

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÉHO PO TOTÁLNÍ
ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU**

Bakalářská práce

Vypracovala: **Denisa Obertová**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2011

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

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**QUALITY OF A LIFE OF THE PATIENT AFTER TOTAL HIP
ARTHROPLASTY**

Bachelor's thesis

Author: **Denisa Obertová**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2011

PROHLÁŠENÍ

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

V Hradci Králové 24.3. 2011

.....

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji paní Jaroslavě Pečenkové, z Ústavu sociálního lékařství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Taktéž děkuji panu prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. při sestavování dotazníku pro pacienty zjišťující jejich kvalitu života po operaci TEP kyčle.

Dále děkuji náměstkyni pro ošetrovatelskou péči z nemocnice Sedlčany, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Malvazinky a vedení akciové společnosti Lázně Velichovky za to, že mi umožnily uskutečnit průzkum ve jmenovaných zdravotnických zařízeních.

Mé poděkování patří také všem pacientům, kteří byli ochotni vyplnit dotazníky a pomoci mi tak při sběru údajů.

V neposlední řadě patří můj dík i mým nejbližším, kteří mi byli pevnou oporou po celou dobu mého studia.

OBSAH

1 ÚVOD	7
2 CÍL PRÁCE.....	9
2.1 Cíl práce.....	9
2.2 Hypotézy.....	9
3 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU.....	10
3.1 Kvalita života.	10
3.1.1 Maslowa pyramida potřeb.	10
3.1.2 Hodnocení kvality života.	12
3.1.3 Typy dotazníků.....	13
3.1.4 Kvalita života u chronických onemocnění a onemocnění pohybového aparátu.....	14
3.2 Artróza	14
3.2.1 Anatomie kyčelního kloubu.	15
3.2.2 Pletenec dolní končetiny	16
3.2.3 Acetabulum.....	18
3.2.4 Stehenní kost (femur)	18
3.2.5 Kloubní pouzdro.....	19
3.2.6 Vazivový aparát kyčelního kloubu	19
3.2.7 Svaly zajišťující pohyb kyčelního kloubu.....	20
3.2.8 Biomechanika kyčelního kloubu.	21
3.3 Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP).	22
3.3.1 Typy TEP.....	23
3.3.2 Indikace.	26
3.3.3 Kontraindikace.	26
3.3.4 Komplikace.....	26
3.3.5 Předoperační příprava nemocného před implantací TEP kyčelního kloubu.	28
3.3.6 Operační technika	30
3.4 Přehled potencionálních ošetřovatelských diagnóz u pacientů po TEP kyčelního kloubu	30

3.4.1 Ošetrovatelská péče po výkonu.....	31
3.4.2 Pooperační rehabilitace během hospitalizace.....	31
3.4.3 Pohyby, kterým se musí pacient vyhnout.....	32
3.4.4 Nácvik chůze	33
3.4.5 Hospitalizace na RHB oddělení	34
3.4.6 Zásady chování pacienta	35
3.4.7 Sportovní aktivity po TEP kyčelního kloubu.....	36
4 METODIKA.	38
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	39
5.1 Výsledky u mužů.....	39
5.2 Výsledky u žen	61
DISKUSE	81
ZÁVĚR	83
ANOTACE.	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.	86
Seznamy	88
Seznam použitých zkratk.....	88
Seznam grafů.....	89
Seznam tabulek	91
Seznam příloh.....	92
Přílohy	93

1 ÚVOD

Téma mé bakalářské práce „Kvalita života nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu“ se týká problémů pacientů po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu a možností jejich návratu do běžného života. Cílem bakalářské práce je zhodnotit kvalitu života klientů před a po provedené totální endoprotéze kyčelního kloubu. Důvody, které mě vedly k výběru tématu jsou následující. Především zájem o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu v období po návratu do běžného každodenního života.

Druhým důvodem je moje dlouholetá pracovní činnost v lůžkovém rehabilitačním zařízení Rehamedica Žacléř, kam jsou překládáni mimo i pacienti z ortopedického oddělení po TEP kyčle.

Teoretická část práce je zaměřena na kvalitu života obecně, anatomii a patologii kyčelního kloubu, problematiku TEP, indikaci a předoperační přípravu pacienta k totální endoprotéze, pooperační péči, potencionálním ošetrovatelským diagnózám a rehabilitaci jak během hospitalizace na ortopedickém oddělení, tak i po propuštění.

Praktická část je zaměřena na samotná zjištění, prezentaci výsledků výzkumu a potvrzení či nepotvrzení stanovených hypotéz a cílů.

Kvalitou života se zabývá lidstvo odedávna. Existuje celá řada definic. Kvalita života se netýká jen zdraví, ale i sociální a emoční oblasti života člověka (Payne 2005).

Totální endoprotéza (TEP) kyčelního kloubu je osvědčenou a dlouhodobě vyzkoušenou metodou chirurgického léčení nemocí a vad kyčelního kloubu. Totální endoprotéza je implantát nahrazující obě artikulující části, tzn. u kyčelního kloubu jak jamku, tak hlavici. Se zvyšující se průměrnou délkou života nabývá TEP stále většího významu. Endoprotéza musí mnoho let odolávat zatížení, které odpovídá minimálně třinásobku až pětinasobku váhy lidského těla. Při některých aktivitách na ni působí síly přesahující až dvacetkrát váhu těla. Žádná náhrada však není vhodná pro všechny pacienty, proto je důležitý výběr náhrady. Ten záleží na potřebách pacienta, předpokládané délce života a úrovni aktivity, na rozměrech a kvalitě kostí, zkušenostech chirurga. Bolestivý kyčelní kloub je velkou životní překážkou (Sosna 2003). Všechny aktivity jsou omezeny. Pomocí kloubní náhrady můžeme dosáhnout dobrých výsledků, kdy se pacient zbaví bolesti, obtíží a získá dostatečný funkční rozsah kloubní pohyblivosti, aby se mohl pohybovat (Javůrek 1996).

Otcem aloplastiky kyčelního kloubu je Angličan John Charnley. Zkonstruoval a jako první v roce 1960 použil polyetylenovou jamku a kovový dřík zavedený do dřeňové dutiny

stehenní kosti s hlavicí malé velikosti. Komponenty fixoval ke skeletu kostním cementem. První endoprotéza klasické konstrukce byla v Československu implantována v roce 1969. V roce 1973 se začala vyrábět v Poldi Kladno tuzemská protéza zkonstruována na základě zkušeností s implantátem Müllerovým a označována jako Poldi-Čech.

TEP kyčelního kloubu bývá indikována zejména pro chronickou bolest nereagující na konzervativní terapii nebo pro výraznou funkční újmu. Nejčastější indikací je artróza a revmatoidní artritida. Klinickým projevem obou těchto onemocnění je pocit slabosti, námahavá bolest, klidová bolest a omezení hybnosti. Bolesti se šíří do stehna, kolene, problém dělá odtažení, přitažení či otáčivé pohyby.

Koxartróza patří mezi nejrozšířenější chronické onemocnění pohybového systému. Svou závažností a terapeutickými úskalími představuje významný medicínský, společenský a ekonomický problém.

Zavedení a rutinní používání kloubních náhrad pacienty je jedním z největších dobrodiní, jakými se může ortopedická medicína pochlubit. Při správné přípravě pacienta, implantaci i doléčení navrací pacientovi téměř plné zdraví pohybového aparátu a dovoluje plnohodnotný život. Nejdokonaleji jsou kloubní implantáty propracovány právě pro náhradu kyčle. V České republice je ročně naimplantováno přes 10 000 totálních endoprotéz kyčle. Po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu se pacientovi uleví od bolesti a zásadním způsobem se zlepší rozsah pohybu poškozeného kloubu. Bude se opět moci pohybovat a často mu dokonce umožní neomezenou chůzi. Pacientovi se do značné míry vrátí kvalita předcházejícího života. Může se účastnit mnoha aktivit, které pro něj byly před zákrokem nemožné. Za zcela optimálních okolností umožňují pacientům nejen návrat k zaměstnání, ale i možnost sportovního vyžití. Je ovšem potřeba si uvědomit, že kloubní náhrada jakožto implantát je zatěžováním pomalu postupně opotřebován a časem dojde k jeho selhání.

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila tuto problematiku neboť mě zajímalo, jakým způsobem se změnila kvalita života operovaných pacientů, jaké je jejich subjektivní hodnocení kvality života po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

2 CÍL PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zhodnotit změnu kvality života u pacientů s artrózou po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

2.2 Hypotézy

H1 – Předpokládám, že 50 % respondentů ze sledovaného souboru nebude udávat noční klidovou bolest.

H2 – Předpokládám, že spotřeba analgetik se po operaci sníží u 70 % respondentů.

H3 – Předpokládám, že více jak 50 % respondentů po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, nebude potřebovat kompenzační pomůcku.

H4 – Předpokládám, že u sledovaného souboru respondentů dojde nejméně k 30 % zlepšení schopnosti samostatného oblékání, zvládnání osobní hygieny, údržby domácnosti a nástupu do dopravního prostředku.

H5 – Předpokládám, že 70 % respondentů po implantaci endoprotézy kyčelního kloubu bude mít pozitivní hodnocení kvality života.

H6 – Předpokládám, že lépe bude svůj subjektivní stav hodnotit skupina žen než mužů.

3 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU

3.1 Kvalita života

Pojem kvalita života má relativně dlouhou a zajímavou historii. Jeho první výskyt se dnes datuje do 20. let 20. století. Mezi prvními hodnocenými byli chronicky nemocní pacienti a staří lidé. Důvodem byl nárůst starých lidí a tudíž nutnost zabývat se jejich kvalitou života (Payne 2005).

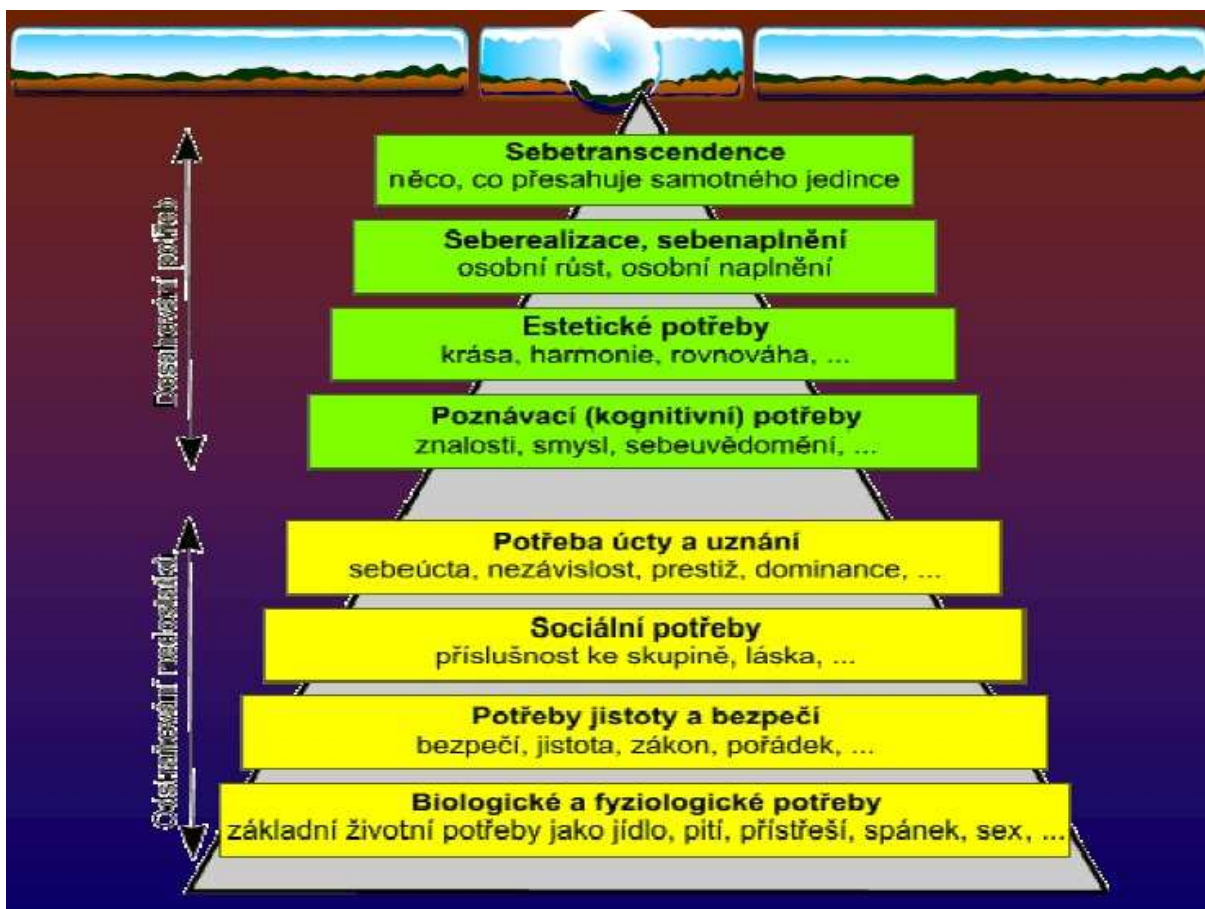
Kvalita života se netýká jen zdraví, ale i emoční a sociální oblasti života člověka. Je to velice široký pojem. Existuje mnoho definic podle toho z jaké stránky se na kvalitu života díváme. Zda v dimenzi tělesné, emoční či duchovní. Kvalita života je vzájemné spolupůsobení kvality hlavních složek existence člověka, které se podílejí na uspokojování jeho základních potřeb – vědomých i nevědomých, materiálních i duchovních. Neexistuje žádná shoda definice kvality života. Jde o kombinaci pacientem hodnocených aspektů zdraví, včetně fyzických, sociálních funkcí, emočního a duševního stavu, zatížení symptomy nemoci a pocit celkové pohody (Mareš 2006).

Podle WHO (Světová zdravotnická organizace) je kvalita života definována, jako „nejenom absence nemoci, ale obecného pocitu tělesné, duševní a sociální pohody.“ Jedná se o multidimenzionální koncept hodnocení pocitu zdraví samotným nemocným, tvořený kombinací fyzikálních a sociálních funkcí, duševního a emocionálního stavu a jejich ovlivnění příznaky choroby. Kromě těchto aspektů má vliv na kvalitu života věk, pohlaví, rodinná situace, vzdělání, genetické dispozice, volba povolání, způsob trávení volného času atd. Každý člověk posuzuje svoji kvalitu života podle odlišných hodnot (Žáček 1992).

3.1.1 Maslowova pyramida potřeb

Pokud se zabýváme kvalitou života, sledujeme jaký dopad má onemocnění na člověka. na jeho fyzický a psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb (obr. 1), tj. naplnění základních fyziologických potřeb (spánek, potrava, teplo, úleva od bolesti, atd.), je předpokladem biologického přežití organismu a uspokojení vyšších potřeb, tj. bezpečí, jistoty, lásky, sebeúcty, seberealizace, estetické a kognitivní potřeby (Atkinson 2003).

Obrázek 1. Maslowova pyramida potřeb.



Legenda Maslowovy pyramidy potřeb:

Biologické a fyziologické potřeby: základní potřeby našeho organismu (hlad, žízeň), dýchání, pití, jídlo, sex, vylučování.

Potřeba bezpečí: cítit se zabezpečen a být mimo nebezpečí, mít věci pod kontrolou.

Potřeba sounáležitosti a lásky: potřeba družít se s ostatními, být přijímán takový, jaký jsem ostatními lidmi, někam patřit, milovat a být milován.

Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty: vyjadřují důvěru a nezávislost x prestiž, respekt.

Kognitivní potřeby: potřeby vzdělání, rozumět a vědět, zkoumat, prohlubovat a rozšiřovat své intelektuální schopnosti.

Estetické potřeby: potřeby řádu, krásy, symetrie a příjemného prostředí.

Potřeba seberealizace: realizace vlastního potenciálu, sebenaplnění. Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.

3.1.2 Hodnocení kvality života

Kvalita lidského života nezůstává neměnná, ale pod vlivem vnějších událostí i vnitřních změn jednotlivce doznává určitých proměn. Stačí připomenout třeba onemocnění a jeho léčbu nebo změnu hodnotového systému, k níž jedinec postupně dospěl (Mareš 2006).

Každý člověk vnímá své zdraví individuálně a jeho popis i vyjádření se značně liší. Ne vždy se osobní definice zdraví shoduje s definicí zdravotnických pracovníků. Žádná jednotná definice neexistuje. Kvalitou života podmíněnou zdravím se rozumí míra, do jaké nemoc a léčba ovlivňují pacientovu schopnost žít plnohodnotný život (Payne 2005).

Můžeme rozlišit dvě základní charakteristiky pojetí kvality života mnohorozměrnost a subjektivnost.

Mnohorozměrnost znamená, že kvalita života se týká více oblastí, většinou tří až pěti:

- oblast tělesných obtíží (bolest, únava, nevolnost)
- funkční zdatnost (schopnost zvládnout běžné denní aktivity, pracovní zátěž)
- oblast psychologická/emocionální (úzkost, nálada, deprese)
- oblast sociální (vliv nemoci na vztahy v rodině, finanční obtíže)
- oblast existenciální a duchovní (otázky smyslu života, naděje)

Subjektivnost vyjadřuje skutečnost, že dva různí pacienti budou svou nemoc prožívat odlišně. Osobní charakteristiky, stupeň sociální podpory a také schopnost adaptace jsou jen některé z faktorů ovlivňující konečný výsledek.

Pohled na hodnocení kvality života prochází neustálým vývojem. Hodnocení kvality života je subjektivní záležitostí, protože každý jedinec svou pohodu a spokojenost posuzuje jinak. Na otázky týkající se celkové kvality života, by měl odpovídat sám pacient a ne lékař. Pro posouzení kvality života, je třeba sledovat mnoho faktorů. Od těch subjektivních až po objektivní – sledovatelné, měřitelné, hodnotitelné. Míra kvality tedy zahrnuje jedincovo somatické zdraví, psychický stav, sociální vztahy, přesvědčení, víru, nezávislost, životní styl (Petr 2002).

Základní metodou při hodnocení kvality života je strukturovaný dotazník, kterým sledujeme subjektivní názor respondenta. Tedy, jak sám respondent vnímá vlastní zdravotní

situaci včetně schopnosti svého uplatnění v pracovním, rodinném a sociálním prostředí. Tento názor je ovlivněn nejen charakterem respondenta, ale i jeho okolím.

3.1.3 Typy dotazníků

Dotazníky můžeme rozdělit na obecné (generické), specifické a standardizované behaviour testy (Trachtová 2004).

- **Obecné dotazníky** – nejvíce použitelný typ dotazníku. Zjišťují kvalitu života všeobecně. Nejsou zaměřeny na žádné konkrétní onemocnění a jsou široce použitelné u jakékoliv skupiny populace, bez ohledu na věk či pohlaví. Umožňuje porovnat podobnost či odlišnost vlivu nemocí na kvalitu života.
- **Specifické dotazníky** – zjišťují kvalitu života u jednoho konkrétního onemocnění (např. revmatoidní artritida). Umožňuje hodnotit vývoj nemoci v čase.
- **Standardizované behaviour testy** – speciální neuropsychologické testy, které stanovují fyzické a kognitivní funkce.

Všechny dotazníky jsou konstruovány tak, aby je mohl pacient vyplnit sám, bez asistence další osoby. Dotazníky vyvolávají velký zájem mezi pracovníky jak ve zdravotnictví, tak i v sociální péči. Lze jimi totiž vyhodnocovat i sociální aspekty kvality života. Sledují úroveň soběstačnosti, úlevy od bolesti a schopnost vykonávat každodenní činnosti běžného života (Petr 2002).

Vyšetřované okruhy v dotaznících kvality života

1. Fyzikální funkce – mobilita, soběstačnost
2. Emocionalita – deprese, pocit strachu, lítostivost
3. Sociální funkce – vztahy v rodině, její podpora, vztahy k okolí
4. Zaměstnání, údržba domácnosti (nakupování, úklid, vaření)
5. Bolest
6. Spánek a jeho kvalita
7. Příznaky specifické pro dané onemocnění

3.1.4 Kvalita života u chronických onemocnění a onemocnění pohybového aparátu

Akutní nemoc se objeví náhle, rychle vrcholí, příznaky dovedou nemocného k lékaři, ten ji diagnostikuje a vyléčí. U chronických onemocnění je tomu jinak. Chronická nemoc se přibližuje pomalu. Téměř každá bolest je snesitelná, pokud je její konec v dohledu. Žít trvale s bolestí je pro každého hrozná myšlenka. Chronická bolest je považována za diagnózu. Až polovina lidí trpí chronickým onemocněním. V řadě případů nejde o vážné onemocnění, které by ohrožovalo život, ale chronické je. Tato onemocnění mívají střídavý charakter. Určité období je pacient bez příznaků a jindy mu jeho onemocnění tzv. „nedá spát“. U chronicky nemocných lze pozorovat problémy nejen fyzické, ale i psychické a sociální. Své problémy přenášejí i na lidi ve svém okolí. Chronická bolest vede k osamělosti. Lidé v okolí nemocného se nemohou neustále zabývat steskou nemocného. Více než polovina případů chronické bolesti tvoří bolest způsobená onemocněním pohybového aparátu (Křivohlavý 2002).

3.2 Artróza

Artróza – touto diagnózou se rozumí opotřebení kloubů. Úbytek kloubní hmoty se projeví pocitem napětí, strnulostí, neohebností a později se objevují bolesti, které se stávají trvalými. Koxartroza může ovlivňovat kvalitu života více, než jiné osteoartrózy, protože i starší lidé touží žít aktivně. Rychlý vývoj opotřebování kloubu může vést až k neschopnosti chůze.

Kyčelní kloub se skládá z hlavice stehenní kosti (femuru) a jamky pánevní kosti (acetabula). Hlavice a jamka jsou pohyby kloubní chrupavkou, která umožňuje hladký a bezbolestný pohyb kloubu. Při poranění nebo onemocnění kyčle se kloubní chrupavka narušuje a postupně ztrácí. Povrch kloubu se stává drsným a nepravidelným, což způsobuje bolest a ztuhlost.

Bolest je zesílena či naopak zeslabena mnoha faktory. Některé bolesti přicházejí v klidu jiné při zátěži. Na vnímání bolesti má vliv i životní situace. Při každém stoji, každém kroku nosí kyčelní klouby naši tělesnou hmotnost. Až když vzniknou obtíže, uvědomíme si jejich význam. Nástup bolesti je postupný. Pacienti s opotřebovaným kyčelním kloubem si nejprve stěžují na bolest při vstávání, objevují se bolesti po větší fyzické námaze, později jsou bolesti trvalé a nakonec bolesti noční. Ochabuje gluteální svalstvo, chůze je kolébavá (kachní). Artróza je provázena kulháním, snižujícím se rozsahem pohybu a postupující kloubní ztuhlostí. Konečnou fází je ankylóza kloubu, nemožnost obouvání, oblékání, hygieny. Na

RTG snímku se postupně snižuje kloubní štěrbina, až zachází, kromě bolesti se omezuje hybnost a pacient má pocit zkracování končetiny. Objevují se startovací bolesti. První kroky jsou bolestivé, ale jakmile se kloubní plošky promažou tekutinou, uleví se nemocnému od bolesti a běhá dobře a dlouho. S vyšším stupněm opotřebení se obtíže stupňují. Bolesti se šíří do stehna, kolene, problém dělá odtažení, přitažení či otáčivé pohyby. Objevují se problémy při chůzi, plavání, sexu a jiné (Javůrek 1996). V léčení se uplatňují nejprve konzervativní postupy: odlehčení, redukce hmotnosti, chůze o holi, cvičení, léky, rehabilitace a fyzikální léčby, lázeňské léčení. Při zhoršení je na místě léčba operativní, která zahrnuje zpevnění zničených kloubů, korekční osteotomie nebo náhradu umělými klouby.

3.2.1 Anatomie kyčelního kloubu

Každý kloub se skládá z pouzdra, kloubních konců spojovacích kostí a pomocných zařízení – nitrokloubní chrupavčité destičky. Kloubní pouzdro se dále skládá z vrstvy vazivové a synoviální. Vazivová vrstva tvoří pevný obal, místy zesílený. Vazy jsou hlavně tam, kde je pouzdro namáháno. Synoviální vrstva – blanka, která vystýlá kloubní dutinu, je zvlhčována tekutinou (sinovií), kterou produkují buňky synoviální vrstvy. Tekutina se tvoří z krevní plazmy, je složena z vody, buněk a bílkovin a má ochrannou funkci. Zajišťuje zvlhčení třecích ploch kloubních konců a vyživuje kloubní chrupavku. Pouzdro je dobře prokrvené a inervované, při poranění nebo degenerativních změnách je velmi bolestivé.

Kyčelní kloub (articulatio coxae) připojuje volnou DK k pánevním kostem. Kulovitá kloubní hlavice stehenní kosti a hluboká jamka dovolují provádět v kloubu flexi (pokrčení) a extenzi (natažení), rotaci, odtažení (abdukce) a přitažení (addukce) dolní končetiny. Kyčelní kloub je silný, kulovitý s velkým rozsahem pohybu, spojující dolní končetinu s pánví. Připojuje volnou dolní končetinu k pánevním kostem. Skládá se z jamky – acetabula a hlavice kosti stehenní. Umožňuje velký rozsah pohybu. Je po skloubení horní končetiny s lopatkou nejpohyblivějším kloubem lidského těla a na rozdíl od ramenního kloubu musí mít kloub kyčelní velkou stabilitu, protože nese velikou zátěž. Hlavice kyčelního kloubu je těsně zasazena do jamky (acetabula).

Kloubní plochy hlavice a jamky jsou pokryty vrstvou chrupavky o tloušťce cca 3 mm. Kyčelní kloub uzavírá kloubní pouzdro zesílenými vazy, které tomuto kloubu zajišťují stabilitu společně se svaly, které kloub překlenují. Kulovitá hlavice stehenní kosti sedí

v jamce kyčelní. Je zde udržována svalovým pláštěm, což umožňuje dobrou stabilitu, zatíženost, pohyblivost.

3.2.2 Pletenec dolní končetiny

Pánevní pletenec tvoří kosti *ossa coxae* a nepárová *oss sacrum* (kost křížová). Aktivní komponentou pletence jsou svaly kyčelního kloubu a svaly stehna. Pasivní pak pánevní a křížová kost a jejich spoje.

Os coxae (pánevní kost) se skládá ze tří kostí:

Os ilium – kyčelní kost

Os ischií – sedací kost

Os pubis – kost stydká

Funkční anatomie pletence:

Pánevní kosti jsou součástí pánve, tzn., že jejich funkční význam je dán významem pánve jako transmisního systému (mezičlánek mezi páteří a dolními končetinami), protektivního a podpůrného systému (kostěné schránky orgánů) a inervační plochy, tj. plochy, od které začíná nebo na kterou se upíná řada svalů.

Kyčelní kost (*os ilium*) je největší pánevní kostí a to částí ležící kraniálně (směrem k lebce) od jamky kyčelního kloubu (Abrams 2003).

Stavba kosti: Tělo tvoří její centrální část přivrácená k jamce kyčelního kloubu. Tělo se rozšiřuje v plochou lopatu kyčelní kosti (*ala ossis ilium*), která horním hřebenem kyčelní kosti (*crista iliaca*) přechází ve velmi významné orientační body pánve: přední horní trn kyčelní kosti (*spina iliaca anterior superior*) a obdobný, i když hůře hmatný zadní trn kyčelní kosti (*spina iliaca posterior superior*). Na zevní ploše lopaty kyčelní kosti jsou nízké kostní hrany, které oddělují začátky hýžděových svalů (Grim 2001).

