

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KVALITA ŽIVOTA U LIDÍ PO OPERACI TOTÁLNÍ
ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

Bakalářská práce

Autor práce: **Bernardová Šárka**

Vedoucí práce: MUDr. Kalfusová Věra, Bičíšřová Věra

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**QUALITY OF LIFE WITH THE PEOPLE AFTER
SURGERY TOTAL REPLACEMENT HIP JOIN**

Bachelor's thesis

Author: **Bernardová Šárka**

Supervisor: MUDr. Kalfusová Věra, Bičíšř'ová Věra

2008

„Proboha, radujte se více! Je to jediný a nejspolehlivější lék na všechny nemoci.“

(Nikolaj Vasiljevič Gogol)

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury.

V Lázních Bělohrad dne 25.4.2008

.....

Poděkování

Děkuji paní MUDr. Kalfusové Věře a paní Bičíšťové Věře za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování práce.

Děkuji také Anenským slatinným lázním v Lázních Bělohrad za spolupráci, díky níž jsem mohla realizovat výzkum.

Obsah:

Úvod	9
Cíl práce	10
1. Totální endoprotéza kyčelního kloubu	11
1.1 Charakteristika TEP.....	11
1.2 Anatomie a funkce kyčelního kloubu.....	11
1.3 Historie TEP.....	12
1.4 Epidemiologická charakteristika nemocnění.....	12
1.5 Indikace TEP.....	13
1.5.1 Artróza.....	14
1.6 Kontraindikace TEP.....	15
1.7 Typy endoprotéz kyčelního kloubu.....	16
1.8. Operační přístupy a techniky.....	18
1.8.1 Nové trendy v operačním řešení kyčelního kloubu.....	19
1.9 Komplikace při operaci TEP.....	20
1.10 Výběr pacienta.....	21
1.11 Předoperační příprava.....	21
1.12 Vlastní operace.....	23
1.13 Pooperační péče.....	23
1.14 Cvičení a životospráva po TEP.....	26
1.14.1 Chůze.....	26
1.14.2 Opora.....	26
1.14.3 Režim dne.....	27
1.14.4 Cviky.....	28
1.15 Návrat do normálního života.....	28
1.16 Revizní operace TEP.....	29
2. Lázeňská léčba	30
2.1 Charakteristika lázeňské léčby.....	30
2.2 Léčebné metody komplexní balneoterapie.....	31
2.3 Anenské slatinné lázně a.s. Lázně Bělohrad.....	32
3. Kvalita života	33
3.1 Vývoj pojmu „kvalita života“.....	33
3.2 Vymezení pojmu „kvalita života“.....	34

3.2 Měření a hodnocení kvality života.....	36
4. Empirický výzkum.....	39
4.1 Úvod.....	39
4.2 Cíle výzkumu.....	39
4.3 Metoda výzkumu.....	40
4.4 Předvýzkum.....	40
4.5 Výsledky výzkumu.....	41
4.6 Diskuse.....	70
Závěr	77
Anotace.....	78
Literatura a použité prameny.....	79
Seznam grafů.....	82
Seznam příloh.....	84
Přílohy.....	85

I. Teoretická část

Úvod

V současné době jsou na lidský organismus kladeny zvýšené nároky. Člověk je neustále zatěžován nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Velká zátěž je kladena zejména na pohybový aparát, který je nesprávným životním stylem stále poškozován. Onemocnění velkých nosných kloubů (kyčelních a kolenních) nejsou v dnešní době žádnou vzácností.

Většina z nás si pod pojmem endoprotéza představí umělou náhradu poškozeného kyčelního kloubu, ale byly zkonstruovány náhrady jak horních končetin (prstní, zápěstní, loketní, ramenní), tak i dolních (kromě zmíněného kyčelního kloubu zejména kloub kolenní). Takováto možnost náhrady poškozeného kloubu znamená jedinou cestu zpět do normálního života pro miliony lidí na celém světě. Průměrný věk totiž neustále stoupá, přesto chceme aktivně žít, sportovat, jezdit na výlety, snažíme se žít stejně jako doposud a ne se „belhat o berlič“.

Totální endoprotéza patří mezi nejčastěji prováděné ortopedické operace, kterých se ročně v České republice provede na dvanáct tisíc. Je to nejčastější náhrada kloubu v lidském těle. Neustále se zdokonaluje kvalita umělých kloubů, ale i operativní postupy pro implantaci. Umělou náhradu kyčelního kloubu má dnes spousta lidí, včetně těch slavných. Najdeme mezi nimi např. Karla Gotta, bývalého papeže Jana Pavla II., herečku Ljubu Skořepovou, Janu Švandovou a spoustu dalších osobností.

Při letních brigádách v Anenských slatinných lázních v Lázních Bělohrad jsem se s klienty, kteří byli po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, setkávala a pracovala jsem s nimi. Proto jsem si toto, pro mě zajímavé, téma vybrala. Je neuvěřitelné, jak je dnešní moderní medicína mocná a jak nám vychází vstříc. A to je asi jeden z hlavních důvodů, proč průběžně přibývá umělých náhrad kyčelních kloubů - endoprotéz.

Cíle práce:

Teoretická část:

- ❖ podrobněji charakterizovat totální endoprotézu kyčelního kloubu (definice, vznik, vývoj, typy endoprotéz, indikace a kontraindikace k chirurgickému výkonu)
- ❖ seznámit s riziky a možnými komplikacemi chirurgického zákroku, s předoperační přípravou, pooperační péčí, s rehabilitací po operaci kyčelního kloubu a s navrácením pacienta zpět do „normálního života“
- ❖ vysvětlit pojem kvalita života, měření kvality života

Empirická část:

- ❖ zjistit, zda se zlepšila kvalita života u lidí po operaci TEP kyčelního kloubu
- ❖ zjistit rozdíl funkčnosti kyčelního kloubu před operací a po operaci, lázeňské léčbě
- ❖ zjistit bolestivost kyčelního kloubu před operací a po operaci, lázeňské léčbě
- ❖ zjistit prospěšnost lázeňské léčby u lidí po operaci TEP

1. Totální endoprotéza kyčelního kloubu

1.1 Charakteristika totální endoprotézy kyčelního kloubu

Jedná se o náhradu největšího kulového kloubu lidského těla kloubem umělým. Totální endoprotéza (dále jen TEP) je implantát, který nahrazuje obě artikulující části kyčelního kloubu, tj. jamku i hlavici. Je to metoda chirurgického léčení nemocí a vad kyčelního kloubu.

1.2 Anatomie a funkce kyčelního kloubu

Kyčelní kloub (KK) (*articulatio coxae*) je velkým nosným kloubem. Připojuje volnou dolní končetinu k pánevním kostem. Jeho funkce spočívá v tom, že umožňuje pohyb celého těla v prostoru a také se podílí prostřednictvím receptorů na stabilitě trupu. Obě funkce jsou zajišťovány anatomickým tvarem kyčelního kloubu, ligamentosním (vazivovým) aparátem se svaly a kloubním pouzdem. KK je kloub kulovitý, omezený. Hlavice kloubu je tvořena hlavicí kosti stehenní (*caput femoris*) a kloubní jamkou (*acetabulum*). Na vytvoření kloubní jamky se podílí kost kyčelní, sedací a stydká. Kloubní jamka je na okrajích doplněna vazivovou chrupavkou (*labrum acetabuli*). Povrch kloubu kryje kloubní pouzdro, které je složeno z vazivové a synoviální vrstvy. Pevný vnější obal tvoří vazivová vrstva, která je místy zesílena kolagenními vlákny (*vazy, ligamenta*), které jsou zejména v místech, kde je pouzdro nejvíce namáháno. Kloubní dutinu vystýlá tenká blanka, které říkáme kloubní nitroblána neboli synoviální vrstva. Je zvlhčována synovií (*vazká tekutina, kterou produkují buňky výstelky*). Synovie je ochranným zařízením kloubu, která zvlhčuje třecí plochy kloubu a vyživuje kloubní chrupavku. Kloubní pouzdro je bohatě inervované (zásobované nervovými vlákny) a dobře prokrvené.

Kulovitá kloubní hlavice stehenní kosti a hluboká kloubní jamka dovolují provádět v kyčelním kloubu flexe (ohnutí), extenze (natažení), rotace (otáčení), abdukce (odtažení) a addukce (přitažení) dolní končetiny.

1.3 Historie TEP

První aloplastika (náhrada kloubů či jejich částí) velkého kloubu byla provedena v roce 1890. Jednalo se o kloub kolenní a pro jeho náhradu byla použita slonová kost. Vývoj v kostní operativě byl velmi bouřlivý. První kompletní aloplastiku kyčelního kloubu navrhl a provedl roku 1890 Glück. Jeden z významných zakladatelů československé ortopedie prof. Chlumský v letech kolem roku 1900 prováděl pokusy s alotransplantací kovů i plastických hmot. Jeho výsledky bylo pak možno aplikovat i na humánní medicínu, a proto je Chlumský považován za jednoho z duchovních otců aloplastiky. O skutečný rozvoj aloplastiky se zasloužil prof. Čech, který ve spolupráci s Poldi Kladno v roce 1970 vyvinul tzv. cementovanou totální endoprotézu kyčelního kloubu, která měla velký úspěch a skvělé výsledky. Vypracoval také operační postup, upozornil na komplikace a stanovil indikace k aloplastice kyčelního kloubu. Velký průlom zaznamenala totální endoprotéza Johna Charnleye založená na principu low friction arthroplasty (náhrada s nízkým třením). Jednalo se o cementovaný typ náhrady, která byla fixována pomocí kostního cementu (metylmetakrylát). První tzv. necementovaná endoprotéza byla vyvinuta podle prof. Zweymüllera v 80. letech 20. století. Měla vyloučit negativní vliv kostního cementu na přilehlou kost.

1.4 Epidemiologické charakteristiky onemocnění

Nejčastější příčinou, která vede k náhradě kyčelního kloubu je deformační artróza. Setkáváme se s ní u pacientů kolem 65 let věku. Další častou příčinou je postdysplastická sekundární artróza, která se vyskytuje zejména u žen ve věku 45 let. Indikace u revmatických chorob je častá i v nižším věku pacienta. Zhruba 10% pacientů je indikováno pro zlomeninu krčku nebo stavu po zlomenině krčku a acetabula. Počet nemocných, kteří ročně potřebují náhradu kyčelního kloubu stále narůstá.

1.5 Indikace TEP

TEP kyčelního kloubu indikuje ortoped na základě komplexního zhodnocení pacienta. TEP jsou indikovány po vyčerpání konzervativní léčby u pacienta s chronickou bolestí, destrukcí a funkčním omezením kyčelního kloubu.

Typické jsou tyto patologicko-anatomické nálezy:

- primární koxartrózy (degenerativní onemocnění kyčelního kloubu)
- druhotné koxartrózy u vrozených vad, získaných vad a u idiopatických nekrotizací hlavičky
- zánětlivé i pozánětlivé stavy (např. revmatoidní artritida, M. Bechtěrev, stavy po specifických koxitidách)
- stavy po rekonstrukčních a paliativních operacích v oblasti kyčelního kloubu
- pouhazové stavy (např. zlomeniny acetabula)
- artrodézy (úplné zpevnění kloubu)
- ankylózy (ztuhlost kloubu)
- kostní nádory

Indikaci u mladších věkových kategorií je nutno vždy pečlivě zvažovat a pacienta podrobně informovat o perspektivě, případném riziku revizní operace a o možných alternativních řešeních. Pro zdárný průběh operace je důležitý celkový stav pacienta, předoperační vyšetření, předoperační příprava, zkušenosti operačního týmu a dobré technické vybavení.

1.5.1 Artróza

Nejčastější onemocnění kloubů, při kterém začíná postupně bolet jeden nebo více kloubů současně. Postihuje zejména nejvíce namáhané klouby kyčelní a kolenní. Pokud je člověk obézní, tak se problémy s klouby výrazně zhoršují v důsledku většího tlaku na jejich plochy. Artrózou trpí většinou lidé kolem 45 let, ale i mladší.

Příčinou vzniku tohoto plíživého onemocnění je poškození kloubní chrupavky, která se ztenčuje, klesá její pružnost a je ohrožena normální funkce kloubu. Chrupavka je hrubší a tudíž nemůže snižovat tření vznikající při pohybu. Dochází k přetížení kloubu, vznikající nárazy při pohybu se hůře tlumí, což vede k výskytu drobných fraktur. Zánik chrupavky je zpočátku nebolestivý, protože kloubní chrupavka neobsahuje nervy.

K léčbě artrózy se užívají léky tlumící bolest a je-li přítomen zánět, tak i léky protizánětlivé. Pacientům jsou doporučovány rehabilitační procedury (elektroléčba, vodoléčba, léčebná tělesná výchova, cvičení v bazénu, plavání, jízda na kole či rotopedu). Cílem je stabilizovat zdravotní stav natolik, aby nedošlo ke zhoršení onemocnění a u pacientů s nadváhou snížit jejich hmotnost. Operativní řešení, implantace TEP, nastává v případech, že jsou bolesti v postiženém kloubu nesnesitelné.

1.6 Kontraindikace TEP

Existují důvody, kdy lékař musí implantaci TEP kyčelního kloubu kontraindikovat. Kontraindikace dělíme na zásadní a relativní.

Mezi zásadní kontraindikace patří:

- interní, neurologická a cévní onemocnění (např. nekompenzovaný diabetes mellitus, chronické záněty žil, pokročilá mozková aterosklerosa, celková osteoporosa)
- neochota nebo nezpůsobilost nemocného ke spolupráci při rehabilitaci

Mezi relativní kontraindikace patří:

- chronická nebo neléčená infekce kdekoliv v organismu
- vrozená vysoká luxace kyčelního kloubu
- vysoká hmotnost pacienta
- stavy po mnohočetných operacích kyčelního kloubu

1.7 Typy endoprotéz kyčelního kloubu

Na trhu je spousta druhů endoprotéz jak zahraničních, tak i domácích. Nejčastěji jsou vyrobeny z keramiky, plastů, různých kovů a jejich slitin nebo jejich kombinací.

„Pro náhradu KK může být použita tzv. endoprotéza cervikokapitální, kdy je nahrazena pouze hlavice stehenní kosti, nebo endoprotéza totální, která umožňuje nahradit endoprotézou jak hlavici, tak kloubní jamku. Obě tyto varianty mají pro pacienta své výhody a nevýhody. V současnosti narůstá spíše větší počet náhrad endoprotézami totálními. Zde záleží především na celkovém zdravotním stavu operovaného a jeho schopnosti snést o něco větší operační výkon.“ (Sosna, Pokorný, Jahoda, 1999, s. 9)

Podle způsobu fixace v kostním lůžku se dělí na cementované, necementované, hybridní náhrady a hip resurfacing.

Cementovaná endoprotéza

Je určena k ukotvení pomocí kostního cementu, což je rychle tuhnoucí speciální hmota (metylmetakrylát). Jako první ji v roce 1926 použil Sir John Charnley. Není vhodná pro mladé a aktivní pacienty, protože po 10 až 15 letech dochází u významného procenta operovaných k uvolnění jamky.

Necementovaná endoprotéza

Tento typ byl představen roku 1977 v USA. Od té doby bylo představeno mnoho modifikací necementovaných náhrad. Jsou implantovány do kosti bez použití cementu. Kost musí být pečlivě připravena. Nezbytný je každý kontakt implantátu s kostí, protože kost prorůstá do upraveného povrchu kovového implantátu. Používají se u mladých, aktivních pacientů pro jejich delší životnost.

Volbu z těchto dvou typů endoprotéz operatér často činí až v průběhu samotného operačního výkonu podle aktuálního nálezu.

Hybridní endoprotéza

Jedná se o kombinaci cementované a necementované náhrady, kdy se užívá necementovaná jamka a část zavedená do stehenní kosti (dřík) se cementuje.

Hip resurfacing

Nová operační metoda tzv. resurfacing neboli povrchová náhrada kyčle, která se provádí od ledna 2005. Nemění se celý kloub, ale jen zničené třecí plochy. Implantát se anatomicky i biomechanicky maximálně přibližuje fyziologické kyčli. Vhodná je hlavně pro mladší pacienty. Indikována je dále u pacientů, kteří nemají v oblasti kyčelního kloubu velké anatomické změny, u pacientů, kde je vzhledem k věku a úrovni pohybové aktivity implantace dřívkové náhrady problematická, nebo je předpoklad předčasného mechanického selhání. Použitý materiál má dobrou toleranci zátěže a nízký otěr. Díky tomu se předpokládá dlouhodobá až doživotní funkce. Případné mechanické uvolnění lze dobře vyřešit implantací klasické endoprotézy. Resurfacing je zákrok pro pacienty méně náročný, kloub po operaci bolí méně, je plně pohyblivý a pacienti se celkově lépe zotavují. Podmínkou k provedení této metody je zachovalá stehenní kost a aktivní věk.

Jednotlivé typy endoprotéz se vybírají dle věku pacienta, kvality kosti a dle zvyklostí daného pracoviště. Užití jednotlivých typů je vždy výsledkem určitého kompromisu. Nezanedbatelné je i ekonomické hledisko. Cementované typy jsou 3-5x levnější než necementované endoprotézy. Proto zde platí, že cementované endoprotézy se implantují u pacientů vyššího věku a necementované endoprotézy se implantují u mladších pacientů. „Orientačně je možno říci, že do 55 let jsou indikovány endoprotézy necementované, v intervalu 55-65 let věku protézy hybridní a u pacientů ve věku vyšším než 65 let protézy cementované.“ (Karpaš, 2004, s. 12)

1.8 Operační přístupy a techniky

Při standardním postupu náhrady kyčelního kloubu se provádí kožní řez o velikosti 25 až 30 cm.

Anterolaterální přístup

Pacient leží na zádech s vysunutým operovaným bokem přes okraj operačního stolu. Přístup je vhodný zejména pro implantaci totální endoprotézy a pro ošetření zlomenin krčku stehenní kosti.

Transgluteální přístup

Pacient leží na zádech s vysunutým operovaným bokem přes okraj operačního stolu. Přístup je vhodný při reoperaci totální endoprotézy kyčelního kloubu při uvolnění jamky.

Rozšířený transgluteální přístup

Pacient leží na zádech s vysunutým operovaným bokem přes okraj operačního stolu. Přístup je vhodný při výměně totální endoprotézy, kdy je nutný trepanační otvor na přední straně stehenní kosti.

1.8.1 Nové trendy v operačním řešení kyčelního kloubu

Miniinvazivní přístup

Jedná se o zmenšení řezu nad operovaným kloubem (5 – 8 cm). Díky tomu se více chrání tkáň v okolí kloubu. Představuje maximální komfort pro pacienta, ale pro operátora značnou náročnost. Tento postup lze užít u většiny pacientů. Výsledkem je časná mobilizace pacienta, kratší hospitalizace a snížení rizika výskytu komplikací. V případě nutnosti může být operace dokončena klasickým způsobem.

Počítačová navigace

tzv. počítačem asistovaná chirurgie, která ortopedovi umožňuje výrazně zmenšit operační přístup ke kyčelnímu kloubu, kontrolovat přesnost opracování kostí a správné umístění implantátů. Lékař vidí celou operovanou oblast virtuálně.

ASR™ (Articular Surface Replacement)

Je náhrada kloubního povrchu vyvinutá společností Johnson & Johnson. Systém ASR™ dále zdokonaluje ortopedické instrumentarium, operační techniku včetně počítačové navigace. Základní výhodou je snížení rizika dislokace (posun endoprotézy) a fakt, že stehenní kost pacienta zůstane zachována v mnohem větším rozsahu pro možné další operace. Tato náhrada představuje velmi trvanlivý implantát s dlouhou životností pro pacienty s aktivním životním stylem. Do budoucna se očekává výrazný nárůst operací touto metodou.

1.9 Komplikace při operaci TEP

Implantace endoprotézy KK je závažný operační výkon, který je zatížen určitým rizikem komplikací. Mohou se objevit v průběhu operace, v časném pooperačním období, ale i ve větším časovém odstupu od operace.

Z časového hlediska je dělíme na:

Peroperační – vznikají během operace. Jsou v průběhu operace řešeny, ale mohou změnit pooperační průběh, rehabilitaci a postupné zatěžování končetiny.

- zlomeniny (v Adamsově oblouku, diafýza femuru)
- poranění velkých cév a jejich větví (a. femoralis)
- poranění nervů (n. femoralis., n. ischiadicus)

Časné • krvácení

- luxace endoprotézy
- tuková embolie
- tromboembolická nemoc - vzniknutí embolu (vmetku – nejčastěji krevní sraženina) do plicní tepny nebo jejich větví, což vede k následné poruše krevního proudu. Důležitá je její prevence (bandáže, cvičení, časná mobilizace, podávání nízkomolekulárního heparinu po dobu pěti dnů. Poté se pacient převede na tabletovou formu léku, který užívá tři měsíce)

Středně pozdní • dehiscence (rozestup) rány

- větší hematom (nutno provést chirurgické ošetření rány)
- časná infekce (většinou se projeví do 14 dnů)

Pozdní • motivovaná infekce (známky mírného zánětu, na RTG snímku je vidět uvolněná TEP, vyskytuje se nejčastěji do dvou let od operace)

- pozdní infekce (vzniká kdykoli, projevuje se jako akutní nebo motivovaná infekce nejčastěji po endoskopických výkonech)
- latentní infekce (způsobena kontaminací implantátu bez známek infekce)
- uvolnění a migrace TEP (chybná konstrukce TEP, špatná operační technika, infekce)

1.10 Výběr pacienta

Pro náhradu kyčelního kloubu nelze vybírat jen pacienty z hlediska jejich poškozeného kloubu a rtg. nálezu, ale nutné je přihlížet i k věku, celkovému zdravotnímu stavu, místnímu nálezu, diagnóze, charakteru zaměstnání a k psychice pacienta.

Pro implantaci totální endoprotézy je optimální věk 55 – 60 let. Je-li třeba, věková hranice se v indikovaných případech výrazně snižuje. „Pečlivě musíme posuzovat i biologický věk; můžeme úspěšně operovat sedmdesátileté nemocné i starší, naopak někteří pacienti jsou „biologicky staří“ ve věku 60 let a výkon by pro ně byl nepřiměřeným rizikem.“ (Čech, Pavlanský, 1983, s. 153)

1.11 Předoperační příprava

Po uplynutí čekací doby na náhradu kyčelního kloubu je dalším krokem stanovení termínu operace a rozplánování předoperační přípravy. U žen se termín operace plánuje mimo období menstruace. Nutné je provést celkové zhodnocení stavu a podrobné předoperační interní vyšetření.

Před každou implantací TEP je nutné:

- ✓ vysvětlit pacientovi možnosti, riziko i předpokládaný výsledek operace
- ✓ provést nácvik dechového cvičení, zejména u starších pacientů
- ✓ nacvičit pooperační rehabilitaci
- ✓ snížit hmotnost u obézních pacientů

Předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Dlouhodobá předoperační příprava - interní vyšetření nesmí být starší více jak 10 dnů před plánovaným operačním výkonem. Vyšetření zahrnuje vyšetření moče, krve na biochemické, hematologické a hemokoagulační vyšetření. EKG, RTG srdce a plic, výtěry z nosu a krku. Při výkonu dochází k velkým ztrátám krve, a proto je vhodné provést tzv. autotransfuzi. Odebraná krev pacienta je použita v době operačního výkonu a tím se předejde riziku vzniku komplikací, které s sebou nese podání transfuze od jiných dárců.

Krátkodobá předoperační příprava - 24 hodin před samotným výkonem. Zahrnuje fyzickou přípravu: od půlnoci pacient nejí, nepije, nekouří, provede hygienickou péči a zajistí se příprava operačního pole (odstranění nečistot, oholení, odmaštění kožního povrchu), anesteziologická příprava, prevence trombembolické komplikace, psychická příprava pacienta a nácvik prvků pooperačního režimu. Pacient podepíše souhlas s operačním výkonem.

Bezprostřední předoperační příprava – 2 hodiny před výkonem: kontrola dokumentace, chrupu, lačnění, spontánní vyprázdnění močového měchýře nebo katetrizace před podáním premedikace.

Speciální předoperační přípravu, která se provádí např. u diabetiků a kardiaků, je vhodné provést na interním oddělení, odkud jsou pacienti přeloženi na příslušné ortopedické oddělení, kde jsou nadále sledováni internistou. Pacienta před operací musíme důrazně upozornit, že se musí po operaci výrazně šetřit. Musí svému stavu přizpůsobit svůj soukromý i profesionální život. „Nezbytný je úzký kontakt s internistou, revmatologem, rehabilitačními pracovníky, ale i s pacientem, kterého musíme přesvědčit o nutnosti předoperační přípravy.“ (Čech, Pavlanský, 1983, s. 154)

Před operací TEP je vhodné:

Dát si do pořádku všechny osobní záležitosti (banka, pošta, úřady), vybavit domácnost o vhodné doplňky (madla a nástavec na WC, lůžko a křeslo nastavit do vhodné výšky), připravit si koupelnu (sprchový kout, sedátko na vany, protiskluzová podložka). Vhodné jsou i pomůcky pro zjednodušení sebeobsluhy (obouvací lžice, podavač či oblékač ponožek), potřebné předměty je třeba umístit do vhodné výšky (nádobí), protože není vhodné stoupat na schůdky, předklánět se či klekat. Připravit si francouzské hole nebo podpažní berle, vhodnou pevnou obuv s protiskluzovou podrážkou. Provádět předoperační cvičební doporučení.

Do předoperační přípravy patří také rehabilitace. Ta je zaměřena na nácvik hlubokého dýchání, odkašlávání, cviky k posílení oslabených svalových skupin, uvolnění kloubních kontraktur, výcvik horních končetin pro chůzi o berlích, nácvik polohování a chůze o berlích bez zatížení nemocné končetiny. Součástí je i navázání dobré spolupráce mezi lékařem, rehabilitačním pracovníkem a nemocným.

1.12 Vlastní operace

Spočívá v nahrazení KK endoprotézou. Provádí se nejčastěji v poloze vleže na zádech. V anestézii celkové nebo spinální (do páteřního kanálu). Je nutno dodržovat dané specifické postupy pro jednotlivé endoprotézy. Výsledkem musí být stabilní kyčel (neluxabilní). Po implantaci náhrady se zavádí drenáž, která odvádí krev z operačního pole jeden až dva dny po výkonu. Příkladují se elastické bandáže a na dva dny se dává na operovanou končetinu antirotační botička, která snižuje riziko luxace (vykloubení).

