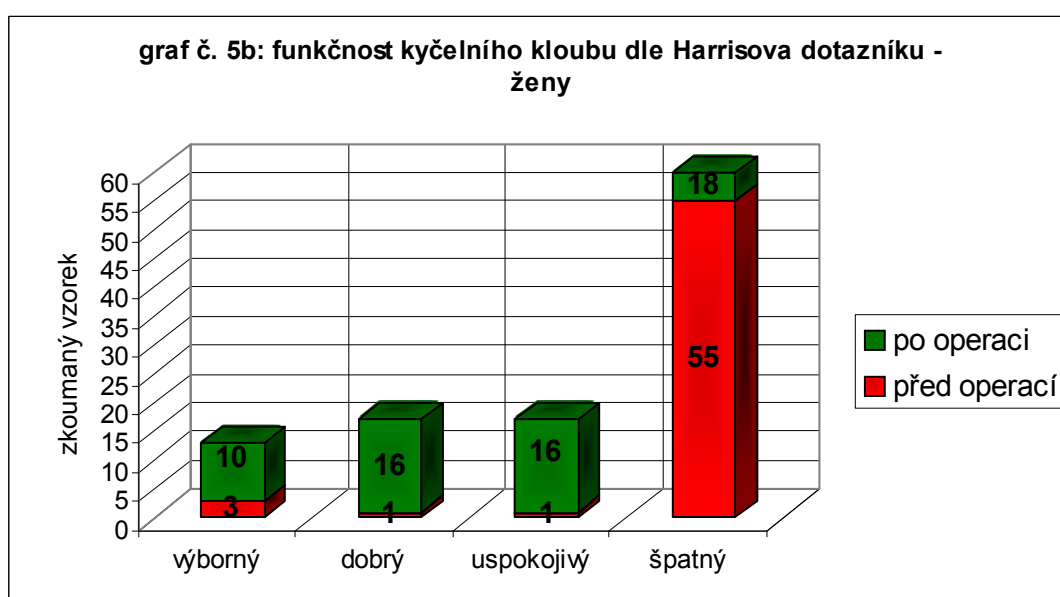
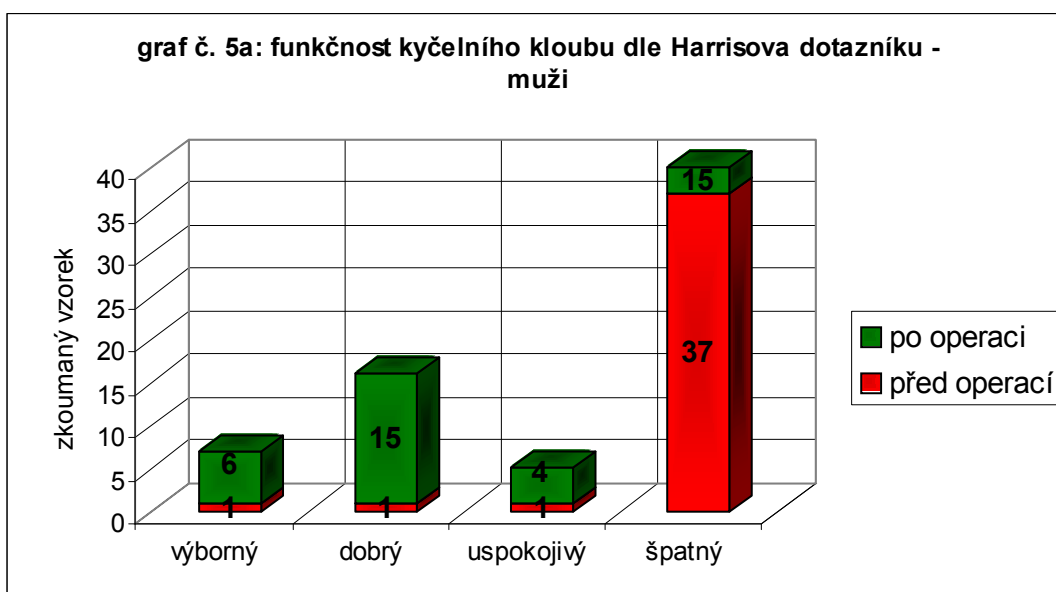
Nejčastější omezení dotazovaným způsobovala bolest – 86 %, poté omezená hybnost – 72 % a omezená soběstačnost – 68 %, pak porucha spánku – 62 % a následně byla 3 % označena odpověď jiné, zde dotazovaní zaznamenávali např. brnění.

OTÁZKA č. 5: *Prosím označte vždy jednu odpověď křížkem ve sloupci před výkonem a po výkonu. Harrisův dotazník – funkční hodnocení kyčelního kloubu.*