Vnitřní plocha kyčelní kosti je vykloubena v mělkou kyčelní jámu (*fossa iliaca*), na které je kloubní plocha křížokyčelního kloubu. Šikmo nad a za touto plochou je mohutná drsnatina, z jejíž nerovného povrchu jdou vazy, které vzadu zpevňují křížokyčelní kloub. Vnitřní plocha je nápadná i obloukovitou hranou (*linea arcuata*), kterou kyčelní jáma končí a je zároveň hranicí mezi tzv. velkou a malou pávní. Pánevní kost je u dospělého člověka jednotná. Vzniká spojením tří kostí původně samostatných. Kosti kyčelní, sedací a stydké. Kyčelní kost (*os ilium*) tvoří horní část pánevní kosti. Je to plochá lopatovitá kost s ostrým horním okrajem – hřebenem, který dopředu vybíhá v hmatný horní trn kyčelní kosti – spina. Na zevní ploše lopaty je hluboká jamka kyčelního kloubu *acetabulum*, jejíž dno vzniká spojením a osifikací

všech tří pánevních kostí. Spojením párových pánevních kostí, křížové kosti a kostrče vzniká **pánev** (*pelvis*). Kostmi ohraničený prostor tvoří pánevní dutinu.

Stavba pánve: V pánevní dutině rozlišujeme dva prostory: velkou a malou pánev. Velkou pánev ohraničují lopaty kyčelních kostí, malou pánev především křížová kost, stydké a sedací kosti. Hranicí mezi prostory velké a malé pánve je *linea terminalis* (Grim 2001).

Dutina velké pánve (*pelvis major*) je rozměrnější než malá pánev (*pelvis minor*) a z hlediska skeletu (kostry) je uzavřena pouze na bocích, kde jsou lopaty kyčelních kostí. Vpředu a vzadu je dutina velké pánve široce otevřena. Protože obě boční stěny jsou vzhledem ke střední rovině těla postaveny šikmo a jsou mírně vkleslé, vytvářejí na každé straně tzv. kyčelní jámu (*fossa iliaca*), od které začíná plochý kyčelní sval (*m. iliacus*).

Z klinického hlediska je velmi významným prostorem malá pánev. Vchod do malé pánve (*apertura pelvis superior, ritus pelvis*) je u muže srdčitý, ale u žen širší otvor (tak poskytuje dostatečný prostor pro průchod hlavičky dítěte během porodu), který spojuje velkou a malou pánev.

Otvor je ohraničen *linea terminalis*. Dutina malé pánve má u muže nálevkovitý a u ženy válcovitý tvar. Nahoře přechází malá pánev do velké pánve, dole je uzavřena útvary pánevního dna, boční stěny tvoří dolní části kostěné pánve. V dutině malé pánve jsou uloženy části pohlavních a močových orgánů a konečník.

Sedací kost (*os ischii*) je poměrně masivní kost tvořící dolní okraj pánevní kosti a obkružující vejčitý nebo trojúhelníkovitý ucpaný otvor (*foramen obturatum*).

Stavba kosti: Tělo kosti se účastní stavby retabula a její široké rameno (*ramus ossis ischii*) pokračuje dolů a dopředu, kde vytváří nápadný sedací hrbol (*tuber ischiadicum*).

Nad sedacím hrbolem je ostrý kostěný sedací trn (*spina ischiadica*). Nad *spina ischiadica* se nachází obloukovitý velký sedací zářez (*incisura ischiadica major*).

Stydká kost (*os pubis*) je nejútlejší částí pánevní kosti, tvořící přední a dolní ohraničení *foramen obturatum* (Grim 2001).

Stavba kosti: Kost má tři složky – tělo a dvě ramena. Tělo se opět podílí na formování acetabula a z něj také vybíhá horní rameno stydké kosti jdoucí dopředu k symfýze, kde přechází do dolního ramena.

Na přechodu mezi horním a dolním ramenem je nerovná plocha pro chrupavčitou sponu stydkých kostí (*symphysis pubica*). Laterálně (bočně) od této plochy je malý, ale vzhledem k úponu břišních svalů významný hrbolek (*tuberculum publicum*), na který směrem ke sponě navazuje krátká kostěná lišta.

3.2.3 Acetabulum

Jamka kyčelního kloubu (*acetabulum*) má tvar duté polokoule, na jejímž vzniku se podílejí všechny tři pánevní kosti. Nejmenším podílem se účastní os pubis (asi 20%), největším os ischii (asi 45%). *Fossa acetabuli* je nejhlubším místem. Není zde kloubní chrupavka.

Kloubní plochou acetabula je ale pouze poloměsíčitá plocha (*facies lunata*), která je také jako jediná potažena kloubní, tj. hyalinní chrupavkou. Nejsilnější částí acetabula je jeho horní okraj, který je zesílen dvěma systémy kostních trámčů, protínajících se nad acetabulem v podobě gotického oblouku. Rovina proložená okrajem acetabula svírá s horizontální rovinou úhel 40 – 45 stupňů (tzv. acetabulární úhel) a s čelní rovinou úhel asi 35 stupňů. Dno jamky vyplňuje tukový polštář (Dylevský 1995).

Funkcí tukového polštáře acetabula je absorbovat nárazy, které přes hlavici femuru směřují proti slabému dnu kloubní jamky. Při běžných pohybových aktivitách není polštář stlačován, ačkoliv je hlavice stehenní kosti držena v jamce nejen tahem kloubního pouzdra, ale i atmosférickým tlakem, který sám představuje přítlačnou sílu asi 18 kg.

Kloubní chrupavka acetabula je nejsilnější v horní části jamky, kde dosahuje tloušťky až 3mm. Na spodině jamky kam nezasahuje hlavice, kloubní chrupavka chybí. Hyalinní chrupavka povlékající hlavici stehenní kosti má sílu 3 mm (Dylevský 1995).

3.2.4 Stehenní kost (femur)

Femur je nejmohutnější dlouhou kostí v těle. Probíhá stehnem od kyčelního kloubu až po kolenní kloub. Má dlouhou a silnou střední část – diafýza a dva rozšířené konce – epifýza. Do kloubní jamky (*acetabula*) na kosti pánevní zapadá kulovitou hlavici. Proximální (horní) konec je spojen s pánví a tvoří hlavici kyčelního kloubu. Distální (dolní) konec vybíhá ve dva rozšířené kloubní výběžky – kondyly. Plocha hlavice odpovídá rozsahem asi 2/3 povrchu koule o průměru 5 cm. Hlavici spojuje s tělem femuru dlouhý krček, který svírá u dospělého člověka s trubkovitým tělem stehenní kosti úhel asi 125°. (Změna úhlu vede k poruše mechaniky kyčelního kloubu). Nad krčkem je na femuru vytvořen velký kostěný výběžek velký chocholík (trochanter). Pod krčkem je malý trochanter. Na oba výstupky se upínají hýžděvé svaly. Dolní konec stehenní kosti se rozšiřuje na dva kloubní hrboly tvořící hlavici kolenního kloubu (Dungl 2005).

Proximální epifýza: *Caput femoris* (hlavice kosti stehenní) tvoří hlavici v kulovém kyčelním kloubu. *Collum femoris* (krček) zúžená část spojuje hlavici s tělem. *Trochanter maior et minor* (velký a malý chocholík) kostní výběžky sloučí k úponu svalů.

3.2.5 Kloubní pouzdro

Pouzdro kyčelního kloubu je velmi silné a začíná na okrajích acetabula. Na femur se pouzdro vpředu upíná na čáru spojující oba chocholíky, vzadu jde asi doprostřed délky krčku. S pouzdem prakticky srůstají zesilující vazy, které pouzdro dále zesilují (především na přední ploše), kde dosahuje tloušťky téměř 10 mm. Slabé je naopak na spodní ploše krčku a v místech, kde na pouzdro naléhá šlacha *m. iliopsoas*.

Synoviální výstelka pokrývá nejen vazivovou vrstvu pouzdra, jak je to v kloubech běžné, ale i část krčku. Tzn., že synoviální membránou je potažena celá přední plocha krčku a 2/2 jeho zadní plochy. Membrána vytváří uvnitř kloubu četné záhyby a řasy. kloubní pouzdro zesilují čtyři vazy (Bartoniček 2004).

3.2.6 Vazivový aparát kyčelního kloubu

Vazivový aparát kyčelního kloubu je velmi silný a tvořen okrajem acetabula (labrum acetabulare), kloubním pouzdem a jednotlivými vazy. Většina vazů je srostlých s kloubním pouzdem, pouze mezi dnem acetabula a mediální částí hlavice probíhá volné a nitrokloubně umístěné ligamentum capitis femoris.

Kyčelní kloub je obklopen silným vazivovým pouzdem. Je dostatečně volné, aby umožnilo velký rozsah pohybů, ale je zpevněno velkým množstvím vazů (ligament). Vazy kyčelního kloubu jsou zesílenými částmi jeho pouzdra. Probíhají od okrajů acetabula dolů na krček femuru. Mají spinální průběh a jejich názvy jsou odvozeny od míst, kam se ke kostře upínají. Vazivový aparát kyčelního kloubu je složen z těchto vazů: *Ligamentum iliofemorale*, *Zona orbicularis* (Abrams 2003).

Ligamentum iliofemorale je nejsilnějším vazem lidského těla. Má tvar obráceného písmene Y. Začíná pod spinou anterior inferior a laterální rameno vazy běží k bázi velkého trochanteru, kde se upíná. Mediální, slabší rameno jde po přední straně pouzdra, zatáčí na vnitřní stranu a upíná se v blízkosti malého trochanteru. Obě ramena jsou široká až 1,5 cm a jsou silná 0,5 – 1,0 cm. Lig. iliofemorale ukončuje extenzi kyčelního kloubu (zvláště jeho vnitřní rameno) a zabraňuje záklonu trupu. Trup vlastně na iliofemorálním vazy „visí“ (Abrams 2003).

Ligamentum pubofemorale odstupuje od horního okraje retabula, po zadní ploše pouzdra jde ke stehenní kosti. Vaz omezuje abdukcii a zevní rotaci v kyčelním kloubu.

Ligamentum ischiofemorale je krátký vaz, který jde od okraje retabula po zadní ploše pouzdra k zevnímu ramenu iliofemorálního vazů, se kterým splývá. Lig. ischiofemorale omezuje addukci (přitažení) a vnitřní rotaci v kloubech (Bartoniček 2004).

Zona orbicularis je kruhovitý vaz, který obtáčí a podchycuje krček femuru, ale nespojuje se s ním. Vaz je nejlépe vytvořen na horní ploše krčku, kde dosahuje šířky 5 – 7 mm (Abrams 2003).

Kyčelní kloub není jen kloubem, ve kterém se pohybuje dolní končetina vůči trupu. Jak bylo již uvedeno, kyčelní klouby jsou zároveň nosné klouby trupu a balanční klouby, udržující rovnováhu vzpřímeného trupu, proto mají pro stabilitu kloubu velký význam vazů kloubního pouzdra.

Pohyblivost kyčelního kloubu je daná tvarovou úpravou artikulujících kostí, mohutností a průběhem vazů pouzdra. V kyčelním kloubu je možné provádět:

flexi (ohnutí dopředu, koleno se zvedá) asi do 120°

extenzi (ohnutí dolní končetiny dozadu za tělo) asi 10° - 15°

abdukci (odtažení končetiny zevně do strany) do 40° - zvětšuje se při současné flexi

addukci (přitažení končetiny zpět) do 10°

zevní rotaci (15°) a **vnitřní rotaci** (do 35°). Rotace oběma směry se zvětšuje při současné flexi v kyčelním kloubu (Bartoniček 2004).

3.2.7 Svaly zajišťující pohyb kyčelního kloubu

Svaly se upínají na výběžky femuru. Tyto výběžky jsou zdrsnatělé. Dohromady 21 svalů různého tvaru, průběhu a mohutnosti zajišťuje pohyb v kyčelním kloubu. Svaly se dělí podle převládající funkce na: flexory (ohýbače), extenzory (natahovače), abduktory (odtahovače), adduktory (přitahovače).

Flexory (ohýbače) – nejmohutnějším flexorem kyčelního kloubu je musculus iliopsoas, který začíná na vnitřní ploše pánve a upíná se silnou šlachou na malý trochanter. Jeho další funkcí je zevní rotace kyčelního kloubu. Musculus rectus femoralis začíná těsně nad acetabulem a v dalším průběhu se stává součástí čtyřhlavého svalu stehna, jeho úpon je až na kosti holenní. Musculus sartorius začíná nad acetabulem v oblasti přední části hrany lopaty kosti kyčelní a upíná se rovněž až na kost holenní. Flexory jsou inervovány n. femoralis.

Extenzory (natahovače) – mezi extenzory kyčelního kloubu patří tři svaly (m. semimembranosus, m. semitendinosus, m. biceps femoralis), které začínají na mohutném hrbole kosti sedací na dolním okraji pánve a upínají se na kost holenní a lýtkovou. Hlavním extenzorem je m. gluteus maximus (velký hýžďový sval) – umožňuje chůzi do schodů, po šikmé ploše a výskok krátké zevní rotátory.

Abduktory (odtahovače) stabilizují pánev při chůzi. Je to významná svalová skupina mohutných svalů (m. gluteus minimus, m. medius, m. maximus, m. tensor fasciae latae), jejichž rozvoj u člověka souvisí s bipedální chůzí.

Adduktory (přitahovače) mají stabilizační funkci ve stoje. Adduktory kyčelního kloubu jsou mohutnou svalovou skupinou začínající na přední dolní části pánve a upínající se převážně do oblasti vnitřní a dolní části stehenní kosti (Bartoníček 2004).

3.2.8 Biomechanika kyčelního kloubu

Kyčelní kloub umožňuje velký rozsah pohybů ve všech rovinách. Pohyblivost je dána tvarem kostí, mohutností a průběhem vazů. Flexi (ohnutí) je v kyčelním kloubu možno provádět asi do 120°, která se zvětšuje při současné abdukci. Dále je možno provádět abdukci do 40°, addukci do 30°, zevní rotaci 45°, vnitřní rotaci 30° a extenzi do 15°. Samozřejmě, že rozsah pohybu závisí na stavu kyčelního kloubu a zmenšuje se s věkem i v souvislosti s postižením kloubu různými onemocněními (Dylevský 1995).

Pro biomechaniku je důležité tvarové formování krčku. To je dáno dvěma úhly. Hodnoty těchto úhlů se mění s věkem. Na úhlu dále záleží správný vývoj kyčlí. Při patologickém úhlu dochází k nerovnoměrnému zatěžování kyčelního kloubu a vzniku artrózy. V kyčelním kloubu se pohybuje dolní končetina vůči trupu. Kyčelní klouby jsou nosné klouby trupu a balanční klouby udržující rovnováhu vzpřímeného trupu.

Hlavice je v jamce držena tahem mohutných svalů kyčelního kloubu, atmosférickým tlakem a tahem kloubního pouzdra. Kyčelní kloub je specificky zatěžován. V stoji na obou končetinách na něj působí tělesná hmotnost. Při chůzi či stoji na jedné noze je kyčel zatěžována 3-5 násobkem tělesné hmotnosti. Při běhu až desetinásobkem. Při zatížení dochází k elastické deformaci kloubních ploch. Kloubní chrupavka má na různých místech kloubu jinou tloušťku. Hyalinní chrupavka je nejelastičtější. V acetabulu je nejsilnější chrupavka

horní části jamky – 3mm. Na spodině jamky chrupavka chybí. Na hlavici femuru je chrupavka silná 1 – 3 mm. Nejsilnější je na přední ploše hlavice. Velký význam pro biomechaniku má i lubrikace (zvlhčení). Během pobytu jsou kloubní plochy odděleny jemným filmem synoviální tekutiny. Ta snižuje tření, má výživnou funkci. To zvyšuje pružnost a životnost kloubní chrupavky (Černá 2008).

3.3 Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP)

Totální endoprotéza kyčelního kloubu znamená, že se operativně nahradí hlavice stehenní kosti i kloubní jamka v pánvi za poškozenou část kyčelního kloubu.

Stavy spojené s opotřebením kyčelního kloubu neuměla klasická ortopedie ve své době léčit, proto byl vyvíjen tlak na vznik nového léčebného postupu – náhrada kyčelního kloubu. Po počátečních neúspěších byl tento terapeutický postup přijat na světovém ortopedickém kongresu SICOT 1966 v Paříži díky třem průkopníkům (prof. John Charnley, prof. McKee, prof. M.E.Müller) jako nová léčebná metoda při léčbě koxartrózy. Kyčelní kloub byl prvním, pro který byla vyvinuta úspěšná umělá náhrada. V současné době se ve světě aplikuje 1.500.00 umělých náhrad kyčelního kloubu ročně a tento léčebný postup patří k jednomu z největších medicínských pokroků po II. světové válce (Sosna 2003).

První operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu provedl britský chirurg Sir Hohn Charnley v roce 1963. V našich zemích se tyto nové techniky objevují jen s nepatrným zpožděním v roce 1969, kdy byla implantována v Československu první endoprotéza klasické konstrukce. V roce 1973 se začala vyrábět v Poldi Kladno tuzemská protéza zkonstruována na základě zkušeností s implantátem Müllerovým a označována jako Poldi-Čech. Nejstarší ortopedickou klinikou u nás je Ortopedická klinika 1. LF UK, založena v roce 1927 profesorem Tobiáškem. V roce 1935 se stal novým přednostou prof. MUDr. Jan Zahradníček, DrSc., který zásadním způsobem změnil přístup k léčbě pohybového aparátu. Stal se zakladatelem moderní české ortopedie. Začal moderní rozvoj aktivní operativy kostí a kloubů (Sosna 2003).

Endoprotézou nazýváme umělou náhradu kloubu, která se do těla pacienta zavádí operačně. TEP se provádí u těžkých stádií artrózy, při závažném poškození kloubu úrazem, u těžšího revmatického onemocnění nebo při nádorovém onemocnění kyčle. Endoprotéza může život výrazně ulehčit, ale i zkomplikovat. Nikdo nám nezaručí, jak bude naše tělo na

umělý kloub reagovat, jak rychle se budeme schopni po operaci zotavit a vrátit se do normálního života (Beznoska 2008). Cílem implantace TEP je snaha vrátit člověka do stavu nejbližší podobnému tomu, v němž byl před onemocněním. Cílem implantace TEP je dle důležitosti:

- Úleva od bolesti
- Stání a chůze, která není omezena postižením kloubu
- Obnova rozsahu pohybu kloubu
- Zlepšení stability postiženého kloubu

3.3.1 Typy TEP

Endoprotézy lze rozdělit na **cervikokapitální**, kdy je nahrazena pouze hlavička kosti stehenní nebo endoprotézu **totální**, kdy je nahrazena jamka i hlavička. V současné době se cervikokapitální endoprotéza používá většinou u zlomenin krčku kosti stehenní u starších jedinců. Narůstá počet náhrad totálními endoprotézami. K požadavkům k implantaci TEP patří stabilita, optimální funkce s obnovením rozsahu pohybu, vymizení bolestí a co nejdelší životnost. Typy endoprotéz jsou voleny dle různých kritérií – dle stupně a druhu poškození kyčelního kloubu, aktuálního nálezu u pacienta, věku, zvyklostí a zkušenosti individuálního pracoviště. TEP kyčle dále rozdělujeme podle typu ukotvení do kosti. Cementované, necementované a hybridní (Dungl 2005).

Cementovaná náhrada (starší způsob, ale osvědčený) je používána od 60 let minulého století. U cementovaných implantátů jsou komponenty fixovány ke kosti kostním cementem. Klasická cementovaná endoprotéza se skládá z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula, zbaveného destruované kloubní chrupavky a marginálních osteofytů, upevněna metylmetakrylátovým kostním cementem. Do femuru se obdobně kostním cementem po vyrašplování dřevné dutiny fixuje kovový dřík, na který se nasazuje hlavička, jež pak artikuluje s jamkou. Hlavičky jsou zhotoveny buď z keramiky, chromkobaltmolybdenové slitiny, anebo ze speciální nerezavějící a nemagnetické oceli. Cementované endoprotézy jsou nejdéle používané a osvědčené. Jsou však nevhodné pro mladší aktivní pacienty, protože po 10 – 15 letech dochází k uvolňování jamky (Dungl 2005).

Necementované, které jsou obvykle dražší než protézy cementované, byly do praxe zavedeny v 80. letech 20. století. Jsou díky své povrchové úpravě fixovány bez cementové mezivrstvy. Jejich upevnění je založeno na principu postupného vrůstání do kosti. Dřík je pevně zaražen do kostního lůžka, které je velmi přesně vyfrézováno. Tento druh endoprotézy

usnadňuje následnou reimplantaci (výměnu) bez obtížného odstraňování kostního cementu. Proto je tento typ endoprotézy vhodný pro mladé aktivní pacienty (Sosna 2003).

Hybridní typ kombinuje oba typy fixace. U každé z komponent je použita jiná technika ukotvení. Jedna komponenta, většinou jamka, je připevněna bez cementu a druhá komponenta, obvykle dřík, je připevněna cementem (Dungl 2005) (viz příloha č. 6).

Základem dlouhodobých dobrých výsledků je kvalitní fixace endoprotézy do kosti. Tato fixace prochází během životnosti cementované i necementované endoprotézy vývojem. Můžeme ho rozdělit do tří stádií:

Primární stabilita – fixuje endoprotézu bezprostředně po implantaci. Její trvání je 3 měsíce.

Sekundární stabilita – Představuje vrůstání kostních trámčů do povrchových struktur necementovaného implantátu. Probíhá několik prvních let po operaci.

Terciální stabilita – Dochází k ní 5 – 10 let od implantace. Představuje optimální integraci endoprotézy (Oravová 2008).

Každá endoprotéza se skládá z dříku a jamky. Dřík je zaveden do dřevnatého kanálu stehenní kosti. Na krček dříku je nasazována hlavička. Další komponentou je jamka. Tato jamka nahradí kloubní povrch postiženého kyčelního kloubu při TEP. Typů jamek je mnoho – polokulovité, kuželovité. Femorální komponenty lze dále dělit dle ukotvení kosti (Dungl 2005).

Vzhledem k tomu, že se v kyčelním kloubu promítají a sumují značné síly, dochází k postupnému opotřebení umělého kloubu až event. k jeho uvolnění. Je tedy nutné počítat s pouze omezenou životností TEP. Počítá se, že při šetrném způsobu života vydrží TEP cca 15 let. Cizorodé materiály endoprotézy, upevňovací hmoty (kostní cement) a odpad obroušeného materiálu však biologicky ovlivňují lidský organismus, provokují jeho snahu o vylučování látek tělu cizích, a proto bývá skutečná biologická životnost protézy kratší (Sosna, 2001).

Je nutné, aby si pacient uvědomil, že se jedná pouze o „náhradu“ kloubu, nikoliv výměnu zdravého, nového kloubu!! Proto musí mít stále na paměti, že umělý kloub je vždy kloub „nemocný“ a jeho životnost je dána i jeho zatěžováním (čím více bude umělý kloub zatěžován, tím kratší bude jeho životnost). Uvolnění, opotřebení přicházejí pomalu postupem času. Pacienti nemusí zpočátku pozorovat žádnou bolest ani jiné příznaky. Z těchto důvodů je doporučováno jednou ročně kontrolovat implantát pomocí rentgenového snímku, protože tak může být problém včas diagnostikován a léčen. Řešením je sice výměna za kloub nový, ale

každá reoperace již s sebou nese větší rizika, zejména infekčního rázu a upevnění implantátu. K opotřebení dochází především v kontaktní třecí ploše náhrady, která uvolňuje otěrové částice. Nejčastěji používaným kontaktním povrchem je u kyčle kovová hlavička a polyetylenová jamka (obr. 2). Uvolňované částice polyetylénu pak způsobují reakci „kolem cizích těles“, vytváří specifický polyetylenový granulom, ten pak narušuje kostní fixaci protézy a způsobí její uvolnění. Jsou vyvíjeny a používány i jiné kontaktní materiály, např. polyetylén-keramika, keramika-keramika, či kov-kov. U těchto typů protéz je kvalitou zpracování otěr méně eliminován a mají tedy teoreticky delší životnost. Nicméně jejich vyšší cena masovému používání brání a jsou používány především pro mladší a aktivní pacienty.

Obrázek 2. TEP kyčle



3.3.2 Indikace

Kloubní náhrady patří k nejčastějším ortopedickým operacím, kdy destruovaná kloubní jamka a hlavice jsou nahrazeny endoprotézou.

Indikace TEP:

- degenerativní enom. kyčelního kloubu – primární artróza III. až IV. stupně
- sekundární artróza – deformity po vrozených dyspláziích kyčelního kloubu
- zánětlivé revmatické onemocnění, aseptické nekrózy, pouřazové artrózy
- zlomeniny – krčku stehenní kosti, pouřazová destrukce kloubu
- patologické fraktury (zlomeniny): nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti.

Hlavní indikací k TEP je koxartróza v pokročilém stádiu. Léčba je indikována u pacienta, kde byly vyčerpány možnosti konzervativní léčby a bolest přetrvává, dále se zvětšuje a zvětšuje se i funkční omezení. Artróza je častá v pokročilém věku. Po 50 roce života má 80% populace rtg známky artrózy. Mezi rizikové faktory tohoto degenerativního onemocnění patří nadváha, ženské pohlaví, vyšší věk, přetěžování nosných kloubů sportem či fyzickou prací.

Hlavním důvodem, pro doporučení operace je bolest. A následné omezení funkce kloubu, což vede k celkovému omezení pohyblivosti (Sosna 1999).

3.3.3 Kontraindikace

Můžeme je rozdělit mezi celkové a místní. Mezi celkové patří nespolupráce pacienta (např. alkoholici, psychiatričtí pacienti) a stav, kde nelze předpokládat, že bude pacient po operaci schopen chůze. K lokálním řadíme hnisavé infekce, bércové vředy a jakékoliv zdroje infekce. Nadváha a osteoporóza není kontraindikace, ale u těchto pacientů je vyšší počet komplikací.

3.3.4 Komplikace

Operace náhrady kyčelního kloubu není bez rizika. Nemůžeme tento fakt pacientovi zatajit. Byť riziko komplikací je velmi malé. Pro pacienta je lepší o rizicích vědět a společně s lékařem se jim snažit předejít. Kvalitní předoperační vyšetření a příprava výrazně snižuje výskyt komplikací.

Komplikace: Krvácení, infekce, TEN, luxace.

Krvácení – projeví se prosáknutím krytí rány, poklese TK a zrychlení pulsu. Z tohoto důvodu musí sestra sledovat krytí, odpady v drénech, kontrolovat bilanci tekutin a popřípadě podle indikace lékaře podat krevní transfuzi (indikací je hodnota hemoglobinu po operaci pod 90 g/l).

Infekce – je obávaným problémem, způsobeným často kmenem *Staphylococcus aureus* či *epidermis*. Samozřejmostí je sterilní operační prostředí, ale i tak může dojít k infekční komplikaci. Důvodem může být snížená obranyschopnost pacienta, či ložisko infekce v těle. Například zubní váček, močové infekce, gynekologické záněty. V tomto případě se nemocný překládá na septickou část k intravenózní antibiotické léčbě. Urgentně je u něho indikována revize, vyčištění rány a zavedení poplachové laváže, aby nedošlo k osídlení TEP bakteriemi. Pokud je již infekce rozšířená, provádí se extrakce nebo reimplantace TEP. Pro snížení rizika vzniku infekce se podávají profylakticky antibiotika.

TEN – (tromboembolická nemoc). Cílem je předejít plicní embolizaci. Což je stav ohrožující život pacienta. Hlavní zásadou je užívání léků na úpravu srážlivosti krve (aplikujeme nízkomolekulární antikoagulancia), elastická bandáž od špiček po kolena, dostatečný příjem tekutin a pohyb.

Luxace (vykloubení). Endoprotéza je cizí těleso v organismu, a proto její přítomnost může přinést určitá rizika. Pokud pacient nedodrží v pooperačním období pohybový režim, může dojít k vykloubení endoprotézy. Vykloubení TEP bývá většinou dvěma směry, ventrálně nebo dorzálně (Oravová 2008).

K ventrální, přední luxaci dochází při zanožení, překřížení končetin nebo zevní rotaci. Učíme tedy pacienty nevytáčet chodidlo zevně a tam, kam směřuje osa těla, tam musí směřovat i chodidlo.

K zadní luxaci TEP kyčle dochází při vnitřní rotaci či velké flexi kyčle. Je tedy zakázáno jakékoliv křížení nohou, při ležení na zdravém boku mají mít pacienti polštář mezi koleny (obrázek 3), aby zpočátku hůře ovladatelná operovaná končetina vlastní vahou nepřekřížila tu neoperovanou. Druhý možný způsob vzniku je velká flexe kyčle nad 90 st. Proto pacienti nesmí zpočátku dřepat, užívají vysoký sed na židli (obrázek 4), nádstavec na WC či sedačku do vany. Vykloubení se projeví náhlou výraznou bolestí, zkrácením končetiny a omezením pohybu v kyčelním kloubu. Vykloubení se pak musí zreponat (vrátit do původní polohy). Životnost endoprotézy je individuální a závislá na více faktorech. Jak na samotné endoprotéze, tak na reakci organismu. Je proto nutné každý rok endoprotézu zkontrolovat.