1.13 Pooperační péče

Správná pooperační péče zajišťuje dobrý předpoklad k příznivému pooperačnímu průběhu a dobrému výsledku operace.

Po ukončení operace (dále jen OP) jsou pacienti převezeni na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP), kde zůstávají jeden až dva dny, a následně jsou překládáni na ortopedické oddělení. Již během pobytu na JIP začíná pacient rehabilitovat. S rehabilitačním pracovníkem provádí dechové cviky a aktivaci svalů. Podávají se léky proti vzniku tromboembolické nemoci a léky proti bolesti. Kontroluje se operační rána a drény. Výjimečně se preventivně podávají intravenózní antibiotika po dobu 5 – 7 dnů. Zejména v prvních dnech při pohybu mimo lůžko je nutno počítat se zvýšenou únavností a určitou slabostí. Důležitý je dostatečný příjem tekutin, který je zásadní z hlediska rychlé rekonvalescence a prevence vážných komplikací.

0. den po OP: dbá se pouze na správné uložení operované končetiny (mírné unožení, odtažení dolní končetiny v lehké vnitřní rotaci, což brání vykloubení endoprotézy, užívá se antirotační bota s polštářem či klínem mezi kolena, v žádném případě nesmí být končetina v zevní rotaci!!!)

1. – 3. den po OP: provádí se kontrolní RTG snímek, který určí zátěž, provádí se nejdříve pasivní pak i aktivní cvičení hlezenního kloubu a prstů nohy (cévní gymnastika jako prevence tromboembolické nemoci), dechové cviky, posilování svalů břicha a horních končetin, kontrakce hýždřových a stehenních svalů, šetrné pasivní cvičení na operované končetině, odstranění drénů, nácvik sedu, stoje, chůze, v sedu je operovaná končetina v mírné obdukci s antirotačním klínem.

4. – 10. den po OP: otáčení na břicho přes neoperovanou končetinu s klínem, nácvik vnitřní rotace operované končetiny, posazování a postavování, sed s dolní končetinou přes okraj lůžka, motivace k samostatnosti nemocného, procvičování i svalů paže k nácviku chůze o berlích, zahájení mobilizace v chodítku, později o berlích.

Od 10. dne po OP: přetáčení na lůžku s polštářkem mezi kolena na bok a břicho přes zdravou dolní končetinu, cvičení na boku (unožování), cvičení na břiše (zanožování), nácvik chůze po schodech.

11. – 14. den po OP: odstranění stehů, kontrola samostatné chůze, zvládnutí chůze po schodech, zvládnutí sebeobslužných činností, péče o jizvu (tlakové masáže, promašťování). Většině pacientům je doporučována lázeňská léčba. Pokud jsou pacienti v domácím léčení, je vhodné pokračovat procvičováním cviků, které se naučili v nemocnici.

Zatěžování končetiny je zpočátku jen částečné. Plně se může končetina zatěžovat u nekomplikovaných případů za 3 až 4 měsíce. Rychlost zatížení závisí i na typu užití endoprotézy. „**POZOR!** Jedině ortoped, který Vás operoval, je schopen na základě lokálního nálezu při kloubní náhradě, pevnosti jejího ukotvení, rentgenového nálezu a dalších parametrů stanovit a doporučit postup zatěžování operované končetiny. Nespolehejte na doporučení známých či lékařů, kteří nejsou obeznámeni s vaším konkrétním případem.“ (Sosna, Pokorný, Jahoda, 1999, s. 37)

**K zamezení vykloubení endoprotézy je nutné dodržovat minimálně po dobu
3 měsíců několik režimových opatření, mezi které patří:**

Nekřížit dolní končetiny, nesedět na židli bez opěradla, nesedat do měkkých a hlubokých křesel, na nízkou postel, nikdy nekrčit a nepřítahovat operovanou končetinu směrem k hrudníku do více než pravého úhlu. Používat židle s opěrkami na ruce, operovanou končetinu držet při posazování, ale i vstávání stále před sebou a nezasunovat ji pod židli. Nikdy nedávat „nohu přes nohu“, při vstávání z WC užívat madel, nechodit po kluzkém či mokřem terénu, nezvedat ze země předměty, nedělat žádnou práci v předklonu, nespát a neležet na operované straně, nepřetáčet se přes operovaný bok dva měsíce. Při otáčení a ležení si vkládat mezi kolena malý polštářek nebo klín, nevytáčet koleno směrem dovnitř, na posteli se posazovat pomocí rukou vzepřených za zády. Pacient by měl dodržovat stručné dvacatero rad (viz. Příloha 1)

Pacient musí pravidelně docházet na kontroly do ortopedické ambulance, které jsou po 6 týdnech, 3 měsících, 6 měsících a nadále jednou do roka.

Pokud u pacienta vzplane např. zánět močových cest, zánět v dutině ústní, angína i běžná infekce, musí ihned navštívit lékaře, který mu naordinuje antibiotika po celou dobu trvání infekce. To platí po celý zbytek života, a to i při stomatologických, gynekologických, endoskopických a drobných chirurgických výkonech. Hrozí riziko přenosu infekce do tkání v okolí endoprotézy.

Značné obavy mívají pacienti ze sexuálního života v prvních třech měsících po operaci. Je zapotřebí velké ohleduplnosti partnera. Je nutné se vyvarovat pokrčení operované dolní končetiny, zevní rotace, výrazněji se nepředklánět a zamezit ohnutí kyčelního kloubu přes pravý úhel. Další omezení není třeba. U žen se doporučuje jako nejvhodnější poloha na zdravém boku s polštářkem mezi koleny.

1.14 Cvičení a životospráva po TEP

Aby totální endoprotéza kyčelního kloubu co nejdéle vydržela, je důležité dodržovat tato pravidla:

1.14.1 Chůze

„V časném pooperačním období vám lékař zpravidla doporučí chůzi o vysokých podpažních berlích s plným odlehčením operované dolní končetiny. Znamená to, že operovanou končetinu prakticky nezatěžujeme. Tohoto typu odlehčení dosáhneme tzv. třibodovou chůzí. Nejprve obě berle předsuneme před sebe přibližně do vzdálenosti vašeho krátkého kroku. Když jsme na berle pevně vzepřeni, vykročí operovaná dolní končetina (nesmí však překročit před berle), kterou následuje končetina neoperovaná.

Nezapomeňte, že při chůzi ze schodů předsunujeme nejprve obě berle o jeden schod níže, potom opět vykročí operovaná dolní končetina, kterou následuje končetina neoperovaná. Pozor, opačně je tomu při chůzi do schodů! Jako první vykročí neoperovaná dolní končetina, pevně se vzepřeme na berle, přisuneme operovanou dolní končetinu a jako poslední přesuneme berle.

- Pozn.*
- Na schodišti si s nikým nepovídejte! Neohlížejte se, i kdyby na vás někdo zavolal.
 - Cítíte-li se unaveni nebo nejistí, vložte mezi chůzi pauzy klidu.
 - Neseskakujte ze schodů, neposkakujte.

1.14.2 Opora

Výška každé opory, to znamená podpažních berlí, francouzských berlí i holí, musí být přiměřena vaší tělesné výšce. Vysoké berle se musí při stožení lehce dotýkat podpažních jamek, nesmíte se k nim sklánět nebo naopak na nich viset.

Vhodná délka francouzských berlí se měří od středu dlaně v lokti lehce pokrčené horní končetiny, vaše předloktí se lehce dotýká objímky berle. Rovněž vycházkové hole nesmí být ani příliš vysoké, ani příliš krátké. Při lehce pokrčeném lokti (přibližně 30°) se má vaše dlaň dotýkat rukojeti hole u vašeho těla. Nezapomeňte, že každý nový typ chůze vám musí schválit váš lékař!

- Pozn.*
- Nestyd'íte se za nácvik chůze před zrcadlem.
 - Chod'íte pomalu, ale v přirozeném rytmu.
 - Pozor na kluzký a nerovný terén.
 - Odložte trepky či dokonce bačkory, jako vhodná obuv vám poslouží pouze pevné střevíce upevněné i přes patu.
 - Při nestejně délce dolních končetin si po poradě s ošetřujícím lékařem dejte zvýšit podešev boty pro zkrácenou končetinu.

1.14.3 Režim dne

Omezte dlouhodobá stání, zejména ve frontách. Mezi procházky vkládejte chvilky odpočinku vsedě. Pamatujte na to, že kyčelní kloub je při chůzi zatěžován přibližně čtyřnásobkem vaší tělesné hmotnosti. Toto zatížení kloubu se ještě znásobuje při stožení. Pokud vaše tělesná hmotnost přesahuje ideální údaje (kilogramy by měly odpovídat přibližně počtu centimetrů vaší výšky nad 1 metr), snažte se ji rozumně snížit.

- Pozn.*
- Nepřebírejte různé typy diet od známých.
 - Vhodnou dietu vám doporučí váš ošetřující lékař.

Upravte si pracovní i domácí prostředí tak, abyste stání co nejvíce omezili. Při vhodné výšce, případně i sklonu pracovního stolu a vhodném typu vyšší, případně i otočné židle lze po určitém tréninku vykonávat většinu prací stejně tak dobře vsedě jako vstoje. Totéž platí pro ženy v domácnosti. Naučte se zejména žehlit a připravovat pokrmy vsedě. K nutným nákupům dobře poslouží pojízdná taška.

- Pozn.*
- V pooperačním období neseďte déle než půl hodiny, potom vystřídejte polohu.
 - Neseďte s nohou přes nohu.
 - Sedíte-li s ploskami nohou opřenými o zem, klad'íte chodidla daleko od sebe, tím zamezíte vytáčení kolenních a kyčelních kloubů zevně.
 - Upravte si lůžko tak, aby bylo vyšší a mělo sice tvrdý podklad, ale bylo zároveň měkké a pružné s výškou matrace kolem 12 cm. Vhodná je i matrace molitanová.
 - Zpočátku spěte a otáčejte se s polštářkem mezi stehny a kolena.

1.14.4 Cvičení

Pravidelné každodenní cvičení je nezbytnou součástí vašeho léčebného režimu. Cvičte vleže či vsedě na vhodně upraveném lůžku (tvrdá podložka) ve cvičebním úboru pokud možno u otevřeného okna. Jednotlivé cviky vykonávejte přesně podle uvedených pokynů. Každý cvik se naučte před zrcadlem. Zpočátku opakujte každý cvik 3x, postupně zvyšujte až na 10x. Nejlépe vyhovuje ranní cvičení, sloužící k rozhýbání, při druhém odpoledním nebo večerním cvičení se více zaměříme na obtížnější cviky. Při pocitu únavy nebo větší bolesti cvičení zkrátíme.“ (Švarcová, Šulcová, 1996) (ukázka cvičení viz příloha 2)

1.15 Návrat do normálního života

Operatér povolí přechod na plnou zátěž operované končetiny přibližně po dvou až pěti měsících. Berle může pacient postupně odkládat při pohybu po bytě nebo užívat pro pocit jistoty pouze jednu berli. Chůze by již neměla činit potíže, a proto se může pacient zařazovat postupně do běžného života. Vhodné je nadále dodržovat opatrnost v předklonu, při uléhání na lůžko a vyloučit křížení dolních končetin. Ležet na operovaném boku je dovoleno. Návrat do zaměstnání je individuální dle druhu pracovní zátěže, ale šetřící režim je nutný po celý zbytek života. Velmi častá otázka po kloubní náhradě je otázka sportování. Alespoň s odstupem šesti měsíců lze zahájit lehké rekreační sportování. Vhodná je chůze, golf, jízda na kole, plavání. Naopak nevhodná je jízda na koni, sjezdové lyžování na těžkém terénu, prudký běh či skoky. Obecně by se měl pacient vyvarovat všech činností, které nesou riziko prudkého nekontrolovaného pádu.

1.16 Revizní operace TEP

Důvodem k provedení revizní operace TEP kyčelního kloubu je vznik různě rozsáhlých kostních defektů v důsledku uvolnění vazby mezi kostním lůžkem a implantátem. Příčina uvolnění TEP závisí na biologických i mechanických faktorech, mezi které patří např. anatomické poměry v době implantace, kvalita kosti, stupeň zatížení TEP, hmotnost pacienta, typ a životnost dané TEP. Uvolňování TEP se projeví bolestí, zkrácením končetiny, kulháním a změnami na RTG snímku. Protože je poškozena biologická struktura, je reoperace vždy obtížná a nese řadu vážných komplikací, zejména infekčního rázu a upevnění náhrady.

Reoperace je technicky velmi náročná a ekonomicky velmi nákladná. Pro pacienta představuje velkou zátěž spojenou s velkou ztrátou krve. Moderními přístupy lze zabezpečit novotvorbu a remodelaci kostní tkáně s využitím různých typů spongioplastiky. Tím se vytvoří příznivější situace pro případnou revizní operaci. Počet revizních operací stále narůstá. Z celkového počtu implantovaných TEP se v současné době jedná o 25%. Prevencí vzniku kostních defektů jsou pravidelné kontroly pacienta v ortopedické ambulanci. Čím dříve se zjistí uvolněná TEP, tím snadnější je její revizní operace.

2. Lázeňská léčba

*„Studená lázeň zrána a vlažná večer nade všechny masti světa“
(Talmud)*

2.1 Charakteristika lázeňské léčby

Po propuštění z ortopedického oddělení je pacient většinou přijat do specializovaného lázeňského zařízení, kde setrvává čtyři až šest týdnů. Tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění a pacient na ni má nárok do jednoho roku od operace. V našem kraji mezi tato zařízení patří např. Lázně Bělohrad, Velichovky nebo Jánské Lázně.

Lázeňská léčba v evropském pojetí znamená léčbu založenou na využití místních přírodních léčivých zdrojů spolu se změnou klimatu a prostředí, kterých je cílevědomě využíváno pod lékařských dohledem. Díky pestré geologické stavbě má Česká republika široký výběr léčivých zdrojů, minerálních a termálních vod či peloidů (slatinné a rašelinové zeminy). Je vhodná především u mnoha chronických onemocnění, při rehabilitaci porážových a pooperačních stavů, v rekonvalescenci některých závažných onemocnění a malou úlohu může mít i v prevenci. Efekt lázeňské léčby není tak velký jako při hospitalizaci akutních onemocnění, je však dlouhodobý a její kladný účinek přetrvává často několik měsíců, popř. celý rok. Pobyt v lázních pozitivně ovlivňuje osobnost člověka, má kladný psychologický účinek, který se projevuje i na zlepšení fyzického mentálního zdraví, umožňuje zvládat civilizační stres, získávat odolnost a snižovat zatížení organismu farmakoterapií.

„Terapie v lázeňství má specifika léčebných výkonů dle jednotlivých indikací s respektováním hlavních a vedlejších diagnóz a zjištěných kontraindikací. Pro léčení v lázeňství jsou typické postupy v souhrnu nazývané balneoterapie.“

„Z ekonomického hlediska lze hodnotit lázeňskou léčebnou péči jako přínos pro snížení pracovní neschopnosti, zlepšení pracovního uplatnění pacienta, zlepšení jeho kondice, oddálení invalidity, a tím i zlepšení společenské a ekonomické úrovně. Významný je také celkový pokles morbidit a mortality osob opakovaně v lázních léčených, a snížení nákladů na výrazně dražší nemocniční léčení.“ (Knop, 1999, s. 48)

V České republice v současné době existuje 32 oficiálně, zákonem o lázeňství vymezených lázeňských míst. Většina z nich je založena na skutečném výskytu přírodního léčivého zdroje. Při pobytu v lázeňském zařízení by se pacienti měli zotavit z pooperačního období a měl by mu pomoci navrátit se do běžného života.

2.2 Léčebné metody komplexní balneoterapie

Rehabilitace (dále jen RHB) je jednou z nejdůležitějších procedur při léčbě TEP.

„Rehabilitace je resocializační proces se systémem myšlení a jednání, který má za cíl zajistit navrácení jakkoli postiženého nebo nemocného člověka co neoptimálněji do aktivního života společnosti.“ (Javůrek, 1999, s. 36)

Má podstatnou roli pro zabezpečení dobré funkce a životnosti implantované TEP kyčelního kloubu. Její individuální a komplexní forma by měla na operační výkon navazovat, ale také mu předcházet. Komplexní formou se myslí zahrnutí LTV (léčebná tělesná výchova na lehátku, židli či v rehabilitačním bazénu), fyzikální terapie (elektroléčba, vodoléčba atd.), ortopedické pomůcky (nejčastěji berle, hole) a téměř vždy určitá forma psychoterapie. Cílem vždy individuální RHB péče je posílení oslabených svalů hlavně na nemocné končetině, aby zabezpečovaly a stabilizovaly umělý kloub natolik, že bude co nejodolnější dynamické i statické zátěži, ale i protahování zkrácených svalů. Důležitý je nácvik soběstačnosti v každodenních činnostech v domácnosti, případně v pracovním prostředí i pouličním provozu.

Formy této tělesné aktivity jsou: pasivní, aktivní s dopomocí, aktivní a dechová cvičení, svalová uvolnění, speciální pohybová terapie, mechanoterapie, ergoterapie (pracovní terapie), terénní pohybová léčba.

Vodoléčba (koupele, sprchy, zábaly a obklady pouze na neoperovanou dolní končetinu, aby nedošlo k prohřátí operovaného kloubu, který by se mohl teplem následně uvolnit). **Elektroterapie a magnetoterapie** (v případě TEP je kontraindikována na oblast TEP, protože je uvnitř kov a došlo by k popálení okolní tkáně, ale může být aplikována na jiných místech těla). **Peloidoterapie, parafinoterapie, léčebné masáže, pitná kúra minerálními vodami, termoterapie, uhličítá terapie, léčebné inhalace, fototerapie** (léčení světlem, světelnými paprsky), **dietoterapie, klimatoterapie**. Lázeňská péče dále nabízí: služby ubytovací, stravovací, kulturní, sportovní a společenské aktivity, ambulantní péči.

2.3 Anenské slatinné lázně, a.s. Lázně Bělohrad

V Anenských slatinných lázních v Lázních Bělohrad se léčí všechna onemocnění pohybového ústrojí. V první řadě jsou to stavy po ortopedických operacích, úrazech, dále pak revmatické choroby, bolesti páteře, Bechtěrevova choroba, kořenové syndromy při poruchách páteře, chabé periferní obrny, poruchy periferních tepen a některá nervová, cévní a kožní onemocnění.

Poskytují se zde koupele s jódem, sírou, uhličitě, perličkové i bylinkové. Rozmanitá vodol léčba umožňuje různé formy vodních masáží. Elektroléčba ulevuje bolestem. Příjemné jsou parafínové zábaly, masáže a spousta dalších léčebných procedur. Ovšem největší důraz je kladen na LTV (léčebný tělesný tělocvik), který je individuální s použitím speciálních metodik a na cvičení v rehabilitačním bazénu. Toto cvičení ve vodě je vhodné, protože voda „nadlehčuje“ a pohyby jsou snáze proveditelné a méně náročné. Dále je k dispozici akupunktura, trakce páteře, lékařské ošetření a mnoho dalších služeb. Nedílnou součástí jsou i rekondiční pobyty a wellness (oáza zdraví). Léčebné péči předchází podrobné vyšetření lékařem včetně laboratorních testů. Pravidelnými lékařskými kontrolami v průběhu léčby je sledován celkový zdravotní stav všech pacientů.

Charakteristické pro Anenské slatinné lázně je vytvořit pro čas pobytu všem návštěvníkům a pacientům pocit domova. Základem je individuální přístup ke každému pacientovi. A to je jeden z důvodů, že se pacienti stále vracejí a jsou spokojeni s poskytovanou kvalitní péčí, která jim v dalším životě hodně pomáhá. Laskavé a profesionální chování všech zaměstnanců pomáhá vytvářet pocit klidu, pohody a důvěry.

V listopadu 2006 získaly Anenské slatinné lázně v Lázních Bělohrad jako první ze zemí Evropské unie od Evropského svazu lázní mezinárodní certifikát kvality EUROPESPA med. Jedná se o nejprestižnější ocenění, jaké je možno získat. Ročně je navštíví kolem sedmi tisíců pacientů a hostů. „Dnes mají Anenské slatinné lázně v Lázních Bělohrad za sebou více než stodvacetiletou historii a skvělé renomé doma i za hranicemi naší vlasti a patří mezi lázně s vysokým standardem služeb.“ (Prchal, 2007, s. 29)

3. Kvalita života

„S životem je to jako s hrou, nezáleží na tom, jak je dlouhá, nýbrž na tom, jak se hraje.“

(Lucius Annaeus Seneca)

„Teprve když zdravý onemocní, uvědomí si, co měl.“

(Carlyle Thomas)

3.1 Vývoj pojmu „kvalita života“

Kvalita života jako měřitelný parametr či ukazatel získává v posledních letech značný význam v hodnocení účinnosti léčebné a zdravotně sociální intervence jakékoli formy. Dochází ke změně týkající se pohledu na pacienta od čistě biologického k biopsychosociálnímu, neboli holistickému (celostnímu). Je nutné si uvědomit, jaká je souvislost mezi kvalitou života a zdravotním stavem. Tím se zabývá mnoho studií, které nás dovedou k závěru, že vztahem je přímá závislost kvality života na stavu zdraví jedince.

Běžně se hovoří o kvantitě neboli délce života, která se uvádí velice jednoduše, a to počtem let. Ale co se rozumí pod pojmem kvalita? Kvalita je jakost, hodnota (dobrá nebo naopak špatná hodnota). Je to charakteristický rys, kterým se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života člověka druhého). Kvantita se dá určit poměrně jednoduše, ale o kvalitě se toto říci nedá.

Lidé se zabývali otázkou kvality života odedávna, ale poprvé byl pojem „kvalita života“ zmíněn ve vztahu s ekonomickým vývojem státu ve 20. letech. Diskutován byl zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudšího obyvatelstva. V 60. letech tehdejší americký prezident Johnson prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha je to, jak se lidem za určitých podmínek žije, a ne to, jaká je kvantita spotřebovaného zboží. První celonárodní šetření kvality života obyvatelstva proběhlo v 70. letech v USA. Cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak sami lidé hodnotí svůj život, a zároveň by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek, jako např. znečištění ovzduší, hluchost, kriminalita, úroveň bydlení.

V posledních letech prodělalo studium kvality života svůj „boom“. V současné době znamená studium kvality života hledání a identifikaci faktorů, které přispívají ke smysluplnému, dobrému životu a k pocitu lidského štěstí. Nejdůležitějším cílem studia

kvality života je rozvíjet a podporovat životní prostředí a životní podmínky, které by umožňovaly žít lidem způsobem, ve kterém nacházejí smysl, který je pro ně nejlepší a který si mohou a dovedou „užít“.

3.2 Vymezení pojmu „kvalita života“

„O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína. Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji, a to nejenom v rámci určité populace, ale i mezikulturálně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jednotlivců a pokouší se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.“ (Payne, 2005, s. 207)

„Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.“ (Payne, 2005, s. 208)

Definice „kvality života“ existuje v literatuře celá řada, ale ani jedna není všeobecně akceptována. Kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, mezi které patří např. faktory sociální, zdravotní, ekonomické, které ovlivňují lidský rozvoj jak na úrovni jednotlivců, tak i celých společností. S jistým zjednodušením lze říci, že kvalita života má v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní.

„Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Je stále otevřenou otázkou, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí a jak by tedy měla být kvalita života nejlépe měřena.“ (Payne, 2005, s. 207)

„Kvalita života není tedy v současném pojetí Světové zdravotnické organizace součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. Předpokládá se, že vztah objektivní stránky kvality života, který lze

ztotožnit se životní úrovní a fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou kvalitou života (subjektivním hodnocením), je zprostředkován očekáváním. Toto lze interpretovat tak, že důležitou roli zde hraje idealizovaná představa o sobě samém a svém životě.“ (Payne, 2005, s. 208)

V psychologii se pod pojmem „kvalita života“ rozumí:

Spokojenost se životem, což je zjišťování životní spokojenosti otázkami a na ně hledající se odpovědi, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají a jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí.

Dále prožívání subjektivní pohody, štěstí, kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.

V sociologii se pod pojmem „kvalita života“ rozumí:

Znaky sociální úspěšnosti, jako jsou např. majetek, vybavení domácnosti, postavení, vzdělání, rodinný stav. Zkoumá se vztah ke kvalitě života, která je definována jako subjektivní životní pocit.

V pojetí současné sociologické organizace International Society for Duality of Life Studies (Mezinárodní společnost pro studium kvality života) je kvalita života chápána jako „produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, ovlivňující rozvoj lidí“. (Payne, 2005, s. 211)

V medicíně je termín „kvalita života“ užíván od 70. let. V průběhu 80 let se začíná používat v klinických studiích. V posledních letech je kvalita života ve zdravotnictví problematikou velmi zdůrazňovanou, ale stále poměrně novou. Lékaři se musí zajímat, jaký je např. dopad zvolené terapie na kvalitu pacientova života, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými chorobami. V medicíně a zdravotnictví má zkoumání kvality života posunuto těžiště do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. „Konkrétně to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (hladina hemoglobinu, krevní markery, krevní tlak, tělesná teplota, vymizení příznaků choroby...) se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí.“ (Payne, 2005, s. 212)

3.3 měření a hodnocení kvality života

Metod pro měření kvality života je velké množství. Lze je rozdělit na tři skupiny:

- I. Metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba (externí kritéria)
- II. Metody měření, kde hodnotitelem je sama daná osoba (interní kritéria)
- III. Metody smíšené, které vznikly kombinací metod typu I. a II

Pro měření kvality života se používají dotazníky nebo strukturované rozhovory. Sledování kvality života je nezbytnou součástí terapeutické péče o pacienty, u kterých onemocnění a následná léčba narušila jejich původní sociální vazby, hodnoty fyzického a psychického zdraví. Cílem zkoumání kvality života je zjištění, jak daná osoba prožívá dané onemocnění, a nejen přítomnost a závažnost příznaků.

Dnes nejrozšířenější metodou ke zkoumání kvality života je metoda tzv. **SEIQoL** (Schedule for the Evaluation of Individual Duality of Life – Systém Individuálního hodnocení kvality života). Vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co považuje on či ona za důležité. Základem je strukturovaný rozhovor. Je individuální, vychází z vlastního systému hodnot dané osoby. Jsou svobodně voleny aspekty (stanoviska) života, které jsou v dané chvíli a situaci považovány danou osobou za důležité např. zdraví, rodina, práce, štěstí, nezávislost, životní podmínky. V případě, kdy pacient není schopen rozhovoru, je možno (nutno) využít k posouzení kvality pacientova života hodnocení druhé osoby.