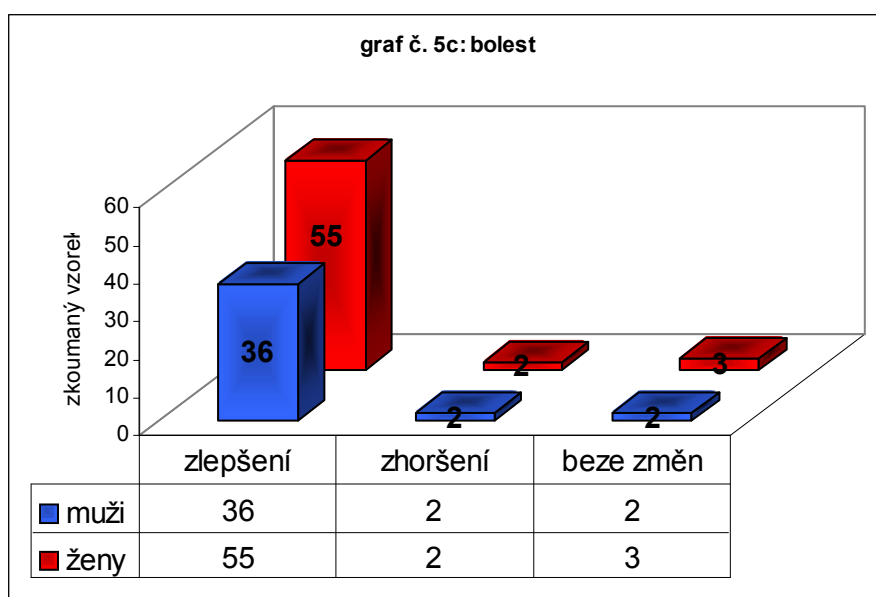
Výsledné zhodnocení Harrisova dotazníku funkčnosti kyčelního kloubu před a po výkonu u mužů a žen (získaná data jsou uvedena v příloze 10)

Hodnocení dotazníku:	
80 – 72 bodů	výborný výsledek
71 – 63 bodů	dobry výsledek
62 – 54 bodů	uspokojivý výsledek
< 53 bodů	špatný výsledek

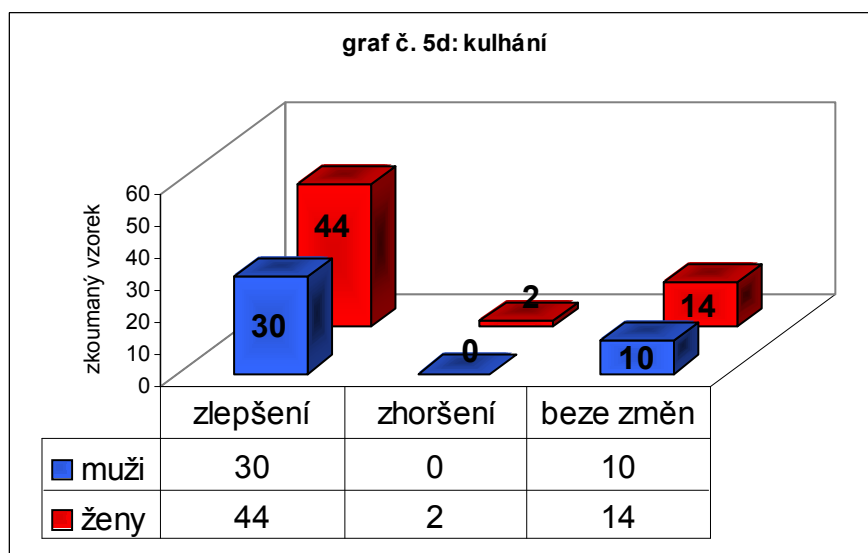
Z výsledků šetření vyplývá, že u mužů i žen došlo po výkonu ke zlepšení funkčnosti kyčelního kloubu (viz. graf 5a, 5b).



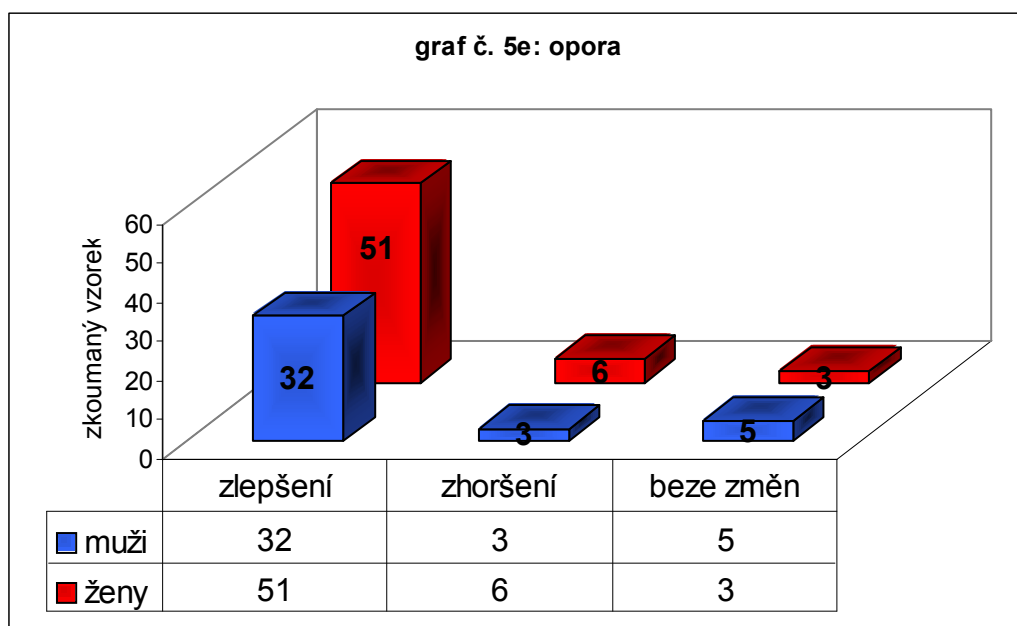
ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ DAT HARRISOVA DOTAZNÍKU DLE JEDNOTLIVÝCH KRITÉRIÍ:



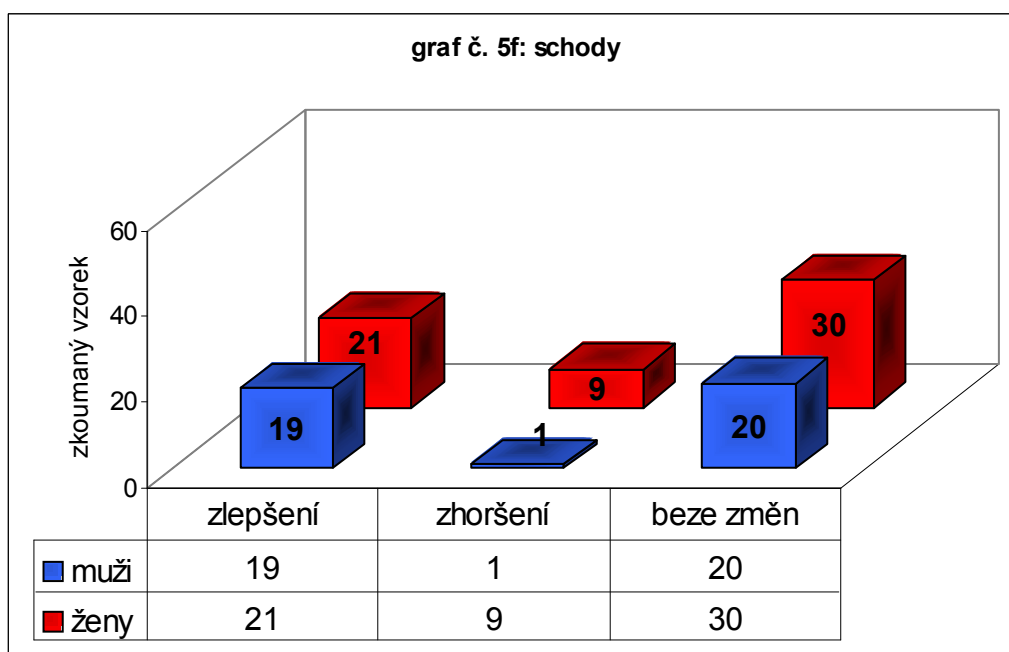
Ve vyšetřovaném vzorku 36 mužů (90 %) udává zlepšení v oblasti bolesti, 2 muži (5 %) zhoršení bolesti a 2 muži (5 %) vidí své obtíže beze změn. 55 žen (92 %) udává zlepšení, 2 ženy (3 %) zhoršení bolesti a 3 ženy (5 %) vidí své obtíže beze změn.



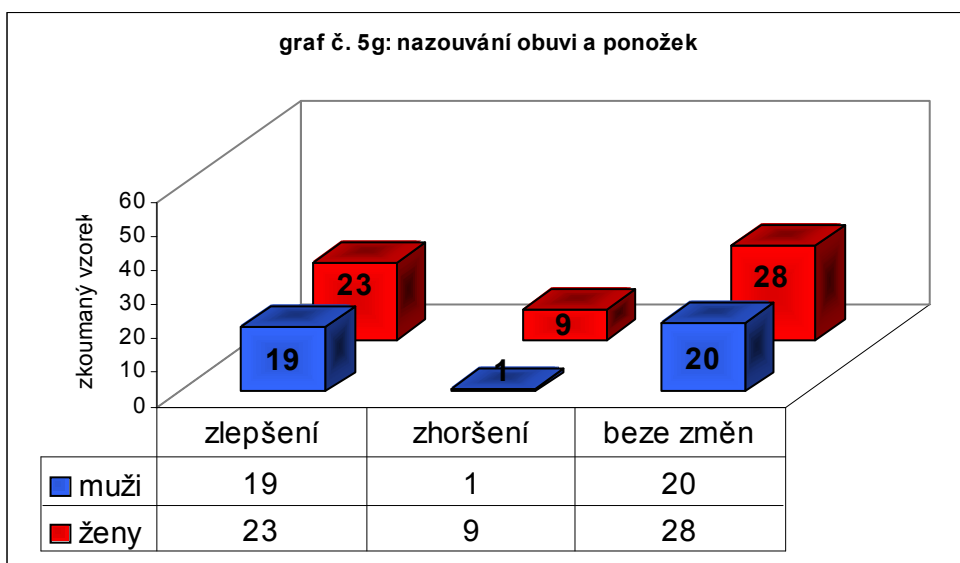
Ve vyšetřovaném vzorku 30 mužů (75 %) udává zlepšení v oblasti kulhání, žádný muž neudává zhoršené kulhání a 10 jich (25 %) udává svůj stav beze změn. 44 žen (74 %) udává zlepšení, 2 ženy (3 %) zhoršené kulhání a 14 žen (23 %) udává svůj stav beze změn.