Obrázek 3. Leh s polštářem



Obrázek 4. Zvýšený sed



3.3.5 Předoperační příprava nemocného před implantací TEP kyčelního kloubu

Předoperační příprava zahrnuje:

- a) komplexní interní předoperační vyšetření
- b) odstranění všech zdrojů infekce v organismu
- c) předoperační rehabilitaci
- d) případný odběr krve pro autotransfúzi

ad a) Komplexní interní předoperační vyšetření je nedílnou součástí definitivního indikačního rozhodnutí. Interní nález určí rizika a potřebná preventivní opatření, dále spolurozhoduje i o způsobu anestezie. Zvláštní pozornost je navíc nutno věnovat stavu cévního řečiště (ischémie, riziko tromboembolických komplikací). Závěrečné zhodnocení by mělo obsahovat nejen vyjádření o schopnosti pacienta podstoupit operaci (stupeň rizika operace), ale návrh případných terapeutických opatření, která toto riziko u daného pacienta snižují (Sosna 2003). Provádí se odběr krve a moče na biochemická vyšetření, krevní obraz, APTT, Quick, krevní skupinu a Rh faktor, včetně kultivace a citlivosti z krku, nosu a moče, protože hrozí vysoké riziko přenosu infekce.

ad b) Nezbytné je vyšetření a sanace všech ložisek chronického infektu v organismu před operací. Cílenou pozornost věnujeme v tomto směru urogenitálnímu systému, stavu chrupu, kožním afekcím a stavu horních cest dýchacích. Podcenění této skutečnosti významně zvyšuje riziko pooperačních infekčních komplikací. Efekt léčby infektu je nutno potvrdit opakovanou negativní kultivací. Po dokonalé sanaci infekčního ložiska je vhodné uvést do zprávy informaci o druhu infekčního agens, dávce a typu použitého antibiotika či chemoterapeutika a také dobu, která uplynula od skončení léčby (Sosna 2003).

ad c) Kvůli bolestem dochází k chybným pohybovým stereotypům. Tím, že se svaly přizpůsobují omezenému pohybu, dochází k jejich zkracování. Proto se při předoperační rehabilitaci musí dbát zejména na tyto postupy:

- krácené svaly protahovat (svaly vnitřní a přední strany stehna)
- ochablé svaly posilovat (svaly břišní, hýžd'ové, zevní strany stehna), dále posilování horních končetin a zdravé dolní končetiny pro chůzi o berlích
- zvyšovat kloubní pohyblivost nejlépe v bazénu nebo aplikací vodoléčebných procedur
- redukovat hmotnost zvýšením pohybové aktivity a dietou
- trénovat pohyby, které jsou nezbytné pro pooperační péči (návěs sedu, přetáčení na bok a břicho s polštářkem mezi kolena, návěs stoje a chůze o podpažních berlích
- celkové kondiční cvičení s důrazem na dechovou gymnastiku
- příprava v domácím prostředí, návěs chůze o berlích po bytě a zabezpečit se, že všechny části (koupelna, WC, kuchyň, ložnice) jsou přístupné, eventuálně doma provést menší úpravy (např. protiskluzová podložka, madla, nástavec na WC, zajištění navlékačů ponožek, dlouhých obouvacích lžic)

ad d) U mladších pacientů bez závažnějších kardiopulmonálních onemocnění a s dobrým krevním obrazem je výhodné zajistit odběr vlastní krve pro autotransfuzi, přibližně 3 týdny před plánovaným výkonem. Tato metoda je výhodná nejen z hlediska prevence přenosu infekčních chorob, snížení rizika transfuzních komplikací, ale významně snižuje i pooperační zátěž organismu.

3.3.6 Operační technika

Operace je prováděna v poloze na zádech, v celkové nebo svodné anestezii. Po zajištění dostatečného přístupu je odstraněna poškozená hlavice kosti stehenní. V kloubní jamce je vyfrézovaná postižená chrupavka a do připraveného kostního lůžka se upevní umělá kloubní jamka. Dále je do horního konce stehenní kosti vyhlouben kanál a do něj se zavede dílek endoprotézy s hlavicí. Tato umělá hlavice je nakonec zakloubená do umělé jamky a obnoví se tak spojení mezi pánví a stehenní kostí. Poté se vyzkouší pohyb a stabilita endoprotézy. Pokud je použita endoprotéza cementovaná, jsou komponenty zacementovány. Odetnuté svaly se opět připevní stehy ke svým úponům, celá operační rána je pečlivě sešitá. K zabránění vytvoření krevního výronu v operační ráně je vyveden z operační rány drén.

Po ukončení výkonu je pacient převezen na pooperační oddělení, kde jsou sledovány a zajišťovány základní životní funkce (Sosna, 2001).

3.4 Přehled potencionálních ošetrovatelských diagnóz u pacientů po TEP kyčelního kloubu

- Bolest akutní v souvislosti s operačním výkonem, intenzivní rehabilitací
- Pohyblivost porušená v důsledku operačního zákroku
- Péče o sebe sama nedostatečná v oblasti hygieny a vyprazdňování v důsledku imobility
- Kožní integrita porušená v souvislosti s operační ránou
- Srdeční výdej snížený v důsledku možných pooperačních komplikací
- Strach v souvislosti s prognózou
- Infekce, riziko vzniku v důsledku operační rány, invazivních vstupů
- Poranění, zvýšené riziko v důsledku změny tělesné hybnosti

3.4.1 Ošetrovatelská péče po výkonu

Časná pooperační péče probíhá na JIP, kam jsou nemocní hned po operaci převezeni. Délka hospitalizace na JIP se řídí celkovým stavem nemocného, na standardní oddělení je nejčastěji překládán 1. pooperační den.

Sestra polohuje nemocného do polohy na zádech se správným antiluxačním postavením operované DK – extenze DK, abdukce v kyčli je zabezpečena pomocí klínu mezi DK vysokým 10 cm a vnitřní rotaci špičky, která je v časném pooperačním období zajištěna derotační botou. Je důležité i antidekubitální polohování – podložení pat. Na DK má nemocný elastické kompresní punčochy nebo elastickou bandáž.

Pacient je napojený na monitor a sestra sleduje jeho fyziologické funkce. Sleduje operační ránu a odpad z Redonových drénů, který pravidelně zapisuje. Na zmírnění bolesti aplikuje nemocnému analgetika i.m. a zapisuje jejich účinnost i intenzitu bolesti.

Při převzetí pacienta z JIP sledujeme vitální funkce, TK, P, funkci Redonova drénu, krytí operační rány, ke které přikládáme led, vyprazdňování, nabízíme dostatek tekutin, pečujeme o kanylu, aplikujeme analgetika, antibiotika a antikoagulancia. Sledujeme správné postavení operované končetiny. Mírnou abdukci zajistíme vložением klínu mezi končetiny a zevní rotaci zabráníme sáčkem s pískem.

Dbáme na prevenci dekubitů zajištěním čistoty lůžka a kůže, prováděním ranní a večerní toalety používáním pomůcek, mazáním a masážemi zad a hýždí.

Nemocného vedeme k sebeobsluze, zaměřujeme se na co nejrychlejší mobilizaci a zlepšení psychického stavu. Během pobytu pacienta převádíme na kumarinový preparát – Warfarin, který užívá 3 měsíce od operace, zároveň jej poučíme o možných krvácivých projevech, nutnosti kontrol prostřednictvím Quickova testu.

3.4.3 Pooperační rehabilitace během hospitalizace

V časném pooperačním období od prvního do druhého pooperačního dne, je pacient pouze na lůžku. Pod dohledem rehabilitačních pracovníků, procvičuje svalstvo horních a dolních končetin provádí dechová cvičení. Musí dodržovat doporučenou polohu operované končetiny. Musí se vyvarovat překřížení končetin či vytočení špiček zevně. Klientovi je vkládán molitanový polštář mezi stehna, který zajistí optimální odtažení dolních končetin, aby zpočátku hůře ovladatelná operovaná končetina vlastní vahou nepřekřížila tu operovanou, je nutné veškeré pohyby provádět s určitým omezením, aby nedošlo k vykloubení. Tato omezení musí dodržovat 3 měsíce od operace. Když nemocný leží v posteli, musí držet obě nohy od

sebe a kolena směřují ke stropu nebo dovnitř (špičky směřují dovnitř – pokud je nemocný neudrží sám, podkládají se sáčkem s pískem). Následně je pacient na lůžku posazen a po odstranění drénů a kontrolním rentgenu začíná pacient rehabilitovat mimo lůžko. V prvních dnech po operaci musíme počítat s celkovou slabostí a musíme pamatovat na vznik závratí či mdloby. Během druhého až pátého dne po operaci je pacient posazen na lůžku, nacvičuje se sed, stoj a správný postup vstávání a ulehnutí na lůžku. Pacient vždy vstává z lůžka za zdravou končetinou, kterou spustí na zem, rukama se opře o lůžko a pomalu sesunuje operovanou DK s klínem mezi kolena na zem. Kyčelní kloub nesmí být po celou dobu nadměrně ohnutý. Vztyčí se na neoperované končetině a uchopí berle. Při ulehání do lůžka je to naopak, pacient posune hýždě co nejvíce na postel, aby se kolena dotýkal okraje postele. Operovanou DK chytí pod stehnem a postupně posouvá operovanou i zdravou DK na postel. Oběma rukama se chytí hrazdičky, zapře se o zdravou DK a posune se nahoru. Je nutné se vyvarovat překřížení DK (Malcherová, 2007).

Dále nacvičuje chůzi o berlích. Po zvládnutí chůze je s pacientem nacvičována sebeobsluha jako je usednutí na WC, mytí atd. S pacientem je procvičován pohyb v oblasti kyčelního kloubu, posilování svalů v oblasti kloubu a procvičování lýtkového svalu.

Pro sed je důležité používat vyšší stabilní židli s tvrdší sedačkou, pevným opěradlem a opěrkami rukou. Pacient si nikdy nesmí sednout na nestabilní židli (jako je např. houpačka) a do hlubokého křesla. Před sednutím si musí zkontrolovat, zda-li židle nemůže podjet nebo se převrhnout. Pacient se k židli pomalu přiblíží zády, až se jí dotkne zadní stranou, pak odloží berle. Rukama se opře o opěrku a pomalu si dosedne na sedátko s nataženou operovanou DK (Malcherová, 2007).

Od 8. dne je s pacientem nacvičována chůze o berlích s odlehčenou končetinou na schodech. Pacient se propouští mezi 10. a 14. dnem, dle zvládnutí rehabilitace a hojení operační rány. Před propuštěním jsou pacientovi odstraněny stehy (poučíme jej o hygieně a masáži operované rány), na ránu je přiloženo sterilní krytí, které ponecháváme do druhého dne. Pacient je vybaven radami, jak rehabilitovat a kterých pohybů se musí vyvarovat (Malcherová, 2007).

3.4.3 Pohyby, kterým se musí pacient vyhnout

- přetáčení špičky chodidla zevně – zevní rotace
- přetáčení špičky chodidla dovnitř – vnitřní rotace
- přílišné přitažení dolních končetin – addukce

- ohnutí kyčle nad 90 stupňů – flexe (pacient nesmí zpočátku dřepat, užívají vysoký sed na židli, nástavci na WC či sedačce do vany)

3.4.4 Návik chůze

Rizikové jsou především první tři měsíce, kdy ještě probíhá jizvení svalstva kolem náhrady. Po tuto dobu pacienti používají francouzské hole na odlehčení. Chodí tzv. trojdobou chůzí – tedy napřed berle, pak krok operované končetiny a následuje dokročení zdravou. Je důležité dbát na výšku berlí a stabilní pevnou obuv s pružnou podrážkou.

Zjednodušeně: obě berle – operovaná DK – zdravá DK

Taktéž chůze po schodech je nacvičována již na pooperačních odděleních.

Chůze s berlemi do schodů

Při chůzi do schodů pacient nejprve zvedne neoperovanou DK na schod, přenesse na ni váhu, přisune operovanou DK a jako poslední na tento schod zvedne obě berle.

Zjednodušeně: zdravá DK – operovaná DK – obě berle

Chůze s berlemi ze schodů

Při chůzi ze schodů přesune obě berle o jeden schod dolů, přisune operovanou DK a nakonec spustí a přenesse váhu na zdravou DK.

Zjednodušeně: obě berle – operovaná DK – zdravá DK

Pooperační rehabilitace po propuštění

Pacient je propuštěn domů, pokud má zajištěnou běžnou péči a je schopen dodržovat pohybový režim. Pokud toto pacient není schopen, je přeložen k následné rehabilitaci do zařízení k tomu určených.

3.4.5 Hospitalizace na RHB oddělení

Klient je na rehabilitační oddělení přeložen z ortopedického oddělení. Při přijetí je zhodnocena jeho soběstačnost a poskytujeme mu potřebnou pomoc – nejčastěji při chůzi, toaletě, oblékání, méně často při jídle. Forma a způsob RHB péče se řídí celkovým stavem klienta, stavem vědomí a vnímání. Mimo cvičebních jednotek se praktikuje také fyzikální léčba, zejména procedury zmírňující bolest při rozcvičování kloubu, upravující prokrvení končetiny a rušící spasmusy (ultrazvuk, magnetoterapie, laserterapii, příp. solux, parafín aj). Využívají se elektrostimulační procedury, reflexní masáže a vodoléčba. Během hospitalizace sestry sledují a vyhodnocují spolu s fyzioterapeutkou výsledky aplikovaných rehabilitačních postupů.

Cílem rehabilitační péče je obnovit rozsah pohybu operovaného kloubu, mobilizace pacienta včetně náviku chůze o berlích a obnovení základních pohybových stereotypů s důrazem na bezpečné pohyby v kyčelním kloubu (prevence luxace endoprotézy). Nemocný s cementovanou TEP může zatěžovat DK dříve než pacient s necementovanou TEP, kde se kost adaptuje na cizí materiál.

Je-li jizva v pořádku a bez sekrece, je klientovi doporučeno její opatrné sprchování a omývání. Rána se sleduje a ošetřuje dle ordinace lékaře a průběh hojení se zaznamenává do dokumentace. Jizva se promazává mastným krémem (např. borovou vazelínou) a lékař nebo sestra předvedou klientovi její masírování, které pak provádí několikrát denně sám. Pacient je poučen o možných známkách projevu infekce, které je v případě potřeby nutné ihned hlásit.

Bolest je monitorována, sestra sleduje její lokalizaci, charakter, intenzitu, ovlivňující faktory, podává analgetika podle ordinace a sleduje jejich účinnost.

V pooperační péči je velmi důležitá prevence tromboembolické nemoci (monitorace INR, heparinizace, warfarinizace, včasné vertikalizace, kompresivní terapie DKK, sledování DKK – barvy a teploty kůže, viditelných žilních změn, otoků, bolestivosti). Bandážování DK bývá klientům individuálně doporučeno i po propuštění z nemocnice.

Sestry se dále zaměřují na případné problémy ve vyprazdňování moče a stolice, způsobené převážně sníženou pooperační mobilitou, změnou prostředí a výživy. Sleduje se také kvalita pacientova spánku, protože by měl být fyzicky i psychicky připraven ke správné rehabilitaci. Monitoruje se bilance příjmu a výdeje tekutin, pacient se poučuje o významu dodržování pitného režimu a dostatku pohybu, příp. se sleduje dodržování dietních omezení

(zvláště u pacientů s DM, u nichž se též plní veškeré lékařské ordinace související s onemocněním).

V den propuštění sestra předá pacientovi propouštěcí zprávu pro obvodního lékaře, který v souladu s doporučením lékařů ortopedů určí další farmakologickou léčbu. Nejdůležitějšími věcmi pro brzké zotavení a psychickou pohodu klienta jsou vlídný přístup sestry, dostatek verbální komunikace, empatie ze strany ošetřujícího personálu, dostatečná informovanost klienta před výkony, příjemné a klidné prostředí.

Pro udržení životnosti kloubu je nutné docílit stálé tělesné hmotnosti, důležité je dodržovat správnou životosprávu. Nová situace je pro pacienta v mnohém omezující, proto je třeba, aby jej ošetřující personál motivoval, aby byl pacient trpělivý, vytrvalý a dodržoval instrukce.

3.4.6 Zásady chování pacienta:

Pacient propuštěný do domácího ošetřování je vybaven následujícími radami, týkající se pohybového režimu:

- Vsedě nikdy neohýbat operovaný kloub více než do pravého úhlu, ani na WC, zde je nutné používat nástavec.
- Nesedat do hlubokého křesla, na židli použít polohovací podložku a sedět na obou půlkách hýždí, nepředklánět, neshýbat se (použít speciální podavač či přivolat pomoc), prudce neotáčet trupem.
- Při přetáčení na lůžku mít vždy abdukční polohovací klín mezi kolena, vysoký asi 10 cm.
- Nikdy nedávat nohu přes nohu.
- Při zvedání předmětů ze země předklonit trup a současně mírně zanožit operovanou dolní končetinu nebo použít podavač.

- Nezatěžovat operovanou končetinu při chůzi, pokud neurčí operatér jinak, dle zvolené endoprotézy. Dodržovat pouze doporučenou zátěž operované DK, výhodná a názorná pro pacienta je její kontrola na dvou nášlapných vahách.
- Pro chůzi používat pohodlnou, pevnou a neklouzavou obuv s pružnou podrážkou a bez podpatku.
- Při vstávání z lůžka se pohybovat za zdravou končetinou. A při ulehání naopak.
- Při obouvání používat dlouhou obouvací lžici.
- Řídit automobil může pacient nejdříve tři měsíce po operaci, jako spolujezdec může jezdit ihned, ale s dodržením zásad bezpečného sedu. Jako spolujezdec sedět napříč na zadním sedadle s nataženou operovanou končetinou.
- Při osobní hygieně používat sprchový kout. Vanu vybavit sedákem, madly a protiskluzovou podložkou.
- Rehabilitační cviky provádět opatrně, nejlépe 2 krát denně. Dbát rad a pokynů rehabilitačních pracovníků.

Mezi 6. týdnem a 3. měsícem lze odložit klasické podpažní berle a nahradit je francouzskými. Postupně mezi 2. až 6. měsícem vám lékař povolí odkládat berle a postupně začít plně zatěžovat operovanou končetinu. Pak se již můžete opět zařazovat do běžného života. To se týká i sportu (Sosna, 2003).

3.4.7 Sportovní aktivity po TEP kyčelního kloubu

Sportovní aktivity je možné dovolit až od 6. měsíce po operaci. Vhodná je jízda na kole, plavání, chůze. Je lépe se vyvarovat sjezdovému lyžování na těžkém terénu, prudkých skoků, jízdy na koni a všech činností, které nesou vyšší riziko nekontrolovatelného pádu.

Důležitá je také prevence zánětů a v případě vzniku infekce její včasná a účinná sanace. Dodržování zásad správné životosprávy je nutností k eliminování obezity. Při každém pohybu dochází k nepatrnému opotřebení kontaktních ploch i sebedokonalejší endoprotézy (Sosna, 2003).

Šetřící režim je doporučován po celý zbytek života.

4 METODIKA

Pro získání informací potřebných ke sledování změny kvality života u pacientů po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu jsem zvolila metodu dotazníku (Dotazník pro respondenty – příloha č. II.). Dotazníkové šetření proběhlo v době od 1. července 2010 do 31. října 2010. Většinu dotazníků jsem předkládala respondentům na ambulanci nemocnice Rehamedica Žacléř. Menší část dotazníků jsem distribuovala na ambulance Rehabilitační kliniky Malvazinky, Mediterry – Sedlčany, s. r. o. a klientům akciové společnosti Lázně Velichovky.

Vlastnímu průzkumu šetření, předcházela písemná žádost náměstkyni ředitele pro ošetrovatelskou péči o souhlas s prováděním dotazníkového šetření. Žádosti bylo vyhověno. Podmínkou dotazníkového šetření byla dobrovolná účast respondentů.

Výsledky získané dotazníkovým šetřením jsem zpracovala do tabulek četností a grafů. V tabulkách jsou výsledky vyjádřeny pomocí absolutní četnosti (prosté číslo) a relativní četnosti (vyjádřené procenty%). Graficky jsou výsledky zaznamenány pomocí relativní četnosti (%).

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 70 pacientů, z toho bylo 34 mužů a 36 žen. Dotazník obsahoval 22 otázek (položek). Dvě otázky otevřené, na které respondentům nebyla nabídnuta předem připravená odpověď. Zbývajících 20 položek tvořily otázky, u nichž respondenti vybírali z několika navržených odpovědí. Dvě z těchto otázek jsou diatonické, což znamená, že respondent měl nabídnuty pouze dvě varianty odpovědí. Zbývajících 18 položek jsou otázky polyfonické (výběrové), kdy respondent vybíral z několika připravených odpovědí.

Pro průzkumové šetření jsem si zvolila ambulance v Rehamedica Žacléř, a.s., v rehabilitační klinice Malvazinky, Mediterry – Sedlčany, s.r.o. a nestátní lázně Velichovky, a.s., kam klienti jezdí po operaci TEP pravidelně každý rok. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, z nichž bylo 70 hodnotitelných. Počet respondentů 70 uvádím v analýze dat sledovaného souboru za 100%.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Pohlaví	Abs.č.	Rel.č. (%)
Žena	36	51,43
Muž	34	48,57
Celkem	70	100

Z celkového počtu 70 respondentů vyplnilo dotazník 36 žen (51,43%) a 34 mužů (48,57%).

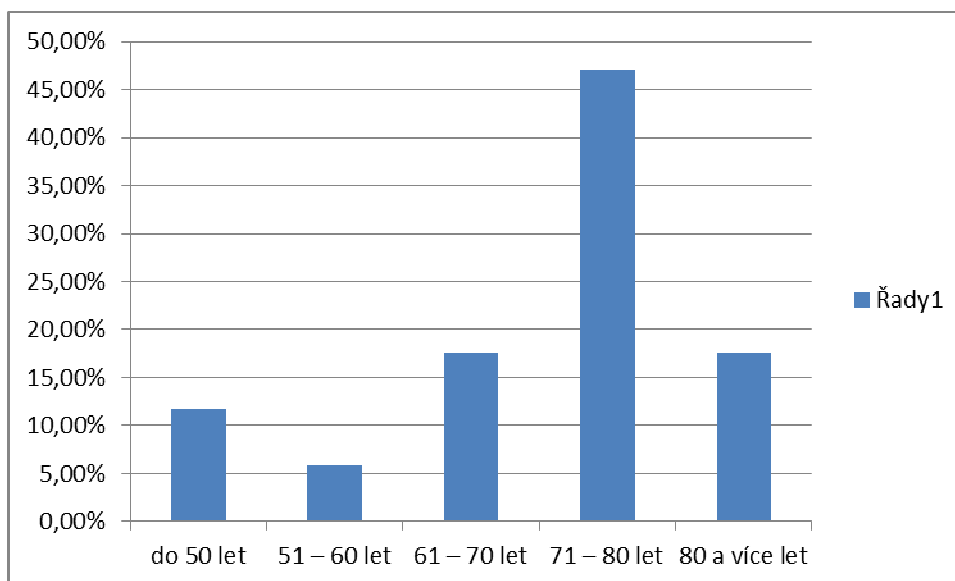
Nejprve předložím údaje, které jsem zjistila u skupiny mužů, potom u skupiny žen.

5.1 VÝSLEDKY U MUŽŮ

Tab.2. Věková kategorie respondentů (mužů)

Věková kategorie	Abs.č.	Rel.č. (%)
do 50 let	4	11,76
51 – 60 let	2	5,88
61 – 70 let	6	17,65
71 – 80 let	16	47,06
80 a více let	6	17,65
Celkem	34	100

Graf č. 1 Věková kategorie respondentů (mužů)

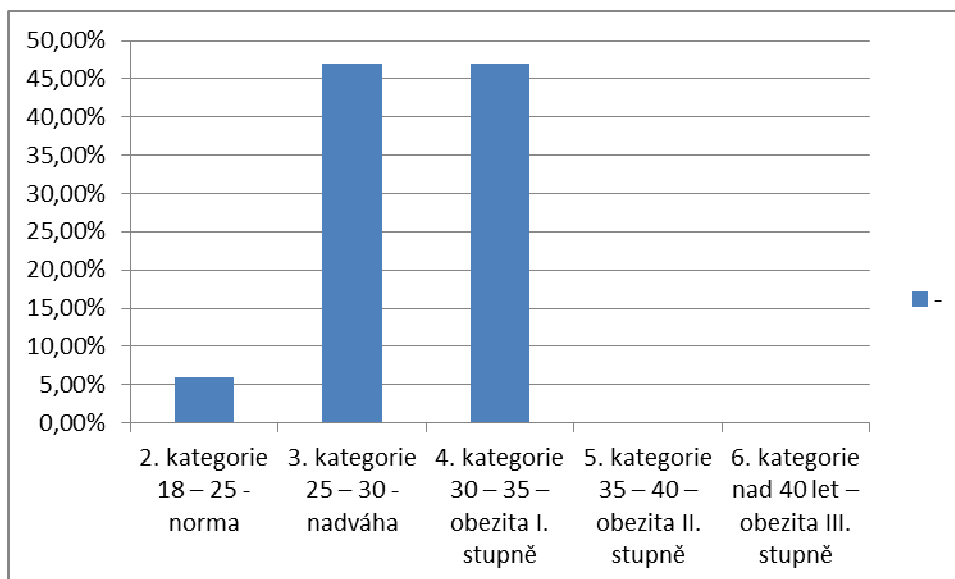


Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli dotazovaní muži mezi 71 – 80 lety, což odpovídá počtu 16 (47,06 %), následovaly věkové kategorie mezi 61 – 70 lety a skupina 80 a více let, které shodně měly 6 respondentů (17,65%). Další věkovou skupinu tvořili klienti ve věku do 50 let, v níž odpověděli 4 (11,76%) a nejméně zastoupenou byla kategorie mezi 51 – 60 lety s celkovým počtem 2 respondentů (5,88%).

Tab 3. Index tělesné hmotnosti respondentů u mužů

BMI – rozmezí	Abs. č.	Rel.č. (%)
1. kategorie do 18 - podvýživa	-	-
2. kategorie 18 – 25 - norma	2	5,88
3. kategorie 25 – 30 - nadváha	16	47,06
4. kategorie 30 – 35 – obezita I. stupně	16	47,06
5. kategorie 35 – 40 – obezita II. stupně	-	-
6. kategorie nad 40 let – obezita III. stupně	-	-
Celkem	34	100

Graf č. 2 Index tělesné hmotnosti respondentů mužů

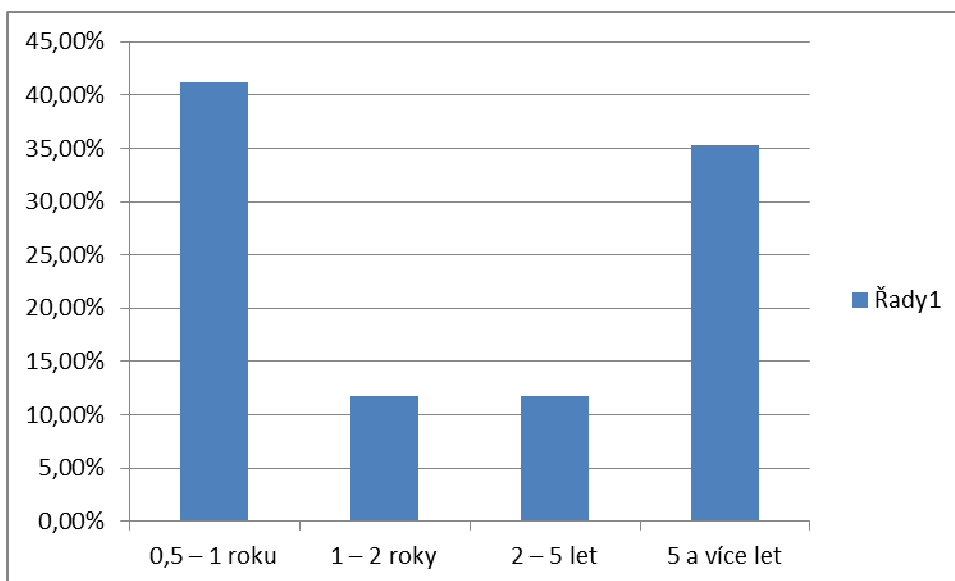


Otázka č. 3 se týkala výšky a hmotnosti respondentů vyjádřenou indexem tělesné hmotnosti (BMI). Nejpočetněji byly zastoupeny kategorie 3. a 4., které shodně vykazovaly 16 respondentů (47,06%), dále ji pak následovala 2. kategorie, tj. 2 (5,88%) Vůbec nebyly zastoupeny 1., 5. a 6. kategorie.