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) neboli Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu je jednou z dalších metod pro zkoumání kvality života pacienta. Tato metoda se pokouší vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii, které „měří“ vážnost nemoci.

Za zlatý standard je pokládán dotazník **SF-36** (36 – Item Health Survey). Má obecné zaměření, ale doporučován je především ke zjišťování kvality života pacienta při dopadu určité farmakoterapie.

Metod pro měření a hodnocení kvality života však existuje celá řada. I specificky zaměřených na určitý typ nemoci jako např. pro duševně nemocné, onkologické pacienty.

Od roku 1969 se pro hodnocení artroplastiky užívá dotazník **Harris Hip Score**. Týká se hodnocení bolesti, funkčního hodnocení (kulhání, používání hole, výdrž při chůzi), aktivit denního života (schody, oblékání ponožek, sezení, používání prostředků veřejné hromadné dopravy), absence deformit a rozsahu pohybu v kyčli. Celkový počet bodů je 100. Pro bolest – 44 bodů, funkce – 47 bodů, denní aktivity – 14 bodů, absence deformity – 4 body, rozsah pohybu – 5 bodů.

II. Empirická část

4. Empirický výzkum

4.1 Úvod

TEP kyčelního kloubu ovlivňuje kvalitu života pacienta po všech stránkách jeho každodenního života. Jak po stránce fyzické, sociální, tak i duševní. Každý člověk po operaci TEP vnímá kvalitu života různým způsobem. Někdo se s tím vyrovná velice dobře a pro někoho je to závažná životní situace, která přináší ráznou změnu do jeho doposavadního života. Ovšem základním předpokladem implantace TEP je navrácení plnohodnotného života pacientům, kteří by jinak byli odkázáni na pomoc druhých či upoutáni na lůžko. Stále se zdokonalující operační techniky, postupy a implantáty TEP dopomáhají nemocným ke zvýšení kvality života. Díky moderní medicíně můžeme žít kvalitnějším životem a užívat si ho naplno každým dnem. Ovšem moderní medicína není všemocná, a tak bychom měli o svou osobnost pečovat, dodržovat zdravý životní styl a dbát na prevenci a doporučení lékařů.

4.2 Cíle výzkumu

V empirické části této práce jsem si stanovila následující cíle:

- ❖ zjistit, zda se zlepšila kvalita života u lidí po operaci TEP kyčelního kloubu
- ❖ zjistit rozdíl funkčnosti kyčelního kloubu před operací a po operaci, lázeňské léčbě
- ❖ zjistit bolestivost kyčelního kloubu před operací a po operaci, lázeňské léčbě
- ❖ zjistit prospěšnost lázeňské léčby u lidí po operaci TEP

4.3 Metodika výzkumu

Výzkum byl proveden v Anenských slatinných lázních v Lázních Bělohrad. Osloveni byli pacienti po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu ve věku 50 a více let. Výzkum jsem realizovala pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl složen ze tří částí. První část dotazníku byla zaměřena na stav funkčnosti kyčelního kloubu před operací (bolest, funkce kyčelního kloubu). Tato část obsahovala celkem 7 otázek, které byly převzaty a upraveny z dotazníku Harris Hip Score, který umožňuje hodnotit před a po výkonu funkci kyčelního kloubu. Druhá část dotazníku byla zaměřena zejména na kvalitu života pacienta (otázky č. 4-13) a doplněna o otázky pro získání základních údajů o pacientovi (otázky č. 1-3). Součástí druhé části byly i otázky týkající se indikace k operaci TEP, pooperačního průběhu a účinnosti lázeňské léčby (otázky č. 14-22). Třetí část dotazníku byla zaměřena na stav funkčnosti kyčelního kloubu po lázeňské léčbě. Použito bylo opět 7 otázek z dotazníku Harris Hip Score. Kompletní dotazník obsahoval 36 otázek

U 35 otázek byla možná jen jedna správná odpověď a u jedné (otázka č. 22) se mohl pacient dále vyjádřit či doplnit o další informace. 31 otázek bylo uzavřených, 4 polouzavřené (otázky č. 3, 14, 17, 19) a 1 otázka otevřená (otázka č. 22).

Dotazník byl anonymní a zcela dobrovolný. Byl dáván pacientům ke konci jejich lázeňské léčby fyzioterapeutem s prosbou o jeho navrácení při posledním LTV opět fyzioterapeutovi. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků a navraceno jich bylo 55. Dotazníkové šetření probíhalo v měsících listopad a prosinec 2007. Kompletní znění dotazníku je uvedeno v příloze 3.

4.4 Předvýzkum

Předvýzkum byl proveden před vlastním šetřením u 10 respondentů v Anenských slatinných lázních. Mým cílem bylo zjistit, zda pacienti všem položeným otázkám rozumí, a zjistit případné problémy s vyplňováním dotazníku. U všech 10 dotazovaných jsem byla přítomna. Zjistila jsem, že všechny otázky byly pro pacienty srozumitelné a neměli žádný problém s vyplňováním dotazníku. Na základě toho jsem znění dotazníku ponechala v nezměněné formě a použila ve vlastním šetření.

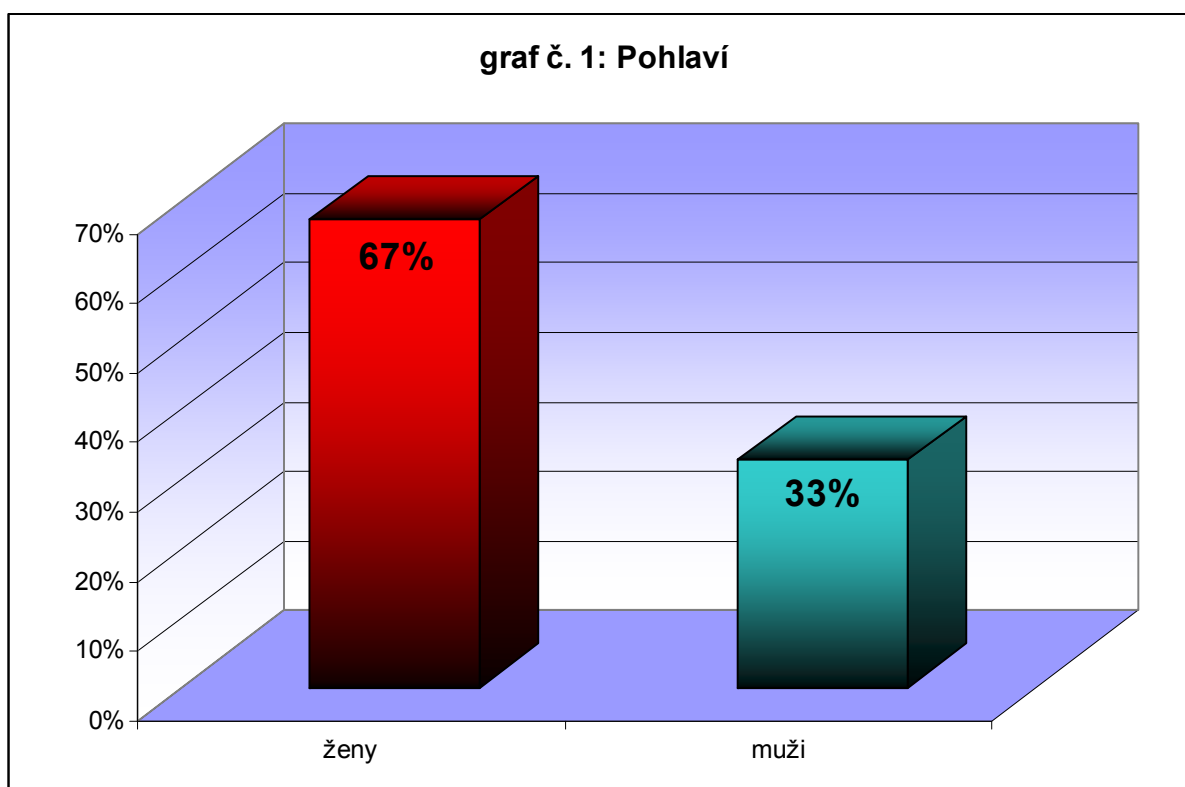
4.5 Výsledky empirického výzkumu

Výsledky šetření jsou uváděny v následujících grafech.

Dotazník kvality života

Otázka č. 1: *Pohlaví*

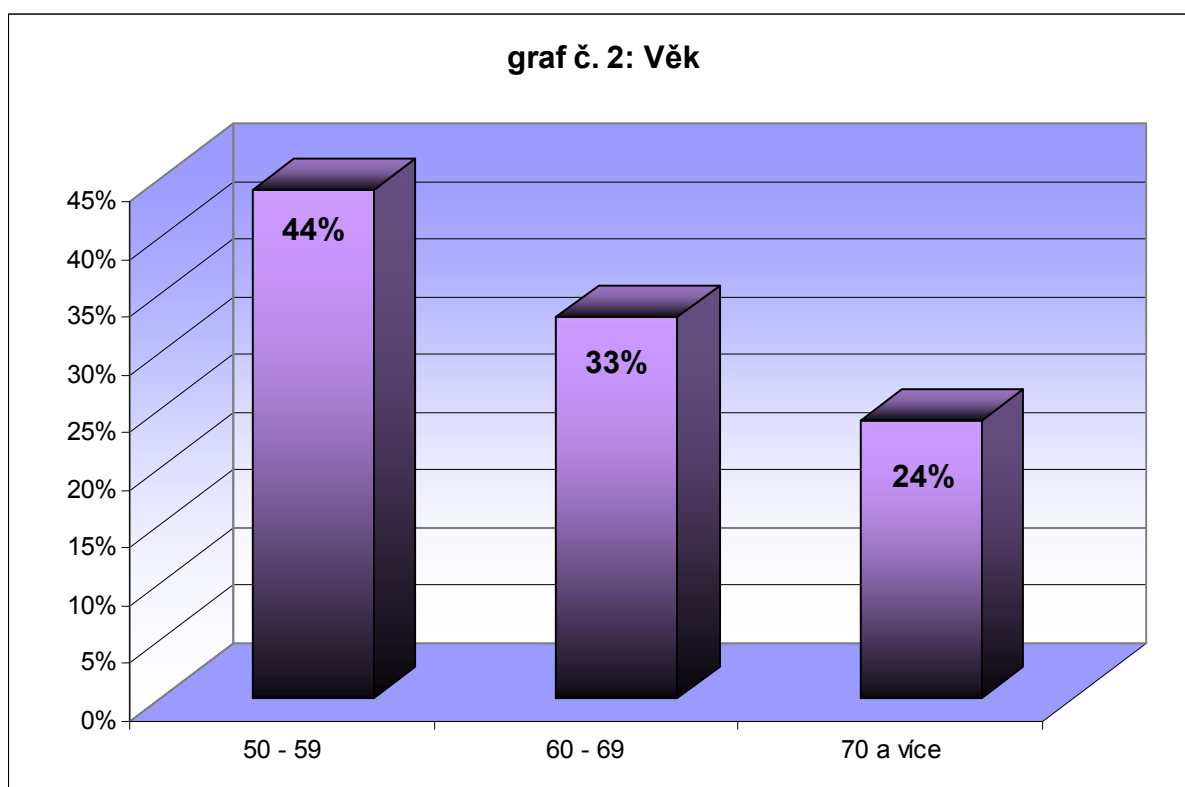
- a) žena
- b) muž



Z celkového počtu dotazovaných bylo 67% žen a 33% mužů. Pro náhradu TEP jsou převážně indikovány ženy.

Otázka č. 2: *Váš věk*

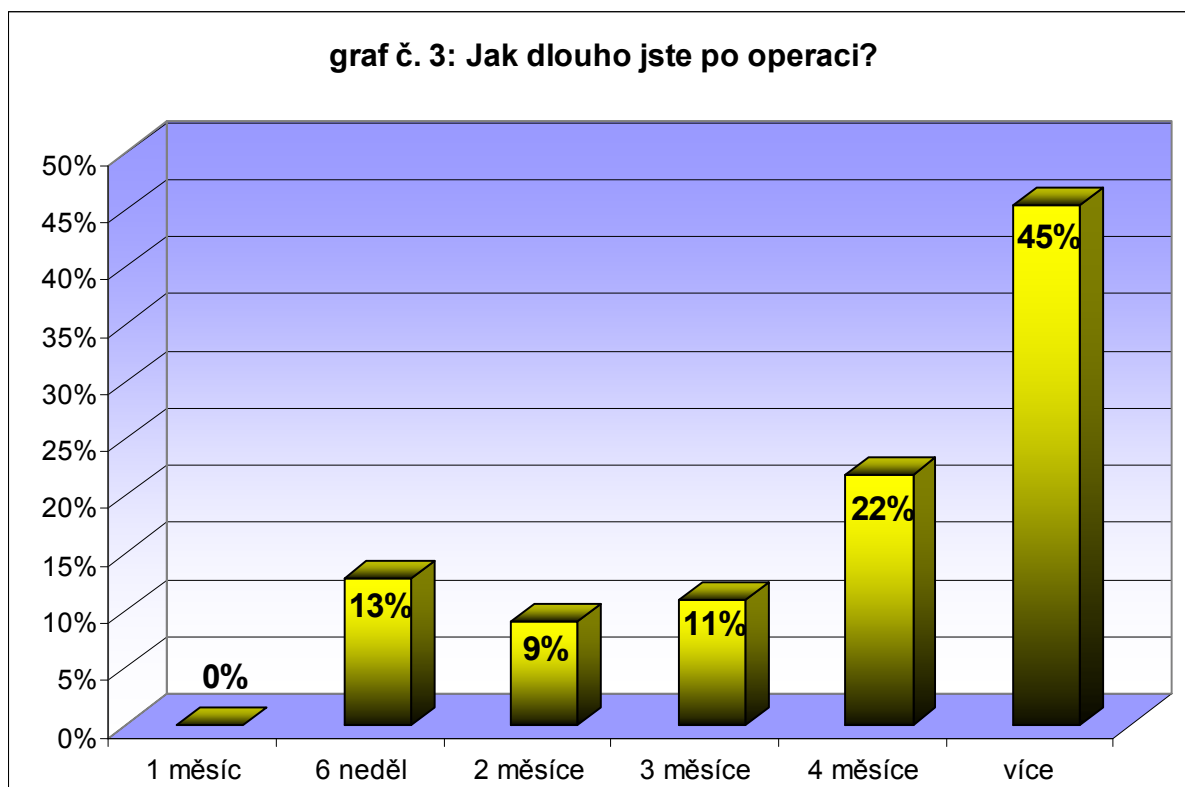
- a) 50 – 59 let
- b) 60 – 69 let
- c) 70 a více



Pro náhradu TEP jsou nejčastěji indikováni pacienti ve věku 50 – 59 let. Z celkového počtu tuto skupinu tvoří 44% dotazovaných. Dále pak pacienti ve věku 60 – 69 let, kteří tvoří 33% dotazovaných a nejméně pacientů je indikováno ve věku 70 a více let což činí 24% dotazovaných.

Otázka č. 3: *Jak dlouho jste po operaci?*

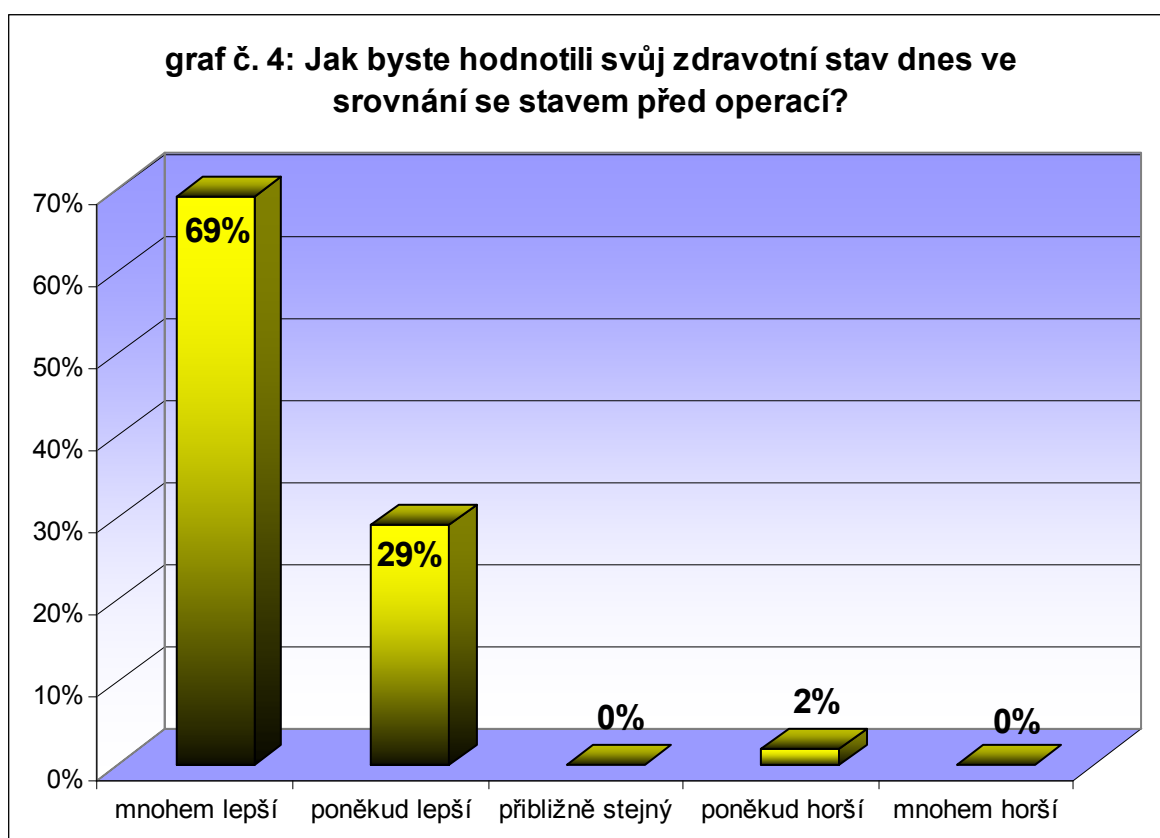
- a) 1 měsíc
- b) 6 neděl
- c) 2 měsíce
- d) 3 měsíce
- e) 4 měsíce
- f) více (vypište)



U 45% z celkového počtu dotazovaných byla operace provedena před více jak čtyřmi měsíci. 22% bylo operováno před čtyřmi měsíci. 13% je po operaci šest neděl. 11% bylo operováno před třemi měsíci a zbylých 9% je po operaci dva měsíce.

Otázka č. 4: *Jak byste hodnotili svůj zdravotní stav dnes ve srovnání se stavem před operací?*

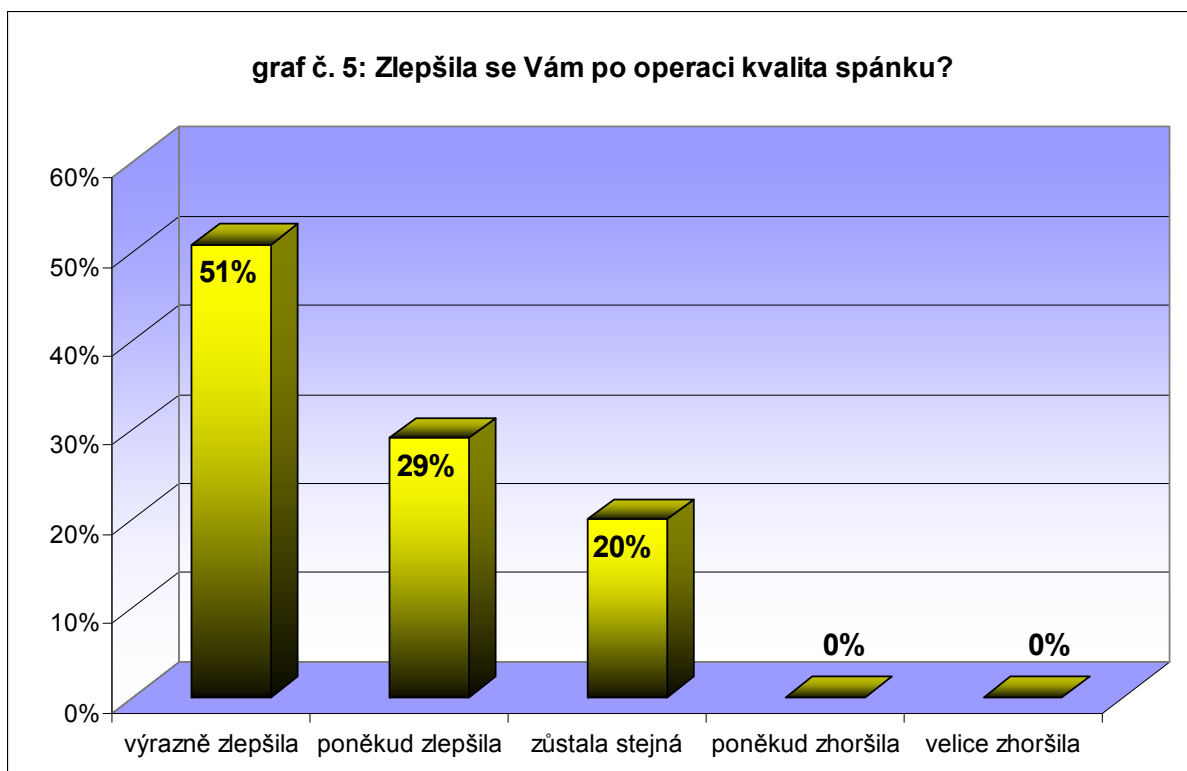
- a) mnohem lepší
- b) poněkud lepší
- c) přibližně stejný
- d) poněkud horší
- e) mnohem horší



Po operaci se mnohem lépe cítí celkem 69% pacientů z celkového počtu dotazovaných. Poněkud lépe se cítí 29% a zbylé 2% dotazovaných se cítí poněkud hůře než před operací.

Otázka č. 5: *Zlepšila se Vám po operaci kvalita spánku?*

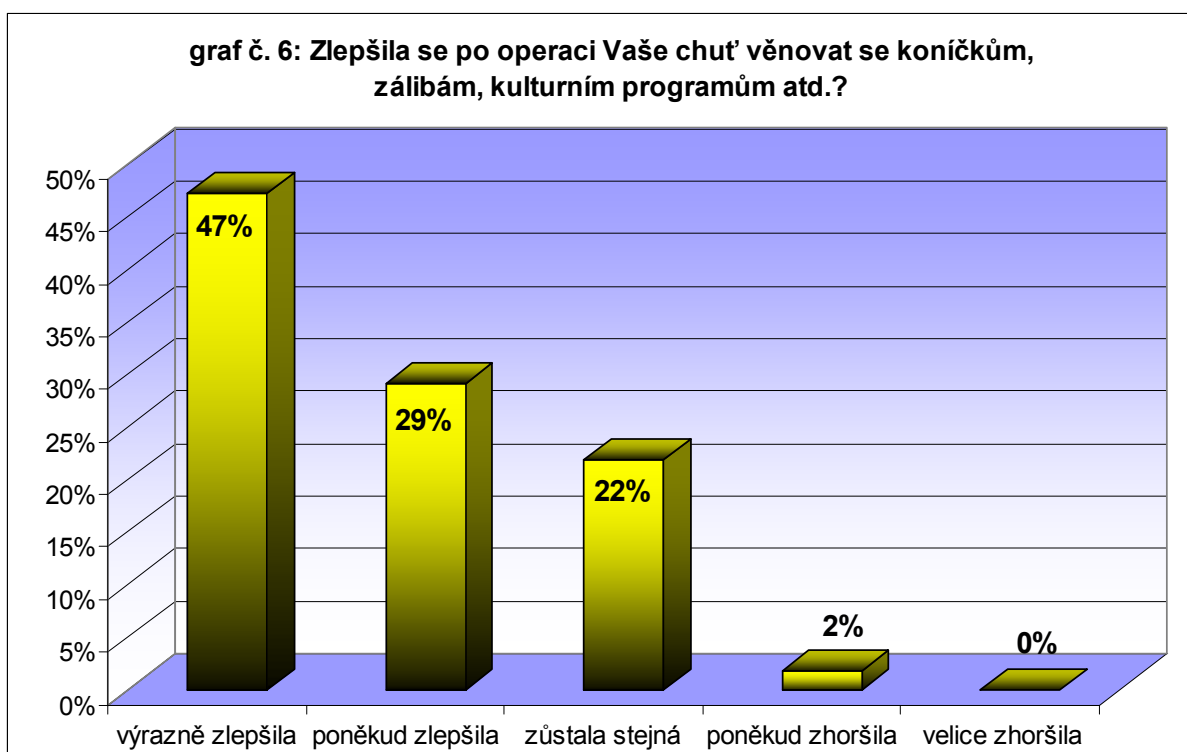
- a) výrazně zlepšila
- b) poněkud zlepšila
- c) zůstala stejná
- d) poněkud zhoršila
- e) velice zhoršila



Kvalita spánku se výrazně zlepšila u 51% dotazovaných. Poněkud se zlepšila kvalita spánku u 29% a u 20% dotazovaných zůstala kvalita spánku na stejné úrovni jako před operací.