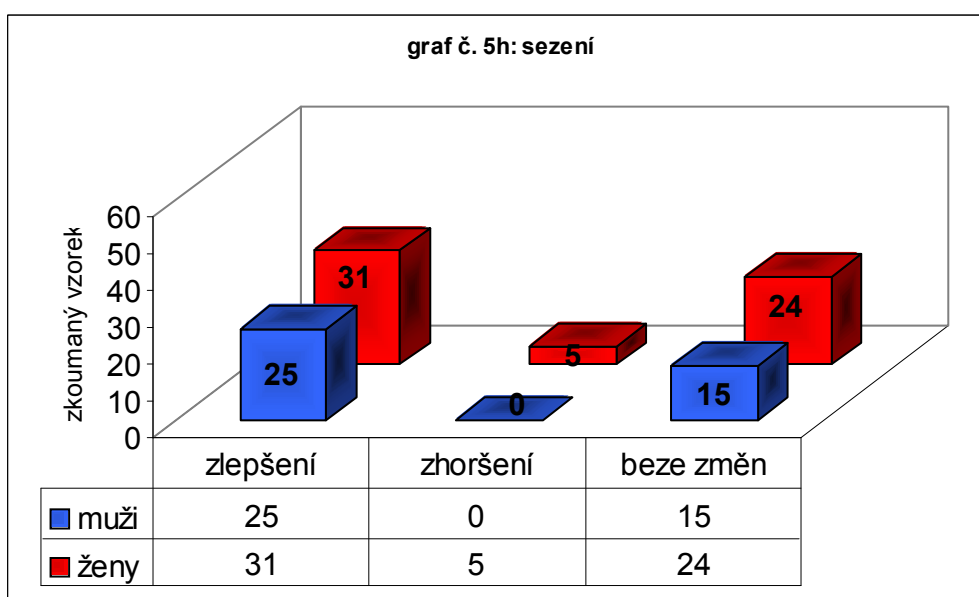
Ve vyšetřovaném vzorku u 32 mužů (80 %) došlo ke zlepšení v oblasti opory, u 3 mužů (7,5 %) došlo ke zhoršení a 5 mužů (12,5 %) neudává žádné změny. 51 žen (85 %) udává zlepšení, 6 žen (10 %) zhoršení a 3 ženy (5 %) neudávají žádné změny.



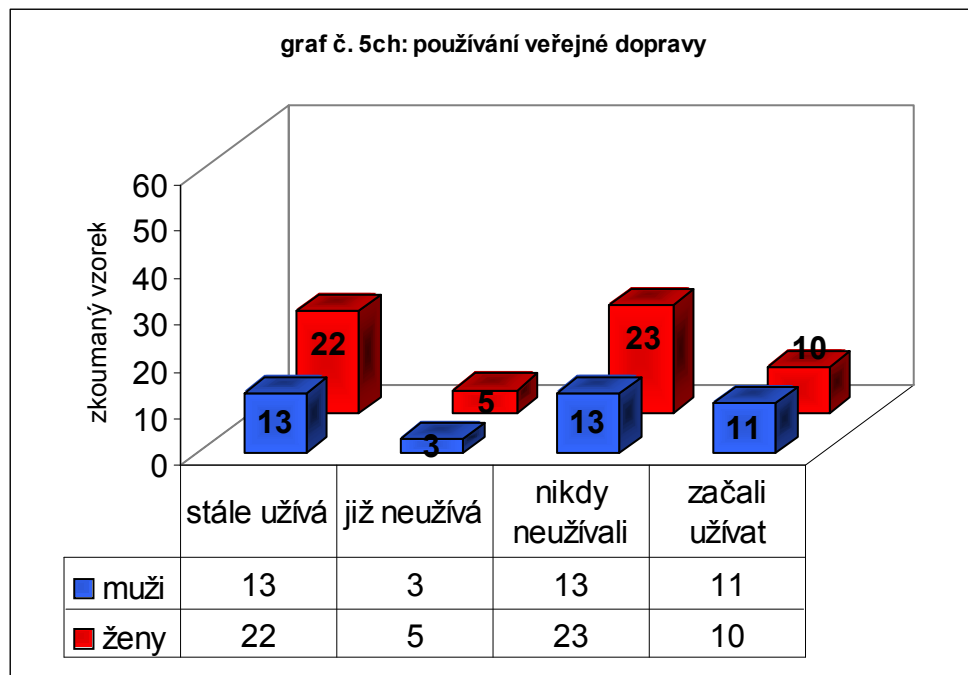
Ve vyšetřovaném vzorku 19 mužů (48 %) udává zlepšení v oblasti zvládnutí schodů, 1 muž (2 %) zhoršení a u 20 mužů (50 %) nedošlo ke změně. 21 žen (35 %) udává zlepšení, 9 žen (15 %) zhoršení a u 30 žen (50 %) nedošlo ke změně.



Ve vyšetřovaném vzorku 19 mužů (48 %) udává zlepšení v oblasti nazouvání obuvi a ponožek, 1 muž (2 %) zhoršení a u 20 mužů (50 %) nedošlo ke změně. 23 žen (38 %) udává zlepšení, 9 žen (15 %) zhoršení a u 28 žen (47 %) nedošlo ke změně.