Tab 4. Doba po operaci TEP kyčelního kloubu u sledovaného souboru mužů

Časové rozmezí	Abs.č.	Rel.č. (%)
0,5 – 1 roku	14	41,18
1 – 2 roky	4	11,76
2 – 5 let	4	11,76
5 a více let	12	35,30
Celkem	34	100

Graf č. 3 Doba po operaci TEP kyčelního kloubu u sledovaného souboru mužů

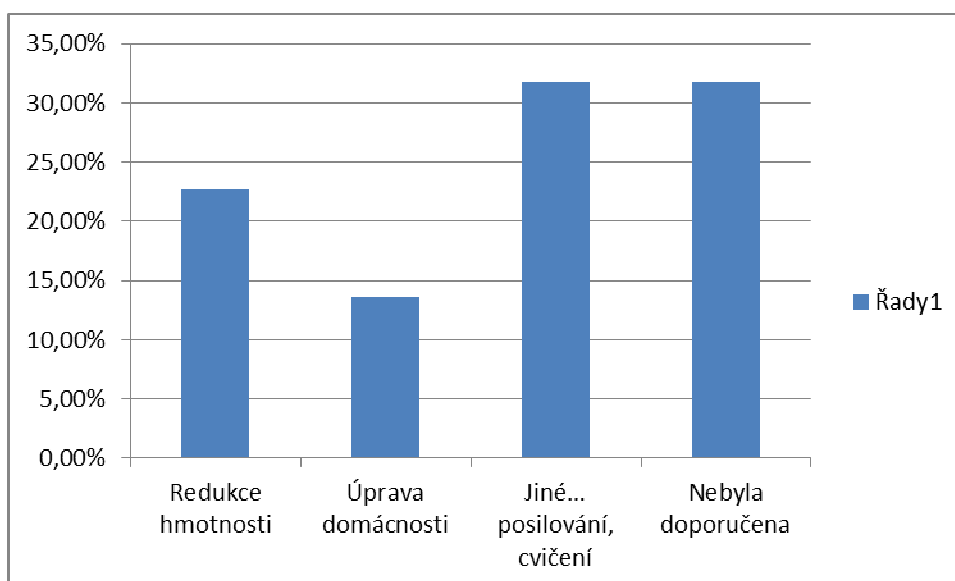


Nejpočetnější skupinu této oblasti tvořili respondenti s nejmenším časovým odstupem od operace 0,5 – 1 rok, tj. 14 (41,18%). Za touto skupinou následovali muži, kteří měli 5 a více let po operaci, tj. 12 (35,30%). Poslední dvě skupiny tvořili respondenti, kteří byli 1 – 2 roky a 2 – 5 let po operaci, tj. 4 (11,76%).

Tab 5. Doporučení speciální předoperační přípravy (bylo možné označit více možností)

Druh předoperační přípravy	Abs.č.	Rel.č. (%)
Redukce hmotnosti	10	22,73
Úprava domácnosti	6	13,63
Jiné... posilování, cvičení	14	31,82
Nebyla doporučena	14	31,82
Celkem	44	100

Graf č. 4 Doporučení speciální předoperační přípravy

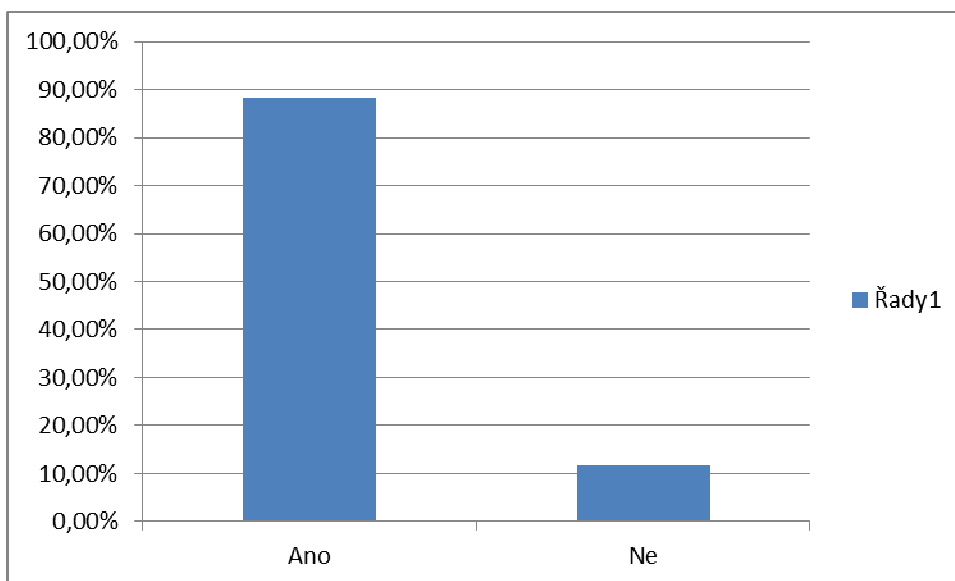


Z celkového počtu 34 dotázaných mužů po operaci TEP kyčle, kteří mohli označit více odpovědí, z celkového počtu 44 (100%) odpovědí u 14 (31,82%) pacientů bylo doporučeno posilování, cvičení, ale bohužel stejná skupina respondentů uváděla, že nedostala vůbec žádné instrukce týkající se předoperační přípravy. U 10 (22,73%) byla doporučena redukce váhy a nejméně dotázaných mužů, tj. 6 (13,63%), bylo seznámeno s úpravou své domácnosti před operací.

Tab 6. Informovanost o možných komplikacích, které mohou nastat po TEP kyčle

Informovanost o komplikacích	Abs.č.	Rel.č. (%)
Ano	30	88,24
Ne	4	11,76
Celkem	34	100

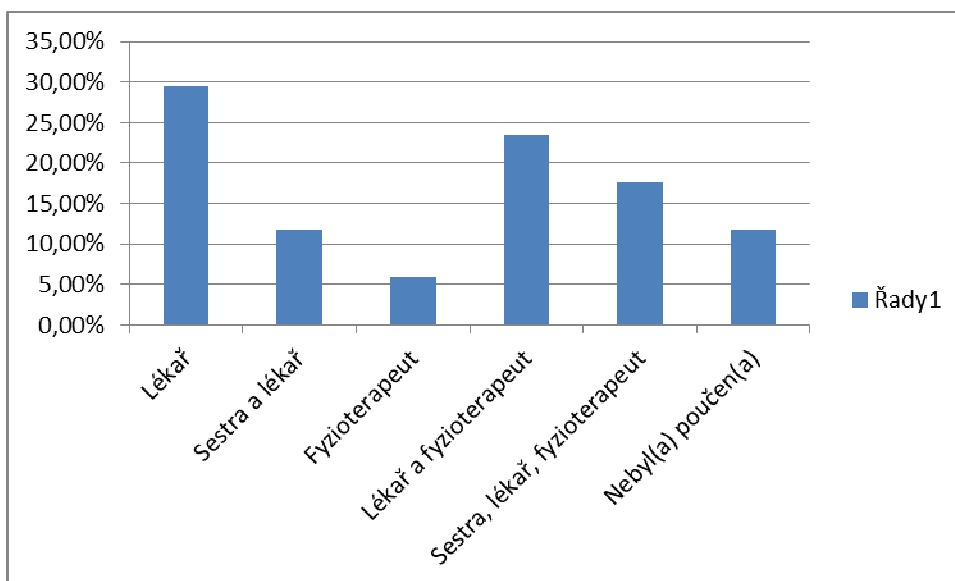
Graf 5 Informovanost o možných komplikacích, které mohou nastat po TEP kyčle



O možných komplikacích bylo informováno 30 (88,24%) respondentů, 4 (11,76%) uvedli, že nebyli o komplikacích poučeni vůbec.

Tab 7. Zdroj informací o možných komplikacích

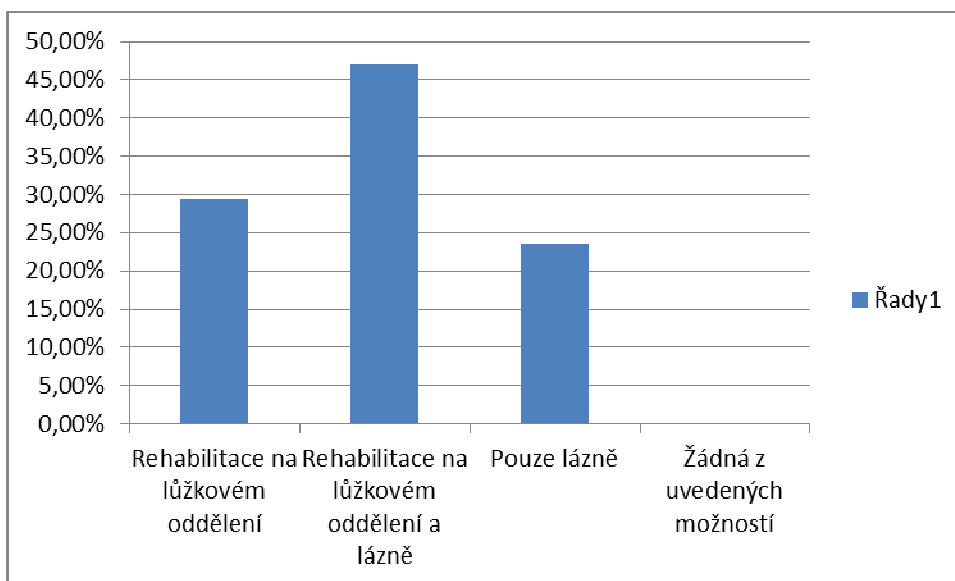
Zdroj	Abs.č.	Rel.č. (%)
Lékař	10	29,41
Sestra a lékař	4	11,76
Fyzioterapeut	2	5,88
Lékař a fyzioterapeut	8	23,53
Sestra, lékař, fyzioterapeut	6	17,65
Nebyl(a) poučen(a)	4	11,76
Celkem	34	100

Graf 6 Zdroj informací o možných komplikacích

Z celkového počtu 34 respondentů uvedlo 10 (29,41%), že je o možných komplikacích po operaci TEP informoval pouze lékař, následovala skupina 8 (23,53%) dotázaných, kteří uvedli, že je informoval lékař i fyzioterapeut. Možnost, že by pacient byl informovaný od sestry, lékařě i fyzioterapeuta zvolilo 6 (17,65%) dotázaných, sestrou a lékařem byli informováni 4 (11,76%) respondenti, 2 (5,88%) uvedli poučení pouze fyzioterapeuta a 4 (11,76%) dotázaní muži uvedli, že nebyli informováni vůbec.

Tab 8. Následná péče po operaci kyčelního kloubu respondentů

Druh následné péče	Abs.č.	Rel.č. (%)
Rehabilitace na lůžkovém oddělení	10	29,41
Rehabilitace na lůžkovém oddělení a lázně	16	47,06
Pouze lázně	8	23,53
Žádná z uvedených možností	-	-
Celkem	34	100

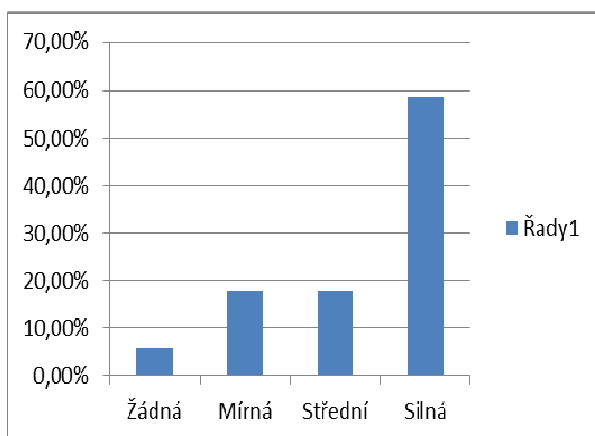
Graf 7 Následná péče po operaci kyčelního kloubu respondentů

V oblasti následné péče po operaci tvoří nejpočetnější skupinu respondenti, kteří absolvovali rehabilitaci jak na lůžkovém oddělení, tak i v lázních, tj. 16 (47,06%). Další skupinu tvoří respondenti, kteří podstoupili rehabilitaci pouze na lůžkovém oddělení, tj. 10 (29,41%). 8(23,53%) respondentů absolvovalo pouze lázně. Variantu, že nebyla využita žádná z uvedených možností neoznačil žádný z dotazovaných mužů.

Tab 9. Přítomnost noční /klidové/ bolesti u sledovaného souboru mužů

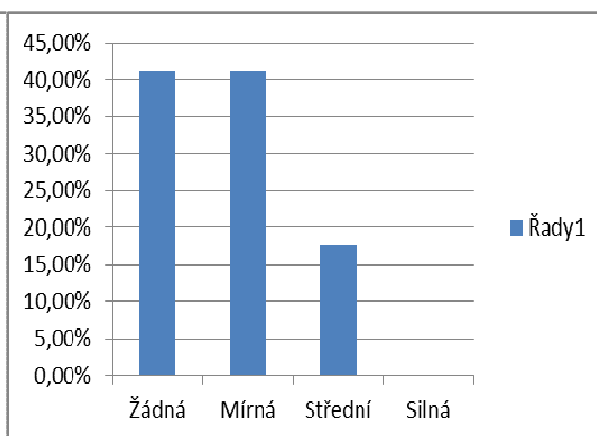
Noční bolest	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Žádná	2	5,88	14	41,18
Mírná	6	17,65	14	41,18
Střední	6	17,65	6	17,64
Silná	20	58,82	-	-
Celkem	34	100	34	100

Graf č.8 Přítomnost nočních bolestí u sledovaného souboru mužů



Před operací

Graf č.9 Přítomnost nočních bolestí u sledovaného souboru mužů



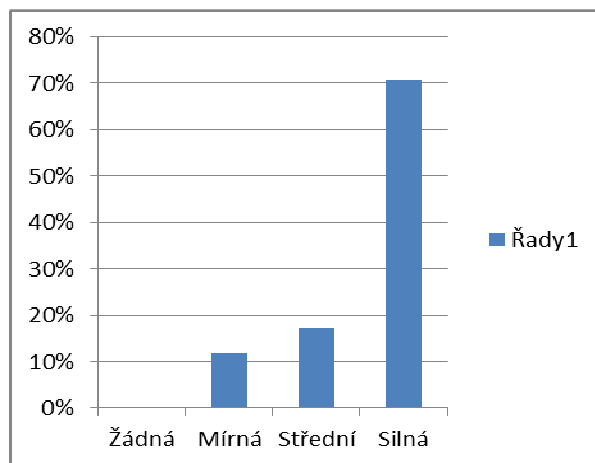
Nyní

Z celkového počtu 34 dotázaných mužů uvedlo, že **před operací** mělo 20 (58,82%) noční bolesti silné, 6 (17,65%) uvádělo bolesti střední nebo mírné a 2 (5,88%) muži neměli před operací noční bolesti vůbec. **Po operaci (nyní)** uvedlo 14 (41,18%) mužů, že nemají noční bolesti žádné a nebo mírné, 6 (17,65%) respondentů uvedlo přítomnost středních nočních bolestí a silné noční bolesti po operaci neuvedl žádný z dotázaných.

Tab 10. Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru mužů

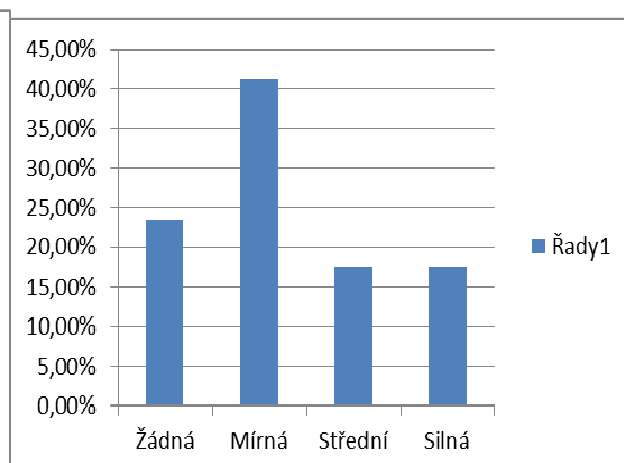
Zátěžová bolest	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Žádná	-	-	8	23,53
Mírná	4	11,76	14	41,18
Střední	6	17,65	6	17,65
Silná	24	70,59	6	17,65
Celkem	34	100	34	100

**Graf č.10 Intenzita bolesti při zátěži
u sledovaného souboru mužů**



Před operací

**Graf č.11 Intenzita bolesti při zátěži
u sledovaného souboru mužů**



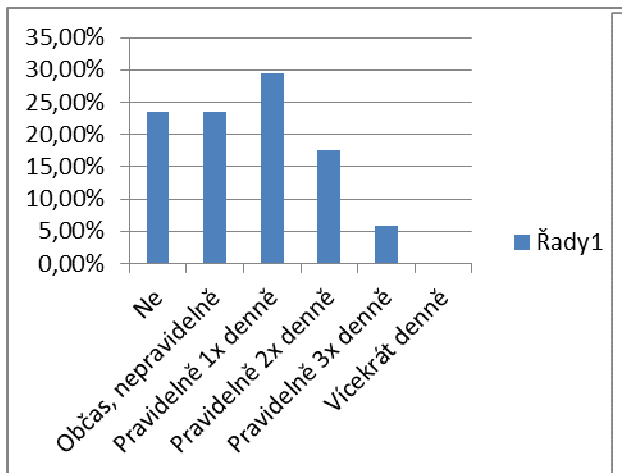
Nyní

Z tabulky vyplývá změna intenzity bolesti při zátěži před a po operaci. **Před operací** trpělo silnou bolestí 24 (70,59%) respondentů, střední intenzitu bolesti uvedlo 6 (17,65%), mírnou intenzitou trpělo 4 (11,76%) dotazovaní muži. Úplnou absenci bolesti **před operací** neuvedl žádný z respondentů, kdežto **po operaci (nyní)** bylo 8 (23,53%) zcela bez bolesti, 14 (41,18%) dotazovaných mužů uvedlo pouze mírné bolesti při zátěži. Střední a silnou bolest při zátěži uvedlo 6 (17,65%) respondentů.

Tab 11. Léčba analgetiky u sledovaného souboru mužů

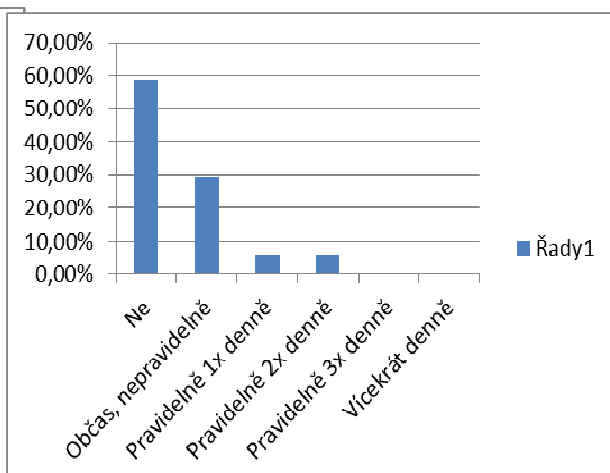
Četnost medikace	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Ne	8	23,53	20	58,82
Občas, nepravidelně	8	23,53	10	29,41
Pravidelně 1x denně	10	29,41	2	5,88
Pravidelně 2x denně	6	17,65	2	5,88
Pravidelně 3x denně	2	5,88	-	-
Vícekrát denně	-	-	-	-
Celkem	34	100	34	100

Graf č.12 Léčba analgetiky u sledovaného souboru mužů



Před operací

Graf č.13 Léčba analgetiky u sledovaného souboru mužů



Nyní

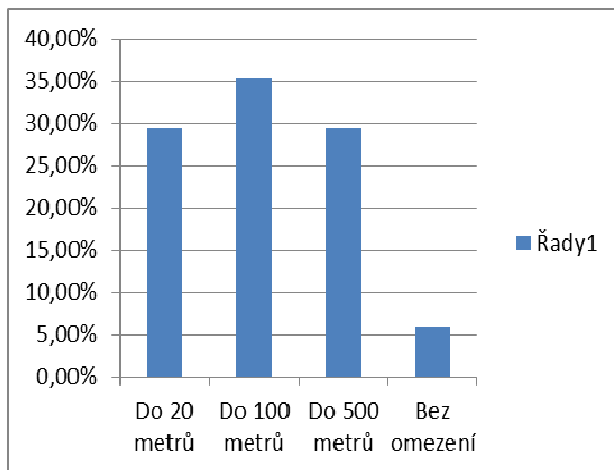
Před operací 8 (23,53%) respondentů neužívalo analgetika vůbec a stejný počet uvedlo občas nepravidelně, **po operaci** se počet těchto respondentů zvýšil, 20 (58,82%) dotázaných mužů nevyžaduje po operaci léčbu analgetiky a 10 (29,41%) občas nepravidelně. **Před operací** užívalo analgetika pravidelně 1 x denně 10 (29,41%) respondentů a **po operaci** pouze 2 (5,88%) dotázaní muži. **Před operací** uvedlo užívání analgetik pravidelně 2 x denně 6 (17,65%) respondentů a pravidelně 3 x denně uvedlo 2 (5,88%) z dotázaných respondentů. **Po operaci (nyní)** se tento počet snížil, pravidelně 2 x denně vyžaduje léčbu analgetiky 2 (5,88%) respondenti a pravidelně 3 x denně nebo vícekrát denně nevedl žádný z respondentů.

Tab 12. Schopnost chůze respondentů

Vzdálenost	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Do 20 metrů	10	29,41	-	-
Do 100 metrů	12	35,29	4	11,76
Do 500 metrů	10	29,41	8	23,53
Bez omezení	2	5,88	22	64,71
Celkem	34	100	34	100

Graf č. 14 Schopnost chůze respondentů

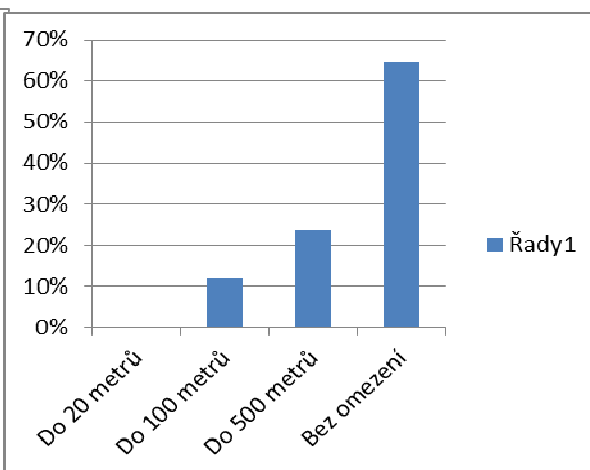
před operací



Před operací

Graf č. 15 Schopnost chůze respondentů

nyní



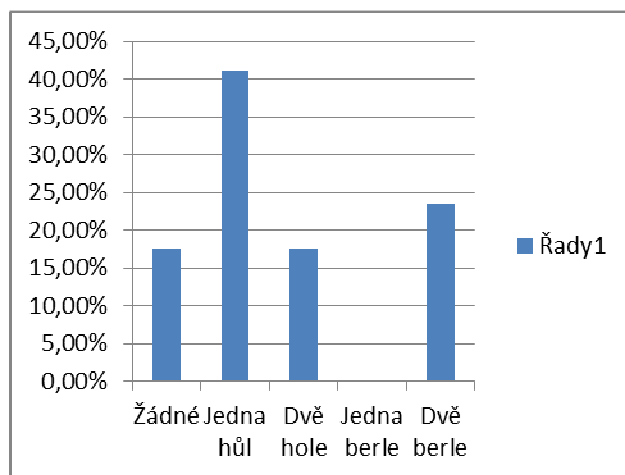
Nyní

Před operací bylo schopno chůze do 100 metrů 12 (35,29%) dotázaných, **po operaci (nyní)** stejnou vzdálenost uvedli 4 (11,76%). Chůze do 500 metrů bylo **před operací** schopno ujít 10 (29,41%), **po operaci (nyní)** jich bylo schopno tutéž vzdálenost ujít 8 (23,53%). Vzdálenost bez omezení **před operací** byli schopni ujít pouze 2 (5,88%) z respondentů, **po operaci (nyní)** počet vzrostl na 22 (64,71%).

Tab 13. Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek u sledovaného souboru mužů

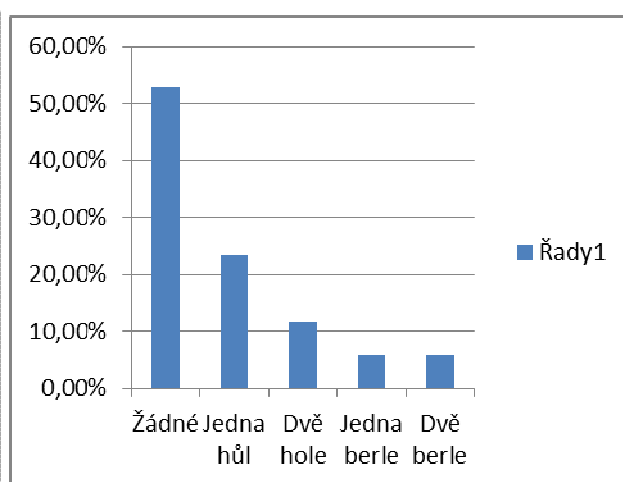
Kompenzační pomůcka	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Žádné	6	17,65	18	52,94
Jedna hůl	14	41,18	8	23,53
Dvě hole	6	17,65	4	11,76
Jedna berle	-	-	2	5,88
Dvě berle	8	23,53	2	5,88
Celkem	34	100	34	100

Graf č. 16 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u sledovaného souboru mužů (před operací)



Před operací

Graf č. 17 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u sledovaného souboru mužů (nyní)



Nyní

Kompenzační pomůcky **před operací** nepoužívalo 6 (17,65%) respondentů, jednu hůl používalo 14 (41,18%) dotazovaných, dvě hole užívalo 6 (17,65%) respondentů. Používání jedné berle nevedl žádný z dotazovaných a dvě berle muselo používat 8 (23,53%) respondentů.

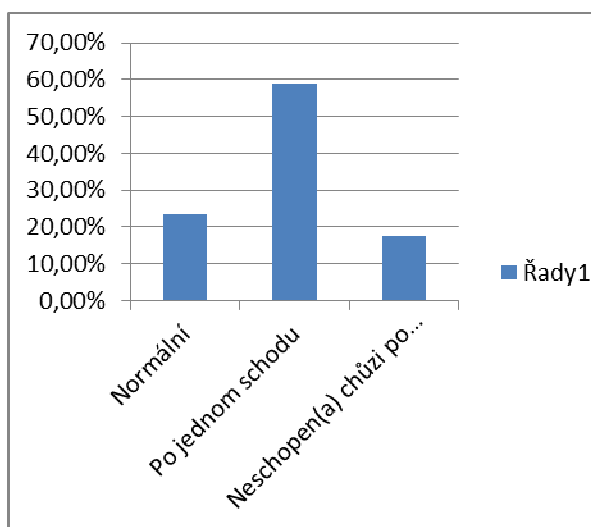
Po operaci (nyní) nežívalo žádné kompenzační pomůcky 18 (52,94%) respondentů, jednu hůl uvedlo 8 (23,53%) dotazovaných. Nezbytnost použití dvou holí po operaci uvedli 4

(11,76%) respondenti, jednu berli museli používat jen 2 (5,88%) z dotazovaných a stejný počet respondentů bylo nuceno používat dvě berle.