Otázka č. 6: *Zlepšila se po operaci Vaše chuť věnovat se koníčkům, zálibám, kulturním programům atd.?*

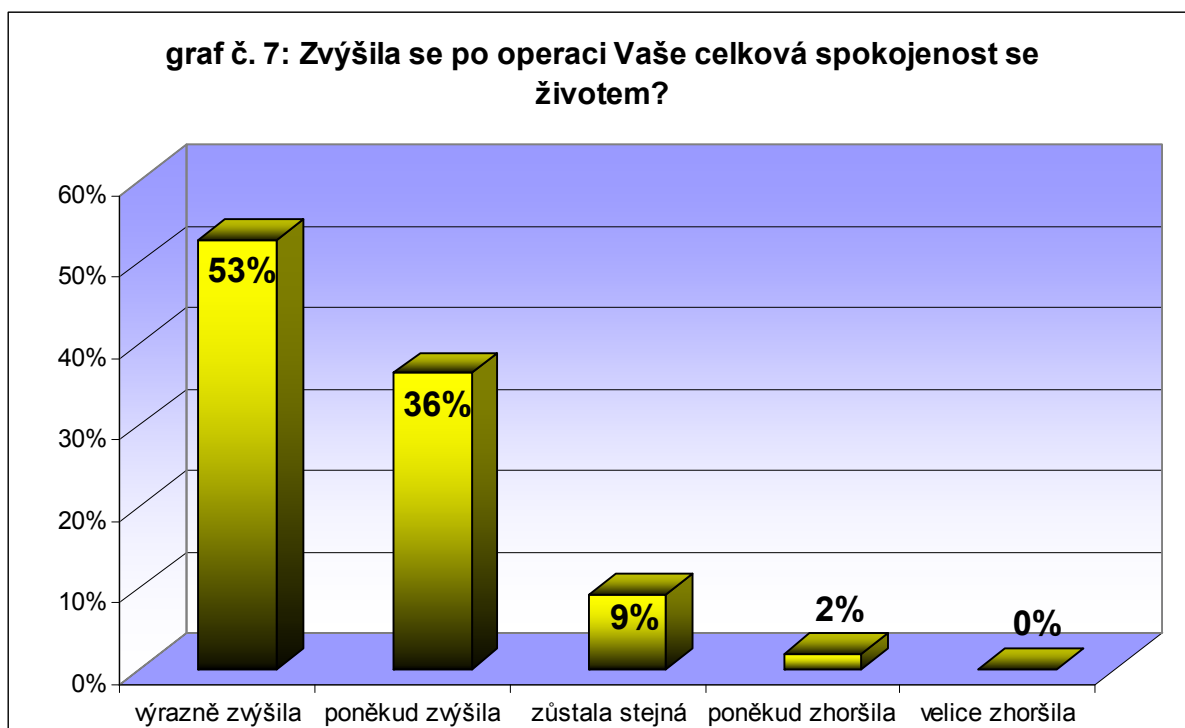
- a) výrazně zlepšila
- b) poněkud zlepšila
- c) zůstala stejná
- d) poněkud zhoršila
- e) velice zhoršila



U 47% dotazovaných se po operaci výrazně zlepšila chuť věnovat se kulturním programům a koníčkům. Poněkud se zlepšila u 29% dotazovaných. 22% udává stejnou chuť jako před operací a u 2% dotazovaných se chuť poněkud zhoršila.

Otázka č. 7: *Zvýšila se po operaci Vaše celková spokojenost se životem?*

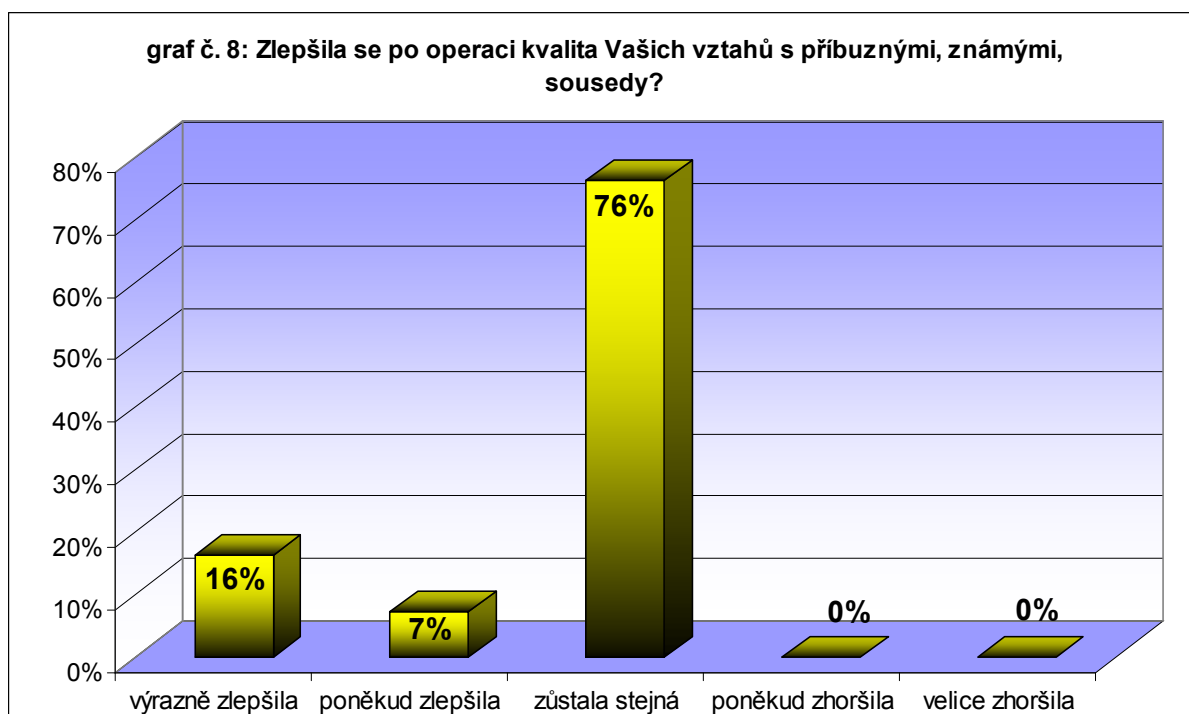
- a) výrazně zvýšila
- b) poněkud zvýšila
- c) zůstala stejná
- d) poněkud zhoršila
- e) velice zhoršila



Celková spokojenost se životem se výrazně zvýšila u 53% dotazovaných. Poněkud se zvýšila u 36%. U 9% zůstala celková spokojenost se životem stejná a u 2% se poněkud zhoršila.

Otázka č. 8. *Zlepšila se po operaci kvalita Vašich vztahů s příbuznými, známými, sousedy?*

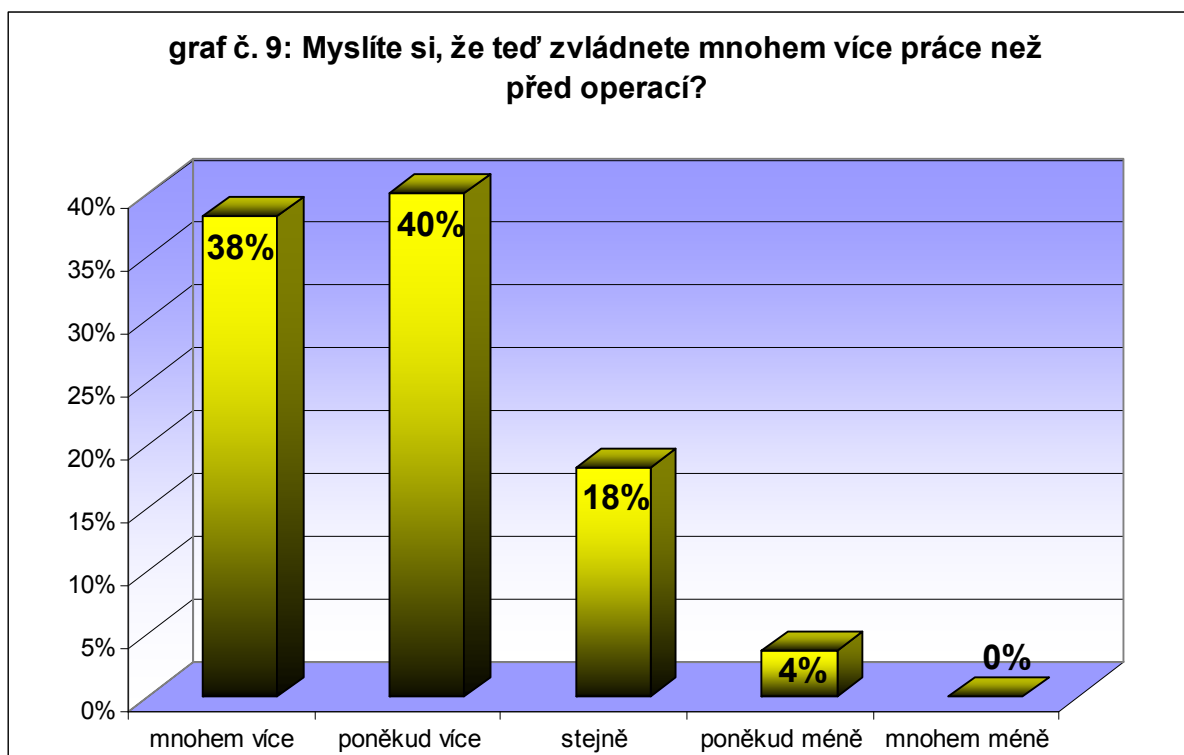
- a) výrazně zlepšila
- b) poněkud zlepšila
- c) zůstala stejná
- d) poněkud zhoršila
- e) velice zhoršila



Kvalita vztahů s příbuznými, známými a sousedy zůstala u 76% dotazovaných na stejné úrovni jako před operací. U 16% došlo k výraznému zlepšení a u 7% se kvalita vztahů poněkud zlepšila.

Otázka č. 9: *Myslíte si, že teď zvládnete mnohem více práce než před operací?*

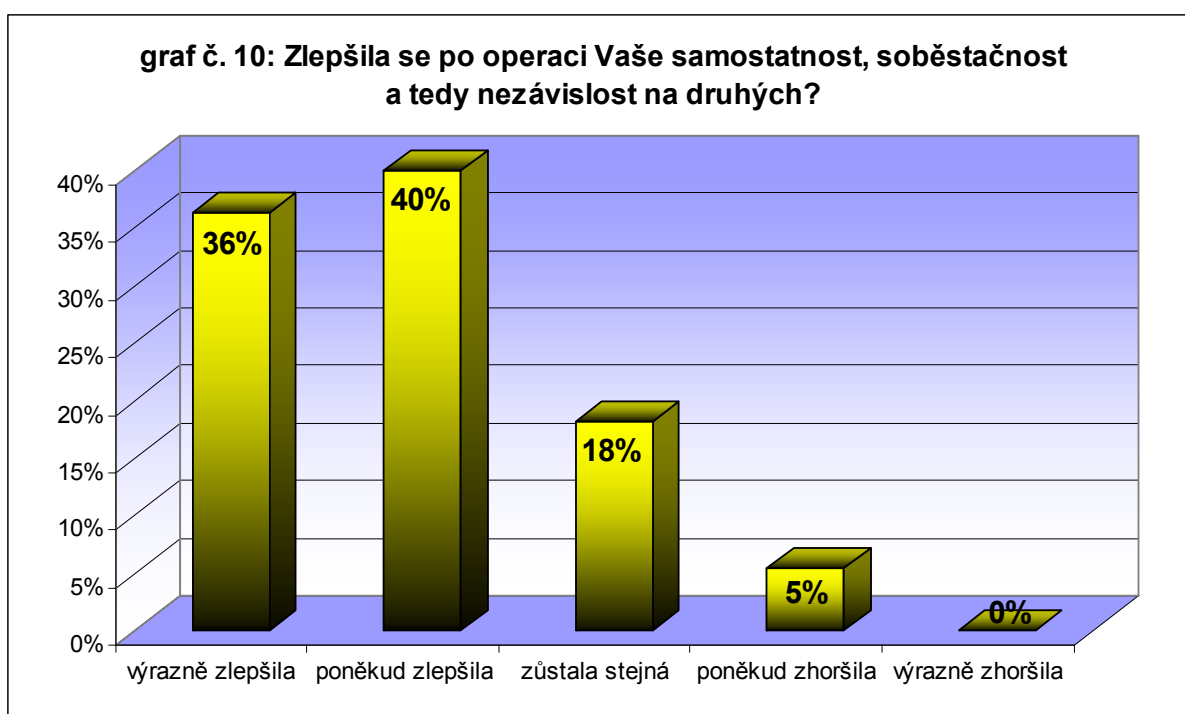
- a) mnohem více
- b) poněkud více
- c) stejně
- d) poněkud méně
- e) mnohem méně



Poněkud více práce po operaci zvládne 40% dotázaných. Mnohem více práce zvládne 38% dotázaných. Stejně práce zvládne 18% a 4% udávají, že práce zvládnou poněkud méně než před operací.

Otázka č. 10: *Zlepšila se po operaci Vaše samostatnost, soběstačnost a tedy nezávislost na druhých?*

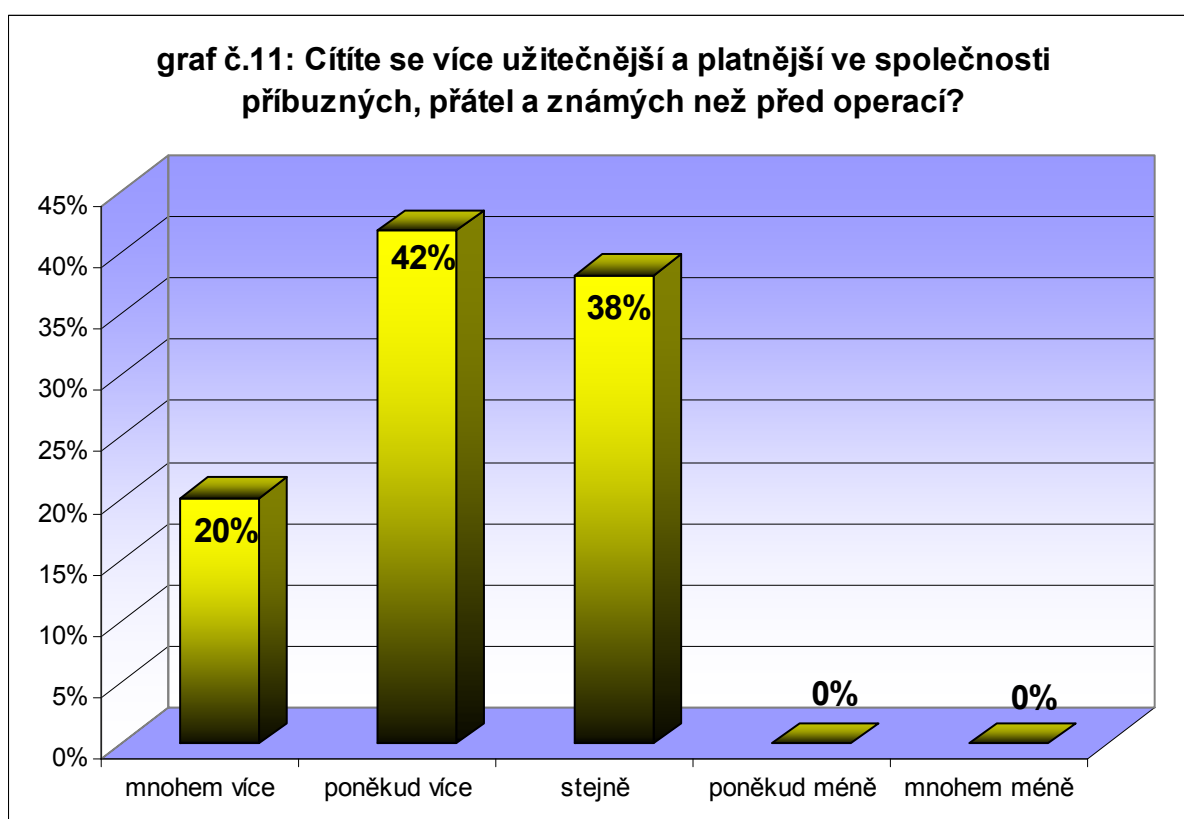
- a) výrazně zlepšila
- b) poněkud zlepšila
- c) zůstala stejná
- d) poněkud zhoršila
- e) výrazně zhoršila



Samostatnost, soběstačnost se po operaci poněkud zlepšila u 40% dotazovaných. 36% udává výrazné zlepšení nezávislosti na druhých.. U 18% zůstává stav stejný jako před operací a u 5% dotazovaných se soběstačnost poněkud zhoršila.

Otázka č. 11: *Cítíte se více užitečnější a platnější ve společnosti příbuzných, přátel a známých než před operací?*

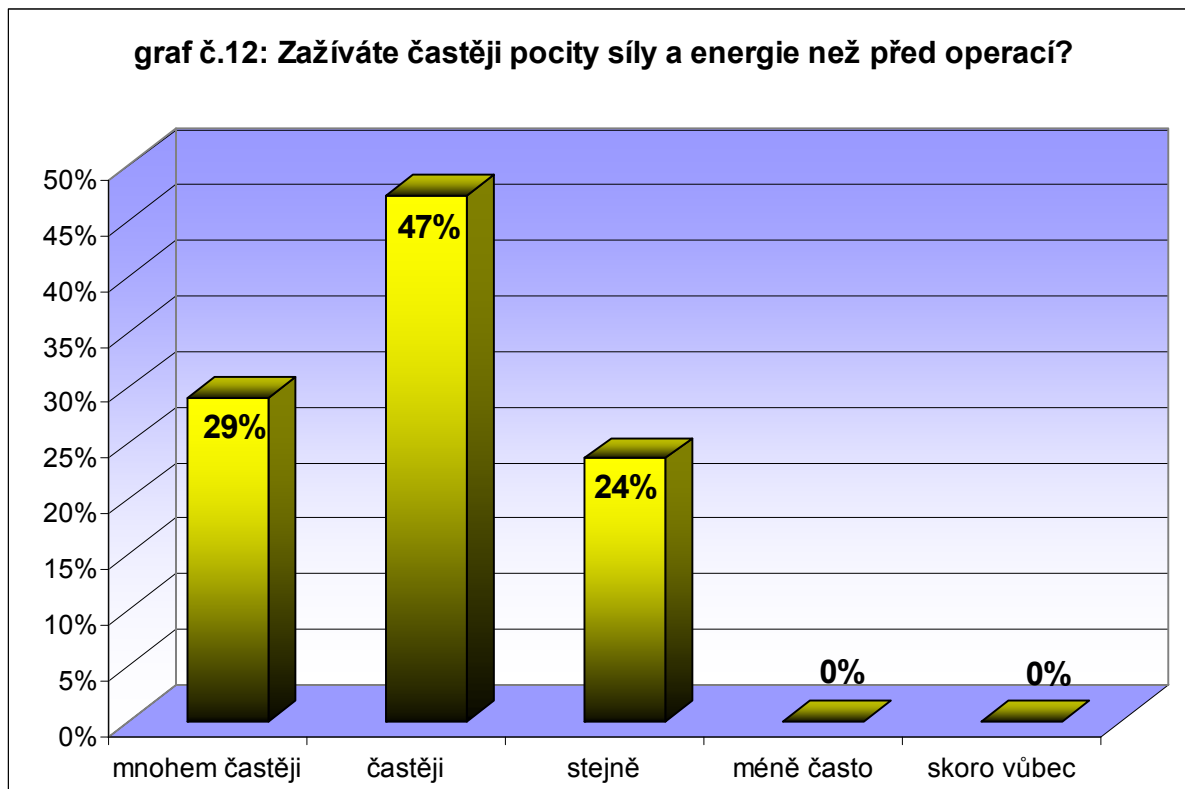
- a) mnohem více
- b) poněkud více
- c) stejně
- d) poněkud méně
- e) mnohem méně



Více užitečnější a platnější ve společnosti se poněkud více cítí 42% dotazovaných. 38% dotazovaných se cítí stejně jako před operací a 20% dotazovaných se cítí mnohem více užitečnější a platnější než před operací.

Otázka č. 12: *Zažíváte častěji pocity síly a energie než před operací?*

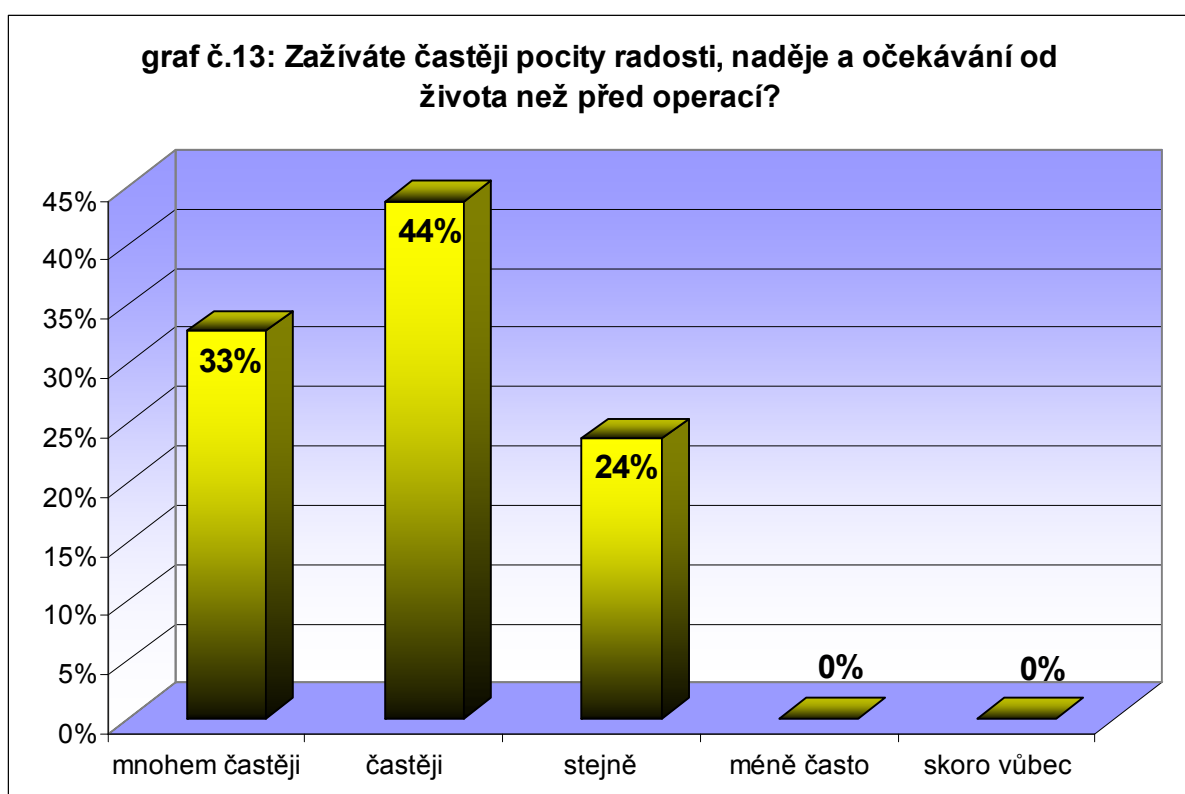
- a) mnohem častěji
- b) častěji
- c) stejně
- d) méně často
- e) skoro vůbec



Častější pocit síly a energie než před operací zažívá častěji 47% dotazovaných. Mnohem častěji zažívá pocity síly a energie 29% dotazovaných a zbylých 24% dotazovaných je beze změny.

Otázka č. 13: *Zažíváte častěji pocity radosti, naděje a očekávání od života než před operací?*

- a) mnohem častěji
- b) častěji
- c) stejně
- d) méně často
- e) skoro vůbec

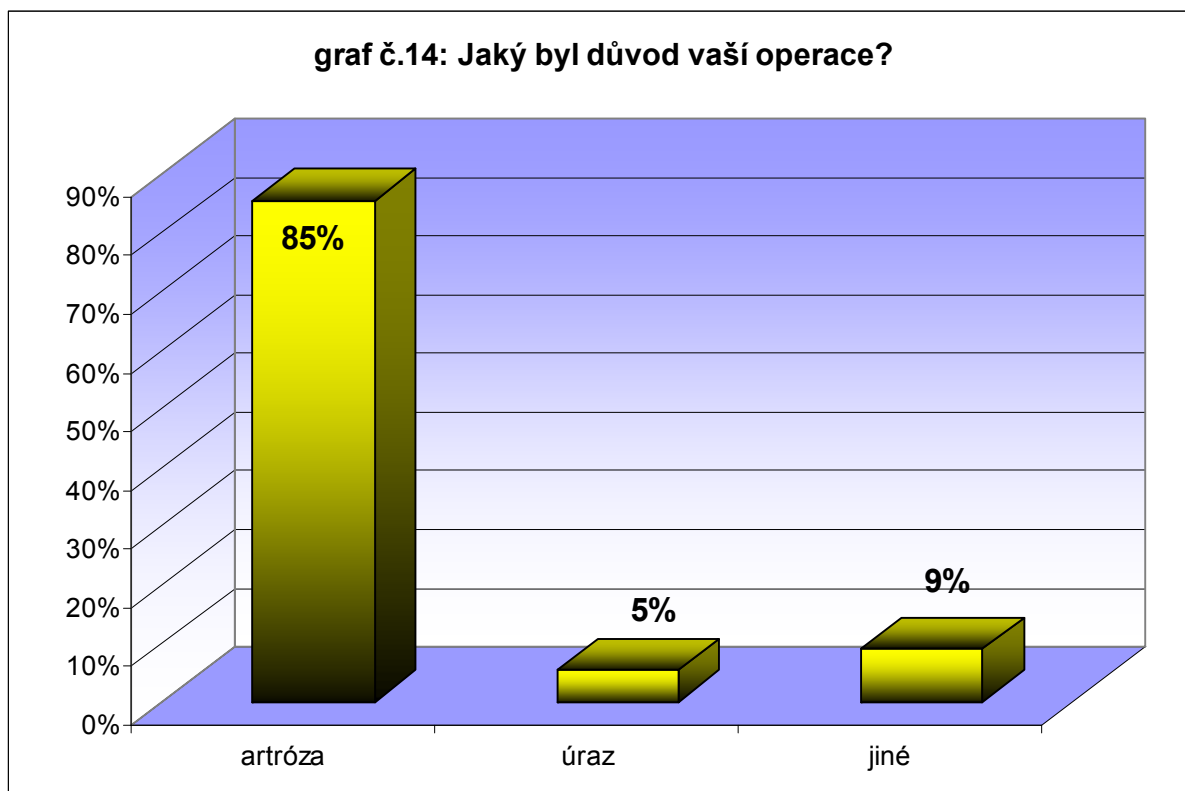


Častěji zažívá pocity radosti, naděje a očekávání od života 44% dotazovaných. Mnohem častěji než před operací zažívá tyto pocity 33% dotazovaných. U 24% zůstávají pocity radosti a naděje na stejné úrovni jako před operací.