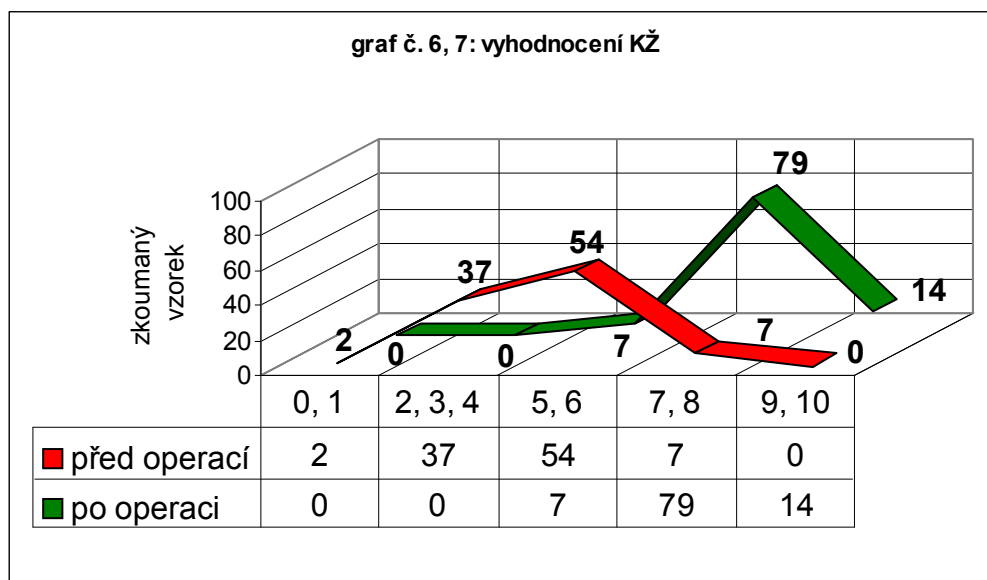


Ve vyšetřovaném vzorku 25 mužů (63 %) udává zlepšení v oblasti sezení, žádný muž zhoršení a 15 mužů (37 %) neudává změnu. 31 žen (52 %) udává zlepšení, 5 žen (8 %) zhoršení a 24 žen (40 %) neudává změnu.



Z výsledků šetření vyplývá, že 11 mužů (27 %) začalo užívat, 3 muži (7 %) ji už neuvžívají, 13 mužů (33 %) ji nikdy neuvžívali a 13 mužů (33 %) stále užívá veřejnou dopravu. 10 žen (17 %) začalo užívat veřejnou dopravu, 5 žen (8 %) ji už neuvžívá, 23 žen (38 %) ji nikdy neuvžívali a 22 žen (37 %) stále užívá veřejnou dopravu.

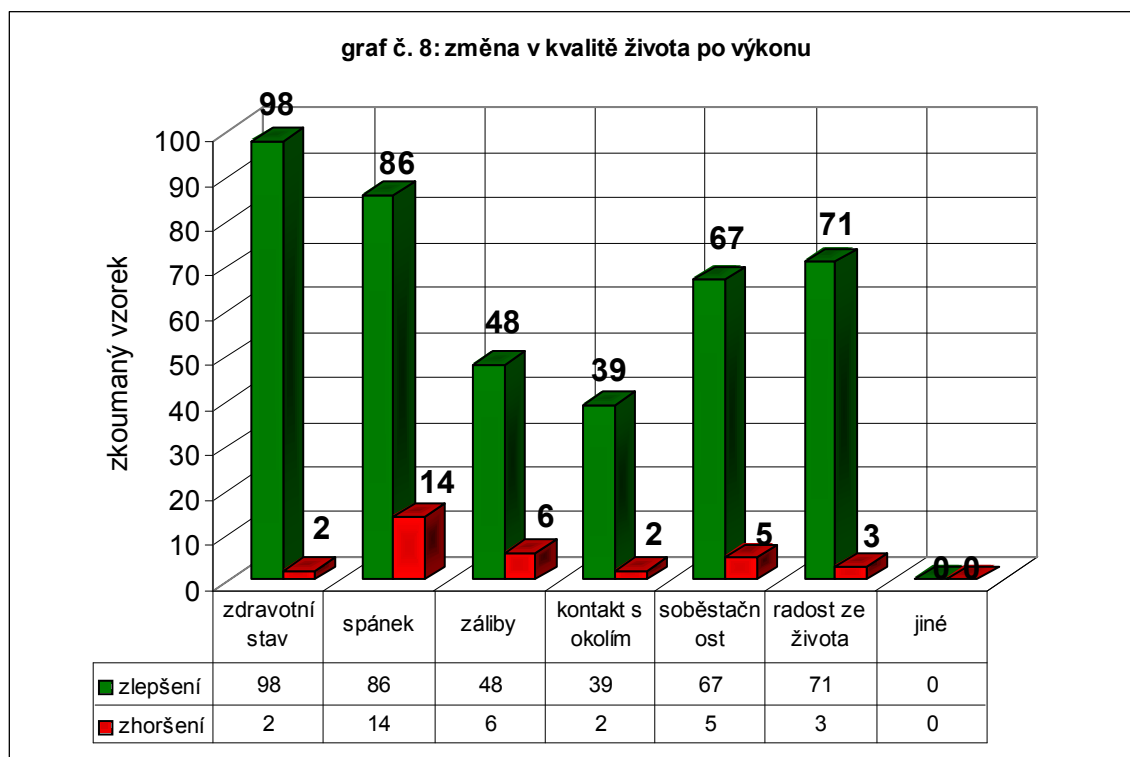
OTÁZKA č. 6, 7: Zhodnoťte na následující škále od 0 – 10 kvalitu Vašeho života před operací a nyní po výkonu, kdy 0 – nejhorší možná kvalita života, 10 – nejlepší možná kvalita života (dále jen KŽ).



V hodnocení KŽ **před operací** 2 % dotazovaných hodnotí svoji kvalitu života na číselné škále číslem 0 nebo 1; 37 % dotazovaných číslem 2, 3, 4; 54 % číslem 5 nebo 6; 7 % číslem 7 nebo 8; číslo 9 a 10 nikdo neudával.

V hodnocení KŽ **po operaci** 7 % dotazovaných hodnotí svoji kvalitu života na číselné škále číslem 5 nebo 6; 79 % dotazovaných číslem 7 nebo 8; 14 % číslem 9 nebo 10.

OTÁZKA č. 8: *Zaškrtněte to, v čem pociťujete, že se Vaše kvalita života s TEP po výkonu zlepšila a v čem zhoršila.*



Pozn.: V této otázce mohli dotazovaní vybrat více situací, v kterých došlo ke zlepšení a naopak, v kterých došlo ke zhoršení.