Tab 14. Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru mužů

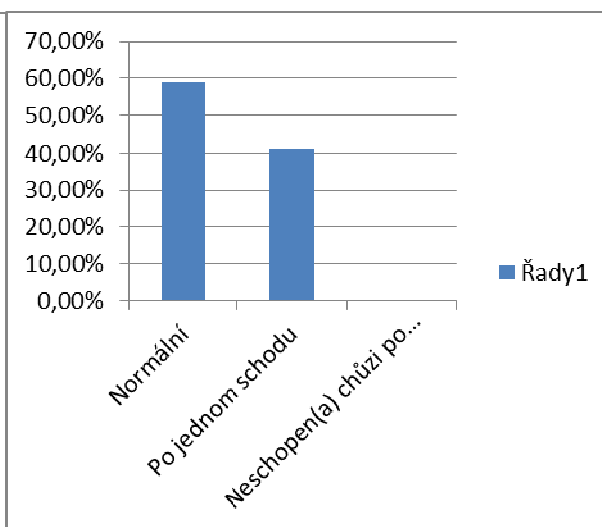
Chůze	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Normální	8	23,53	20	58,82
Po jednom schodu	20	58,82	14	41,18
Neschopen(a) chůzi po schodech	6	17,65	-	-
Celkem	34	100	34	100

Graf č.18 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru mužů



Před operací

Graf č.19 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru mužů



Nyní

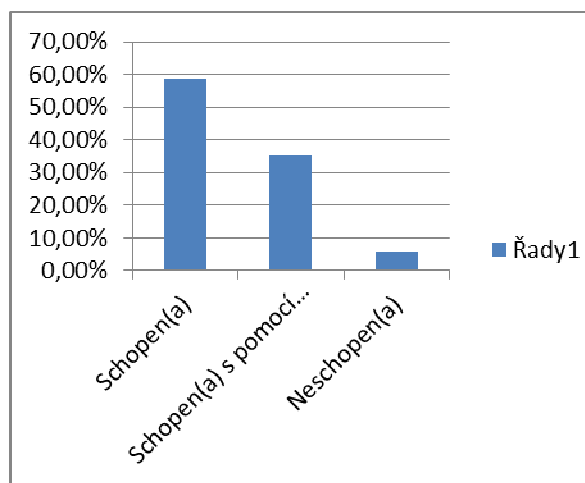
Při posuzování schopnosti chůze po schodech volili respondenti ze tří nabízených možností. **Před operací** 8 (23,53%) bylo schopno normální chůze po schodech, 20 (58,82%) respondentů uvedlo schopnost chůze po jednom schodu, neschopnost chůze po schodech označilo 6 (17,65%) dotazovaných.

Po operaci (nyní) žádný z respondentů nevedl neschopnost chůze po schodech, 14 (41,18%) respondentů bylo schopno chůze po jednom schodu, 20 (58,82%) dotazovaných bylo schopno normální chůze po schodech.

Tab 15. Schopnost oblékání respondentů

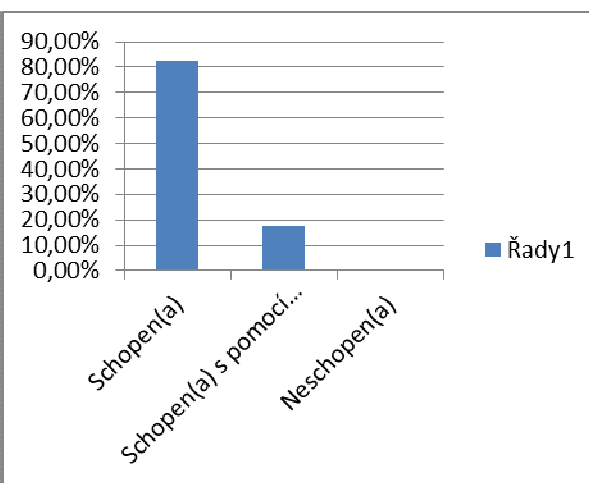
Oblékání	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Schopen(a)	20	58,82	28	82,35
Schopen(a) s pomocí druhé osoby	12	35,29	6	17,65
Neschopen(a)	2	5,88	-	-
Celkem	34	100	34	100

Graf č.20 Schopnost oblékání respondentů



Před operací

Graf č.21 Schopnost oblékání respondentů



Nyní

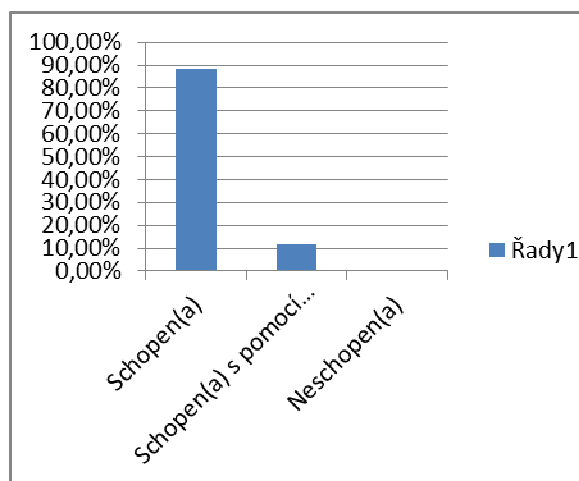
Před operací 20 (58,82%) respondentů uvádí schopnost samostatného oblékání, 12 (35,29%) respondentů bylo schopno oblékání s pomocí druhé osoby a neschopnost oblékání uvedli 2 (5,88%) z dotazovaných.

Po operaci (nyní) 28 (82,35%) respondentů bylo schopno samostatného oblékání, s pomocí druhé osoby se oblékalo 6 (17,65%) respondentů.

Tab 16. Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru mužů

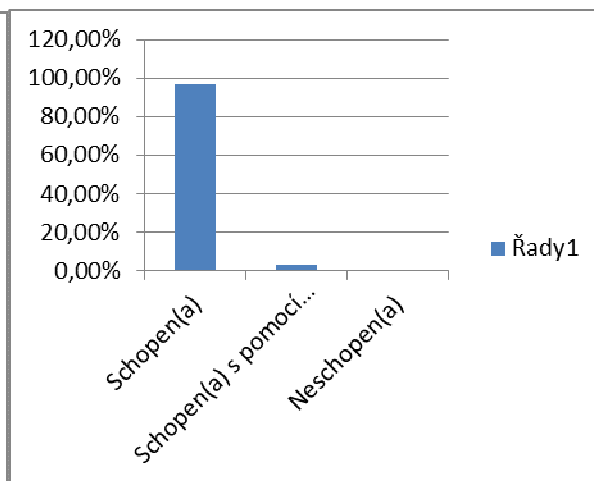
Osobní hygiena	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Schopen(a)	30	88,24	33	97,06
Schopen(a) s pomocí druhé osoby	4	11,76	1	2,94
Neschopen(a)	-	-	-	-
Celkem	34	100	34	100

Graf č.22 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru mužů



Před operací

Graf č.23 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru mužů



Nyní

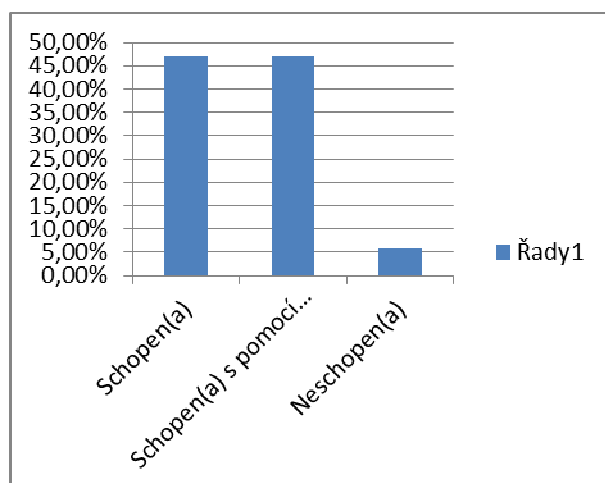
Před operací zvládalo hygienu 30 (88,24%) dotazovaných mužů a 4 (11,76%) jich bylo schopno zvládnout osobní hygienu pouze s dopomocí druhé osoby. Žádný z respondentů nevedl neschopnost osobní hygieny.

Po operaci (nyní) 33 (97,06%) respondentů bylo schopno provádět osobní hygienu, pouze 1 (2,94%) z dotazovaných vyžadoval pomoc druhé osoby. Žádný nevedl neschopnost provádět osobní hygienu.

Tab 17. Údržba domácnosti sledovaného souboru mužů

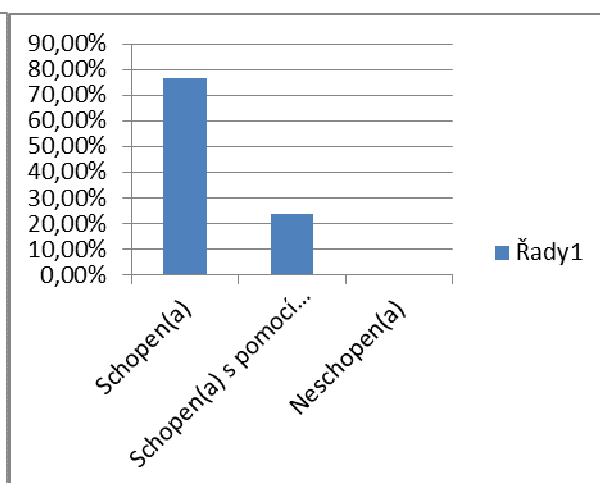
Údržba domácnosti	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Schopen(a)	16	47,06	26	76,47
Schopen(a) s pomocí druhé osoby	16	47,06	8	23,53
Neschopen(a)	2	5,88	-	-
Celkem	34	100	34	100

Graf č.24 Údržba domácnosti u sledovaného souboru mužů



Před operací

Graf č.25. Údržba domácnosti u sledovaného souboru mužů



Nyní

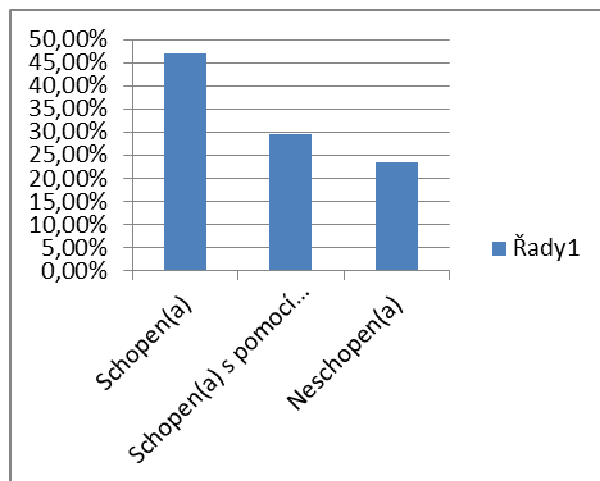
Před operací 16 (47,06%) respondentů bylo schopno udržovat domácnost, stejný počet respondentů uvedlo schopnost udržovat domácnost s pomocí druhé osoby a 2 (5,88%) z dotazovaných nebyli schopni údržby domácnosti vůbec.

Po operaci (nyní) 26 (76,47%) respondentů je schopno bez pomoci udržovat domácnost, 8 (23,53%) jich vyžaduje při údržbě domácnosti pomoc druhé osoby. Neschopnost údržby domácnosti neuvedl žádný z dotazovaných.

Tab 18. Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů mužů

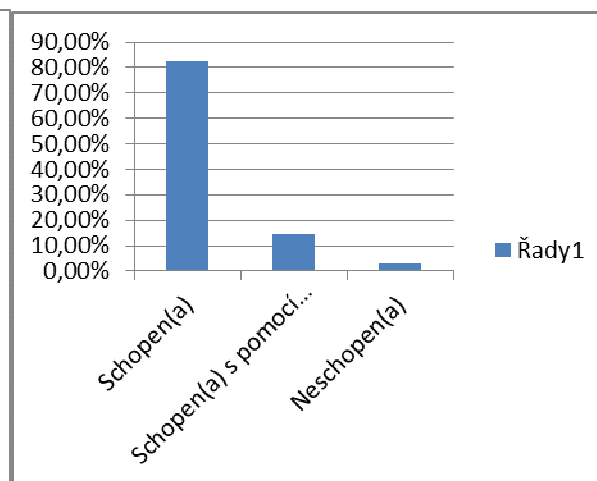
Schopnost nástupu	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Schopen(a)	16	47,06	28	82,35
Schopen(a) s pomocí druhé osoby	10	29,41	5	14,71
Neschopen(a)	8	23,53	1	2,94
Celkem	34	100	34	100

Graf č.26 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů mužů



Před operací

Graf č.27 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů mužů



Nyní

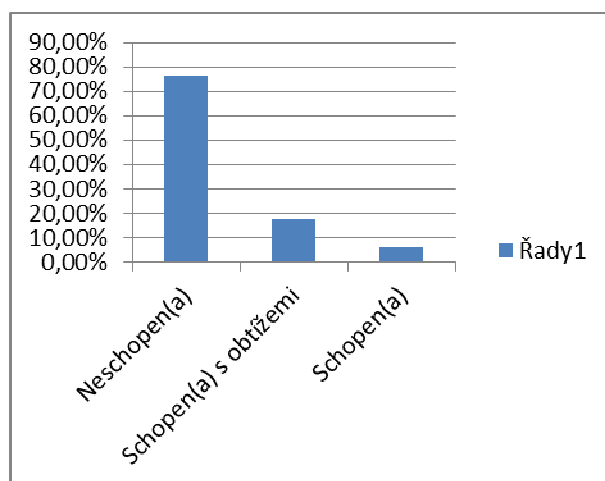
Před operací 16 (47,06%) respondentů bylo schopno zvládnout nástup do dopravního prostředku, 10 (29,41%) jich bylo schopno nástupu s pomocí druhé osoby a 8 (23,53%) respondentů nebylo vůbec schopno nástupu do dopravního prostředku.

Po operaci (nyní) bylo 28 (82,35%) dotazovaných mužů schopno nastoupit do dopravního prostředku, 5 (14,71%) jich bylo schopno nástupu s pomocí druhé osoby. Pouze 1 (2,94%) nebyl schopen nástupu do dopravního prostředku.

Tab 19. Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru mužů

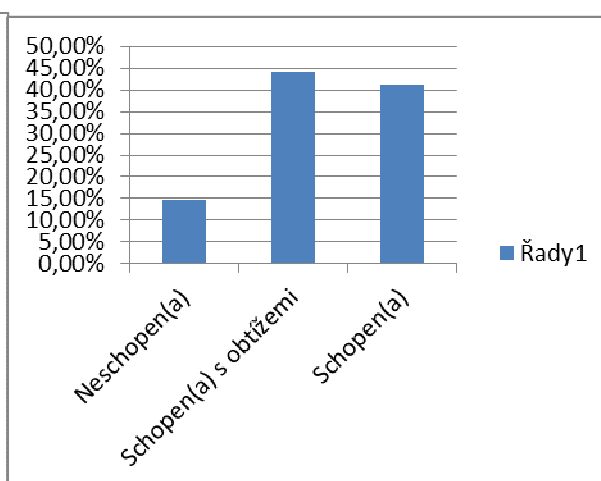
Schopnost	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Neschopen(a)	26	76,47	5	14,71
Schopen(a) s obtížemi	6	17,65	15	44,12
Schopen(a)	2	5,88	14	41,18
Celkem	34	100	34	100

Graf č.28 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru mužů



Před operací

Graf č.29 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru mužů



Nyní

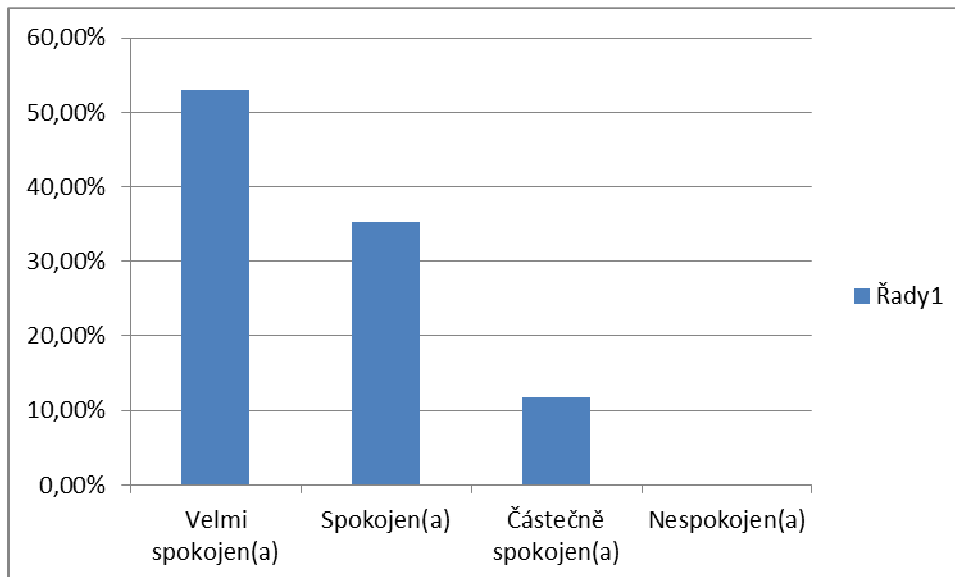
Před operací 26 (76,47%) respondentů nebylo schopno sportovního vyžití, 6 (17,65%) jich bylo schopno jen s obtížemi. Pouze malá část 2 (5,88%) respondenti byli schopni sportovního vyžití.

Po operaci (nyní) 5 (14,71%) respondentů není schopno sportovního činnosti, 15 (44,12%) jich je schopno sportovní činnosti s obtížemi a schopnost sportovní činnosti uvedlo 14 (41,18%) respondentů.

Tab 20. Míra spokojenosti respondentů po operaci kyčelního kloubu

Spokojenost	Abs.č.	Rel.č. (%)
Velmi spokojen(a)	18	52,94
Spokojen(a)	12	35,30
Částečně spokojen(a)	4	11,76
Nespokojen(a)	-	-
Celkem	34	100

Graf č.30 Míra spokojenosti respondentů po operaci kyčelního kloubu

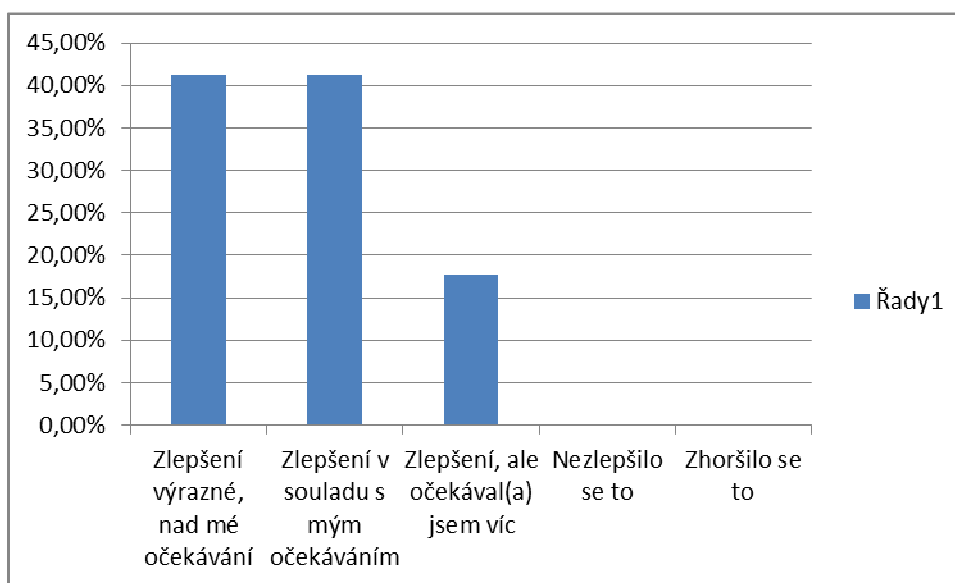


Na otázku subjektivní míry spokojenosti s operací kyčelního kloubu odpovědělo 18 (52,94%) mužů, že jsou velmi spokojeni, 12 (35,30%) jich bylo spokojeno a 4 (11,76%) respondenti byli pouze částečně spokojeni.

Tab 21. Subjektivní hodnocení změny kvality života respondentů mužů

Subjektivní hodnocení	Abs.č.	Rel.č. (%)
Zlepšení výrazné, nad mé očekávání	14	41,18
Zlepšení v souladu s mým očekáváním	14	41,18
Zlepšení, ale očekával(a) jsem víc	6	17,65
Nezlepšilo se to	-	-
Zhoršilo se to	-	-
Celkem	34	100

Graf č.31 Subjektivní hodnocení změny kvality života respondentů mužů



Pokud se týká subjektivního hodnocení kvality života **po operaci** bylo 14 (41,18%) dotazovaných spokojeno výrazně /nad očekávání/, 14 (41,18%) jich uvedlo zlepšení v souladu s očekáváním a 6 (17,65%) zlepšení, ale očekávali víc. Ostatní možnosti odpovědí respondenti nevyužili.

V konečné části dotazníku jsem poskytla respondentům možnost vyjádření vlastního názoru k dané problematice. Cituji: „Kdybych věděl více, nebál bych se tolik a rozhodl bych se pro tuto operaci dříve“. V této části dotazníku se lidé vyjadřovali k celkovému zlepšení stavu po operaci, ale také k tomu, že měli nedostatek informací i strach z operace.

V neposlední řadě 6 (17,64%) dotazovaných mužů uvedlo, že chtěli jít na operaci dříve, ale museli čekat na volný termín.

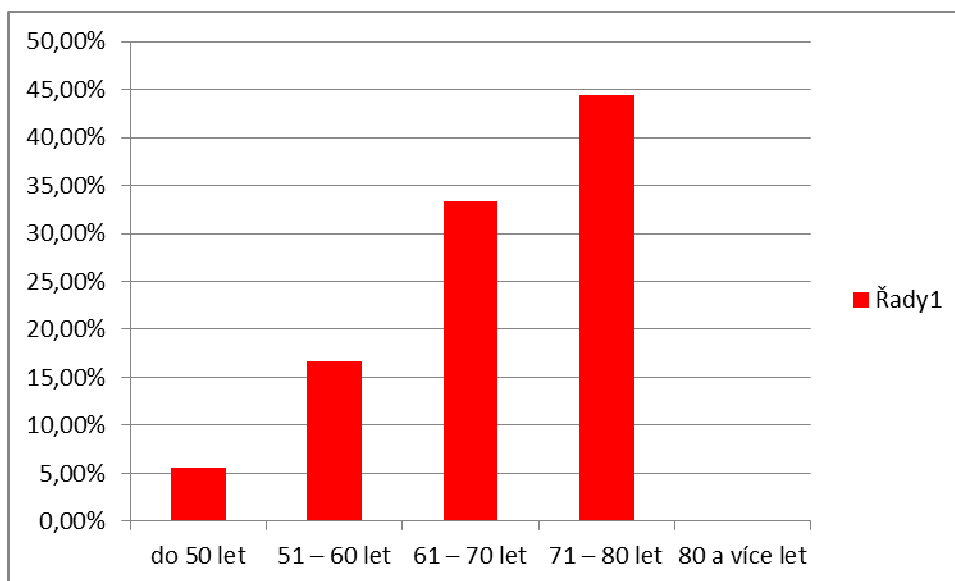
5.2 VÝSLEDKY U ŽEN

Skončili jsme šetření u skupiny mužů a přecházíme ke skupině žen po TEP kyčelního kloubu.

Tab 22. Věková kategorie respondentů (žen)

Věková kategorie	Abs.č.	Rel.č. (%)
do 50 let	2	5,56
51 – 60 let	6	16,67
61 – 70 let	12	33,33
71 – 80 let	16	44,44
80 a více let	-	-
Celkem	36	100

Graf č.32 Věková kategorie respondentů (žen)

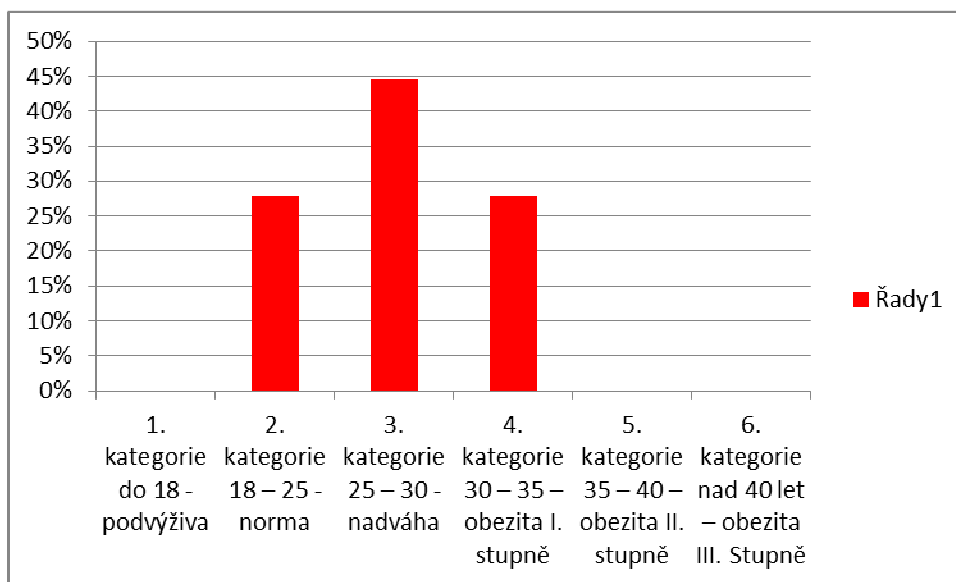


Nejpočetnější skupinou byly ženy mezi 71 – 80 lety, tj. 16 (44,44%), za ní následovala věková kategorie mezi 61 – 70 lety, v níž odpovědělo 12 (33,33%), dále ve věkové kategorii 51 – 60 let odpovídalo 6 (16,67%) žen a ve věku do 50 let 2 (5,56%). Ve věkovém rozmezí 80 a více let nebyla žádná žena.

Tab 23. Index tělesné hmotnosti respondentů žen

BMI – rozmezí	Abs. č.	Rel.č. (%)
1. kategorie do 18 - podvýživa	-	-
2. kategorie 18 – 25 - norma	10	27,78
3. kategorie 25 – 30 - nadváha	16	44,44
4. kategorie 30 – 35 – obezita I. stupně	10	27,78
5. kategorie 35 – 40 – obezita II. stupně	-	-
6. kategorie nad 40 let – obezita III. Stupně	-	-
Celkem	36	100

Graf č.33 Index tělesné hmotnosti respondentů žen

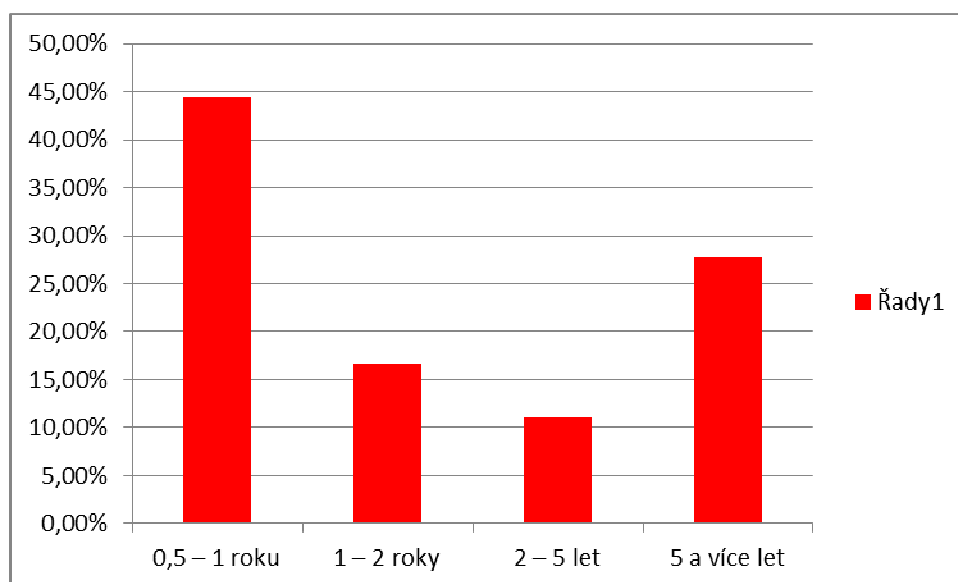


V této otázce byla nejvíce zastoupená kategorie č. 3, která uváděla nadváhu u 16 (44,44%) dotázaných, dále následovaly kategorie 2. a 4., které shodně vykazují 10 (27,78%) respondentů. Vůbec nebyly zastoupeny, tak jako u mužů, kategorie 5. a 6.