(doplňující otázky)

Otázka č. 14: **Jaký byl důvod vaší operace?**

- a) artróza
- b) úraz
- c) jiné (vypište)

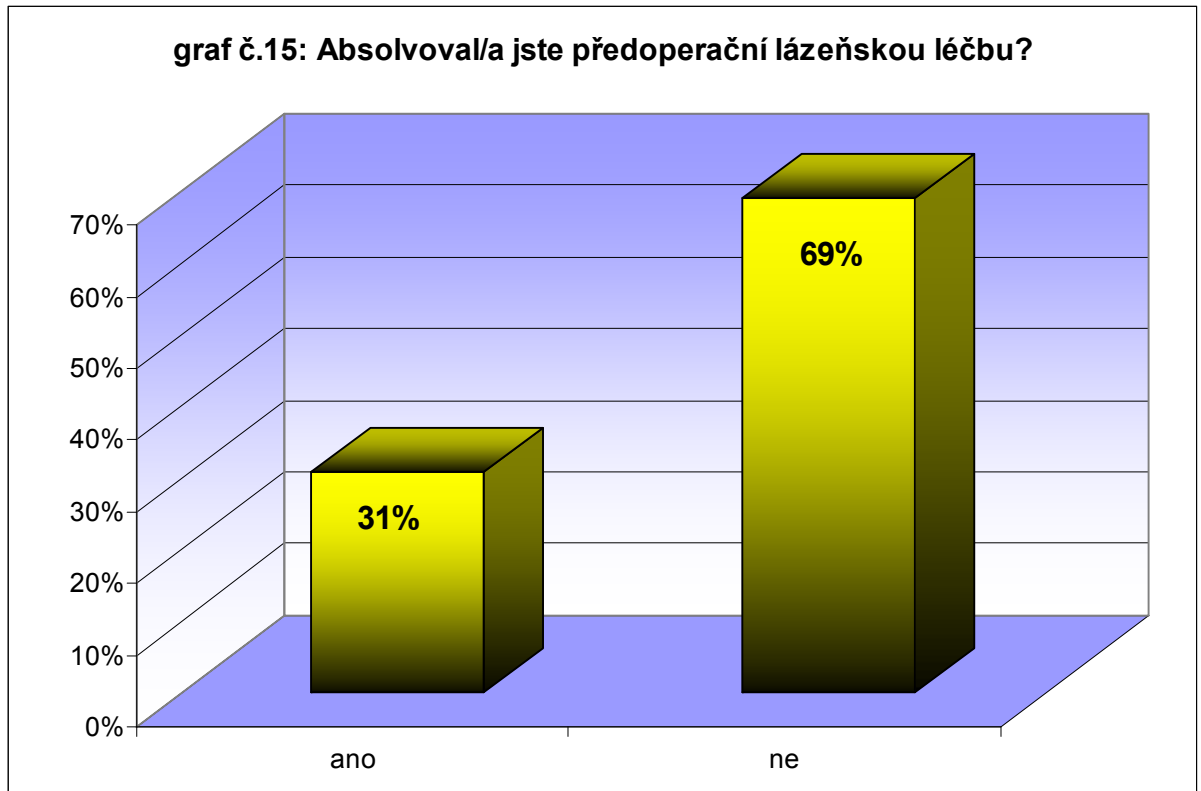


Nejčastější příčinou indikace k operaci TEP byla z 85% artróza v kyčelním kloubu. 9% bylo indikováno z jiných důvodů a zbývajících 5% bylo indikováno pro úraz kyčelního kloubu.

Otázka č. 15: **Absolvoval/a jste předoperační lázeňskou léčbu?**

a) ano

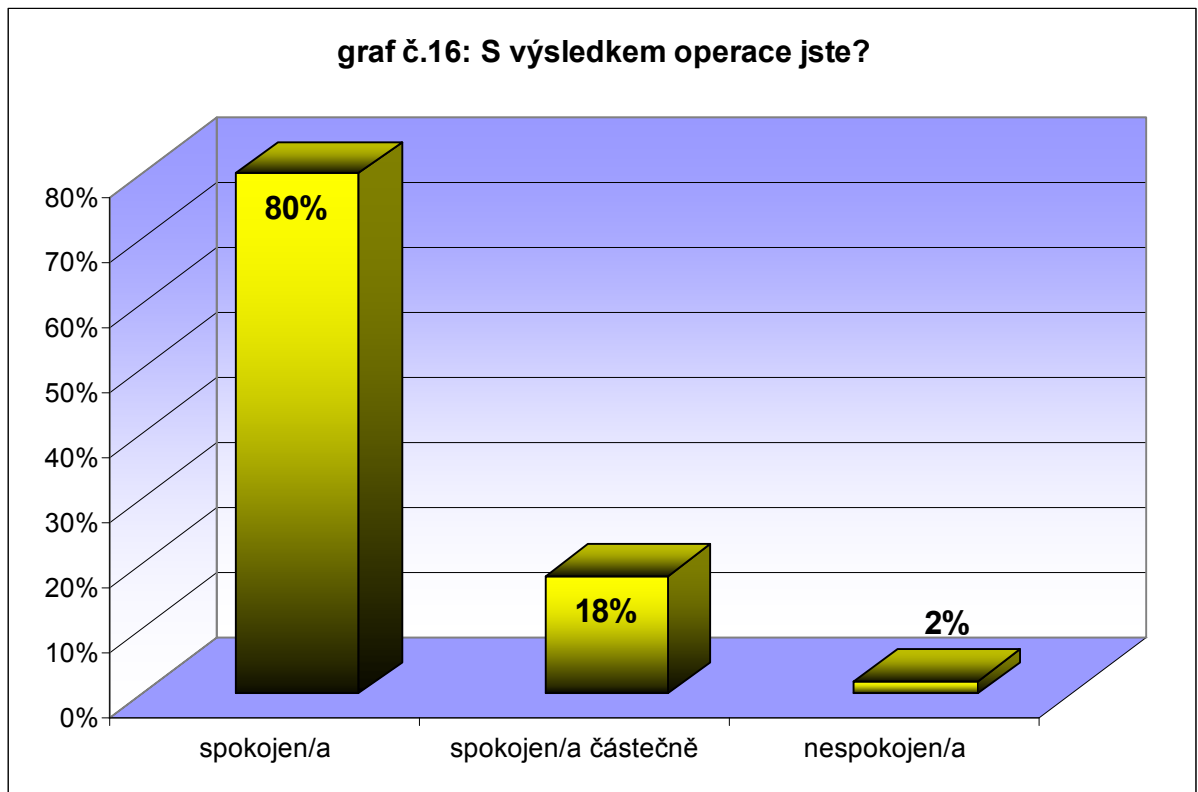
b) ne



Předoperační lázeňskou léčbu absolvovalo 69% dotazovaných a zbylých 31% této možnosti nevyužilo.

Otázka č. 16: *S výsledkem operace jste?*

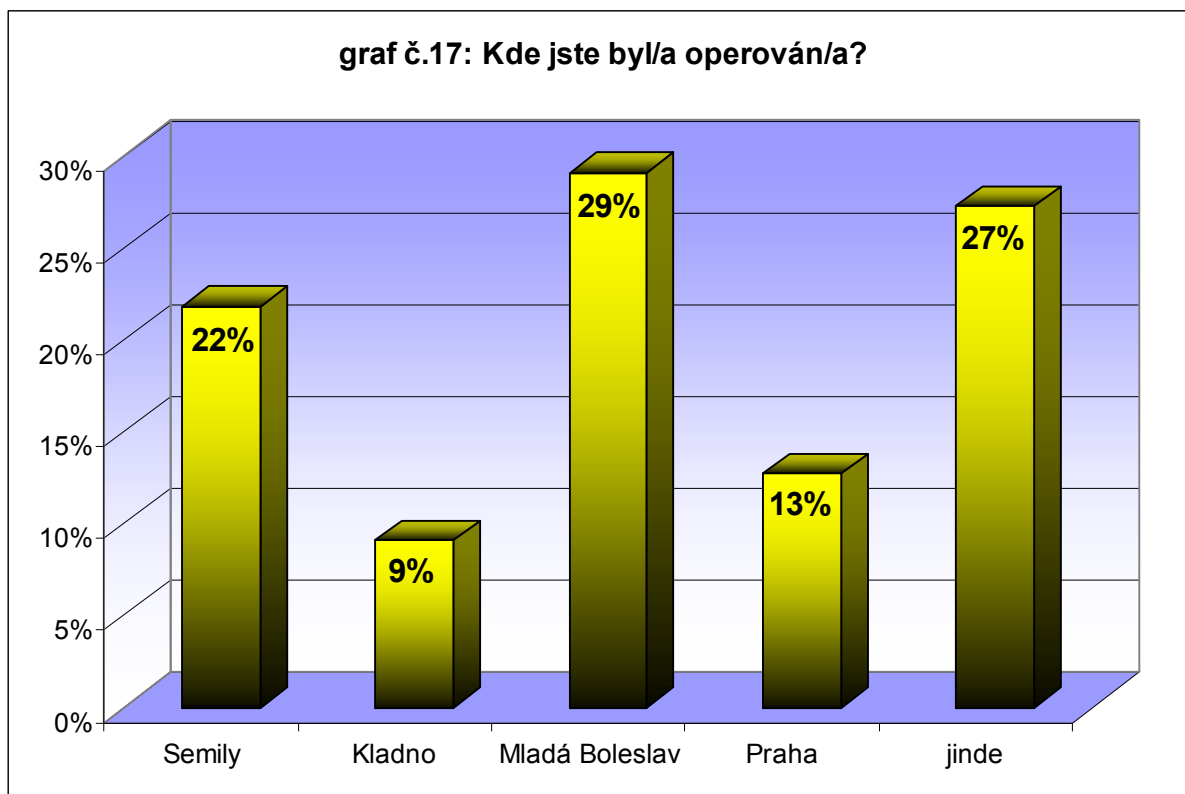
- a) spokojen/a
- b) spokojen/a částečně
- c) nespokojen/a



S výsledkem operace je spokojeno 80% dotazovaných. Částečně spokojeno je 18% a zbylá 2% jsou s výsledkem operace nespokojena.

Otázka č. 17: *Byl/a jste operována*

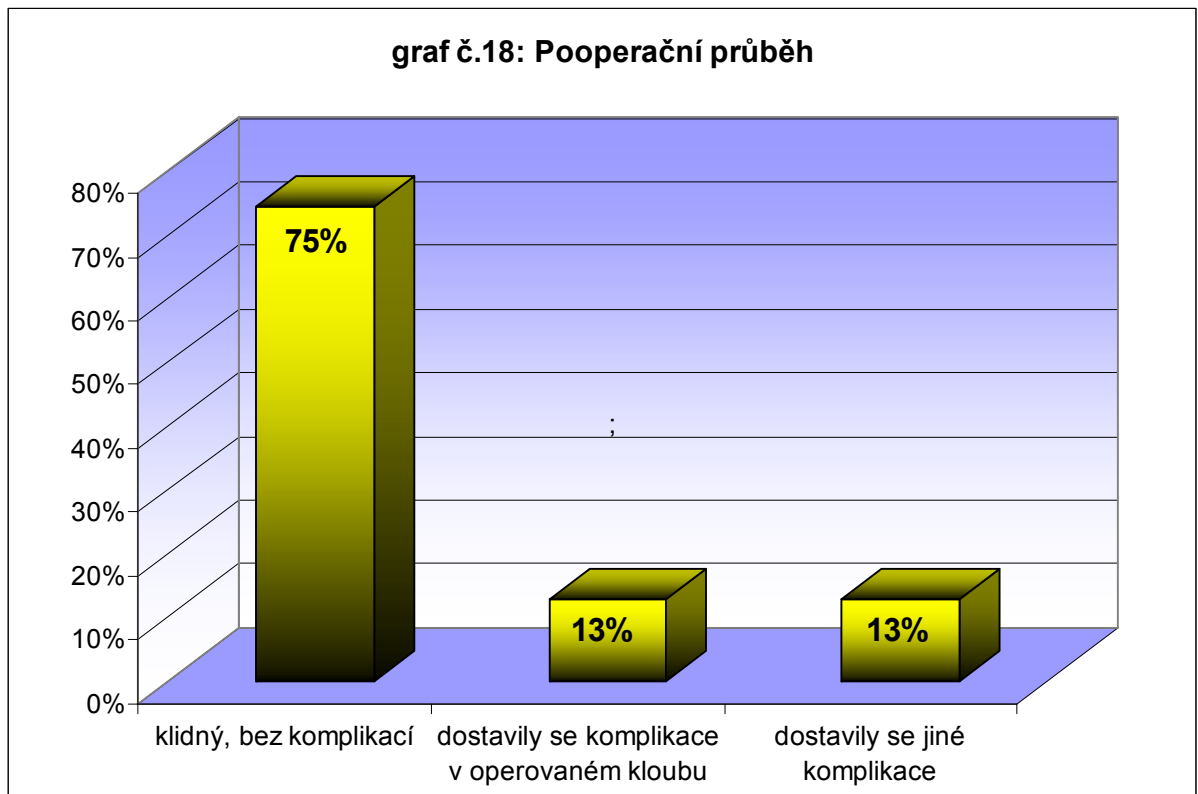
- a) Semily
- b) Kladno
- c) Mladá Boleslav
- d) Praha
- e) jinde – kde



Nejvíce dotazovaných, 29%, bylo operováno v Mladé Boleslavi. 27% bylo operováno jinde než bylo na výběr z možných odpovědí. 22% bylo operováno v Semilech, 13% v Praze a 9% v Kladně.

Otázka č. 18: **Pooperační průběh**

- a) klidný, bez komplikací
- b) dostavily se komplikace v operovaném kloubu
- c) dostavily se jiné komplikace (zánět žil, plicní embolie,...)



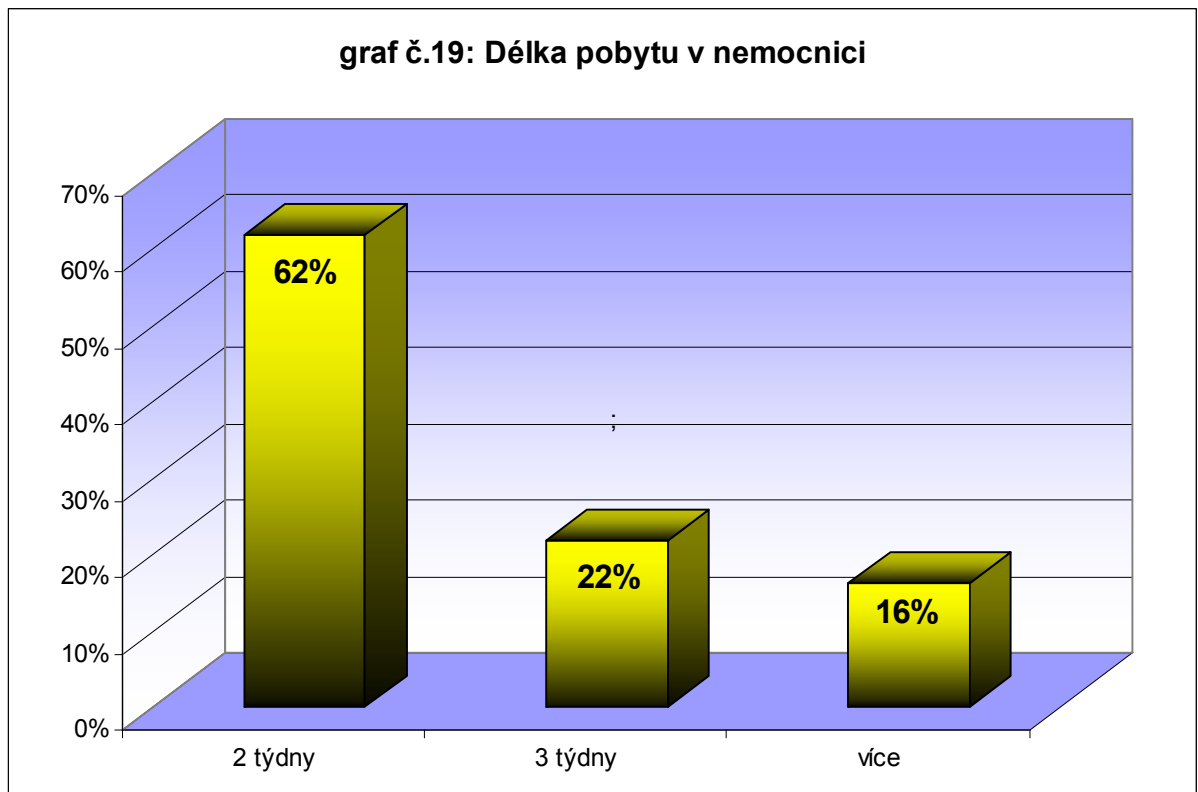
Celkem 75% dotazovaných mělo pooperační průběh bez komplikací. U 13% se dostavily komplikace v operovaném kloubu a u 13% se dostavily jiné pooperační komplikace.

Otázka č. 19: *Délka pobytu v nemocnici*

a) 2 týdny

b) 3 týdny

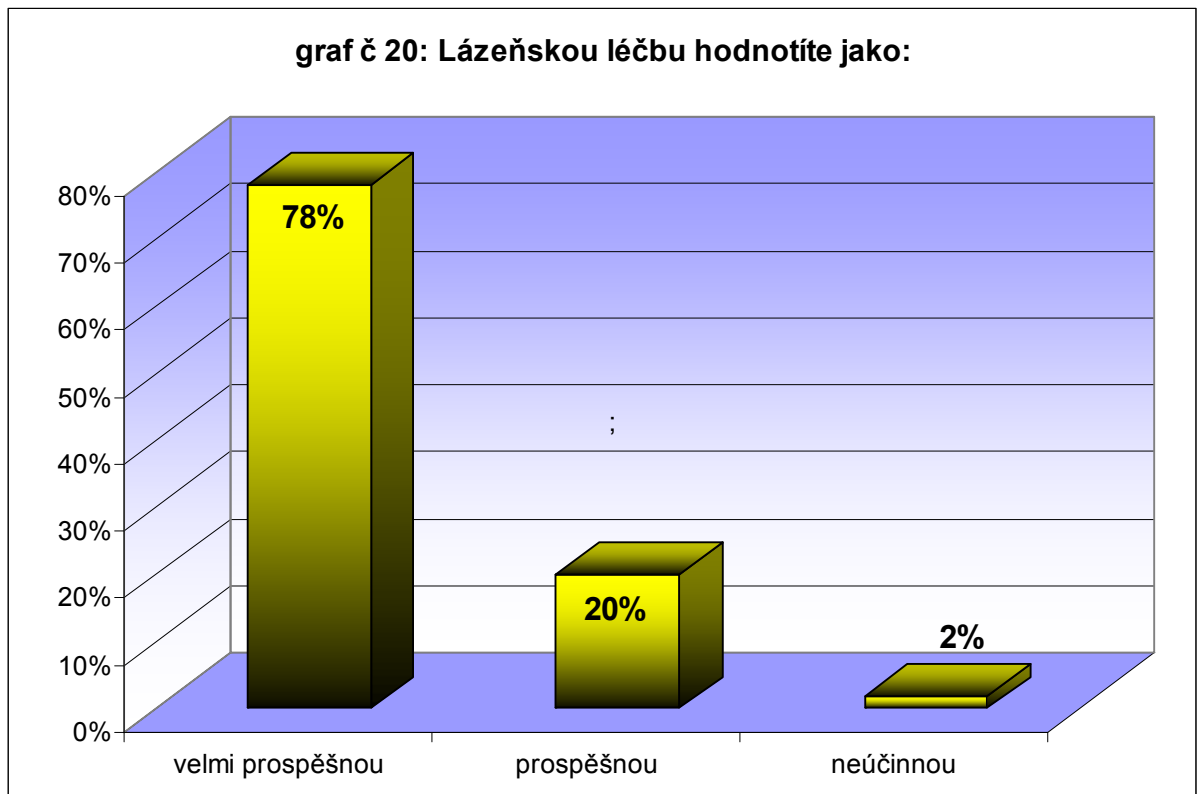
c) více, kolik týdnů?



Délka pobytu dotazovaných v nemocnici po operaci TEP činila v 62% dva týdny. Tři týdny po operaci setrvalo v nemocnici 22% dotazovaných a více jak tři týdny zůstalo v nemocnici 16% dotazovaných.

Otázka č. 20: *Lázeňskou léčbu hodnotíte jako:*

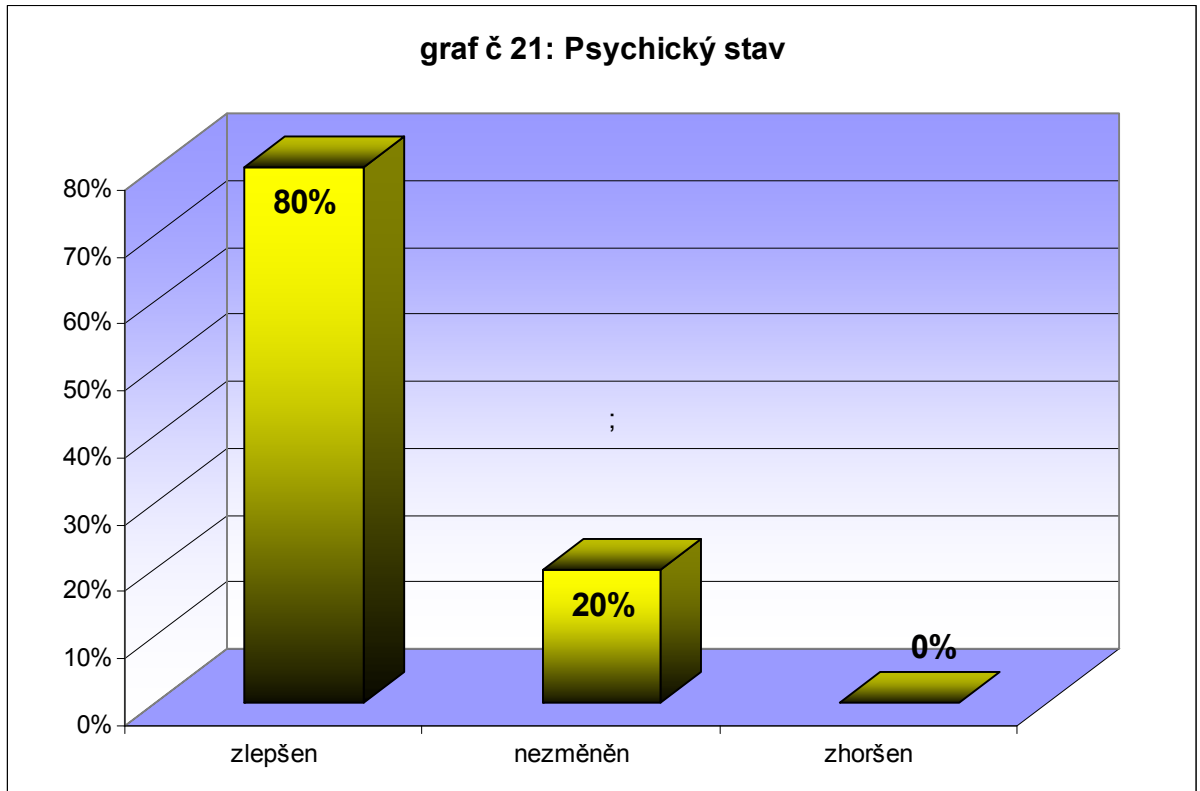
- a) velmi prospěšnou
- b) prospěšnou
- c) neúčinnou



Jako velmi prospěšnou lázeňskou léčbu hodnotí 78% dotazovaných. Prospěšnou ji hodnotí 20% a zbylá 2% jako neúčinnou.

Otázka č. 21: *Psychický stav:*

- a) zlepšen
- b) nezměněn
- c) zhoršen



U 80% dotazovaných se po operaci a lázeňské léčbě zlepšil psychický stav. Zbýlých 20% neudává změnu psychického stavu.

Otázka č. 22: Pokud je ještě něco, co mi chcete sdělit uveďte to prosím zde :

Zde se měli možnost respondenti volně vyjádřit k dané problematice a jejich zdravotnímu stavu.

Odpověď č. 1: Za poslední 2,5 měsíce došlo 16x k luxaci operovaného kyčelního kloubu.

Odpověď č. 2: Přeji Vám hodně úspěchů.

Odpověď č. 3: Mám náhrady i v kolenou, v pravém kolenu je uvolněná a mám bolesti zad.

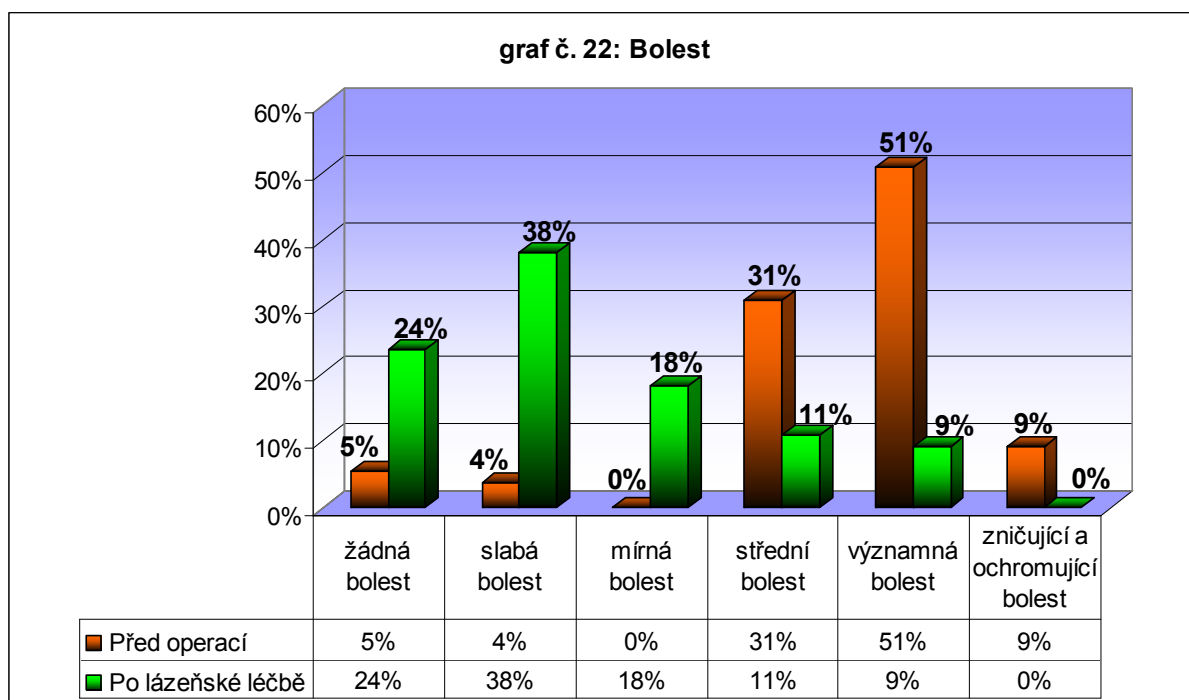
Odpověď č. 4: Operace miniinvazivní metodou.