Z hlediska hodnocení jednotlivých kategorií, které mají vliv na kvalitu života 98 % dotazovaných uvedlo **zlepšení** v oblasti zdravotního stavu, oblast spánku 86 % dotazovaných, radost ze života 71 % dotazovaných, soběstačnost 67 % dotazovaných, záliby, koníčky 48 % dotazovaných; kontakt s příbuznými, známými 39 % dotazovaných, v oblasti jiné se nikdo nevyjádřil.

Ke **zhoršení** kvality života po výkonu došlo nejčastěji v oblasti spánku, tuto oblast označilo 14 % dotazovaných; oblast záliby, koníčky označilo 6 % dotazovaných, soběstačnost 5 % dotazovaných, radost ze života 3 % dotazovaných, zdravotní stav 2 % dotazovaných; kontakt s příbuznými, známými 2 % dotazovaných, v oblasti jiné se nikdo nevyjádřil.

OTÁZKA č. 9: Prosím, uveďte slovy, jak si představujete Váš další život s umělou náhradou kyčelního kloubu?

Dotazovaní nejčastěji udávali zlepšení života „bez bolestí“, nebo výrazné zmírnění bolestí a tím návrat k soběstačnosti, pohyblivosti, radosti ze života. Udávali také zlepšení po psychické stránce, např. „cítím se lépe“, „jsem ráda, že jsem na operaci šla a věřím, že mi dlouho vydrží“, „mám dobrý pocit, že jsem tuto operaci podstoupila“, atd. Také udávali zlepšení kvality života vzhledem k věku a ke svému zdravotnímu stavu. Objevila se i odpověď, kdy se dotazovaná těší na druhou operaci kyčelního kloubu, která má zajistit vyrovnání tří centimetrového rozdílu délky dolních končetin.

3.6. DISKUSE

Šetření probíhalo v Léčebných lázních Bohdaneč. Byli vybíráni pacienti, kde indikací pro TEP kyčelního kloubu bylo onemocnění „coxartroza“. Celkový počet rozdaných dotazníků bylo 125 a navrátilo se jich 100. Z tohoto počtu pak ženy tvořily 60 % a muži 40 %. Vyplňování dotazníků bylo anonymní, ale u některých jsem se souhlasem pacienta byla přítomna pro případná nedorozumění a také proto, abych mohla položit doplňující otázky pacientovi k jeho odpovědím (proč právě zvolil tuto odpověď?).

Ve zkoumaném vzorku představovaly ženy větší procento k indikaci TEP kyčelního kloubu, neboť ženy daleko častěji trpí artrotickým onemocněním kloubů než muži. Nejčastější věk, kdy byli pacienti indikováni k TEP kyčelního kloubu byl v našem souboru u mužů i žen 55 - 60 let, následující věkové rozmezí 61 – 70 let. Po 71 roce byli indikace již méně časté. Tyto údaje odpovídají i ostatním uváděným informacím o pacientech indikovaných k TEP kyčelního kloubu (Kačinetzová, 2003). Dotazovaní byli většinou v důchodu – 88 %, 12 % dotazovaných bylo v pracovním poměru. Těchto 12 % dotazovaných vykonává profese jako je např. učitel, architekt, praktický lékař, apod. Jde tedy o zaměstnání, kde nedochází k přetěžování nosných kloubů.

Dotazovaní po výkonu nastupovali do lázeňského zařízení k další rehabilitaci nejčastěji v 5. – 8. týdnu (78 % respondentů). 15 % respondentů nastoupilo v 9. – 11. týdnu a zbylých 7 % ve 12. týdnu i déle. Důvody pro pozdější nástup do lázeňského zařízení byly většinou zdravotní (např. infekce a špatné hojení rány, ztuhlost kloubu, nervus peroneus a jiná přidružená onemocnění), kdy se u operovaných prodlužoval pobyt v nemocnici. Méně často byla důvodem odložení rehabilitace i velká obloženost oddělení pro pacienty po TEP v lázeňském zařízení. Zde se pak prodloužila čekací doba.

Doba čekání na výkon TEP se pohybovala v rozmezí 0 – 10 měsíců u 48 % dotazovaných; 11 – 20 měsíců u 44 % dotazovaných a 21 a více měsíců u 8 % dotazovaných. Někteří dotazovaní však udávali i zkrácení původní čekací doby, než bylo plánováno. Tato skutečnost pro pacienty znamenala zlepšení psychického stavu v důsledku vidiny dřívejšího odstranění obtíží a návratu ke kvalitnějšímu životu, který od tohoto výkonu očekávali.

Mezi největší obtíže, na které si dotazovaní z důvodu koxartrozy před operací stěžovali byla bolest (86 %), omezená hybnost, chůze (72 %), omezená soběstačnost (68 %), porucha spánku (62 %). Tři procenta dotazovaných uvádělo i jiné obtíže, např. brnění. Většina dotazovaných však udávala i několik problémů najednou.