Tab 24. Doba po operaci TEP kyčelního kloubu u sledovaného souboru žen

Časové rozmezí	Abs.č.	Rel.č. (%)
0,5 – 1 roku	16	44,44
1 – 2 roky	6	16,67
2 – 5 let	4	11,11
5 a více let	10	27,78
Celkem	36	100

Graf č.34 Doba po operaci TEP kyčelního kloubu u sledovaného souboru žen

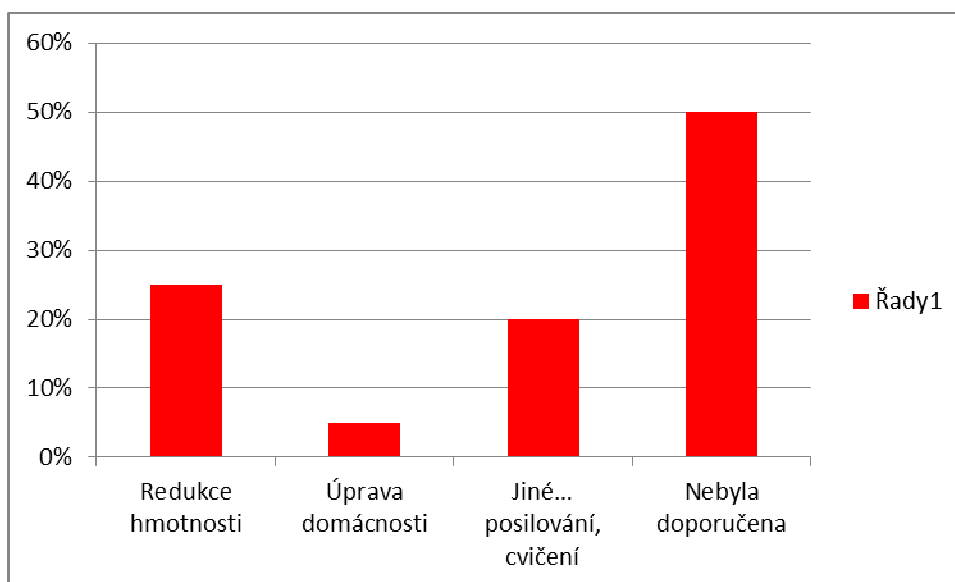


Nejvíce zastoupenou skupinou byly ženy ve stejném časovém rozmezí jako muži 0,5 – 1 rok po operaci TEP kyčle, tj. 16 (44,44%), následovaná skupinou 5 a více let od operace, tj. 10 (27,78%), 1 – 2 roky po operaci bylo 6 (16,67%) respondentů a nejméně vykazovala skupina žen v časovém rozmezí od 2 do 5 let od operace, tj. 4 (11,11%).

Tab 25. Doporučení speciální předoperační přípravy (bylo možné označit více možností)

Druh předoperační přípravy	Abs.č.	Rel.č. (%)
Redukce hmotnosti	10	25
Úprava domácnosti	2	5
Jiné... posilování, cvičení	8	20
Nebyla doporučena	20	50
Celkem	40	100

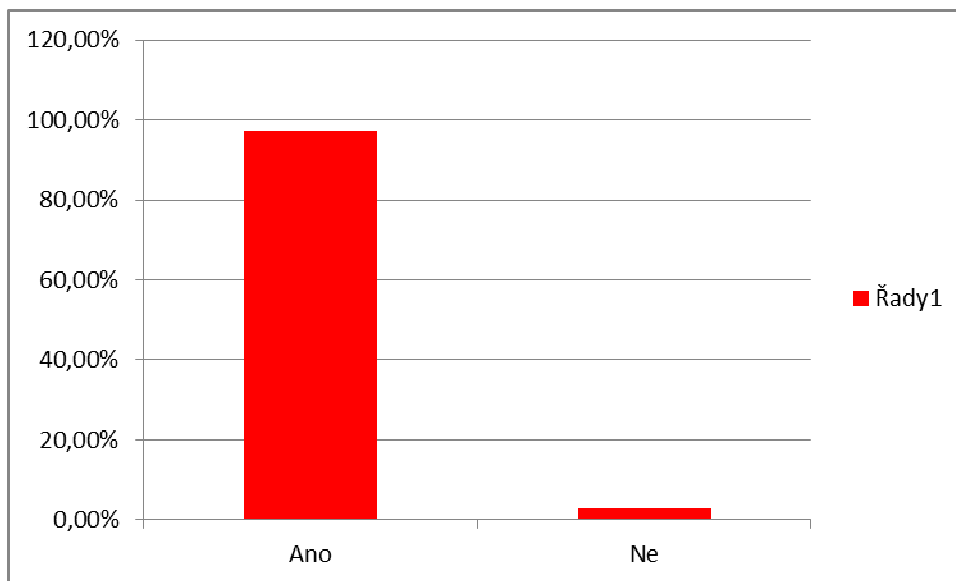
Graf č.35 Doporučení speciální předoperační přípravy



Z celkového počtu 36 dotazovaných žen po TEP kyčle, které mohly označit více odpovědí, z celkového počtu 40 (100%) odpovědí bylo 20 (50%) pacientek, které uvedly, že jim nebyla doporučena žádná speciální předoperační příprava. Redukce hmotnosti byla doporučena 10 (25%) dotázaným ženám, doporučení posilování a cvičení uvádělo 8 (20%) respondentek a úpravu domácnosti 2 (5%).

Tab 26. Informovanost o možných komplikacích, které mohou nastat to TEP kyčle

Informovanost o komplikacích	Abs.č.	Rel.č. (%)
Ano	35	97,22
Ne	1	2,78
Celkem	36	100

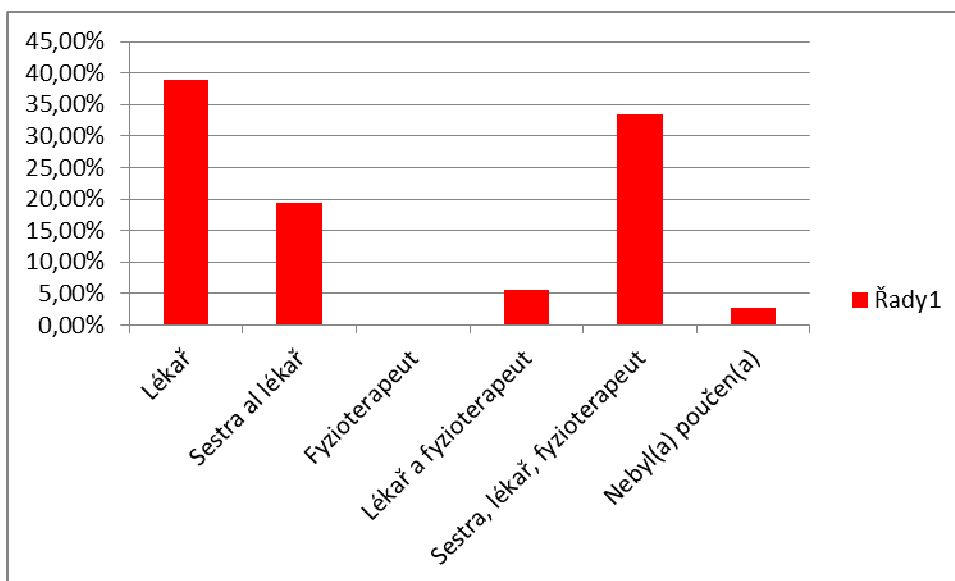
Graf č.36 Informovanost o možných komplikacích, které mohou nastat to TEP kyčle

O možných komplikacích, které mohou po operaci nastat bylo informováno 35 (97,22%) respondentek a 1 (2,78%) uvedla, že o této skutečnosti nebyla informována.

Tab 27. Zdroj informací o možných komplikacích

Zdroj	Abs.č.	Rel.č. (%)
Lékař	14	38,89
Sestra al lékař	7	19,44
Fyzioterapeut	-	-
Lékař a fyzioterapeut	2	5,56
Sestra, lékař, fyzioterapeut	12	33,33
Nebyl(a) poučen(a)	1	2,76
Celkem	36	100

Graf č.37 Zdroj informací o možných komplikacích

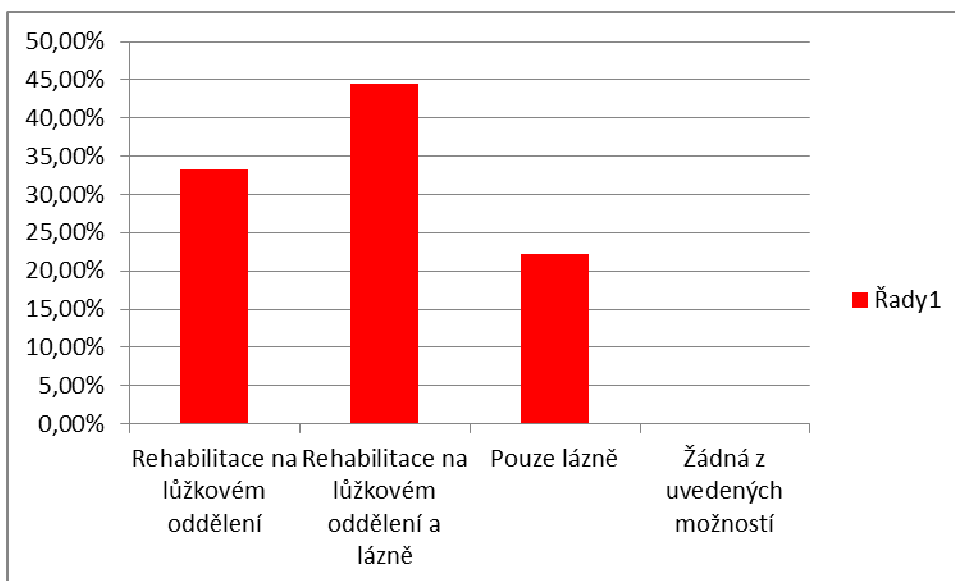


Jako zdroj informací uvádí 14 (38,89%) dotázaných žen lékaře, následuje skupina 12 (33,33%) respondentek, které mají informace o případných komplikacích od sestry, lékaře i fyzioterapeuta, 7 (19,44%) dotázaných mají tyto informace od sestry a lékaře, 2 (5,56%) od lékaře a fyzioterapeuta a 1 (2,78%) respondentka uvedla, že nebyla s případnými komplikacemi seznámena vůbec.

Tab 28. Následná péče po operaci kyčelního kloubu respondentek

Druh následné péče	Abs.č.	Rel.č. (%)
Rehabilitace na lůžkovém oddělení	12	33,33
Rehabilitace na lůžkovém oddělení a lázně	16	44,44
Pouze lázně	8	22,22
Žádná z uvedených možností	-	-
Celkem	36	100

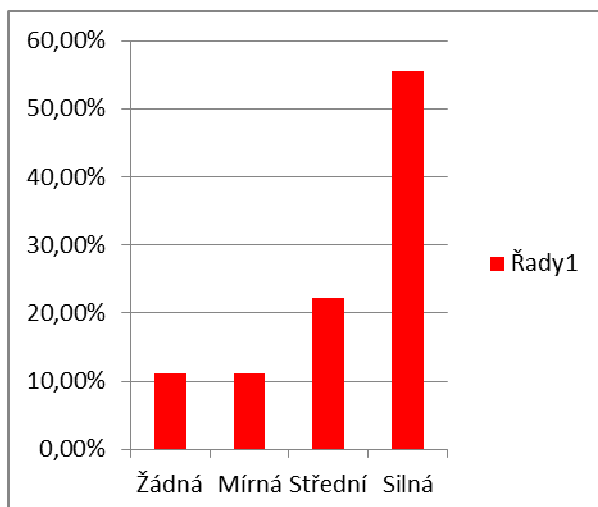
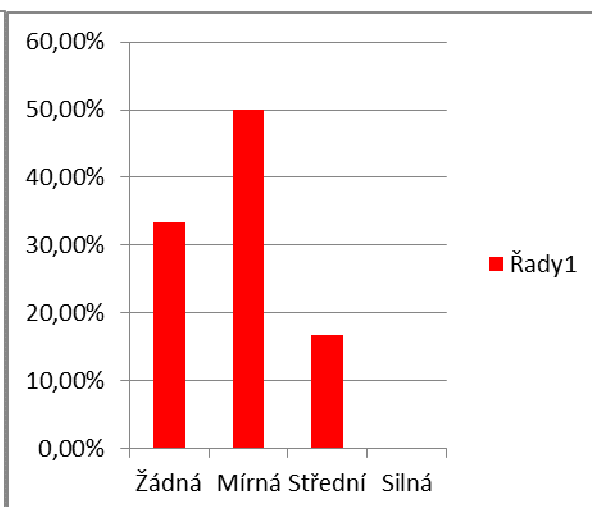
Graf č.38. Následná péče po operaci kyčelního kloubu respondentek



Z celkového počtu 36 dotazovaných žen absolvovalo 16 (44,44%) rehabilitaci na lůžkovém oddělení a lázních, 12 (33,33%) pouze na lůžkovém oddělení a pouze lázně uvádí 8 (22,22%) respondentek. Možnost nevyužít žádnou z těchto variant neuvedla ani jedna z dotázaných.

Tab 29. Přítomnost noční /klidové/ bolesti u sledovaného souboru žen

Noční bolest	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Žádná	4	11,11	12	33,33
Mírná	4	11,11	18	50
Střední	8	22,22	6	16,67
Silná	20	55,56	-	-
Celkem	36	100	36	100

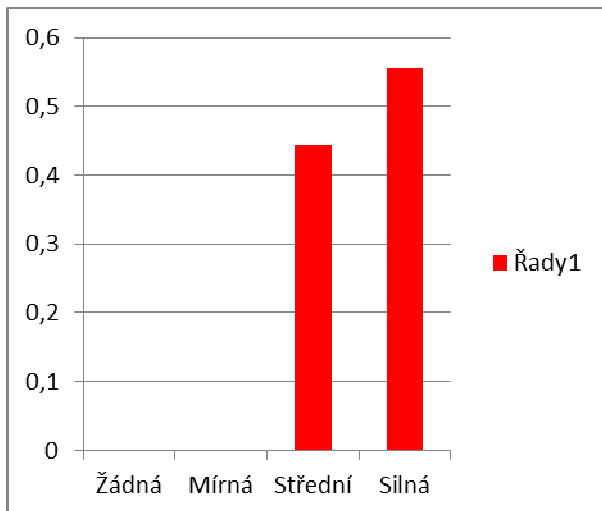
Graf č.39 Přítomnost noční bolesti**u sledovaného souboru žen****Před operací****Graf č.40 Přítomnost noční bolesti****u sledovaného souboru žen****Nyní**

Před operací uvádělo přítomnost noční bolesti silné intenzity 20 (55,56%) z dotázaných žen, **po operaci (nyní)** žádná. Noční bolest střední intenzity uvádělo **před operací** 8 (22,22%) respondentek a **po operaci (nyní)** 6 (16,67%). Noční bolest žádnou a mírné intenzity **před operací** uváděly respondenty shodně 4 (11,11%). **Po operaci (nyní)** noční bolest mírné intenzity uvádělo 18 (50%) žen a 12 (33,33%) dotázaných uvedlo žádnou noční bolest. Noční bolest silné intenzity **po operaci (nyní)** neuvedla žádná respondentka.

Tab 30. Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru žen

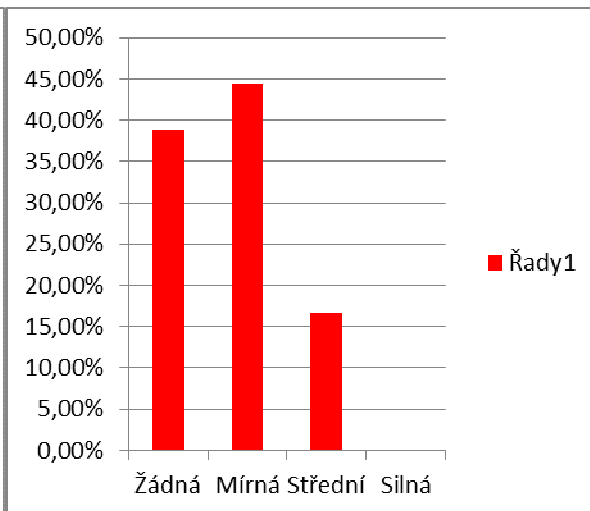
Zátěžová bolest	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Žádná	-	-	14	38,89
Mírná	-	-	16	44,44
Střední	16	44,44	6	16,67
Silná	20	55,56	-	-
Celkem	36	100	36	100

Graf č.41 Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru žen



Před operací

Graf č.42 Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru žen



Nyní

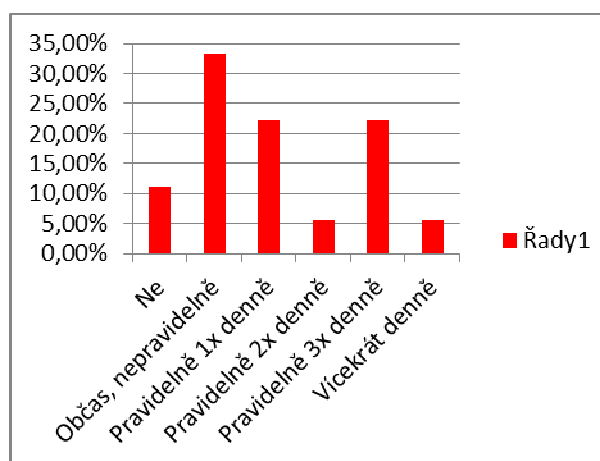
V oblasti zátěžové bolesti uvedlo 20 (55,56%) dotázaných **před operací** bolest silnou, ale **po operaci (nyní)** bolest silné intenzity již neuvádí žádná z respondentek. **Před operací** 16 (44,44%) žen uvádí střední intenzitu bolesti při zátěži, žádnou a mírnou intenzitu zátěžové bolesti neuvádí žádná z dotázaných. **Po operaci (nyní)** střední zátěžovou bolest pociťuje 6 (16,67%) žen, mírnou 16 (44,44%) dotázaných a žádnou 14 (38,89%) respondentek.

Při porovnání získaných dat v této oblasti u mužů je opět vyšší procento těch, kteří udávají před i po operaci silné bolesti. Po operaci také větší procento mužů než žen udává absenci bolesti při zátěži.

Tab 31. Léčba analgetiky u sledovaného souboru žen

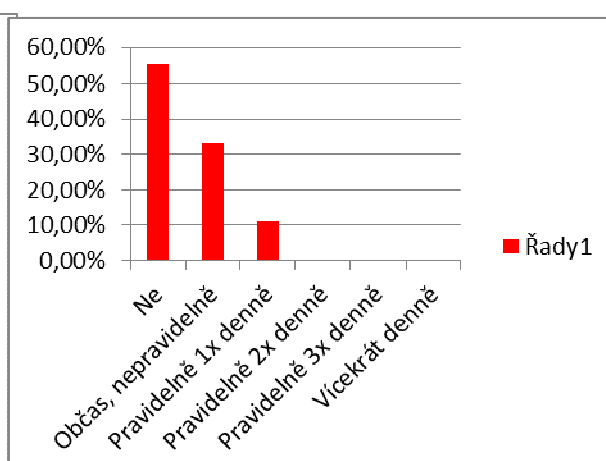
Četnost medikace	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Ne	4	11,11	20	55,56
Občas, nepravidelně	12	33,33	12	33,33
Pravidelně 1x denně	8	22,22	4	11,11
Pravidelně 2x denně	2	5,56	-	-
Pravidelně 3x denně	8	22,22	-	-
Vícekrát denně	2	5,56	-	-
Celkem	36	100	36	100

Graf č.43 Léčba analgetiky u sledovaného souboru žen



Před operací

Graf č.44 Léčba analgetiky u sledovaného souboru žen



Nyní

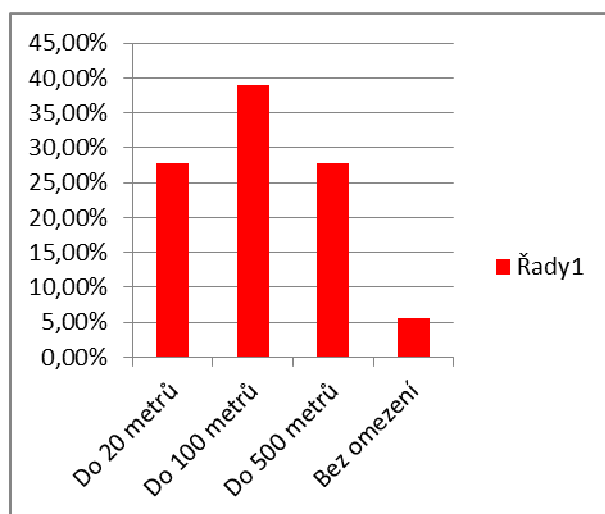
Možnost užívání medikace „vícekrát denně“ **před operací** uvedly 2 (5,56%) respondentky, **po operaci (nyní)** tento způsob medikace neuváděla žádná z nich. Léčbu analgetiky **před operací** nevyžadovalo pouze 4 (11,11%) z dotazovaných, **po operaci (nyní)** se jejich počet zvýšil na 20 (55,56%). V období **před operací** uvedlo nepravidelnou medikaci 12 (33,33%) a stejný počet žen uvádělo tuto medikaci i **po operaci**. Pravidelnou medikaci 1 x denně **před operací (nyní)** uvádělo 8 (22,22%) respondentek, **po operaci** se jejich počet snížil na 4 (11,11%). **Před operací** užívání analgetik pravidelně 2 x denně uváděly 2 (5,56%)

a pravidelně 3 x denně 8 (22,22%) z dotázaných, avšak **po operaci (nyní)** tyto způsoby medikace nevedla již žádná z respondentek.

Tab 32. Schopnost chůze respondentek

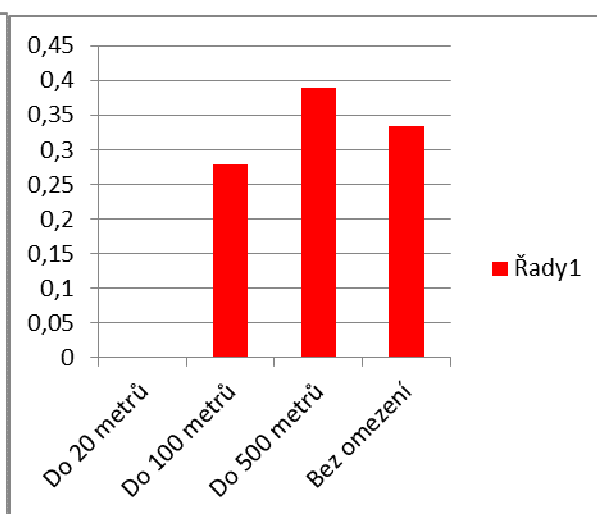
Vzdálenost	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Do 20 metrů	10	27,78	-	-
Do 100 metrů	14	38,89	10	27,78
Do 500 metrů	10	27,78	14	38,89
Bez omezení	2	5,56	12	33,33
Celkem	36	100	36	100

Graf č.45 Schopnost chůze respondentek



Před operací

Graf č.46 Schopnost chůze respondentek



Nyní

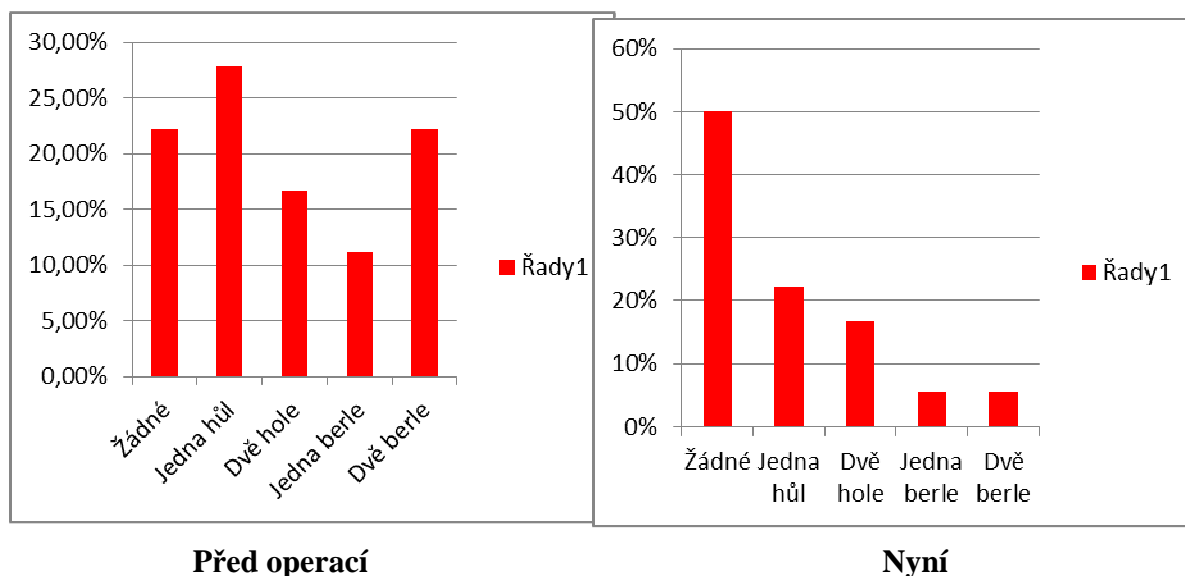
Před operací byly schopny chůze bez omezení pouze 2 (5,56%) z dotázaných, **po operaci (nyní)** se tento počet zvýšil na 12 (33,33%). Chůze do 20 m bylo **před operací** schopno 10 (27,78%) z dotázaných a **po operaci (nyní)** se tento počet snížil na 0. Chůze do 100 metrů bylo schopno **po operaci (nyní)** ujít 14 (38,89%) respondentek a do 500 metrů 10 (27,78%). **Po operaci (nyní)** do 100 metrů je schopno ujít 10 (27,78%) dotázaných a do 500 metrů 12 (33,33%) respondentek.

Tab 33. Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek u žen

Kompenzační pomůcka	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Žádné	9	22,22	18	50
Jedna hůl	10	27,78	8	22,22
Dvě hole	6	16,67	6	16,67
Jedna berle	4	11,11	2	5,56
Dvě berle	8	22,22	2	5,56
Celkem	36	100	36	100

Graf č.47 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u žen

Graf č. 48 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u žen



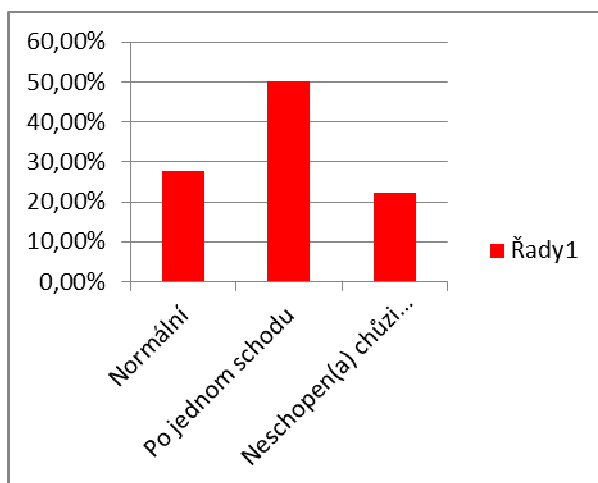
Žádnou kompenzační pomůcku nepoužívalo **před operací** 8 (22,22%) z dotazovaných žen, jejich počet se navýšil **po operaci (nyní)** na 18 (50%). Jednu hůl **před operací** používalo 10 (27,78%) respondentek, dvě berle 8 (22,22%), dvě hole 6 (16,67%) a jednu berli 4 (11,11%) z dotázaných.

Po operaci (nyní) používalo jednu hůl 8 (22,22%), dvě hole 6 (16,67%) respondentek. Jednu berli a dvě berle označil stejný počet z dotázaných žen, tj. 2 (5,56%).