Odpověď č. 5: Jsem velice spokojena s léčbou v těchto lázních.

Dotazník před operací TEP a po lázeňské léčbě

Otázka č. I: **Bolest**

- a) Žádná bolest
- b) Slabá bolest, příležitostná, neomezující aktivitu
- c) Mírná bolest, bez ovlivnění průměrných aktivit, zřídka mírná bolest. Při neobvyklé aktivitě, příležitostné užití aspirinu
- d) Střední bolest, tolerovaná, ale vyžadující úlevu. Částečná limitace obvyklých aktivit a práce, vyžadující příležitostní užití analgetik silnějších než aspirin.
- e) Významná bolest, závažná limitace aktivit
- f) Zničující a ochromující bolest, bolest na lůžku, upoutání na lůžko

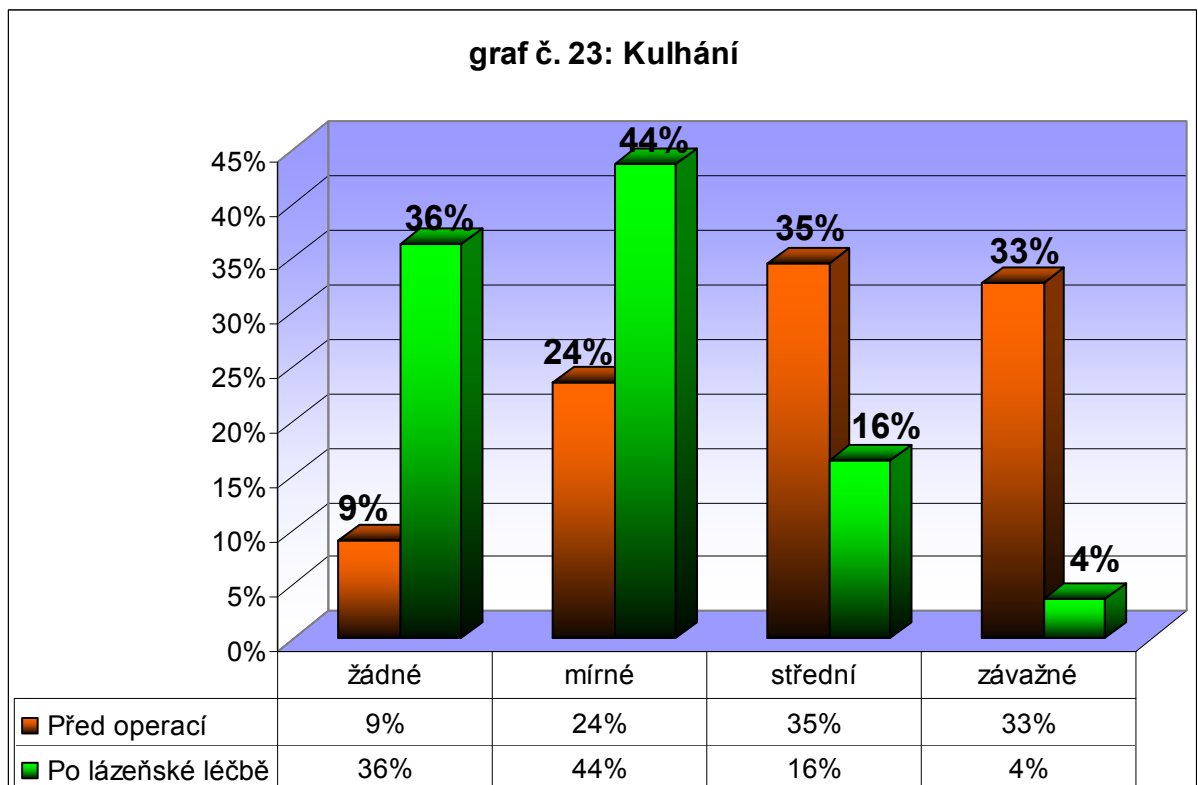


Před operací TEP pociťovalo 51% dotazovaných významnou bolest v kyčelním kloubu, která závažně limitovala jejich aktivity. 31% pociťovalo střední bolest, která vyžadovala užívání silnějších analgetik. U 9% byla zaznamenána zničující a ochromující bolest, která vyžadovala upoutání na lůžku. 5% dotazovaných nepociťovalo žádnou bolest a 4% pociťovala slabou bolest, která je neomezovala v běžných aktivitách.

Po lázeňské léčbě 38% dotazovaných pociťovalo slabou bolest. Žádnou bolest nepociťovalo 24%. 18% dotazovaných zaznamenalo mírnou bolest. U 11% byla střední bolest a u zbylých 9% byla bolest významná.

Otázka č. II: *Kulhání*

- a) žádné
- b) mírné
- c) střední
- d) závažné

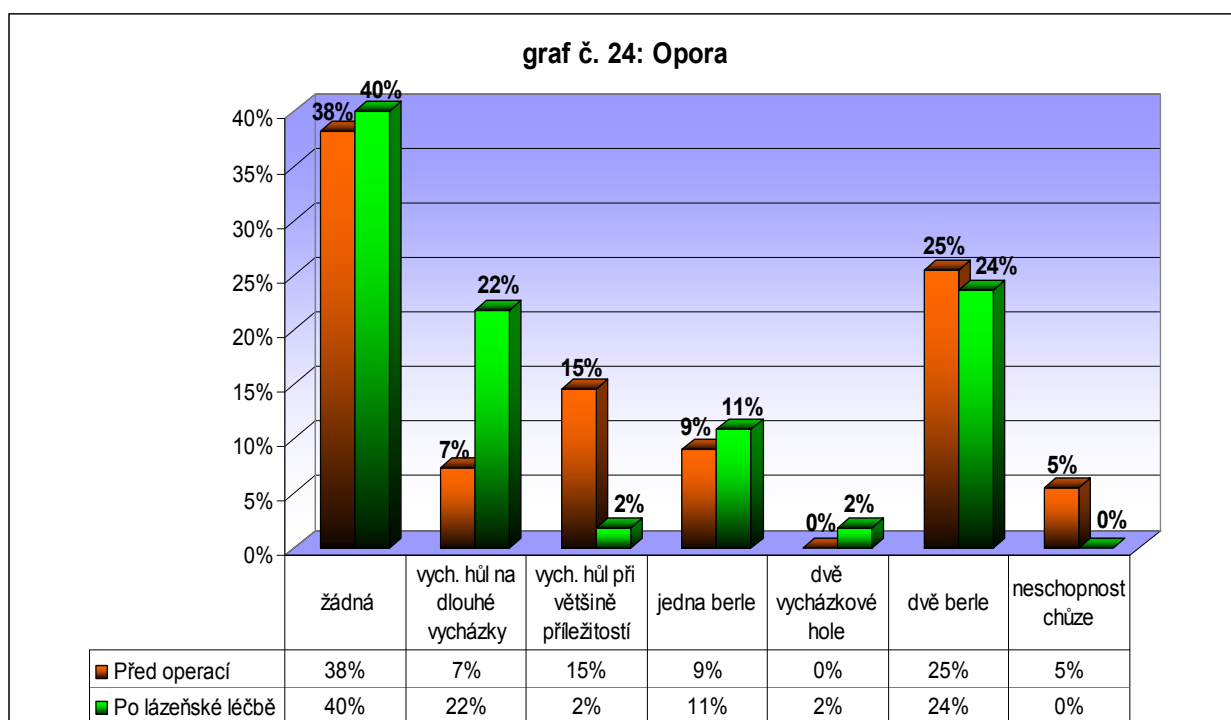


Před operací udávalo 35% dotazovaných střední potíže s chůzí. Závažné potíže mělo 33% dotazovaných. 24% udávalo mírné potíže s chůzí a u 9% nebylo kulhání žádné.

Po lázeňské léčbě bylo přítomné mírné kulhání u 44% dotazovaných. U 36 % nebylo kulhání žádné. Střední kulhání zaznamenalo 16% dotazovaných a u zbylých 4% bylo kulhání závažné.

Otázka č. III: *Opora*

- a) žádná
- b) vycházková hůl na dlouhé vycházky
- c) vycházková hůl při většině příležitostí
- d) jedna berle
- e) dvě vycházkové hole
- f) dvě berle
- g) neschopnost chůze

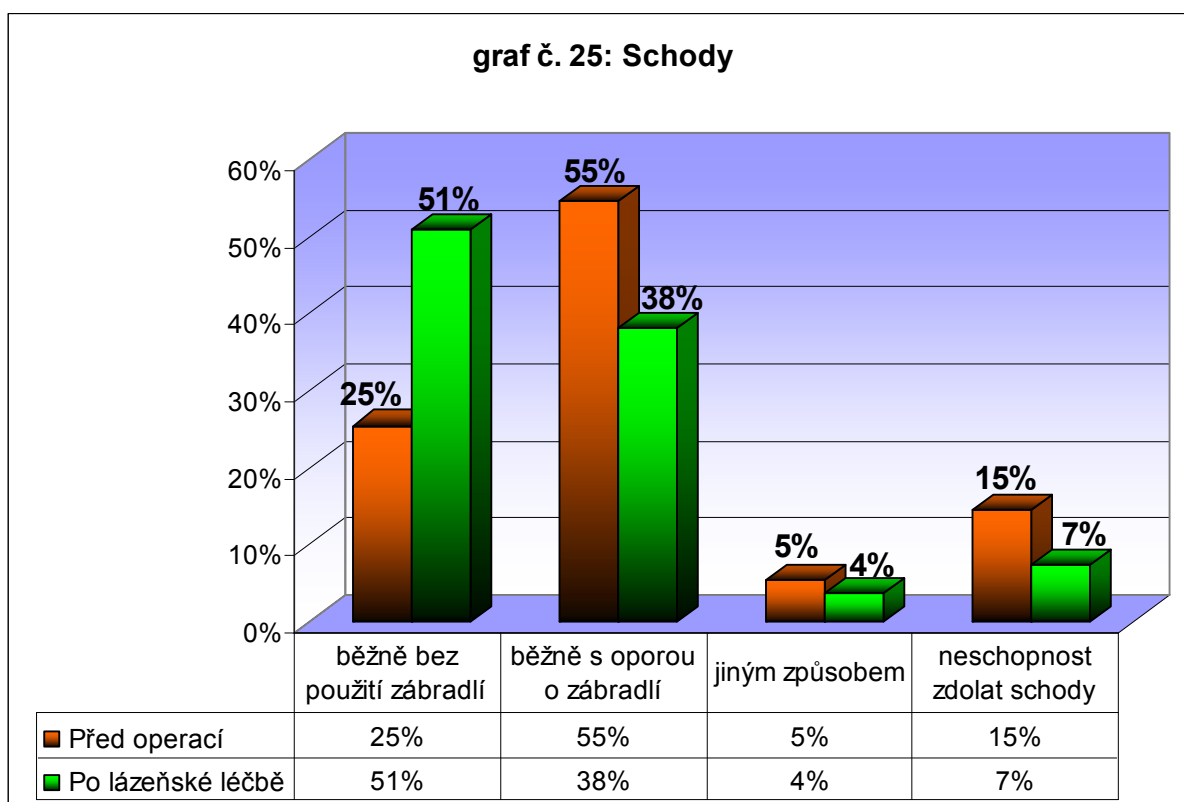


Před operací nepotřebovalo žádnou oporu 38% dotazovaných. Dvě berle používalo 25%. Vycházkovou hůl při většině příležitostí používalo 15% dotazovaných. Jednu berli používalo 9%. Vycházkovou hůl na dlouhé vycházky mělo 7% dotazovaných a 5% nebylo schopných chůze vůbec.

Po lázeňské léčbě nepotřebovalo žádnou oporu 40% dotazovaných. Dvě berle používalo 24% dotazovaných. Vycházkovou hůl na dlouhé vycházky používalo 22% dotazovaných. 11% používalo jednu berli. 2% dvě vycházkové hole a 2% používala vycházkovou hůl při většině příležitostí.

Otázka č. IV: **Schody**

- a) běžně bez použití zábradlí
- b) běžně s oporou o zábradlí
- c) jiným způsobem
- d) neschopnost zdolat schody

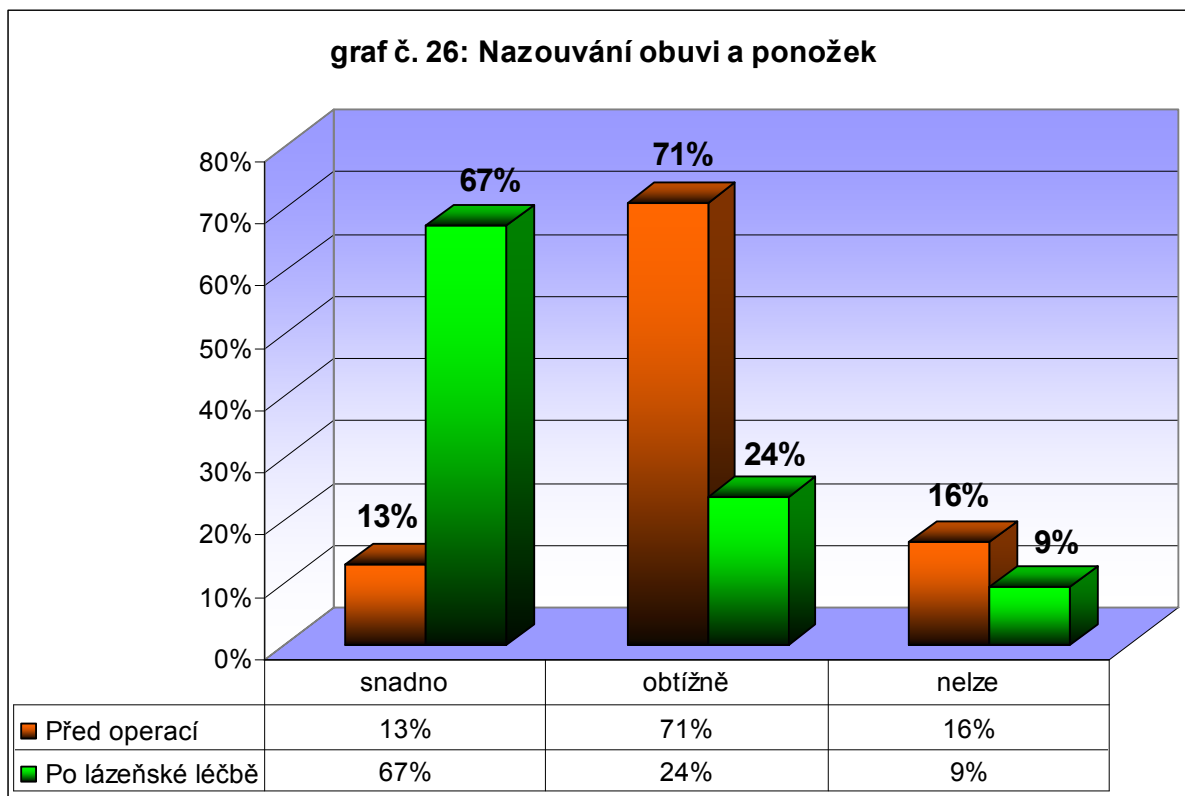


Před operací chodilo běžně po schodech s oporou o zábradlí 55% dotazovaných. Bez používání zábradlí chodilo po schodech 25%. 15% nebylo schopno zdolat schody a 5% muselo využít jiný způsob zdolání schodů.

Po lázeňské léčbě chodilo po schodech běžně bez použití zábradlí 51% dotazovaných. Běžně s oporou o zábradlí chodilo 38%. Neschopnost schody zdolat mělo 7% a 4% musela využít jiný způsob zdolání schodů.

Otázka č. V: *Nazouvání obuvi a ponožek*

- a) snadno
- b) obtížně
- c) nelze

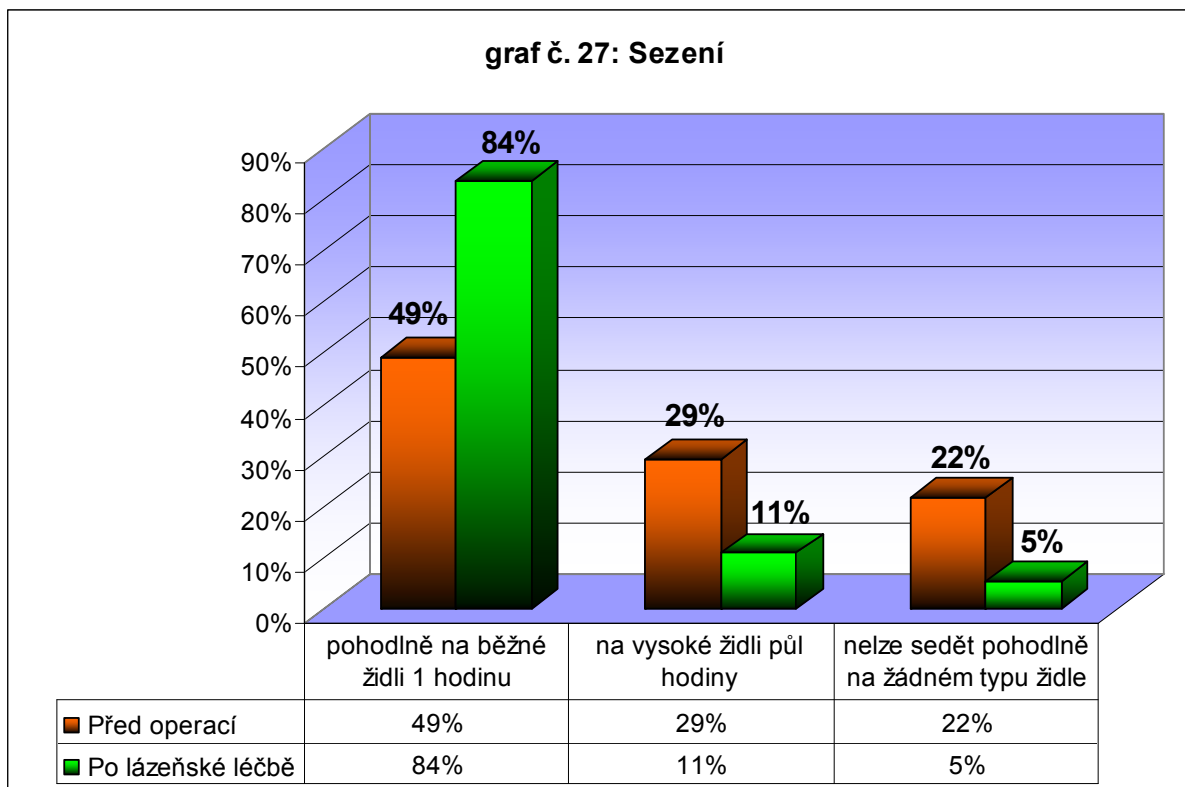


Před operací si 71% dotazovaných nazouvalo obuv a ponožky obtížně. 16% si je nenazulo vůbec a 13% naopak snadno.

Po lázeňské léčbě si obuv a ponožky nazouvalo 67% dotazovaných snadno. Obtížně 24% a 9% dotazovaných si je nenazulo vůbec.

Otázka č. VI: **Sezení**

- a) pohodlně na běžné židli 1 hodinu
- b) na vysoké židli půl hodiny
- c) nelze sedět pohodlně na žádném typu židle



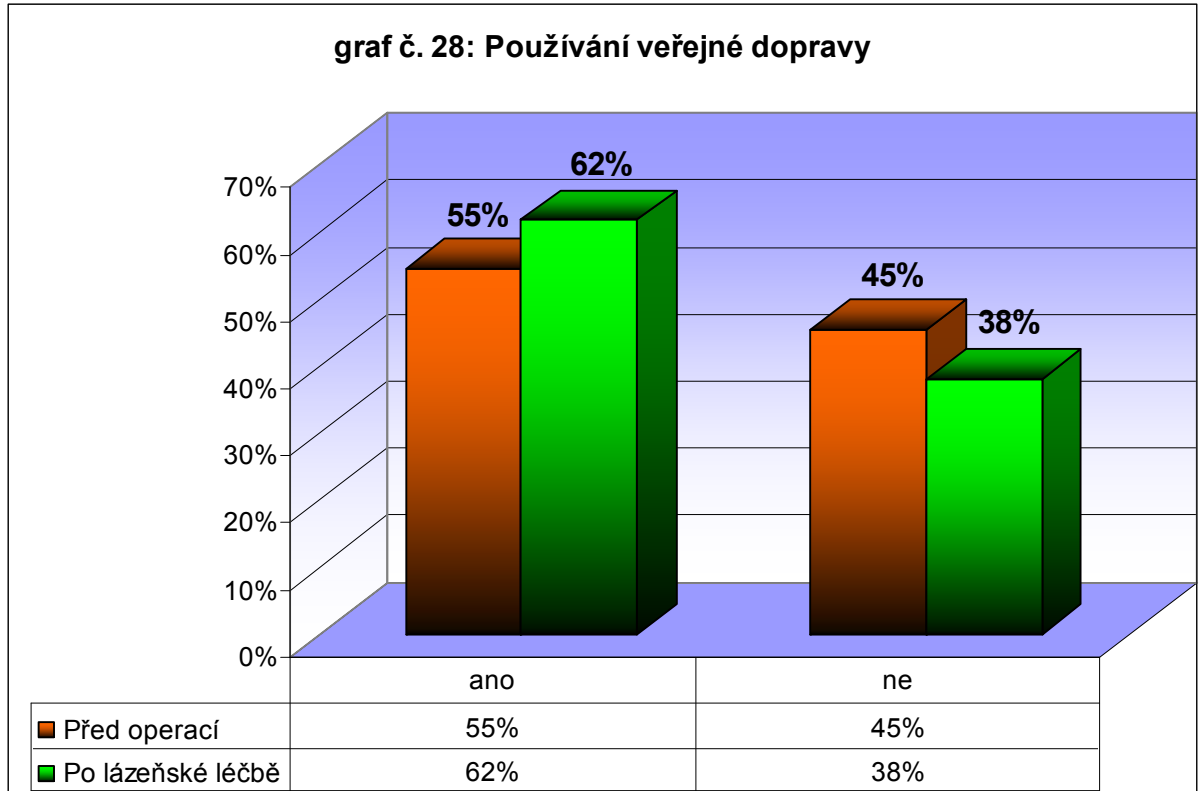
Před operací vydrželo sedět pohodlně na běžné židli jednu hodinu 49% dotazovaných. Na vysoké židli půl hodiny 29% a neschopnost sedět pohodlně na žádném typu židle 22% dotazovaných.

Po lázeňské léčbě vydrželo sedět pohodlně na běžné židli jednu hodinu 84% dotazovaných. 11% vydrželo sedět na vysoké židli půl hodiny a 5% dotazovaných nemohlo sedět pohodlně na žádném typu židle.

Otázka č. VII: *Používání veřejné dopravy*

a) ano

b) ne



Před operací užívalo veřejnou dopravu 55% dotazovaných a zbylých 45% ji neužívalo. Po lázeňské léčbě užívalo veřejnou dopravu 62% dotazovaných a zbylých 38% ji neužívalo.

4.6 Diskuse

Celkový počet dotazovaných činil 55 respondentů, kteří vyplňovali anonymní dotazník v Anenských slatinných lázních v Lázních Bělohrad, kde probíhalo mé dotazníkové šetření kvality života u lidí po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Z celkového počtu (100%) bylo 67% žen a 33% mužů. Z toho plyne, že častěji pro náhradu TEP jsou indikovány ženy.

Nejčastěji jsou pro náhradu kyčelního kloubu indikováni pacienti ve věkovém rozmezí 50 – 59 let věku. Tato skupina tvořila celkem 44% z celkového počtu dotazovaných. Druhou skupinou pro náhradu kyčelního kloubu jsou pacienti ve věku 60 – 69 let, kteří činili 33% z celkového počtu dotazovaných. Méně často jsou indikováni pacienti ve věku 70 a více let. Tato třetí skupina činila 24% z celkového počtu dotazovaných.

Doba mezi operačním výkonem a nástupem do lázeňského zařízení k další rehabilitační léčbě byla u 45% dotazovaných delší než čtyři měsíce. Nejčastěji uváděli respondenti dobu 5 – 7 měsíců. Na druhém místě je 22% dotazovaných, kteří jsou od operace čtyři měsíce. 13% dotazovaných je po operaci TEP šest neděl. Tři měsíce po operaci je 11% dotazovaných a zbylých 9% je po operaci dva měsíce. Osobně si myslím, že ideální doba pro nástup do lázeňského zařízení po operaci TEP kyčelního kloubu by měla být co nejdříve od operace. Bohužel to pokaždé nejde jak z kapacitních důvodů lázeňského zařízení, tak z důvodu pacientova pooperačního či zdravotního stavu. V některých nemocnicích jsou pacienti po TEP po určité době překládáni na rehabilitační oddělení, kde dochází k rehabilitaci a k nácviku běžných denních činností a následně mohou být odesíláni do některého lázeňského zařízení, kterých je v České republice hned několik. (viz. příloha 4)

V otázce č. 4 respondenti hodnotili svůj zdravotní stav dnes ve srovnání se stavem před operací. Jako mnohem lepší hodnotilo svůj zdravotní stav 69% z celkového počtu dotazovaných. 29% svůj zdravotní stav vidí poněkud lepší než před operací a pouhá 2% ho vidí poněkud horší. Po operaci TEP došlo k velkému zlepšení u 98% dotazovaných.

V otázce č. 5 hodnotili respondenti kvalitu spánku po operaci. V 51% došlo k výraznému zlepšení kvality spánku než před operací. Kvalita spánku se poněkud zlepšila u 29% dotazovaných a u 20% dotazovaných zůstala kvalita spánku stejná jako v období před operací. 80% dotazovaných uvádí zlepšení spánku.

V otázce č. 6 se respondenti vyjadřovali k chuti věnovat se svým koníčkům, zálibám a kulturním programům. Tato chuť „do života“ se výrazně zlepšila u 47% dotazovaných. Poněkud se zlepšila u 29% dotazovaných. Stejná zůstala chuť věnovat se těmto zálibám u 22% dotazovaných a ve 2% se dokonce poněkud zhoršila. Po operaci TEP mají lidé více chuti „do života“ a to jim dovoluje věnovat se svým koníčkům a kulturním programům mnohem častěji než před operací TEP. Chuť „do života“ se zlepšila celkem u 76% dotazovaných.