Ze šetření vyplynulo, že u většiny dotazovaných mužů i žen došlo ke zlepšení funkčnosti kyčelního kloubu. Dle porovnání výsledků mužů a žen po výkonu je u obou pohlaví zlepšení stejné. Ve vyšetřovaném vzorku k největšímu zlepšení došlo v oblasti bolesti (36 % mužů, 55 % žen); následovaly oblast opory (32 % mužů, 51 % žen), kulhání (30 % mužů, 44 % žen), sezení (25 % mužů, 31 % žen), nazouvání obuvi a ponožek (19 % mužů, 23 % žen), schody (19 % mužů, 21 % žen). Nicméně někteří dotazovaní udávali u některých oblastí stav beze změny (bolest - 2 % mužů, 3 % žen, opora - 5 % mužů, 3 % žen, kulhání - 10 % mužů, 14 % žen, sezení - 15 % mužů, 24 % žen, nazouvání obuvi a ponožek - 20 % mužů, 28 % žen, schody - 20 % mužů, 30 % žen) eventuelně i zhoršení (bolest - 2 % muži, 2 % žen, opora - 3 % muži, 6 % žen, kulhání - žádný muž, 2 % žen, sezení - žádný muž, 5 % žen, nazouvání obuvi a ponožek - 1 % muži, 9 % žen, schody - 1 % muži, 9 % ženy). Ze šetření vyplývá, že většina dotazovaných pocítuje po operaci výrazné pozitivní změny. Zhoršení udávali dotazovaní tam kde rehabilitace po výkonu byla pomalejší pro jiná přidružená onemocnění nebo pooperační komplikace. Vliv zde měl i psychický stav dotazovaných.

V porovnávání kvality života před a po výkonu většina respondentů uváděla zlepšení kvality života po výkonu (graf 6, 7). Před operací 2 % dotazovaných hodnotí svoji kvalitu života na číselné škále číslem 0 nebo 1; 37 % dotazovaných číslem 2, 3, 4; 54 % číslem 5 nebo 6; 7 % číslem 7 nebo 8; číslo 9 a 10 neudával nikdo. Jako důvody horší kvality života pacienti před operací udávali bolest, poruchu spánku a omezenou hybnost a chůzi. U dotazovaných, kteří udávali nejhorší možnou kvalitu života byla přidružena i jiná onemocnění (diabetes mellitus, stav po cévní mozkové příhodě, kardiální onemocnění, aj.). Po operaci 7 % dotazovaných hodnotí svoji kvalitu života číslem 5 nebo 6; 79 % dotazovaných číslem 7 nebo 8 a 14 % číslem 9 nebo 10, což je udáváno jako nejlepší možná kvalita života. Dotazovaní udávali zlepšení pro zmírnění nebo úplné vymizení bolesti, kvalitnější spánek a radost ze života.

Výkon opravdu přinesl u velké většiny dotazovaných zlepšení. Oblast zlepšení zdravotního stavu označilo 98 % dotazovaných, zhoršení zaznamenali pouze 2 % dotazovaných, a to opět v souvislosti s přidruženými onemocněními (viz. výše), kde rehabilitace a hojení rány po výkonu vyžadovalo delší pobyt v nemocnici. Zlepšení v oblasti

spánku označilo 86 % dotazovaných, zhoršení pak 14 % . Dotazovaní udávali zhoršení ve vztahu ke změnám počasí, kdy se objevovala bolest, brnění aj. operované dolní končetiny. Zlepšení v oblasti zálib, koníčků označilo 48 % dotazovaných, 6 % udávalo zhoršení. U zhoršení dotazovaní udávali obavy z možného pádu, nebo špatného pohybu, kde by pak mohlo dojít k luxaci kyčelního kloubu. V oblasti kontaktu s příbuznými, známými udávalo zlepšení 39 % dotazovaných, zhoršení 2 % . U zhoršení dotazovaní udávali strach z cestování veřejnou dopravou, z chůze do většího počtu schodů a obavy, že nebudou stačit svým blízkým ve společných aktivitách. Oblast soběstačnosti označilo 67 % dotazovaných jako zlepšení a 5 % jako zhoršení. Za zhoršením byly většinou obavy z přetrvávání možných obtíží, které by omezovaly situace jako např. ohýbání se na zem pro různé věci, obouvání bot, nazouvání ponožek, ale i oblékání kalhot a spodního prádla. Zde proto byli dotazovaní poučeni o pomůckách (nazouvák, navlékač ponožek, aj.), které jim tyto činnosti usnadní a umožní vyhnout se tak možným problémům (např. luxaci kyčelního kloubu). Je nutné také všechny pacienty poučit, aby si uměli a nebáli se říci o pomoc! Zlepšení v oblasti radosti ze života označilo 71 % dotazovaných a zhoršení 3 % . Příčinou zhoršení byla různá délka končetin po výkonu, která sice byla řešena podpatěnkou, ale i tak někteří pociťovali lítost a smutek. Zde je důležitá psychická podpora, rozhovor na téma jaká zlepšení v oblasti zdravotního stavu u pacienta po výkonu nastaly.

V poslední otázce měli dotazovaní možnost vyjádřit se svými slovy, jak si představují další život s umělou náhradou kyčelního kloubu. Dotazovaní nejčastěji udávali zlepšení života „bez bolesti“, nebo výrazné zmírnění bolesti a tím návrat k soběstačnosti, pohyblivosti, radosti ze života. Udávali také zlepšení po psychické stránce, např. „cítím se lépe“, „jsem ráda, že jsem na operaci šla a věřím, že mi dlouho vydrží“, „mám dobrý pocit, že jsem tuto operaci podstoupila“, atd. Také udávali zlepšení kvality života vzhledem k věku a svému zdravotnímu stavu. Objevila se i odpověď, kdy se dotazovaná těší na druhou operaci kyčelního kloubu, která má zajistit vyrovnání tří centimetrového rozdílu délky dolních končetin.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozložena do dvou částí, teoretické a empirické.