Tab 34. Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru žen

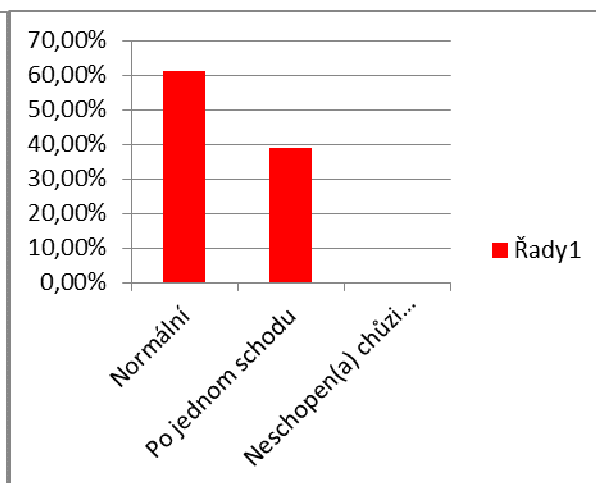
Chůze	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Normální	10	27,78	22	61,11
Po jednom schodu	18	50	14	38,89
Neschopen(a) chůzi po schodech	8	22,22	-	-
Celkem	36	100	36	100

Graf č.49 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru žen



Před operací

Graf č.50 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru žen



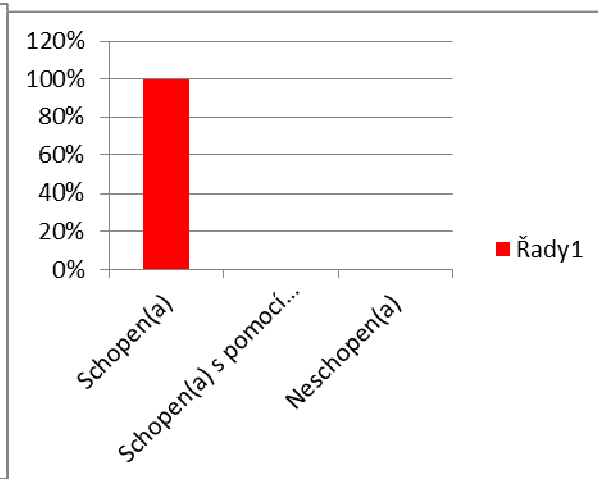
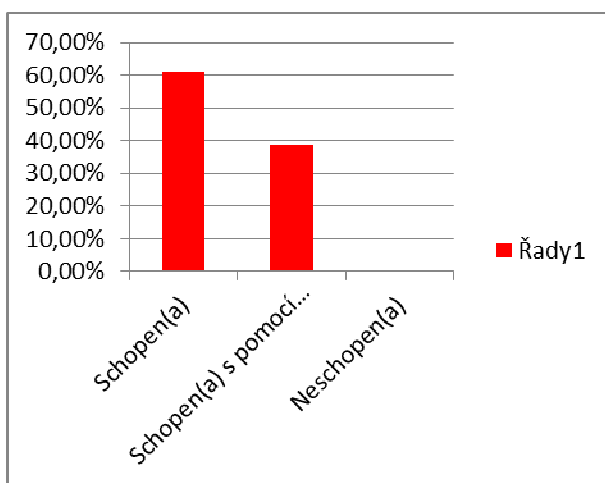
Nyní

Před operací bylo schopno normální chůze po schodech pouze 10 (27,78%) dotázaných žen, **po operaci (nyní)** se tento počet navýšil na 22 (61,11%). **Před operací** zvládalo chůzi po jednom schodu 18 (50%), **po operaci (nyní)** se tento počet navýšil na 14 (38,89%). Neschopnost chůze po schodech mělo **před operací** 8 (22,22%) respondentek a **po operaci** stejně jako u mužů žádná z dotázaných žen nevedla neschopnost chůze po schodech.

Tab 35. . Schopnost oblékání respondentek

Oblékání	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Schopen(a)	22	61,11	36	100
Schopen(a) s pomocí druhé osoby	14	38,89	-	-
Neschopen(a)	-	-	-	-
Celkem	36	100	36	100

Graf č.51 Schopnost oblékání respondentek Graf č.52 Schopnost oblékání respondentek



Před operací

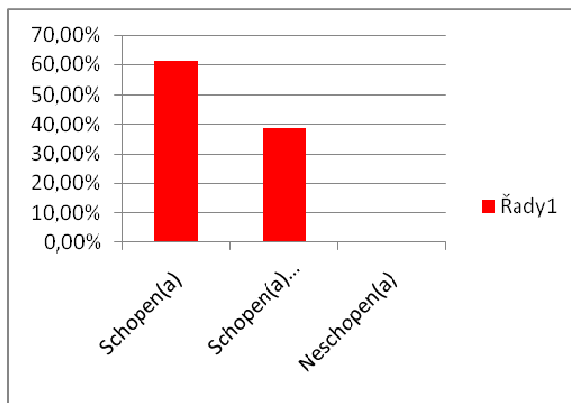
Nyní

Před operací se zvládlo obléknout se 22 (61,11%) dotázaných žen, **po operaci (nyní)** tuto schopnost uvádí na rozdíl od skupiny mužů všechny respondentky, tj. 36 (100%). **Před operací** bylo schopno se obléknout s pomocí druhé osoby 14 (38,89%) a neschopnost oblékání neuvedla na rozdíl od mužů žádná z dotázaných žen.

Tab 36. Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru žen

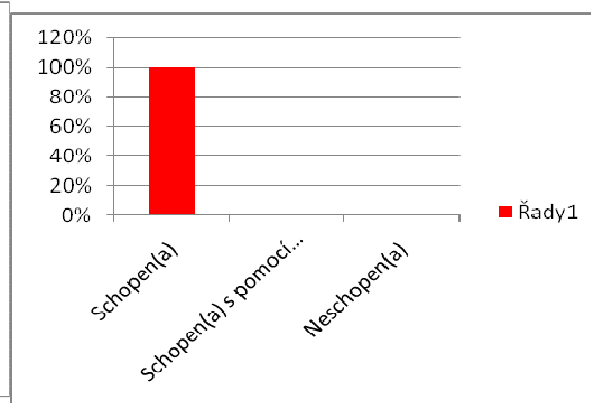
Osobní hygiena	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Schopen(a)	22	61,11	36	100
Schopen(a) s pomocí druhé osoby	14	38,89	-	-
Neschopen(a)	-	-	-	-
Celkem	36	100	36	100

Graf č.53 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru žen



Před operací

Graf č.54 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru žen



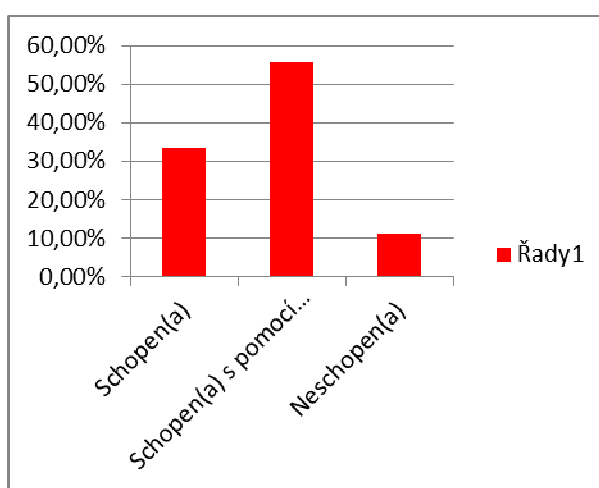
Nyní

Před operací 22 (61,11%) žen uvádí schopnost zvládat osobní hygienu, **po operaci (nyní)** se tento počet navýšil na 36 (100%) dotázaných. **Před operací** 14 (38,89%) respondentek uvádí schopnost zvládat osobní hygienu s pomocí druhé osoby a neschopnost v oblékání nevedla žádná z dotazovaných žen.

Tab 37. Údržba domácnosti sledovaného souboru žen

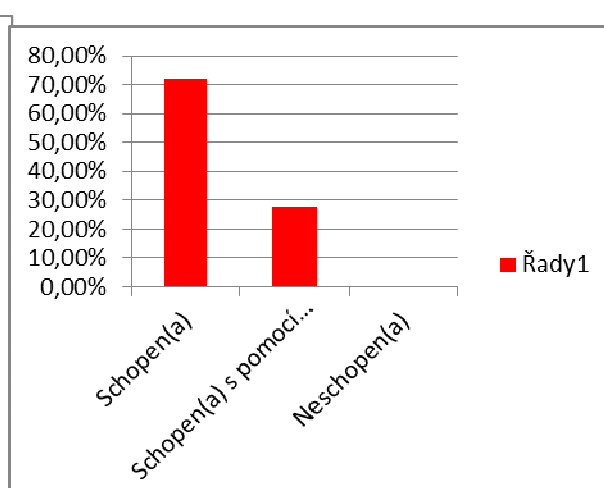
Údržba domácnosti	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Schopen(a)	12	33,33	26	72,22
Schopen(a) s pomocí druhé osoby	20	55,56	10	27,78
Neschopen(a)	4	11,11	-	-
Celkem	36	100	36	100

Graf č.55 Údržba domácnosti u sledovaného souboru žen



Před operací

Graf č.56 Údržba domácnosti u sledovaného souboru žen



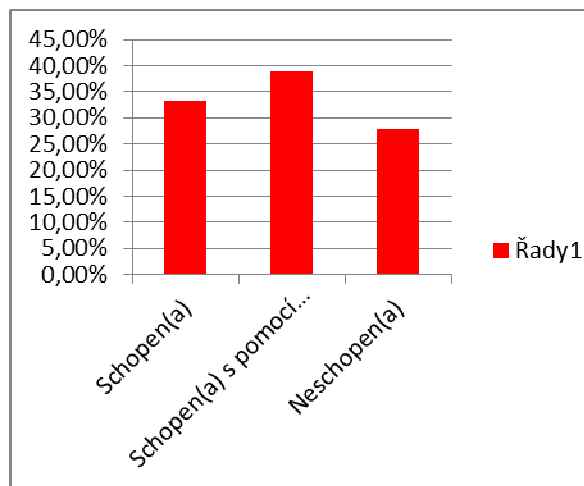
Nyní

Údržbu domácnosti zvládalo **před operací** 12 (33,33%) dotázaných žen, **po operaci (nyní)** 26 (72,22%). Schopnost udržovat domácnost s pomocí druhé osoby mělo **před operací** 20 (55,56%) a **po operaci (nyní)** 10 (27,78%) respondentek. Neschopnost udržovat domácnost uváděly **před operací** 4 (11,11%) ženy a **po operaci (nyní)** tuto variantu neuvedla žádná z dotázaných žen.

Tab 38. Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů žen

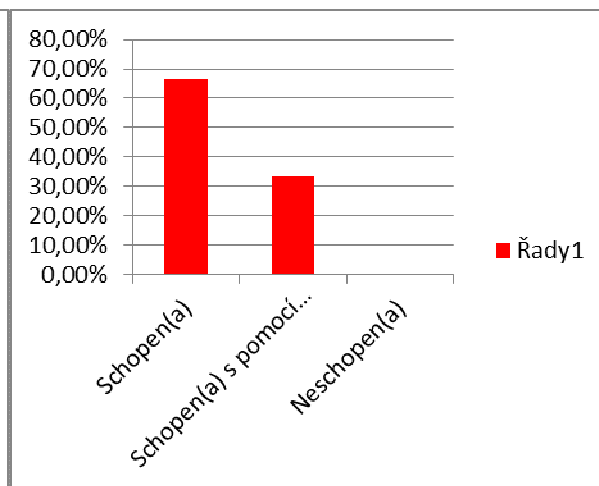
Schopnost nástupu	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Schopen(a)	12	33,33	24	66,67
Schopen(a) s pomocí druhé osoby	14	38,89	12	33,33
Neschopen(a)	10	27,78	-	-
Celkem	36	100	36	100

Graf č.57 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů žen



Před operací

Graf č.58 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů žen



Nyní

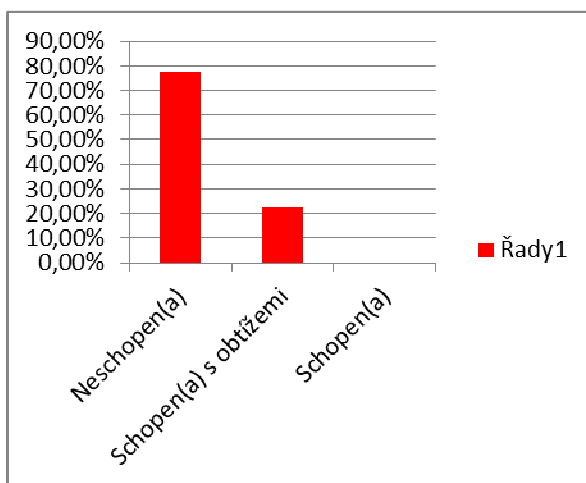
Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku zvládalo **před operací** 12 (33,33%) žen, s pomocí druhé osoby to bylo 14 (38,89%) a neschopnost nástupu do dopravního prostředku uvedlo 10 (27,78%) z dotázaných žen.

Po operaci (nyní) uvádí schopnost nástupu do dopravního prostředku 24 (66,67%) respondentek, s pomocí druhé osoby 12 (33,33%), neschopnost nástupu do dopravního prostředku neoznačila žádná z dotazovaných žen.

Tab 39. Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru žen

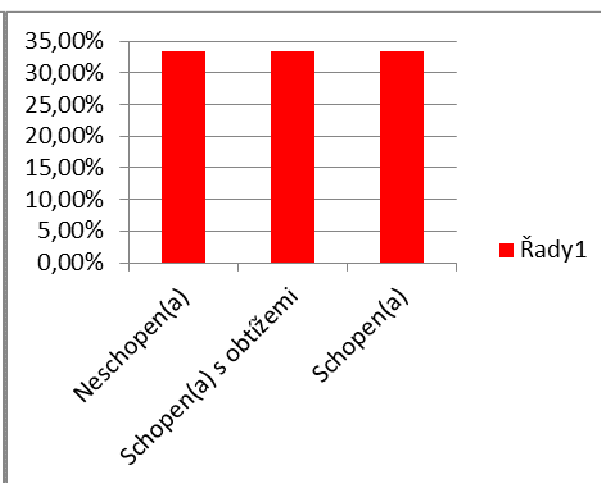
Schopnost	Před operací		Nyní	
	Abs.č.	Rel.č. (%)	Abs.č.	Rel.č. (%)
Neschopen(a)	28	77,78	12	33,33
Schopen(a) s obtížemi	8	22,22	12	33,33
Schopen(a)	-	-	12	33,33
Celkem	36	100	36	100

Graf č.59 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru žen



Před operací

Graf č.60 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru žen



Nyní

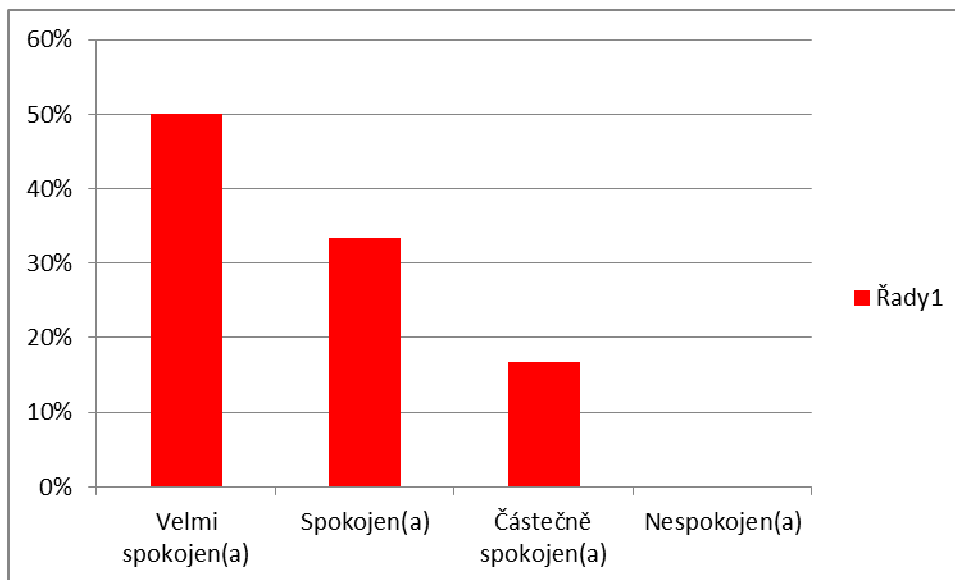
Před operací uvádělo neschopnost sportovního vyžití 28 (77,78%) žen, schopnost s obtížemi 8 (22,22%) a schopnost sportovního vyžití neoznačila žádná z respondentek.

Po operaci (nyní) všechny možnosti označilo stejné množství z dotázaných žen, tj. 12 (33,33%).

Tab 40. Míra spokojenosti respondentek po operaci kyčelního kloubu

Spokojenost	Abs.č.	Rel.č. (%)
Velmi spokojen(a)	18	50
Spokojen(a)	12	33,33
Částečně spokojen(a)	6	16,67
Nespokojen(a)	-	-
Celkem	36	100

Graf č.61 Míra spokojenosti respondentek po operaci kyčelního kloubu

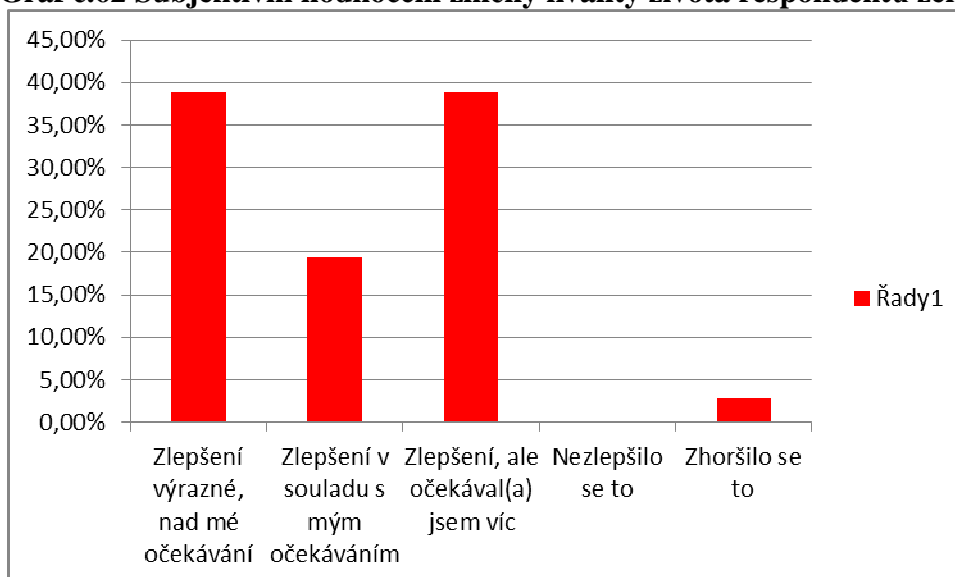


V oblasti spokojenosti bylo 18 (50%) z dotázaných žen velmi spokojeno, 12 (33,33%) pouze spokojena a částečnou spokojenost uvedlo 6 (16,67%) respondentek. Nespokojenost, stejně jako ve skupině mužů, nevedla žádná žena.

Tab 41. Subjektivní hodnocení změny kvality života respondentů žen

Subjektivní hodnocení	Abs.č.	Rel.č. (%)
Zlepšení výrazné, nad mé očekávání	14	38,89
Zlepšení v souladu s mým očekáváním	7	19,44
Zlepšení, ale očekával(a) jsem víc	14	38,89
Nezlepšilo se to	-	-
Zhoršilo se to	1	2,78
Celkem	36	100

Graf č.62 Subjektivní hodnocení změny kvality života respondentů žen



Výsledek operace dle subjektivního hodnocení označila většina žen /zlepšení výrazné, nad mé očekávání/ 14 (38,89%) a stejné množství dotázaných označilo /zlepšení, ale očekávala jsem víc/. /Zlepšení v souladu s mým očekáváním/ označilo 7 (19,44%) respondentek a 1 ((2,78%) uvedla zhoršení svého stavu v důsledku úrazu.

Také ženy se měly možnost vyjádřit se k tomu, citují: „Kdybych věděla více, nebála bych se tolik a rozhodla bych se pro tuto operaci dříve“. Většina 32 (88,89%) žen s tímto výrokem souhlasila, hovořily o celkové úlevě od bolesti a zlepšení kvality života, uvědomily si, že jejich strach z operace byl zbytečný, skutečnost není tak hrozná, jak očekávaly, jak si namlouvaly. Odvažují se dělat více, než dříve, strach z možné bolesti ustupuje. 4 (11,11%) z dotazovaných žen odpovědělo, že na operaci chtěly jít dříve, ale byly nuceny čekat na pořadník.

DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života u pacientů s artrózou kyčelního kloubu po implantaci totální endoprotézy. Zjišťování těchto změn jsem prováděla formou dotazníkového šetření. Dotazníky jsem rozdělila na skupiny mužů a žen, u nich jsem srovnávala jejich subjektivní hodnocení před operací a pooperačním stavem.

Mnou sledované respondenty přivedla k operaci postupně se zhoršující kvalita života, projevující se bolestí, jak zátěžové, tak i klidové a z toho vyplývající vyšší frekvence užívání analgetik. Pacienti byli postupně omezováni hybností kloubu a neschopností vykonávat běžné denní činnosti.

V úvodní části dotazníku jsem mapovala demografické údaje zjišťující pohlaví a věk. Šetření se zúčastnilo celkem 70 respondentů, z toho 36 žen (51,43%) a 34 mužů (48,57%). Nejvíce zastoupenou skupinou sledovaného souboru jsou respondenti ve věkovém rozmezí 71 – 80 let, u mužů tato skupina tvořila 16 (47,06%) a u žen 16 (44,44%) dotázaných.

Při kategorizaci respondentů podle indexu tělesné hmotnosti jsem zjistila, že nejvíce zastoupeni jsou dotazovaní muži s nadváhou (BMI 25 – 30) a obezitou I. stupně. Obě tyto skupiny mají shodný počet 16 (47,06%) respondentů. Normostenici byli zastoupeni pouze 5,88% z celkového počtu. U žen byla také nejvíce zastoupena 3. kategorie s nadváhou a to 16 (44,44%). Normostenici tu však představovali 10 (27,78%) z celkového počtu žen. Z toho plyne, že nadváha je jedním z rizikových faktorů při výskytu artrózy a větší problém mají v této oblasti muži.

Respondenty jsem hodnotila i dle doby od operace. Pro objektivní hodnocení jsem nejkratší dobu od operace stanovila 0,5 roku, kdy již všichni respondenti plně zatěžují operovaný kyčelní kloub. Nejpočetnější skupinou u mužů i u žen v této oblasti byli respondenti v časovém rozmezí 0,5 – 1 rok od operace. U mužů to bylo 14 (41,18%) a u žen 16 (44,44%) dotázaných.

Dále jsem hodnotila doporučení pro předoperační přípravu pacienta. U mužů byly nejpočetnější skupiny, které uváděly posilování, cvičení a jiné, či jim nebylo v rámci předoperační přípravy nic doporučeno, obě skupiny měly stejný počet hlasů, tj. 14 (31,82%). U žen dokonce tvořilo skupinu, které v rámci předoperační přípravy nebylo nic doporučeno, celá polovina dotázaných, tj. 20 (50%).

Informovanosti pacientů před operací se týkaly i následující dvě otázky. S možnými komplikacemi bylo seznámeno 30 (88,24%) mužů a 35 (97,22%) žen a jako zdroj informací uváděli nejčastěji lékaře.

Po operaci kyčelního kloubu všichni dotázaní uvedli absolvování následné pooperační rehabilitační péče a to nejčastěji formou rehabilitace na lůžkovém oddělení a v lázních, u mužů to bylo 16 (47,06%) a u žen 16 (44,44%).

Silnou noční /klidovou/ bolest po operaci jsem nezaznamenala u žádného respondenta, střední pouze u 17,64% mužů a 16,67% žen. Největší procento, tj. 41,18 % mužů a 50% žen, udává po operaci mírnou noční /klidovou/ bolest, čímž došlo k výraznému zlepšení spánku a kvality života. Žádnou noční /klidovou/ bolest po operaci nepocítuje 14 (41,18%) mužů a 12 (33,33%) žen, což je z celkového počtu všech respondentů 37,14%.

Silnou bolest při zátěži po operaci označilo 17,65% mužů, avšak ani jedna z žen. Žádnou zátěžovou bolest jsem zaznamenala u 23,53% mužů a 38,89% žen. I v této oblasti došlo k významnému zlepšení kvality života, zejména ve skupině dotázaných žen. Toto zjištění rovněž dokazuje i značný pokles medikace analgetik, ve skupině mužů po operaci neužívá analgetika 20 (58,82%) a ve skupině žen 20 (55,56%) a z celkového počtu 70 respondentů tato skupina tvoří 57,14% dotázaných. Občas, nepravidelně užívá analgetika 31,42%

respondentů, pravidelně 1x denně 8,6% a pravidelně 2x denně 5,88% respondentů. I v této oblasti si lépe vedly ženy.

Při posuzování chůze po operaci si lépe vedou muži, ženy jsou v tomto směru opatrnější. Bez omezení vzdálenosti zvládne chůzi 64,71% mužů a pouze 33,33% žen. 51,43% ze všech dotazovaných nepoužívalo po operaci žádné kompenzační pomůcky, tj. 18 (52,94%) mužů a 18 (50%) žen. Chůzi po schodech bez omezení zvládlo po operaci z celkového počtu všech dotazovaných 60% respondentů, tj. 20 (58,82%) mužů a 22 (61,11%) žen.

Běžné každodenní činnosti jako oblékání a osobní hygiena zvládají po operaci, na rozdíl od mužů, všechny dotazované ženy, u mužů byla samostatnost při oblékání označena v 28 (82,35%) případech, spolu se ženami se tato činnost zlepšila v 91%, schopnost mužů zvládat samostatně osobní hygienu uvedlo 33 (97,06%) dotázaných a spolu se ženami zlepšení v této oblasti činilo 98,6% respondentů.

Schopnost údržby domácnosti po operaci uvádí 26 (76,47%) mužů a 26 (72,22%) žen, z celkového počtu 70 respondentů je to 74% dotázaných, zatím co před operací to bylo pouze 40%.

Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku bylo schopno po operaci 28 (82,35%) mužů a 24 (66,67%) žen, celkem tato čísla představují 74% všech respondentů, před operací to bylo pouze 40% všech dotázaných.

Možnosti sportovního vyžití nelze zcela objektivně hodnotit, s ohledem na věkové rozložení sledovaného souboru, nicméně i zde jsem se dostala k zajímavému výsledku. Po operaci bylo schopno sportovního vyžití 14 (41,18%) mužů a 12 (33,33%) žen, z celkového počtu 70 respondentů to je 37% dotázaných, zatím co před operací to bylo pouze 2,86%. Nejčastějšími sportovními aktivitami byly uvedeny: jízda na kole, plavání a chůze s trekingovými holemi.

V oblasti spokojenosti po operaci kyčelního kloubu odpovídali muži a ženy téměř shodně, z celkového počtu 70 respondentů jich bylo 52% velmi spokojeno, 34% pouze spokojeno a 14% částečně spokojeno. Při subjektivním hodnocení kvality života byli optimističtější muži. Z celkového počtu 70 respondentů (mužů a žen dohromady) jich bylo 40% spokojeno nad očekávání, 30% dotázaných uvedlo zlepšení kvality života v souladu s očekáváním a 29% označilo zlepšení, ale očekávali víc. 1% dotázaných uvedlo zhoršení svého stavu v důsledku úrazu.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila za cíl zhodnotit změny kvality života u pacientů s artrózou kyčelního kloubu po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Zjistila jsem, že totální endoprotéza kyčelního kloubu způsobuje výraznou změnu kvality života pacientů, zkvalitňuje jejich další život, vrací je do běžné každodenní činnosti a dokonce jim umožňuje i sportovní vyžití.

V teoretické části jsem se zaměřila na kvalitu života obecně, anatomii a patologii kyčelního kloubu, problematiku TEP, indikaci a předoperační přípravu pacienta k totální endoprotéze a pooperační péči. V praktické části jsem zmapovala výsledky dotazníkového šetření a na základě nich mohu konstatovat, že:

H1 Předpoklad, že 50% respondentů nebude po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu udávat noční /klidovou/ bolest se nepotvrdil.