Otázka č. 7. Celková spokojenost se životem se výrazně zvýšila u 53 % dotazovaných. Ve 36% se poněkud zvýšila a stejná celková spokojenost se životem zůstala u 9% dotazovaných. V případě 2% se celková spokojenost se životem poněkud zhoršila. Celková spokojenost se životem se zvýšila celkem u 89% dotazovaných.

Otázka č. 8 se týkala kvality vztahů s příbuznými, známými či sousedy. S výsledkem této otázky jsem velice spokojena, protože kvalita vztahů zůstala v 76% na stejné úrovni jako před operací a onemocnění kyčelního kloubu nepřineslo v minulosti u pacientů před operací TEP výrazné změny v kvalitě jejich vztahů s rodinou či známými. K výraznému zlepšení kvality vztahů došlo u 16% dotazovaných a u 7% se tyto vztahy poněkud zlepšily. Onemocnění kyčelního kloubu či jiné onemocnění by nemělo zhoršovat kvalitu rodinných ani přátelských vztahů, ale mělo by naopak docházet k posilování a utužování vztahů u všech nemocných osob.

V otázce č. 9 se respondenti vyjadřovali k otázce práce. Zda si myslí, že teď zvládnou více práce než před operací. 40% dotazovaných si myslí, že zvládnou poněkud více práce než před o operací a 38% si myslí, že zvládnou dokonce mnohem více práce než před operací. U 18% zůstalo pracovní nasazení na stejné úrovni jako před operací a 4% si myslí, že zvládnou práce poněkud méně. Ke zlepšení došlo celkem u 78% dotazovaných.

Otázka č. 10 byla zaměřena na nezávislost na druhých, samostatnost a soběstačnost. Nezávislost na druhých a tedy soběstačnost se poněkud zlepšila u 40% dotazovaných a v případě 36% se dokonce výrazně zlepšila. Soběstačnost zůstala na stejné úrovni jako před operací u 18% dotazovaných a u 5% se soběstačnost poněkud zhoršila. Operace TEP má ve velkém % pozitivní vliv na následnou soběstačnost, samostatnost a nezávislost na druhých. Ke zlepšení došlo u 76% dotazovaných.

V otázce č. 11 respondenti hodnotili zda se cítí užitečnější a platnější ve společnosti příbuzných a přátel více než před operací. 42% dotazovaných se cítí poněkud více užitečnější a platnější a mnohem více užitečnější a platnější se cítí 20% dotazovaných. Stejně se cítí 38% dotazovaných. V této oblasti došlo ke zlepšení u 62% dotazovaných.

Otázka č. 12 měla za úkol zjistit zda respondenti zažívají častěji pocity síly a energie než v období před operací. Častěji zažívá tyto pocity 47% dotazovaných a 29% dotazovaných zažívá pocity síly a energie dokonce mnohem častěji než před operací TEP. Na stejné úrovni má tyto pocity zbylých 24% dotazovaných. Kvalita života se zde zlepšila u 76% dotazovaných.

V poslední otázce č. 13 jsem se respondentů ptala zda zažívají častěji pocity radosti, naděje a očekávání od života než v období před operací. 44% dotazovaných odpovědělo, že tyto pocity zažívají častěji a 33% dokonce mnohem častěji než před operací. Na stejné úrovni zůstaly pocity u zbylých 24% dotazovaných. Zde došlo ke zlepšení u 77% z celkového počtu dotazovaných.

Kvalita života u lidí po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu se zlepšila ve všech oblastech jejich každodenního života, které se týkají celkového zdravotního stavu, spánku, kulturních programů, zájmů, celkové spokojenosti se životem, práce, samostatnosti, užitečnosti a platnosti ve společnosti, jejich pocitů síly, energie, radosti, naděje, očekávání a úroveň vztahů s rodinou a známými zůstala ve většině případů stejná či se zlepšila, ale v žádném případě se nezhoršila.

K největšímu zaznamenanému zlepšení došlo v oblasti celkového hodnocení zdravotního stavu dnes ve srovnání před operací, což je výborný výsledek (98% dotazovaných). Na druhém místě došlo k výraznému zlepšení při hodnocení celkové spokojenosti se životem (89% dotazovaných). Na třetím místě se nejvíce zlepšila kvalita spánku (80% dotazovaných). Čtvrté místo patří zvládání více práce (78% dotazovaných). Na pátém místě jsou častější pocity radosti, naděje a očekávání od života (77% dotazovaných). Na šestém místě se umístily celkem tři otázky (otázka č. 6, 10, 12). Týkají se chuti věnovat se koníčkům, zálibám, kulturním programům, samostatnosti, soběstačnosti a k častějším pocitům síly a energie (76% dotazovaných). Sedmé místo patří zlepšení užitečnosti a platnosti ve společnosti (62% dotazovaných). Na posledním tedy osmém místě je zlepšení kvality vztahů s příbuznými, známými či sousedy (24% dotazovaných). Z tohoto šetření vyplývá, že po operaci TEP se kvalita života výrazně zlepšila.

Nejčastějším důvodem k indikaci TEP kyčelního kloubu byla z 85% artróza. Na druhém místě byly jiné příčiny, které tvořily 9%. Mezi jiné příčiny respondenti uváděli aseptickou nekrózu, vrozené vady, nekrózu hlavice stehenní kosti po extrakci kovu a v jednom případě byl příčinou karcinom. Důvodem k indikaci TEP může být i úraz, který byl indikací u 5% dotazovaných.

Možnost absolvovat předoperační lázeňskou léčbu využilo 31% dotazovaných a zbylých 69% tuto možnost nevyužilo. Myslím si, že předoperační léčba má velký význam pro celý průběh operace a hlavně pro následnou pooperační rehabilitaci.

S výsledkem operace je spokojeno 80% dotazovaných a 18% je spokojeno částečně. Pouhá 2% jsou s výsledkem operace nespokojeni, což je velice dobrý výsledek, protože celkově je s operací spokojeno nebo spokojeno částečně 98% dotazovaných.

Nejvíce dotazovaných, celkem 29%, bylo operováno v Mladé Boleslavi. Druhou skupinu tvořili respondenti operováni někde jinde než bylo na výběr z možných odpovědí. Mezi jiná města respondenti uváděli města Liberec, Havlíčkův Brod, Pardubice, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa, Litoměřice, Hradec Králové a Vrchlabí. 22% dotazovaných bylo operováno v Semilech, 13% v Praze a 9% v Kladně. Tato otázka nemá žádný význam pro mé šetření a slouží zejména pro představu z jakých měst jezdí klienti do Lázní Běláhoř, kde probíhalo mé šetření.

Pooperační průběh u 75% dotazovaných byl klidný, bez komplikací. U 13% se dostavily komplikace v operovaném kloubu a u stejného % dotazovaných tedy u 13% se dostavily jiné komplikace jako např. zánět žil, plicní embolie, nízký krevní tlak, dekubity. Tyto komplikace mohly být příčinou delšího pobytu v nemocnici po operaci TEP.

Z celkového počtu dotazovaných setrvalo v nemocnici po operaci dva týdny 62% dotazovaných, 22% setrvalo v nemocnici tři týdny a více jak tři týdny setrvalo v nemocnici 16% dotazovaných. Delší pobyt v nemocnici mohly zapříčinit určité komplikace či následná rehabilitace na rehabilitačním oddělení dané nemocnice.

To, že lázeňská léčba je přínosná a užitečná po operaci TEP kyčelního kloubu hodnotí 98% z celkového počtu dotazovaných. Konkrétně jako velmi prospěšnou ji hodnotí 78% dotazovaných a jako prospěšnou 20%. Zbylá 2% hodnotí lázeňskou léčbu jako neúčinnou. Celkem jako prospěšnou lázeňskou léčbu ji hodnotí 98% dotazovaných. Z toho plyne, že lázeňská léčba je velice přínosná, má velký význam pro rekonvalescenci a určitě ovlivňuje navrácení klienta do plnohodnotného kvalitního života.

Psychický stav se zlepšil u 80% dotazovaných a ve 20% zůstal stejný. Klienti se po operaci a lázeňské léčbě cítí psychicky lépe než před operací.

V otázce č. 22 měli respondenti možnost se volně vyjádřit, jak k dané problematice, tak i ke všemu ostatnímu, co považovali za nutnost mi sdělit.. Někdo se rozepsal o svých zdravotních problémech jako jsou bolesti zad, další kloubní náhrady či luxace operovaného kyčelního kloubu. Jiný hodnotil spokojenost v Anenských slatinných lázních.

Někdo uvedl metodu operace jakou byl operován a někdo mi popřál hodně úspěchů k zakončení studia.

V první a třetí části dotazníku jsem porovnávala bolestivost a stav funkčnosti kyčelního kloubu v předoperačním období a v období po lázeňské léčbě.

Zničující a ochromující bolest mělo před operací TEP 9% respondentů, po lázeňské léčbě mělo tuto bolest 0% respondentů. Významnou bolest, která závažně limitovala aktivity dotazovaných, mělo před operací 51% dotazovaných, po lázeňské léčbě tuto bolest mělo 9% dotazovaných. Střední bolest, která byla tolerována, ale vyžadovala užití silnějších analgetik mělo před operací 31% dotazovaných, po lázeňské léčbě trpělo touto bolestí 11% dotazovaných. Mírnou bolest, která nijak neovlivňovala aktivity klientů a vyžadovala pouze příležitostné užití aspirinu mělo před operací 0% dotazovaných, po lázeňské léčbě touto bolestí trpělo 18% dotazovaných. Slabou, příležitostnou bolest měla před operací 4% dotazovaných, po lázeňské léčbě trpělo touto bolestí 38% dotazovaných. Žádnou bolestí netrpělo před operací 5% dotazovaných a po lázeňské léčbě nemělo bolest 24% dotazovaných. Nejvíce před operací trpěli respondenti na významnou bolest, která závažně limitovala jejich aktivity, na střední bolest, která částečně limitovala jejich aktivity a vyžadovala užití silnějších analgetik než aspirinu a v poslední řadě trpěli na bolest zničující a ochromující, která vyžadovala až upoutání na lůžko. Malé procento respondentů trpělo slabou bolestí či žádnou bolestí kyčelního kloubu. Naopak po lázeňské léčbě došlo k výraznému zlepšení bolestivosti kyčelního kloubu, kdy respondenti trpěli nejvíce slabou, příležitostnou bolestí nebo neměli bolesti vůbec či zažívali mírnou bolest a v malém procentu bolest střední a významnou (viz.graf č. 22).

Stav funkčnosti kyčelního kloubu zahrnoval stav kulhání, opory, chůzi po schodech, nazouvání obuvi a ponožek, sezení na židli a používání veřejné dopravy.

Závažným kulháním trpělo před operací TEP 33% dotazovaných, po lázeňské léčbě trpěla závažným kulháním 4% dotazovaných. Střední kulhání před operací zaznamenalo 35% dotazovaných, po lázeňské léčbě trpělo středním kulháním 16% dotazovaných. Mírné kulhání zaznamenalo před operací 24% dotazovaných, po lázeňské léčbě 44%. Žádné kulhání nebylo před operací v případě 9% dotazovaných, po lázeňské léčbě nebylo přítomno kulhání u 36% dotazovaných. Před operací trpělo nejvíce respondentů kulháním středním, dále závažným, mírným a malé procento netrpělo kulháním vůbec. Po lázeňské léčbě trpělo nejvíce respondentů kulháním mírným, dále pak žádným, středním a malé procento trpělo kulháním závažným. Kulhání po lázeňské léčbě bylo ve více případech

mírné či žádné, došlo tedy k výraznému zlepšení než tomu bylo v období před operací (viz. graf č. 23)

Žádnou oporu chůze nepotřebovalo před operací 38% dotazovaných, po lázeňské léčbě nepotřebovalo oporu 40% dotazovaných. Vycházkovou hůl na dlouhé vycházky užívalo před operací 7% dotazovaných, po lázeňské léčbě užívalo tuto hůl na dlouhé vycházky 22% dotazovaných. Vycházkovou hůl při většině příležitostí užívalo před operací 15% dotazovaných a po lázeňské léčbě 2% dotazovaných. Jednu berli používalo před operací 9% dotazovaných a po lázeňské léčbě 11% dotazovaných. Dvě vycházkové hole používalo před operací 0% dotazovaných, po lázeňské léčbě 2%. Dvě berle používalo k chůzi před operací 25% dotazovaných a po lázeňské léčbě používalo dvě berle 24% dotazovaných. Neschopnost chůze mělo před operací 5% dotazovaných a po lázeňské léčbě 0%. Nejvíce respondentů označilo, že v období před operací a po lázeňské léčbě neužívali žádnou oporu chůze. Výsledky byly skoro stejné. Na oporu chůze nejvíce používali respondenti dvě berle jak v období před operací, tak po lázeňské léčbě. Po lázeňské léčbě používali respondenti často vycházkovou hůl na dlouhé vycházky nebo jednu berli. Malé procento užívalo dvě vycházkové hole (viz. graf č. 24). Zda mají mít klienti hole, berle nebo mohou chodit bez opory určuje vždy operatér, který určuje i stupeň zatížení kyčelního kloubu.

Běžně bez použití zábradlí před operací zvládalo chůzi po schodech 25% dotazovaných, po lázeňské léčbě zvládalo takto schody 51% dotazovaných. Běžně s oporou o zábradlí zvládlo chůzi po schodech před operací 55% dotazovaných, po lázeňské léčbě 38%. Jiným způsobem zvládalo schody před operací 5% a po lázeňské léčbě 4% dotazovaných. Neschopnost zdolat schody mělo před operací 15% dotazovaných, po lázeňské léčbě 7%. Po lázeňské léčbě došlo k výraznému zlepšení zvládnání chůze po schodech bez opory o zábradlí (viz. graf č. 25).

Před operací si snadno nazouvalo obuv a ponožky 13% dotazovaných, po lázeňské léčbě tento počet vzrostl na 67%. Obtížně si obuv a ponožky nazouvalo před operací 71% a tento počet se snížil na 24% dotazovaných. 16% dotazovaných si ponožky a obuv nenazulo vůbec a tento počet klesl na 9% po lázeňské léčbě. Po lázeňské léčbě došlo k výraznému zlepšení v nazouvání obuvi a ponožek (viz. graf č. 26).

Před operací vydrželo sedět na běžné židli jednu hodinu 49% dotazovaných, po lázeňské léčbě vydrželo sedět na stejném typu židli 84% dotazovaných. Na vysoké židli půl hodiny vydrželo sedět před operací 29% dotazovaných, po lázeňské léčbě 11%. Pohodlně nemohlo sedět před operací na žádném typu židli 22% a tento počet

se po lázeňské léčbě snížil na 5% dotazovaných. Po operaci a vlivem lázeňské léčby došlo k výraznému zlepšení pohodlnějšího sezení na běžné židli (viz. graf č. 27)..

Poslední otázka se týkala používání veřejné dopravy. Před operací veřejnou dopravu používalo 55% dotazovaných a po operaci ji používalo 62% dotazovaných. Z toho plyne, že veřejnou dopravu začalo po operaci používat více respondentů (viz. graf č. 28). Ovšem tato otázka nemá velký význam, protože používání či nepoužívání veřejné dopravy je ovlivněno mnoha faktory.

Bolestivost a funkce kyčelního kloubu (chůze, zvládání schodů, sezení, nazouvání obuvi a ponožek) se po operaci TEP a následné lázeňské léčbě výrazně zlepšila. Klienti se opravdu pomalu, ale jistě navrací zpět do „normálního života“ a užívají si život každým dnem více a více.

(V grafech č. 2, 8, 10, 13, 14, 18, 23, 24 došlo k odlišným hodnotám součtu procent o 1% z důvodu zaokrouhlování na celá čísla pro lepší přehled. Odchyłka je zanedbatelná)

ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozložena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část má celkem tři kapitoly. V první kapitole jsem se zaměřila na problematiku totální endoprotézy kyčelního kloubu. Hlavně na indikace, kontraindikace samotné operace totální endoprotézy, dále jaké jsou typy endoprotéz, jaká by měla být pooperační léčba a postupné navrácení pacienta zpět do „normálního života“. V druhé kapitole jsem se pokusila nastínit, co obnáší následná léčba v lázeňském zařízení, která má velký význam v pooperačním období. Navrací klientovi zejména stabilitu, jistotu v jeho chůzi a v běžných denních činnostech. Dopomáhá ke zkvalitnění jeho života po operaci a přispívá k celkovému zlepšení jeho zdravotního a psychického stavu. Třetí část je zaměřena na samotnou kvalitu života a její měření pomocí různých metod, které jsem uplatnila i v empirické části této práce.

Empirická část je založena na zkoumání kvality života, funkčnosti a bolestivosti kyčelního kloubu u lidí po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Bolestivost i funkčnost kyčelního kloubu se opravdu výrazně zlepšila a tím došlo ke zlepšení kvality života v mnoha jejich oblastech. To umožňuje lidem po operaci totální endoprotézy „žít“ a život si také hlavně aktivně užívat.

Závěrem si troufám říci, že náhrada poškozeného kyčelního kloubu kloubem umělým je opravdu precizním operačním řešením nemocí a vad kyčelního kloubu, jak zkvalitnit nemocnému člověku život a nenechat ho „belhat o berlích“ jak bylo zmíněno v úvodu. A proto patří lékařům a celému ošetrovatelskému týmu včetně lázeňských zařízení velký dík za kvalitu jejich odvedené práce a stálým zdokonalováním se v souvislosti s touto problematikou. Moderní medicína je opravdu mocná, ale bohužel ne všemocná. To bychom si měli všichni uvědomit a náležitě o sebe pečovat.

Zpracování této bakalářské práce pro mě bylo velice naučné, přínosné a obohatilo mě o mnoho zajímavých poznatků.

ANOTACE

Autor:	Bernardová Šárka
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Kvalita života u lidí po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu
Vedoucí práce:	MUDr. Kalfusová Věra, Bičišťová Věra
Počet stran:	106
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	kvalita života, totální endoprotéza, kyčelní kloub

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacientů po operaci kyčelního kloubu, kterým byla implantována totální endoprotéza. Obsahuje teoretickou a empirickou část. Teoretická část se skládá ze tří částí. První část je zaměřena na problematiku totální endoprotézy včetně historie totální endoprotézy a anatomie kyčelního kloubu, druhá část na lázeňskou léčbu a třetí část se týká kvality života. Empirická část byla zpracována za pomoci dotazníkového šetření, které proběhlo v lázeňském zařízení v Lázních Bělohrad. Osloveno bylo celkem 55 respondentů ve věku 50 a více let. Cílem empirické části bylo zjistit zda se zlepšila kvalita života u pacientů po operaci totální endoprotézy a rozdíl funkčnosti kyčelního kloubu před operací a po lázeňské léčbě.

Bachelor's thesis deals with quality of life with the people after surgery hip join who were implanted total replacement hip join. It's divided into two parts theoretical and empiricism. Theory consists of three parts. Part one describes on the problems of total replacement including history total replacement and anatomy of the hip join. Part two contains on the cure at a spa and part three deals with the quality of life. The empirical part has been treated by a help of the questionnaire research that took part at a spa equipment in Lazne Bělohrad. 55 respondents aged over 50 were addressed. The task of empirical part was to find out if the quality of life would improve after the surgery and a defference before the surgery and after the cure at a spa.

Použitá literatura a prameny

- 1) BEZONSKA, S., ČECH, O., LÖBL, K. *Umělé náhrady lidských kloubů: biomechanické, materiálové a technologické aspekty*. 1. vyd. Praha, 1987. 248 s. ISBN 04-205-87
- 2) ČECH, O., PAVLANSKÝ, R. *Aloplastika kyčelního kloubu*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 300 s. ISBN 08-028-83
- 3) DYLEVSKÝ, I. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 1998. 429 s. ISBN 80-901667-0-9
- 4) FORÝTKOVÁ, L., BOUREK, A. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu: Standard fyzioterapie doporučený UNIFY ČR*. 1. autorská verze. UNIFY ČR, 2006. 16 s.
- 5) JAVŮREK, J. *Propedeutika fyzioterapie a rehabilitace*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 80 s. ISBN 80-7184-900-6
- 6) JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J. *Ošetřovatelství – učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol, 2. část*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2001. 174 s.
- 7) KARPAŠ, K. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu, informace pro pacienty*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2004. 19 s. ISBN 80-86225-62-3
- 8) KNOP, K. a kol. *Lázeňství: Ekonomika a management*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 231 s. ISBN 80-7169-717-6
- 9) KOUDELA, K. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 281 s. ISBN 80-246-0654-2
- 10) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 186 s. ISBN 80-247-0179-0.

- 11) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s.
ISBN 80-7178-551-2
- 12) MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. 228 s.
ISBN 80-86633-65-9
- 13) PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s.
ISBN 80-7254-657-0
- 14) PETR, P. *Kvalita života v balneoterapii*. 1. vyd. naklad. Inpres, 2004. 118 s. 80-903427-x
- 15) PRCHAL, Z. *Lázně Bělohrad: průvodce historií a významnými místy města*. 1. vyd. Lázně Bělohrad: vyd. město Lázně Bělohrad, 2007. 44 s.
- 16) RYCHLÍKOVÁ, E. *Funkční poruchy kloubů končetin*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1980. 193 s. 08-076-80
- 17) SOSNA, A., ČECH, O. *Operační přístupy ke skeletu pohybového aparátu*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 224 s. ISBN 08-092-87
- 18) SOSNA, A., POKORNÝ, D., JAHODA, D. *Endoprotéza kyčelního kloubu*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 40 s. ISBN 80-7254-046-7
- 19) ŠVARCOVÁ, J., ŠULCOVÁ, Y. *Cvičení a životospráva po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. 2. vyd. Praha: vyd. Státní zdravotnický ústav, 1996. Neprodejné

Bakalářské práce:

20) PAVLIŠOVÁ, M. *Kvalita života pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2007. 85 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

21) ŠVARCOVÁ, I. *Kvalita života seniorů po totální endoprotéze 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

Elektronické – internetové zdroje:

22) *Nejnovější trendy v operačním řešení kyčelního kloubu*. [online]. [cit.2007-12-29]. Dostupné na <http://www.qmagazin.cz/zdravi/nejnovejsi-trendy-v-operacnim-reseni-kycelniho-kloubu.html>

23) *Reoperace při aseptickém uvolnění totální endoprotézy kyčelního kloubu*. [online]. [cit.2008-02-16]. Dostupné na http://www.medakta.cz/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=13&Itemid=66

24) *Revizní operace náhrad kyčelního kloubu - Revision hip arthroplasty*. [online]. [cit.2008-02-16]. Dostupné na <http://www1.vltava.cz/store/GoodsDetail.asp?sCGoodsID=SE01040881>

25) *Typy kyčelních náhrad a způsoby jejich upevnění*. [online]. [cit.2008-01-10]. Dostupné na <http://www.orthes.cz/types.htm>

Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví, s. 41

Graf 2 – Věk, s. 42

Graf 3 - Jak dlouho jste po operaci?, s. 43

Graf 4 - Jak byste hodnotili svůj zdravotní stav dnes ve srovnání se stavem před operací?, s. 44

Graf 5 - Zlepšila se Vám po operaci kvalita spánku?, s. 45

Graf 6 - Zlepšila se po operaci Vaše chuť věnovat se koníčkům, zálibám, kulturním programům atd.?, s. 46

Graf 7 - Zvýšila se po operaci Vaše celková spokojenost se životem?, s. 47

Graf 8 - Zlepšila se po operaci kvalita Vašich vztahů s příbuznými, známými, sousedy?, s. 48

Graf 9 - Myslíte si, že teď zvládnete mnohem více práce než před operací?, s.49

Graf 10 - Zlepšila se po operaci Vaše samostatnost, soběstačnost a tedy nezávislost na druhých?, s. 50

Graf 11 - Cítíte se více užitečnější a platnější ve společnosti příbuzných, přátel a známých než před operací?, s. 51

Graf 12 - Zažíváte častěji pocity síly a energie než před operací?, s. 52

Graf 13 - Zažíváte častěji pocity radosti, naděje a očekávání od života než před operací?, s. 53

Graf 14 - Jaký byl důvod vaší operace?, s. 54

Graf 15 - Absolvoval/a jste předoperační lázeňskou léčbu?, s. 55

Graf 16 - S výsledkem operace jste, s. 56

Graf 17 - Byl/a jste operována, s. 57

Graf 18 - Pooperační průběh, s. 58

Graf 19 - Délka pobytu v nemocnici, s. 59

Graf 20 - Lázeňskou léčbu hodnotíte jako, s. 60

Graf 21 - Psychický stav, s. 61

Graf 22 – Bolest, s. 63

Graf 23 – Kulhání, s. 64

Graf 24 – Opora, s. 65

Graf 25 – Schody, s. 66

Graf 26 – Nazouvání obuvi a ponožek, s. 67

Graf 27 – Sezení, s. 68

Graf 28 – Používání veřejné dopravy, s. 69

Seznam příloh

Příloha 1 – Stručné dvacatero

Příloha 2 - Ukázka cvičení

Příloha 3 - Dotazník

Příloha 4 - Lázeňská místa v ČR

Příloha 5 - Typy endoprotéz

Příloha 6 - Tabulky s vyhodnocenými dotazníkovými daty

Přílohy

Příloha 1: **Stručné dvacatero**

Pro první 3 pooperační měsíce

1. Spěte na pevném a rovném lůžku.
2. Střídejte chůzi, sed a leh. Věnujte pozornost únavě a nepřeceňujte své síly.
3. Přizpůsobte si výšku pracovní židle, nesedejte si do hlubokých křesel. Na obyčejnou židli sedejte pouze s polštářkem.
4. Při sezení na židli obě chodidla spočívají celou ploškou na zemi, kolena jsou mírně od sebe.
5. Několikrát denně cvičte.
6. Používejte i doma pevnou obuv s pevnou patou. Neužívejte papuče či pantofle.
7. Vleže na zdravém boku vkládejte mezi kolena pevný polštářek.
8. Neodkládejte berle, pokud to nedovolí váš lékař, dodržujte jím doporučenou zátěž operované končetiny. Ztratíte-li však rovnováhu a hrozí vám pád, raději došlápněte na operovanou končetinu.
9. Dvakrát denně ležte cca 30 minut na břiše.
10. Nenechte se nikým vyprovokovat k extrémním výkonům. Na schodech se věnujte chůzi a s nikým se nebavte. Zabráníte tak případné ztrátě rovnováhy a pádu. Neposkakujte.
11. Význam plavání je přeceňován. Pro posílení svalstva je výhodnější a účinnější cvičení na suchu. V blízkosti plaveckých bazénů buďte opatrní a pozorní (pozor na uklouznutí).
12. Nespěchejte, chraňte se pádu. Odstraňte doma všechny volně ležící předložky a rohožky.
13. Pravidelně si kontrolujte technický stav vašich berlí (matičky, protiskluzné nástavce).
14. Oblékání ponožek v prvních týdnech po operaci nechte na druhých, nebo užívejte oblékač ponožek. Později si oblékejte ponožky a zavazujte tkaničky s velkou opatrností. Při obouvání bot užívejte dlouhou lžici.
15. Dodržujte doporučení lékaře o prevenci tromboembolické nemoci. Používejte zdravotní punčochy nebo elastická obinadla od špiček prstů nad koleno.