Teoretická část je věnována charakteristice totální endoprotézy kyčelního kloubu, možným komplikacím operačního zákroku, před a pooperačnímu průběhu a následné rehabilitaci po založení TEP kyčelního kloubu a charakteristice pojmu kvality života, její analýze a způsobu jejího zjišťování.

Empirická část je zaměřena na zjišťování změn funkčnosti kyčelního kloubu před a po operaci, zjišťování potíží a stavu soběstačnosti pacienta před a po operaci a do jaké míry došlo ke zlepšení kvality života pacienta s TEP kyčelního kloubu. Výzkumné šetření bylo prováděno v Léčebných lázních Bohdaneč u pacientů, kde indikací k TEP kyčelního kloubu bylo onemocnění „coxartroza“. Šlo o anonymní a dobrovolné dotazníkové šetření, kdy část dotazníku jsem vytvořila sama a z části byl použit modifikovaný Harrisův dotazník. Návratnost dotazníků byla 100 z počtu rozdaných 125 dotazníků. 60 % tvořily ženy a 40 % muži. Dotazník byl především zaměřen na hodnocení funkčnosti kyčelního kloubu a kvalitu života před a po operaci. Z výsledků šetření vyplývá, že u většiny dotazovaných došlo po výkonu ke zlepšení funkčnosti kyčelního kloubu a tím i zkvalitnění života s TEP kyčelního kloubu. Za nejvýznamnější důvody zlepšení kvality života pacienti s TEP kyčelního kloubu udávali především zmírnění a vymizení bolesti, zlepšení kvality spánku a hybnosti (pohyb bez bolesti), radost ze života.

ANOTACE

Autor:	Marcela Pavlišová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Kvalita života pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu
Vedoucí práce:	MUDr. Lenka Hodačová, Ph.D.
Počet stran:	85
Počet příloh:	10
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	kvalita života, totální endoprotéza, kyčelní kloub

Bakalářská práce je zaměřena na vnímání kvality života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Zahrnuje teoretickou a empirickou část. Teoretická část se skládá ze dvou částí: první část se věnuje problematice totálních endoprotéz, druhá se týká kvality života a jejího významu ve zdravotnictví. Empirická část práce je založena na dotazníkovém šetření, které proběhlo u 100 respondentů v Léčebných lázních Bohdaneč. Porovnávána byla kvalita života před a po operaci.

Bachelor's thesis is directed at perceived quality of life patients after total hip replacement. It contains theoretical and research parts. Theoretical part is consist of two parts: first part is about characterization of total hip replacement, second is about quality of life and their meaning at National Health Service. Research part is concern of questionnaires research. It passed of one hundred patients at Medical spa Bohdaneč. It compared quality of life before and after operation.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

BARTONÍČEK, J., HEŘT, J. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. Praha: MAXDORF, 2004. 256 s. ISBN 80-7345-017-8

ČECH, O., DŽUPA, V. *Revizní operace náhrad kyčelního kloubu*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 234 s. ISBN 80-7262-269-2

ČECH, O., PAVLANSKÝ, R. *Aloplastika kyčelního kloubu*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1983. 300 s. ISBN

DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8

FAYERS, P. M., MACHIN, D. *Quality of life*. New York: John Wiley and Sons, LTD, 2000. 404 s. ISBN 0-471-96861-7

HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In Payne a kol., *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

HOŘEJŠÍ, J., PRAHL, R. *Lidské tělo*. 2. vydání. Bratislava: Gemini, 1992. 336 s. ISBN 80-85265-59-1

KAČINETZOVÁ, A. *Bolesti kyčelních kloubů I*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 135 s. ISBN 80-7254-335-0

KAŠPAR, K. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu. Informace pro pacienty*. 1. vydání. Hradec Králové, 2004. 20 s. ISBN 80-86225-62-3

KOUDELA, K. a kol. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 281 s. ISBN 80-246-0654-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 279 s.
ISBN 80-7178-551-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s.
ISBN 80-247-0179-0

LÉČEBNÉ LÁZNĚ BOHDANEČ a.s. *O lázních*. /on line/. /cit. 2007-02-26/. Dostupné na
<http://www.llb.cz/>

ORTHES, spol. s.r.o., *Typy kyčelních náhrad a způsoby jejich upevnění*. /on line/.
/cit.2007-01-06/. Dostupné na <http://www.orthes.cz/types.htm>

SOSNA, A., ČECH, O., KRBEC, M. *Operační přístupy ke skeletu končetin, pánve a páteře*.
1. vydání. Praha: Triton, 2005. 239 s. ISBN 80-7254-640-6

SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2001. 175 s.
ISBN 80-7254-202-8

STEHLÍK, J. *Nový typ minimálně invazivní TEP kyčle*. Sestra. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404.
2005. roč. XV, č. 5, s. 11-12

ŠVARCOVÁ, I. *Kvalita života seniorů po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu*.
Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2006.
97 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy
v Hradci Králové

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf,
2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha	Název
1	Anatomie kyčelního kloubu
2	Typy náhrad kyčelního kloubu
3	Anterolaterální přístup ke kyčelnímu kloubu bez odnětí velkého trochanteru
4	Laterální přístup ke kyčelnímu kloubu s odnětím velkého trochanteru
5	Souhlas s odběrem kostního štěpu
6	Některé zásady, které musí pacient dodržovat pro správnou funkci kloubní náhrady
7	Léčebné lázně Bohdaneč
8	Harrisův dotazník – funkční hodnocení kyčelního kloubu
9	Dotazník
10	Získaná data z části dotazníku týkající se funkčnosti kyčelního kloubu (modifikace dle Harrise) – muži, ženy