Po operaci (nyní) uvedlo pouze 37,14% respondentů úplnou absenci nočních /klidových/ bolestí.

H2 Předpoklad, že u sledovaného souboru respondentů dojde u 70% ke snížení spotřeby analgetik se potvrdil částečně.

Po operaci (nyní) neužívá analgetika 57,14% respondentů. Občas, nepravidelně užívá analgetika 31,42% dotázaných a pravidelně 1x denně 8,6% respondentů.

H3 Předpoklad, že více než 50% respondentů po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu nebude potřebovat kompenzační pomůcku se potvrdil.

Po operaci (nyní) nemělo nutnost potřeby kompenzační pomůcky 51,43% respondentů.

H4 Předpoklad, že u sledovaného souboru respondentů dojde k nejméně k 30% zlepšení schopnosti samostatného oblékání, zvládnutí osobní hygieny, údržby domácnosti a nástupu do dopravního prostředku se potvrdil pouze v oblasti oblékání, udržování domácnosti a nástupu do dopravního prostředku.

Před operací bylo schopno samostatného oblékání 60% respondentů, po operaci (nyní) bylo schopno této činnosti 91,42% respondentů. Před operací zvládalo samostatně osobní hygienu 74,29% respondentů, po operaci (nyní) zvládalo samostatně osobní hygienu 98,57% dotázaných. Před operací bylo schopno samostatně udržovat domácnost 40% respondentů, po operaci (nyní) tuto činnost samostatně vykonává 74,29% respondentů. Před operací zvládalo nástup do dopravního prostředku 40% respondentů a po operaci (nyní) se jejich počet zvýšil na 74,29%.

H5 Předpoklad, že více než 70% respondentů po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu bude mít pozitivní subjektivní hodnocení kvality života se potvrdil.

Při posuzování subjektivního hodnocení kvality života po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu odpovědělo kladně 70% respondentů. Spokojeno výrazně (nad očekávání) bylo 40% respondentů, možnost „v souladu s očekáváním“ zvolilo 30% respondentů.

H6 Předpoklad, že lépe bude svůj subjektivní stav hodnotit skupina žen než mužů se nepotvrdil.

Ženy lépe snášejí bolest, méně trpí nadváhou, jsou však opatrnější, více se o sebe bojí a jsou také více samostatnější než muži. Ve finále však muži mají lepší subjektivní pocit ze svého stavu po operaci než ženy.

Zpracování tohoto tématu mi umožnilo podrobnější nahlédnutí do problematiky kvality života pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu.

Cílem operačního výkonu TEP kyčelního kloubu je nejen pacienta zbavit bolesti v postiženém kloubu, která ho většinou po dlouhá léta trápila a znepříjemňovala mu osobní a společenský život, ale i zachovat či obnovit pohyb v operovaném kloubu tak, aby byl pokud možno rovnocenný hybnosti kloubu zdravého. Ze své dlouholeté praxe na oddělení léčebné rehabilitace znám pacienty, kteří mají strach z operace a nechtějí si připustit, že mají možnost po útrapách způsobené artrózou, na zlepšení kvality života a řeší své problémy stále pouze konzervativními způsoby léčby. Výsledky šetření a spokojenost pacientů po operaci však mluví za vše.

Myslím, že by výsledky této práce mohly být přínosné nejen pro zdravotníky, ale především pro pacienty, kteří mnohdy zbytečně trpí nemalými bolestmi při každém pohybu, avšak k tomu, aby se rozhodli svůj problém radikálně řešit, je brzdí strach z operace. Domnívám se tedy, že by se edukační činnost zdravotníků převážně v ortopedických ambulancích, kam pacient prvně přichází se svými potížemi, měla zlepšit. Ve své edukační činnosti použiji výsledky svého výzkumu ke zdravotní výchově pacientů, se kterými pracuji, abych jim usnadnila jejich těžké rozhodnutí k eventuální operaci.

ANOTACE

Příjmení a jméno autora: Obertová Denisa
Instituce: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové
Název práce: Kvalita života nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu
Vedoucí práce: Jaroslava Pečenková
Počet stran: 100
Počet příloh: 3
Rok obhajoby: 2011
Klíčová slova: kvalita života, artróza, kyčelní kloub, totální endoprotéza, rehabilitace

Bakalářská práce je věnovaná problematice kvality života s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Teoretická část seznamuje s kvalitou života a totální endoprotézou kyčelního kloubu. Empirická část srovnává předoperační a pooperační období respondentů, zvláště kategorie žen a mužů.
dotazníková metoda, 22 otázek, 70 respondentů

ANNOTATION

Author's first name and surname: Obertová Denisa
Institution: Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové
The Title of the thesis: Quality of a life of the patient after total hip arthroplasty
Supervisor: Jaroslava Pečenková
Number of pages: 100
Number of attachment: 3
The year of presentation: 2011
Keywords: quality of a life, arthrosis, hip joint, total arthroplasty, rehabilitation

This Bachelor work is devoted to the problems of quality of a life after total hip arthroplasty. The theoretical part introduces the quality of a life of patients and a total hip arthroplasty. The empirical part compares preoperative period of patients with postoperative one, separately men and women.
questionnaire method, 22 questions, 70 respondents

Souhlasím, aby práce byla půjčována ke studijním účelům a byla citována dle platných norem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. ABRAMS, P., DRUGA, R.: *Atlas anatomie člověka*. 1. vydání. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7
2. ATKINSON, R.: *Psychologie*. 1. vydání. Praha: portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3
3. ADAMS, B. a HAROLD, C. E.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. České vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o.
4. BARTONÍČEK, J., HEŘT, J.: *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. Maxdorf, Praha 2004
5. BAXTER, DE., ZINGAS, CH.: *The foot in running*. J.Am. Acad. Orthop. Surg., 1995, vol.3, no. 3, p. 136-145
6. BEZNOSKA, J.: Každý krok bolí, operace největšího kloubu v lidském těle. *Moje zdraví*, 2008, roč. 6, č. 2, str. 80-83.
7. BÖHLER, AR. : *Orthopädie – technische Indikationen*. 1. Auflage. Bern: H. Huber Verlag, 1996
8. ČECH, O. : *Aloplastika kyčelního kloubu*. Avicenum, Praha 1979
9. ČERNÁ, H.: *Srovnání offsetu kyčelního kloubu po povrchové náhradě a po standardní totální endoprotéze*. České Budějovice, 2008. 6-7 s. Bakalářská práce na Zdravotně Sociální fakultě Jihočeské Univerzity na katedře Radiologie a toxikologie. Vedoucí práce Radek Hart.
10. DUNGEL, P. a kol. : *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8
11. DYLEVSKÝ, I.: *Základy anatomie a fyziologie člověka*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Epava, 1995. 429 s. ISBN 80-901667-0-9
12. GRIM, M., DRUGA, R. et al.: *Základy anatomie 1. Obecná anatomie a pohybový systém*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 159 s. ISBN 80-7262-112-2
13. JAVŮREK, J.: *Život s artrózou*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996. 138 s. ISBN 80-7169-313-8
14. KOUDELA, K. a kol.: *Ortopedická traumatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-392-6
15. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0719-0
16. MALCHEROVÁ, M.: Klient po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 12, str.51

17. MAREŠ, J.: Pacientovo pojetí zdraví a nemoci. *Praktický lékař*, 2006, vol. 86, no. 2, p. 109-114. ISBN 0032-6739
18. MIKŠOVÁ, Zdeňka, aj.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Vsetín: Nalios, 1998. 124s.
19. ORAVOVÁ, E.: Ergoterapie po TEP kyčelního kloubu u klientů na oddělení léčebné rehabilitace. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, str. 38-39
20. PETR, P. et al.: Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*, 2002, roč. 4, č. 3
21. SOSNA, A. et al.: *Základy ortopedie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-046-7
22. SOSNA, A., Pokorný, D.: *Náhrada kyčelního kloubu*. Triton, Praha 2003
23. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. – dotisk. Brno: NCO NZO, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
24. TALIÁNOVÁ, M., Holubová, M., Pilný, J.: Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 1, s. 75 – 77
25. TRACHTOVÁ, E., a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání-dotisk. Brno: Mikadapress, 2004, 186 s. ISBN 57-851-02
26. CLIFFORD, R., WHEELLESS, R.: *Textbook of Orthopaedics* [online] 2011 [cit. 27.3.2011]. Dostupné z: <http://www.ortopedicke.info.cz/vzdelavani/odkazy>
27. ZVÁROVÁ, J.: *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. Praha: Karolinum, 1998. 215 s. ISBN 80-7184-786-0
28. ŽÁČEK, A., HOLČÍK, J.: *Sociální lékařství II*. Brno: Lékařská fakulta MU, 1992. 130 s. ISBN 80-120-0375

SEZNAMY

Seznam použitých zkratek

APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
BMI	index tělesné hmotnosti
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
FH	francouzské hole
H	hypotéza
INR	jednotka pro měření koagulace (International normalised Ratio)
JIP	jednotka intenzivní péče
lig.	ligamentum
LTV	léčebná tělesná výchova
m.	musculus
mm.	musculi
n.	nervus
PB	podpažní berle
RTG	rentgen
TEN	trombembolická nemoc
TEP	totální endoprotéza

V seznamu zkratek nejsou uvedeny zkratky všeobecně známé.

Seznam grafů

1. Graf č. 1 Věková kategorie respondentů (mužů)	40
2. Graf č. 2 Index tělesné hmotnosti respondentů (mužů)	41
3. Graf č. 3 Doba po operaci kyčelního kloubu u sledovaného souboru mužů	42
4. Graf č. 4 Doporučení speciální předoperační přípravy	43
5. Graf č. 5 Informovanost o možných komplikacích	44
6. Graf č. 6 Zdroj informací o možných komplikacích	45
7. Graf č. 7 Následná péče po operaci kyčelního kloubu	46
8. Graf č. 8 Přítomnost nočních bolestí u sledovaného souboru mužů (před operací)	47
9. Graf č. 9 Přítomnost nočních bolestí u sledovaného souboru mužů (nyní)	47
10. Graf č. 10 Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru mužů (před operací)	48
11. Graf č. 11 Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru mužů (nyní)	48
12. Graf č. 12 Léčba analgetiky u sledovaného souboru mužů (před operací)	49
13. Graf č. 13 léčba analgetiky u sledovaného souboru mužů (nyní)	49
14. Graf č. 14 Schopnost chůze respondentů mužů (před operací)	50
15. Graf č. 15 Schopnost chůze respondentů mužů (nyní)	50
16. Graf č. 16 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u mužů (před operací)	51
17. Graf č. 17 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u mužů (nyní)	51
18. Graf č. 18 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru mužů (před operací)	52
19. Graf č. 19 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru mužů (nyní)	52
20. Graf č. 20 Schopnost oblékání respondentů (před operací)	53
21. Graf č. 21 Schopnost oblékání respondentů (nyní)	53
22. Graf č. 22 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru mužů (před operací)	54
23. Graf č. 23 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru mužů (nyní)	54
24. Graf č. 24 Údržba domácnosti u sledovaného souboru mužů (před operací)	55
25. Graf č. 25 Údržba domácnosti u sledovaného souboru mužů (nyní)	55
26. Graf č. 26 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů (před operací)	56
27. Graf č. 27 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů (nyní)	56
28. Graf č. 28 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru mužů (před operací)	57
29. Graf č. 29 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru mužů (nyní)	57
30. Graf č. 30 Míra spokojenosti respondentů po operaci kyčelního kloubu	58

31. Graf č. 31 Subjektivní hodnocení změny kvality života respondentů mužů	59
32. Graf č. 32 Věková kategorie respondentů (žen)	61
33. Graf č. 33 Index tělesné hmotnosti respondentů (žen)	62
34. Graf č. 34 Doba po operaci kyčelního kloubu u sledovaného souboru žen	63
35. Graf č. 35 Doporučení speciální předoperační přípravy	64
36. Graf č. 36 Informovanost o možných komplikacích	65
37. Graf č. 37 Zdroj informací o možných komplikacích	66
38. Graf č. 38 Následná péče po operaci kyčelního kloubu	67
39. Graf č. 39 Přítomnost nočních bolestí u sledovaného souboru žen (před operací)	68
40. Graf č. 40 Přítomnost nočních bolestí u sledovaného souboru žen (nyní)	68
41. Graf č. 41 Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru žen (před operací)	69
42. Graf č. 42 Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru žen (nyní)	69
43. Graf č. 43 Léčba analgetiky u sledovaného souboru žen (před operací)	70
44. Graf č. 44 Léčba analgetiky u sledovaného souboru žen (nyní)	70
45. Graf č. 45 Schopnost chůze respondentek (před operací)	71
46. Graf č. 46 Schopnost chůze respondentek (nyní)	71
47. Graf č. 47 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u žen (před operací)	72
48. Graf č. 48 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u žen (nyní)	72
49. Graf č. 49 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru žen (před operací)	73
50. Graf č. 50 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru žen (nyní)	73
51. Graf č. 51 Schopnost oblékání respondentek (před operací)	74
52. Graf č. 52 Schopnost oblékání respondentek (nyní)	74
53. Graf č. 53 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru žen (před operací)	75
54. Graf č. 54 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru žen (nyní)	75
55. Graf č. 55 Údržba domácnosti u sledovaného souboru žen (před operací)	76
56. Graf č. 56 Údržba domácnosti u sledovaného souboru žen (nyní)	76
57. Graf č. 57 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů (před operací)	77
58. Graf č. 58 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů (nyní)	77
59. Graf č. 59 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru žen (před operací)	78
60. Graf č. 60 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru žen (nyní)	78
61. Graf č. 61 Míra spokojenosti respondentek po operaci kyčelního kloubu	79
62. Graf č. 62 Subjektivní hodnocení změny kvality života respondentů žen	80

Seznam tabulek

1. Tab. 1 Pohlaví respondentů	39
2. Tab. 2 Věková kategorie respondentů (mužů)	39
3. Tab. 3 Index tělesné hmotnosti respondentů (mužů)	40
4. Tab. 4 Doba po operaci TEP kyčelního kloubu u sledovaného souboru mužů	41
5. Tab. 5 Doporučení speciální přípravy	42
6. Tab. 6 Informovanost o možných komplikacích	43
7. Tab. 7 Zdroj informací o možných komplikacích	44
8. Tab. 8 Následná péče po operaci kyčelního kloubu	45
9. Tab. 9 Přítomnost nočních bolestí u sledovaného souboru mužů	46
10. Tab. 10 Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru mužů	47
11. Tab. 11 Léčba analgetiky u sledovaného souboru mužů	48
12. Tab. 12 Schopnost chůze respondentů	50
13. Tab. 13 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u mužů	51
14. Tab. 14 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru mužů	52
15. Tab. 15 Schopnost oblékání respondentů	53
16. Tab. 16 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru mužů	54
17. Tab. 17 Údržba domácnosti u sledovaného souboru mužů	55
18. Tab. 18 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů	56
19. Tab. 19 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru mužů	57
20. Tab. 20 Míra spokojenosti respondentů po operaci kyčelního kloubu	58
21. Tab. 21 Subjektivní hodnocení změny kvality života respondentů mužů	59
22. Tab. 22 Věková kategorie respondentů (žen)	61
23. Tab. 23 Index tělesné hmotnosti respondentů (žen)	62
24. Tab. 24 Doba po operaci TEP kyčelního kloubu u sledovaného souboru žen	63
25. Tab. 25 Doporučení speciální přípravy	64
26. Tab. 26 Informovanost o možných komplikacích	65
27. Tab. 27 Zdroj informací o možných komplikacích	65
28. Tab. 28 Následná péče po operaci kyčelního kloubu	66
29. Tab. 29 Přítomnost nočních bolestí u sledovaného souboru mužů	67
30. Tab. 30 Intenzita bolesti při zátěži u sledovaného souboru žen	68

31. Tab. 31 Léčba analgetiky u sledovaného souboru žen	70
32. Tab. 32 Schopnost chůze respondentek	71
33. Tab. 33 Nutnost potřeby kompenzačních pomůcek při chůzi u žen	72
34. Tab. 34 Schopnost chůze po schodech u sledovaného souboru žen	73
35. Tab. 35 Schopnost oblékání respondentek	74
36. Tab. 36 Zvládnutí osobní hygieny u sledovaného souboru žen	75
37. Tab. 37 Údržba domácnosti u sledovaného souboru žen	76
38. Tab. 38 Zvládnutí nástupu do dopravního prostředku u respondentů žen	77
39. Tab. 39 Možnost sportovního vyžití u sledovaného souboru žen	78
40. Tab. 40 Míra spokojenosti respondentek po operaci kyčelního kloubu	79
41. Tab. 41 Subjektivní hodnocení změny kvality života respondentů mužů	80

Seznam příloh

Příloha 1.....	Dotazník pro pacienty
Příloha 2.....	RTG snímky kyčelního kloubu
Příloha 3.....	Každodenní aktivity

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník pro pacienty

Dotazník pro pacienty

Vážený pacientí,
jmenuji se Denisa Obertová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na LF UK v Hradci Králové. Ve zdravotnictví pracuji 19 let, z toho 15 na lůžkové rehabilitaci v nemocnici v Žacléři. Věnuji se výzkumu na téma Kvalita života pacientů po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu a vyplněný dotazník, který je anonymní a bude sloužit jen k výzkumným účelům, Vás prosím o Vaši laskavou spolupráci. Předem velice děkuji za jeho vyplnění.

Označte prosím zakroužkováním, vždy jen jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak

1. **Jste :** a) muž
b) žena

2. **Věk:** a) do 50 let
b) 51-60 let
c) 61-70 let
d) 71-80 let
e) 80 let a více

3. **Jaká je Vaše hmotnost a výška?** hmotnost: výška:

4. **Jak jste dlouho po operaci kyčelního kloubu?**

- a) 0,5 do 1 roku
- b) od 1 do 2 let
- c) od 2 do 5 let
- d) 5 a více let

5. **Byla Vám doporučena nějaká speciální předoperační příprava?** (možno zakroužkovat více variant)

- a) redukce hmotnosti
- b) úprava domácnosti
- c) jiné... posilování, cvičení
- d) nebyla doporučena

6. **Byl(a) jste zdravotníky poučen(a) o komplikacích, které mohou vznikat po náhradě kyčle?**

- a) ano
- b) ne

7. **Poučení o možných komplikacích, které souvisí s Vaší operací proved(a)?** (možno zakroužkovat

- více variant)*
- a) lékař
 - b) sestra a lékař
 - c) fyzioterapeut

- d) lékař a fyzioterapeut
- e) sestra, lékař, fyzioterapeut
- f) nebyl(a) poučen(a)

8. Podspoupil(a) jste následnou pooperační péčí?

- a) rehabilitaci na lůžkovém oddělení
- b) rehabilitaci na lůžkovém oddělení a lázně
- c) pouze lázně
- d) žádnou z uvedených možností

9. 1. Měl(a) jste noční bolesti před operací?

- a) žádná
- b) mírná
- c) střední
- d) silná

9.2. Máte noční bolesti po operaci (nyní)?

- a) žádná
- b) mírná
- c) střední
- d) silná

10.1. Jaká byla intenzita bolesti při zátěži před operací?

- a) žádná
- b) mírná
- c) střední
- d) silná

10.2. Jaká je intenzita bolesti při zátěži v současné době?

- a) žádná
- b) mírná
- c) střední
- d) silná

11.1. Užíval(a) jste léky na zmírnění bolesti (analgetika) poslední měsíc před operací?

- a) ne
- b) občas, nepravidelně
- c) pravidelně 1x denně
- d) pravidelně 2x denně
- e) pravidelně 3x denně
- f) 4 a vícekrát denně

11.2. Užíváte léky na zmírnění bolesti v současné době?

- a) ne
- b) občas, nepravidelně
- c) pravidelně 1x denně
- d) pravidelně 2x denně
- e) pravidelně 3x denně

f) vícekrát denně

12.1. Jakou vzdálenost jste byl(a) schopen(a) ujít poslední měsíc před operací?

- a) do 20 m
- b) do 100 m
- c) do 500m
- d) bez omezení

12.2. Jakou vzdálenost jste schopen(a) ujít (nyní) po operaci?

- a) do 20 m
- b) do 100 m
- c) do 500m
- d) bez omezení

13.1. Potřeboval(a) jste poslední měsíc před operací při chůzi kompenzační pomůcky?

- a) žádné
- b) jedna hůl
- c) dvě hole
- d) jedna berle
- c) dvě berle

13.2. Potřebujete nyní po operaci při chůzi kompenzační pomůcky?

- a) žádné
- b) jedna hůl
- c) dvě hole
- d) jedna berle
- c) dvě berle

14.1. Zvládl(a) jste poslední měsíc před operací chůzi do schodů?

- a) normálně
- b) po jednom schodu
- c) neschopen(a) chůze po schodech

14.2. Zvládáte chůzi do schodů nyní?

- a) normálně
- b) po jednom schodu
- c) neschopen(a) chůze po schodech

15.1. Jaká byla vaše schopnost oblékání poslední měsíc před operací?

- a) schopen(a)
- b) schopen(a) s pomocí druhé osoby
- c) neschopen(a)

15.2. Jaká je Vaše schopnost oblékání (nyní) po operaci?

- a) schopen(a)
- b) schopen(a) s pomocí druhé osoby
- c) neschopen(a)

16.1. Jak jste zvládal(a) osobní hygienu poslední měsíc před operací?

- a) schopen(a)
- b) schopen(a) s pomocí druhé osoby
- c) neschopen(a)

16.2. Jak zvládáte osobní hygienu (nyní) po operaci?

- a) schopen(a)
- b) schopen(a) s pomocí druhé osoby
- c) neschopen(a)

17.1. Jakou jste měl (schopnost) udržovat domácnost poslední měsíc před operací?

- a) schopen(a)
- b) schopen(a) s pomocí druhé osoby
- c) neschopen(a)

17.2. Jakou máte schopnost udržovat domácnost (nyní) po operaci

- a) schopen(a)
- b) schopen(a) s pomocí druhé osoby
- c) neschopen(a)

18.1. Jaká byla Vaše schopnost zvládnout nástup do dopravního prostředku před operací?

- a) schopen(a)
- b) schopen(a) s pomocí druhé osoby
- c) neschopen(a)

18.2. Jaká je Vaše schopnost zvládnout nástup do dopravního prostředku (nyní) po operaci?

- a) schopen(a)
- b) schopen(a) s pomocí druhé osoby
- c) neschopen(a)

19.1. Jaká byla Vaše schopnost sportovního vyžití poslední měsíc před operací?

- a) neschopen(a)
- b) schopen(a) s obtížemi

např.....

- c) schopen(a)

19.2. Jaká je Vaše schopnost sportovního vyžití (nyní) po operaci?

- a) neschopen(a)
- b) schopen(a) s obtížemi
- c) schopen(a)

20. Jak jste spokojen(a) po operaci kyčelního kloubu?

- a) velmi spokojen(a)
- b) spokojen(a)
- c) částečně spokojen(a)
- d) nespokojen(a)

21. Jaké je Vaše subjektivní hodnocení změny kvality života?

- a) zlepšení, výrazné, nad mé očekávání
- b) zlepšení v souladu s mým očekáváním
- c) zlepšení, ale očekával(a) jsem víc
- d) nezlepšilo se to
- e) zhoršilo se to

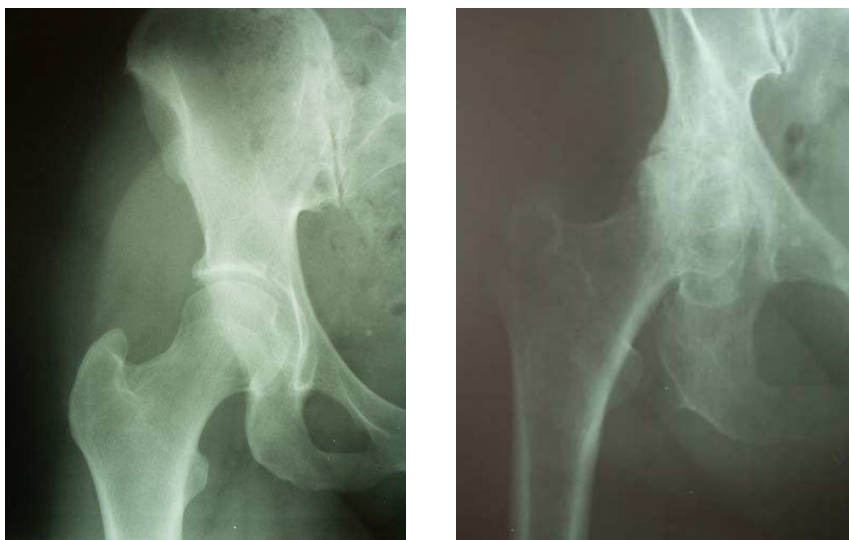
22. Kdybych věděl(a) více, nebál(a) bych se tolik a rozhodl(a) bych se pro tuto operaci dříve.

a) souhlasím,
protože.....
.....

b) nesouhlasím,
protože.....
.....

Děkuji za Váš čas a cenné informace

Příloha č. 2 RTG snímky kyčelního kloubu



Zdroj: (26)

Vlevo: zdravý kyčelní kloub, kulový tvar hlavice, symetrická kloubní štěrbina na RTG – resp. vrstva chrupavky.

Vpravo: artróza III. stupně, hlavice bez chrupavky, s tvorbou cyst uvnitř.

Příloha č. 3 Každodenní aktivity

Každodenní aktivity:

Čeho se má pacient po implantaci totální endoprotézy kyčle vyvarovat:

Podstoupili jste operaci, která by vás měla zbavit bolesti a umožnit komfortní pohyblivost. V určitých polohách však nový kloub nefunguje a ani nemůže fungovat stejně, jako původní přirozený kloub. Těmto situacím můžete předejít dodržováním následujících rad, zejména v několika prvních měsících po operaci.

1/ Nikdy neohýbejte / neflektujte / operovanou končetinu v kyčli směrem k hrudníku více, než do pravého úhlu, tj. 90° .



2/ Nesedějte na židli bez opěradla.

3/ Používejte židle s opěrkami na ruce, zejména kvůli vstávání. Pokud takovou židli nemáte, nesedějte si, aniž byste měli po ruce berle či hole.

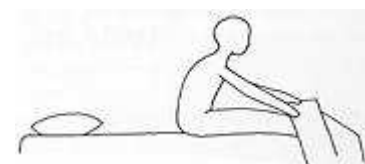


4/ Ze židle nevstávejte tímto způsobem !!! Operovanou končetinu držte při vstávání ze židle stále před sebou, nesmíte ji zasunout pod židli. Při vstávání si musíte pomoci holí a pouze zdravou končetinou.

5/ Nesedějte si na nízkou toaletní mísu !!!



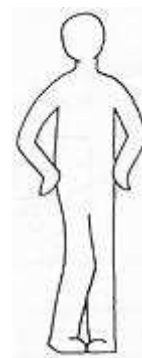
6/ Na lůžku se nepřikrývejte tímto způsobem



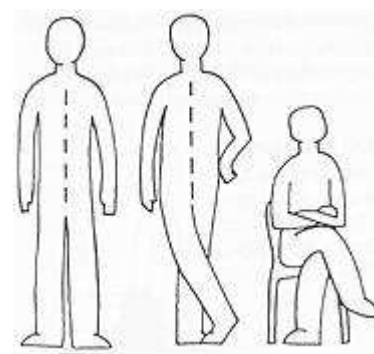
7/ Pro nic se neohýbejte tímto způsobem



8/ Nikdy nenatáčejte koleno směrem dovnitř a ven při stoji, sedu či lehu



9/ Nesnažte se obouvat obvyklým způsobem. Při obouvání často dochází k vykloubení umělého kyčelního kloubu.



10/ Nikdy nekřížte operovanou končetinu přes zdravou !!!

11/ Při ležení mějte vždy malý polštářek mezi nohama.

12/ Při otáčení se na zdravý bok mějte vždy malý polštářek mezi nohama.



Vždy mějte zajištěno, aby se o vás doma v prvních šesti týdnech po propuštění z nemocnice někdo postaral !!!