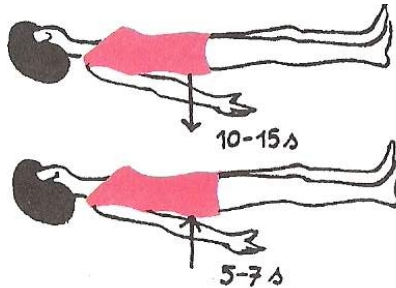
Trvale platná doporučení

- 16.** při těžkých infekcích , operacích a invazivních vyšetřeních preventivně užívejte antibiotika.
- 17.** Nenoste zvlášť těžká břemena (dvoukilový nákup stačí).
- 18.** netrénujte vytrvalostní chůzi, ani zbytečně nejezděte na ortopedu.
- 19.** Nezapomínejte na pravidelné roční kontroly u vašeho ortopeda, i když nemáte žádné obtíže.
- 20.** Při obtížích vyhledejte lékaře (náhle vzniklá nová bolest, zarudnutí či sekrece v jizvě, zkrat končetiny, omezení pohybu, horečky), nebo své obtíže alespoň konzultujte telefonicky. (Sosna, 1999, s. 39)

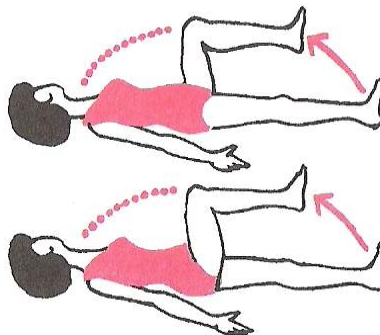
Příloha 2: Ukázka cvičení

Vleže na zádech :

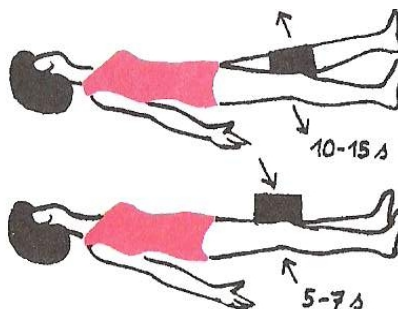
1. Stahujeme přibližně na dobu 5 sekund hýždě k sobě, přibližně na dobu 10 – 15 sekund hýždě opět uvolníme.



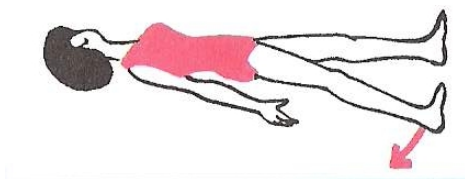
2. Z lehu na zádech s nataženými dolními končetinami přitahujeme k břichu dolní končetinu levou, kterou vystřídáme pravou. Kolenní kloub pokrčené dolní končetiny nesmíme vytáčet směrem k rameni, spíše k nosu. Nikdy nezvedáme dolní končetinu nataženou!



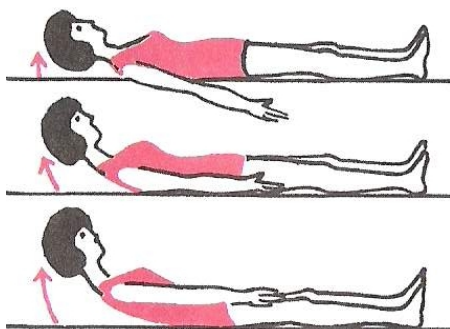
3. Mezi stehna a kolena vsuneme malý pružný polštář, který přibližně na 5 sekund pevně sevřeme stehny, přibližně na dobu 10 – 15 sekund opět uvolníme.



4. Střídavě unožujeme levou a pravou dolní končetinu. Kolenní kloub ani vlastní noha se nesmí vytáčet zevně – špička nohy i koleno směřují vzhůru.

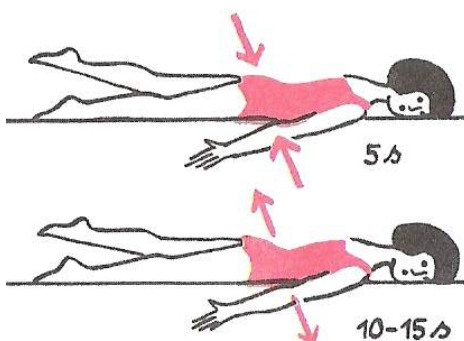


5. Z lehu na zádech postupně odvíjíme hlavu, krk a lopatky od podložky. Postupně opět přikládáme lopatky, krk a hlavu na podložku. Individuálně, po určitém tréninku můžeme tímto způsobem docílit až úplného sedu. Nikdy však nepoužíváme k posazení švihů!



Vleže na břicho:

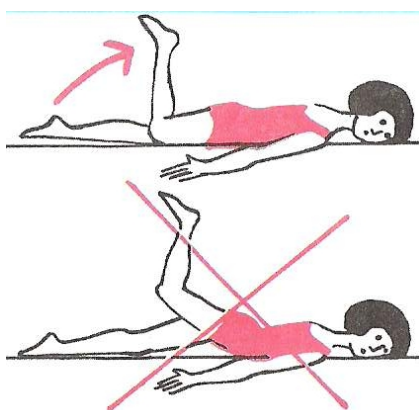
1. Stahujeme hýždě na dobu 5 sekund, přibližně na dobu 10 – 15 sekund hýždě opět uvolníme.



2. Zanožujeme střídavě levou a pravou dolní končetinu, slabiny musí zůstat přitisknuty na podložce.



3. Střídavě pokrčujeme v kolenním kloubu levou a pravou dolní končetinu. Slabiny opět musí zůstat přitisknuty na podložce, pokrčená končetina nesmí směřovat ven ani dovnitř.

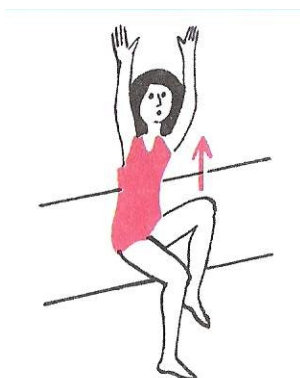


4. Při nádechu zvedáme trup vzhůru, při výdechu opět položíme.

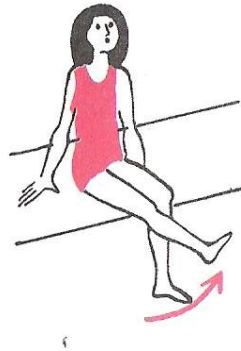


Vsedě, nohy volně spuštěné:

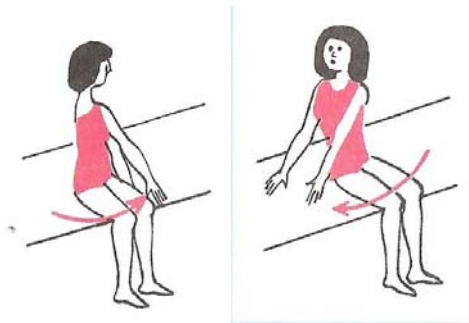
1. Protahujeme horní končetiny vzhůru a současně zdviháme pokrčenou dolní končetinu (střídavě levou a pravou)



2. Volně komíháme střídavě levou a pravou dolní končetinu s hýžděmi přitisknutými k podložce.



3. Při otočení trupu vlevo nadechneme, při otočení trupu vpravo vydechneme.



(Švarcová, Šulcová, 1996)

Příloha 3: **Dotazník**

v Hradci Králové dne 1.10.2007

Vážená paní, Vážený pane,

Univerzita Karlova Lékařská Fakulta v Hradci Králové provádí výzkumné šetření ***kvality života u lidí po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.***

Dovolte mi Vás požádat o spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a dobrovolný. Výsledky budou zpracovány a použity v rámci bakalářské práce studentky v oboru Ošetrovatelství – Všeobecná sestra.

Cílem tohoto výzkumu je:

- zjistit rozdíl funkčnosti kyčelního kloubu oproti stavu před operací
- zjistit zda se zlepšila kvalita života následkem léčby v léčebném zařízení.

Dotazník se skládá ze tří částí:

1. část dotazníku je zaměřena na stav funkčnosti kyčelního kloubu **před operací**
2. část je zaměřena na **kvalitu života**
3. část na stav funkčnosti kyčelního kloubu **po lázeňské léčbě**

Prosím zakroužkujte **vždy jen jednu správnou odpověď**.

Dotazník odevzdejte, prosím, při posledním individuálním LTV fyzioterapeutce.

Děkuji a přeji Vám pevné zdraví.

Šárka Bernardová
studentka Ošetrovatelství
obor - všeobecná sestra
Lékařská Fakulta
Univerzita Karlova
Hradec Králové

Dotazník PŘED OPERACÍ

Prosím zakroužkujte vždy jednu správnou odpověď

I. Bolest

- a) žádná bolest
- b) Slabá bolest, příležitostná, neomezující aktivitu
- c) Mírná bolest, bez ovlivnění průměrných aktivit, zřídka mírná bolest. Při neobvyklé aktivitě, příležitostné užití aspirinu
- d) Střední bolest, tolerovaná, ale vyžadující úlevu. Částečná limitace obvyklých aktivit a práce, vyžadující příležitostní užití analgetik silnějších než aspirin.
- e) Významná bolest, závažná limitace aktivit
- f) Zničující a ochromující bolest, bolest na lůžku, upoutání na lůžko

Funkce

Chůze

- II. Kulhání:**
- a) žádné
 - b) mírné
 - c) střední
 - d) závažné

- III. Opora:**
- a) žádná
 - b) vycházková hůl na dlouhé vycházky
 - c) vycházková hůl při většině příležitostí
 - d) jedna berle
 - e) dvě vycházkové hole
 - f) dvě berle
 - g) neschopnost chůze

Aktivita

- IV. Schody:**
- a) běžně bez použití zábradlí
 - b) běžně s oporou o zábradlí
 - c) jiným způsobem
 - d) neschopnost zdolat schody

- V. Nazouvání obuvi a ponožek:**
- a) snadno
 - b) obtížně
 - c) nelze

- VI. Sezení:**
- a) pohodlně na běžné židli 1 hodinu
 - b) na vysoké židli půl hodiny
 - c) nelze sedět pohodlně na žádném typu židle

- VII. Používání veřejné dopravy:**
- a) ano
 - b) ne

(Švarcová, 2006)

Dotazník *KVALITY ŽIVOTA*

Zakroužkujte vždy jednu správnou odpověď

- 1. Pohlaví:** a) žena
b) muž
- 2. Váš věk:** a) 50 – 59 let
b) 60 – 69 let
c) 70 a více
- 3. Jak dlouho jste po operaci :** a) 1 měsíc
b) 6 neděl
c) 2 měsíce
d) 3 měsíce
e) 4 měsíce
f) více (vypište)
- 4. Jak byste hodnotili svůj zdravotní stav dnes ve srovnání se stavem před operací?**
- a) mnohem lepší
b) poněkud lepší
c) přibližně stejný
d) poněkud horší
e) mnohem horší
- 5. Zlepšila se Vám po operaci kvalita spánku?**
- a) výrazně zlepšila
b) poněkud zlepšila
c) zůstala stejná
d) poněkud zhoršila
e) velice zhoršila
- 6. Zlepšila se po operaci Vaše chuť věnovat se koníčkům, zálibám, kulturním programům atd.?**
- a) výrazně zlepšila
b) poněkud zlepšila
c) zůstala stejná
d) poněkud zhoršila
e) velice zhoršila
- 7. Zvýšila se po operaci Vaše celková spokojenost se životem?**
- a) výrazně zvýšila
b) poněkud zvýšila
c) zůstala stejná
d) poněkud zhoršila
e) velice zhoršila

8. Zlepšila se po operaci kvalita Vašich vztahů s příbuznými, známými, sousedy?

- a) výrazně zlepšila
- b) poněkud zlepšila
- c) zůstala stejná
- d) poněkud zhoršila
- e) velice zhoršila

9. Myslíte si, že teď zvládnete mnohem více práce než před operací?

- a) mnohem více
- b) poněkud více
- c) stejně
- d) poněkud méně
- e) mnohem méně

10. Zlepšila se po operaci Vaše samostatnost, soběstačnost a tedy nezávislost na druhých?

- a) výrazně zlepšila
- b) poněkud zlepšila
- c) zůstala stejná
- d) poněkud zhoršila
- e) výrazně zhoršila

11. Cítíte se více užitečnější a platnější ve společnosti příbuzných, přátel a známých než před operací?

- a) mnohem více
- b) poněkud více
- c) stejně
- d) poněkud méně
- e) mnohem méně

12. Zažíváte častěji pocity síly a energie než před operací?

- a) mnohem častěji
- b) častěji
- c) stejně
- d) méně často
- e) skoro vůbec

13. Zažíváte častěji pocity radosti, naděje a očekávání od života než před operací?

- a) mnohem častěji
- b) častěji
- c) stejně
- d) méně často
- e) skoro vůbec

(otázky 4-13: Švarcová, 2006)

Doplňující otázky
Zakroužkujte vždy jednu správnou odpověď

- 14. Jaký byl důvod vaší operace?** a) artróza
b) úraz
c) jiné (vypište)
- 15. Absolvoval/a jste předoperační lázeňskou léčbu :** a) ano
b) ne
- 16. S výsledkem operace jste :** a) spokojen/a
b) spokojen/a částečně
c) nespokojen/a
- 17. Byl/a jste operována :** a) Semily
b) Kladno
c) Mladá Boleslav
d) Praha
e) jinde – kde
- 18. Pooperační průběh:** a) klidný, bez komplikací
b) dostavily se komplikace v operovaném kloubu
c) dostavily se jiné komplikace (zánět žil, plicní embolie,...)
- 19. Délka pobytu v nemocnici :** a) 2 týdny
b) 3 týdny
c) více, kolik týdnů?.....
- 20. Lázeňskou léčbu hodnotíte jako:** a) velmi prospěšnou
b) prospěšnou
c) neúčinnou
- 21. Psychický stav:** a) zlepšen
b) nezměněn
c) zhoršen
- 22. Pokud je ještě něco, co mi chcete sdělit uveďte to prosím zde :**

(otázky 15-21: převzaty z dotazníku Anenských slatinných lázní)

Dotazník PO LÁZEŇSKÉ LÉČBĚ

Prosím zakroužkujte vždy jednu správnou odpověď!

I. Bolest

- a) Žádná bolest
- b) Slabá bolest, příležitostná, neomezující aktivitu
- c) Mírná bolest, bez ovlivnění průměrných aktivit, zřídka mírná bolest.
Při neobvyklé aktivitě, příležitostné užití aspirinu
- d) Střední bolest, tolerovaná, ale vyžadující úlevu. Částečná limitace obvyklých aktivit a práce, vyžadující příležitostní užití analgetik silnějších než aspirin.
- e) Významná bolest, závažná limitace aktivit
- f) Zničující a ochromující bolest, bolest na lůžku, upoutání na lůžko

Funkce

Chůze

- II. Kulhání:**
- a) žádné
 - b) mírné
 - c) střední
 - d) závažné

- III. Opora:**
- a) žádná
 - b) vycházková hůl na dlouhé vycházky
 - c) vycházková hůl při většině příležitostí
 - d) jedna berle
 - e) dvě vycházkové hole
 - f) dvě berle
 - g) neschopnost chůze

Aktivita

- IV. Schody:**
- a) běžně bez použití zábradlí
 - b) běžně s oporou o zábradlí
 - c) jiným způsobem
 - d) neschopnost zdolat schody

- V. Nazouvání obuvi a ponožek:**
- a) snadno
 - b) obtížně
 - c) nelze

- VI. Sezení:**
- a) pohodlně na běžné židli 1 hodinu
 - b) na vysoké židli půl hodiny
 - c) nelze sedět pohodlně na žádném typu židle

- VII. Používání veřejné dopravy:**
- a) ano
 - b) ne

(Švarcová, 2006)

Příloha 4: Lázeňská místa v ČR

Ve sloupečku č. VII najdeme, kde se léčí pohybové ústrojí.

Lázeňská místa	Indikační skupiny lázeňské péče											Léčivé zdroje					
	I. onkologie	II. oběhové	III. trávicí	IV. Metabol.	V. dýchací	VI. nervové	VII. pohybové	VIII. močové	IX. duševní	X. kožní	XI. ženské	CO ₂ -vody	S-vody	J-, Br-vody	Rn-vody	termální	peloidy
Bechyně																	
Bělohrad Lázně																	
Běloves																	
Bílina																	
Bludov																	
Bohdaneč Lázně																	
Darkov-Karviná																	
Dubí																	
Františkovy Lázně																	
Hodonín																	
Jáchymov																	
Janské Lázně																	
Jeseník																	
Karlova Studánka																	
Karlovy Vary																	
Konstantinovy Lázně																	
Kostelec u Zlína																	
Kundratice Lázně																	
Kynžvart Lázně																	
Libverda Lázně																	
Lipová Lázně																	
Luhačovice																	
Mariánské Lázně																	
Mšenské Lázně																	
Ostrožská Nová ves																	
Poděbrady																	
Slatinice																	
Teplice n. Bečvou																	
Teplice v Čechách																	
Toušeň																	
Třeboň																	
Velichovky																	
Velké Losiny																	
Vráž																	
Železnice																	

(Knop, 1999,s. 168)

Příloha 5: **Typy endoprotéz**

Cementovaná náhrada



Necementovaná náhrada



Hybridní náhrada



(www.orthes.cz)

Příloha č. 6: **Tabulky s vyhodnocenými dotazníkovými daty**

Tabulka 1 – Otázka č. 1: **Pohlaví**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Žena	37	67%
muž	18	33%

Tabulka 2 – Otázka č. 2: **Váš věk**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
50 – 59 let	24	44%
60 – 69 let	18	33%
70 a více let	13	24%

Tabulka 3 – Otázka č. 3: **Jak dlouho jste po operaci?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
1 měsíc	0	0%
6 neděl	7	13%
2 měsíce	5	9%
3 měsíce	6	11%
4 měsíce	12	22%
více	25	45%

Tabulka 4 – Otázka č. 4: **Jak byste hodnotili svůj zdravotní stav dnes ve srovnání se stavem před operací?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Mnohem lepší	38	69%
Poněkud lepší	16	29%
Přibližně stejný	0	0%
Poněkud horší	1	2%
Mnohem horší	0	0%

Tabulka 5 – Otázka č. 5: **Zlepšila se Vám po operaci kvalita spánku?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Výrazně zlepšila	28	51%
Poněkud zlepšila	16	29%
Zůstala stejná	11	20%
Poněkud zhoršila	0	0%
Velice zhoršila	0	0%

Tabulka 6 – Otázka č. 6: **Zlepšila se po operaci Vaše chuť věnovat se koníčkům, zálibám, kulturním programům atd.?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Výrazně zlepšila	26	47%
Poněkud zlepšila	16	29%
Zůstala stejná	12	22%
Poněkud zhoršila	1	2%
Velice zhoršila	0	0%

Tabulka 7 – Otázka č. 7: **Zvýšila se po operaci Vaše celková spokojenost se životem?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Výrazně zvýšila	29	53%
Poněkud zvýšila	20	36%
Zůstala stejná	5	9%
Poněkud zhoršila	1	2%
Velice zhoršila	0	0%

Tabulka 8 – Otázka č. 8: **Zlepšila se po operaci kvalita Vašich vztahů s příbuznými, známými, sousedy?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Výrazně zlepšila	9	16%
Poněkud zlepšila	4	7%
Zůstala stejná	76	76%
Poněkud zhoršila	0	0%
Velice zhoršila	0	0%

Tabulka 9 – Otázka č. 9: **Myslíte si, že teď zvládnete mnohem více práce než před operací?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Mnohem více	21	38%
Poněkud více	22	40%
Stejně	10	18%
Poněkud méně	2	4%
Mnohem méně	0	0%

Tabulka 10 – Otázka č. 10: **Zlepšila se po operaci Vaše samostatnost, soběstačnost a tedy nezávislost na druhých?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Výrazně zlepšila	20	36%
Poněkud zlepšila	22	40%
Zůstala stejná	10	18%
Poněkud zhoršila	3	5%
Výrazně zhoršila	0	0%

Tabulka 11 – Otázka č. 11: **Cítíte se více užitečnější a platnější ve společnosti příbuzných, přátel a známých než před operací?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Mnohem více	11	20%
Poněkud více	23	42%
Stejně	21	38%
Poněkud méně	0	0%
Mnohem méně	0	0%

Tabulka 12 – Otázka č. 12: **Zažíváte častěji pocity síly a energie než před operací?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Mnohem častěji	16	29%
Častěji	26	47%
Stejně	13	24%
Méně často	0	0%
Skoro vůbec	0	0%

Tabulka 13 – Otázka č. 13: **Zažíváte častěji pocity radosti, naděje a očekávání od života než před operací?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Mnohem častěji	18	33%
Častěji	24	44%
Stejně	13	24%
Méně často	0	0%
Skoro vůbec	0	0%

Tabulka 14 – Otázka č. 14: **Jaký byl důvod vaší operace?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí
Artróza	47	85%
Úraz	3	5%
jiné	5	9%

Tabulka 15 – Otázka č. 15: **Absolvoval/a jste předoperační lázeňskou léčbu?**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	17	31%
ne	38	69%

Tabulka 16 – Otázka č. 16: **S výsledkem operace jste:**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Spokojen/a	44	80%
Pokojen/a částečně	10	18%
Nespokojen/a	1	2%

Tabulka 17 – Otázka č. 17: **Byl/a jste operován/a:**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Semily	12	22%
Kladno	5	9%
Mladá Boleslav	16	29%
Praha	7	13%
Jinde	15	27%

Tabulka 18 – Otázka č. 18: **Pooperační průběh:**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Klidný, bez komplikací	41	75%
Dostavily se komplikace v operovaném kloubu	7	13%
Dostavily se jiné komplikace	7	13%

Tabulka 19 – Otázka č. 19: **Délka pobytu v nemocnici:**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
2 týdny	34	62%
3 týdny	12	22%
Více	9	16%

Tabulka 20 – Otázka č. 20: **Lázeňskou léčbu hodnotíte jako:**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Velmi prospěšnou	43	78%
Prospěšnou	11	20%
Neúčinnou	1	2%

Tabulka 21 – Otázka č. 21: **Psychický stav:**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí
Zlepšen	44	80%
Nezměněn	11	20%
Zhoršen	0	0%

Tabulka č. 22 – Otázka č. I: **Bolest**

Možné odpovědi	Počet odpovědí před operací	Počet odpovědí před operací v %	Počet odpovědí po lázeňské léčbě	Počet odpovědí po lázeňské léčbě v %
Žádná bolest	3	5%	13	24%
Slabá bolest	2	4%	21	38%
Mírná bolest	0	0%	10	18%
Střední bolest	17	31%	6	11%
Významná bolest	28	51%	5	9%
Zničující a ochromující bolest	5	9%	0	0%

Tabulka 23 – Otázka č. II: **Kulhání**

Možné odpovědi	Počet odpovědí před operací	Počet odpovědí před operací v %	Počet odpovědí po lázeňské léčbě	Počet odpovědí po lázeňské léčbě v %
Žádné	5	9%	20	36%
Mírné	13	24%	24	44%
Střední	19	35%	9	16%
závažné	18	33%	2	4%

Tabulka 24 – Otázka č. III: **Opora**

Možné odpovědi	Počet odpovědí před operací	Počet odpovědí před operací v %	Počet odpovědí po lázeňské léčbě	Počet odpovědí po lázeňské léčbě v %
Žádná	21	38%	22	40%
VH na dlouhé vycházky	4	7%	12	22%
VH při většině příležitostí	8	15%	1	2%
Jedna berle	5	9%	6	11%
Dvě VH	0	0%	1	2%
Dvě berle	14	25%	13	24%
Neschopnost chůze	3	5%	0	0%

(VH = vycházková hůl)

Tabulka 25 – Otázka č. IV: **Schody**

Možné odpovědi	Počet odpovědí před operací	Počet odpovědí před operací v %	Počet odpovědí po lázeňské léčbě	Počet odpovědí po lázeňské léčbě v %
Běžně bez použití zábradlí	14	25%	28	51%
Běžně s oporou o zábradlí	30	55%	21	38%
Jiným způsobem	3	5%	2	4%
Neschopnost zdolat schody	8	15%	4	7%

Tabulka 26 – Otázka č. V: **Nazování obuvi a ponožek**

Možné odpovědi	Počet odpovědí před operací	Počet odpovědí před operací v %	Počet odpovědí po lázeňské léčbě	Počet odpovědí po lázeňské léčbě v %
Snadno	7	13%	37	67%
Obtížně	39	71%	13	24%
Nelze	9	16%	5	9%

Tabulka 27 – Otázka č. VI: **Sezení**

Možné odpovědi	Počet odpovědí před operací	Počet odpovědí před operací v %	Počet odpovědí po lázeňské léčbě	Počet odpovědí po lázeňské léčbě v %
Pohodlněna běžné židli 1 hodinu	27	49%	46	84%
Na vysoké židli půl hodiny	16	29%	6	11%
Nelze sedět pohodlně na žádném typu židle	12	22%	3	5%

Tabulka 28 – Otázka č. VII: **Používání veřejné dopravy**

Možné odpovědi	Počet odpovědí před operací	Počet odpovědí před operací v %	Počet odpovědí po lázeňské léčbě	Počet odpovědí po lázeňské léčbě v %
Ano	30	55%	34	62%
Ne	25	45%	21	38%